

Jenny GENTIZON

PROGRAMME DE FORMATION D'INFIRMIERES, INFIRMIERS HES

**Conjuguer injonctions économiques et politiques à un cadre déontologique dans la relation professionnelle aux personnes requérantes d'asile : l'expérience des acteurs infirmiers d'un réseau de santé ambulatoire du Canton de Vaud.**

Mémoire de fin d'études présenté à la Haute Ecole de la Santé  
-La Source-

LAUSANNE

Année 2007

## **Remerciements**

Tout d'abord, j'adresse mes remerciements à Blaise Guinchard, mon directeur de mémoire, pour m'avoir permis d'exploiter au mieux mes compétences et pour m'avoir transmis le goût de la recherche en soins infirmiers. Aussi, notre collaboration d'une année et demie m'a permis d'intégrer la nécessité de rendre compte des pôles économiques et politiques qui sous-tendent la pratique des soins.

Merci également à Christophe Sierro, ICUS à la Fondation les Baumettes, pour avoir accepté de prendre du temps pour la lecture finale de mon mémoire, pour son aide tout au long de ce mémoire et ses précieuses remarques.

Marion Droz-Mendelzweig, Michel Fontaine et Philippe Currat se sont montrés disponibles à des moments clés de mon mémoire de fin d'études. En ce sens, ils ont contribué à ce processus de réflexion et je les en remercie.

Et finalement, je remercie ma famille et mes amis pour m'avoir offert le soutien moral nécessaire durant cette longue période et avoir excusé mes fréquentes absences. Ils ont été pour moi un pilier fondamental tout au long de ma formation en soins infirmiers.

Lausanne, le 7 août 2007

## RESUME

La politique d'asile en Suisse a été initiée par l'issue de l'affrontement du communisme et du capitalisme durant la Guerre Froide (dès 1960-1970) quand les réfugiés du bloc communiste tentaient de fuir ce régime. Ils pouvaient trouver un accueil généreux et le souci d'intégration de la part de la Suisse notamment. Cette politique a ensuite évolué dès 1980 avec l'augmentation des demandeurs d'asile en provenance d'autres Etats (notamment le Sri Lanka, le Chili, le Zaïre, la Turquie). Alors que la Loi sur l'Asile (LAsi) entre en vigueur en 1981, des voix s'élèvent pour dénoncer les *faux réfugiés* et les *réfugiés économiques* (Dictionnaire de politique sociale, 2002, p.32). Dès lors, le taux d'acceptation des personnes demandeurs d'asile a fortement diminué. Aujourd'hui, seules 5 à 10 % des personnes qui ont recours à cette demande en Suisse accèdent au statut de réfugié.

En outre, le statut de demandeur d'asile est compris comme « un statut provisoire d'attente avec des restrictions des droits fondamentaux et sociaux » (Dictionnaire de politique sociale, *ibid.*, p.32). Concrètement, le système FARMED, un réseau de santé ambulatoire dans le Canton de Vaud depuis 1999, vient offrir une solution spécialement adaptée pour la prise en soins des personnes requérantes d'asile. Le réseau FARMED – **FAR** comme Fondation pour l'Accueil des personnes Requérantes d'Asile et **MED** pour désigner les partenaires du réseau de santé – est soucieux de conjuguer injonctions économiques et politiques qui concernent les personnes requérantes d'asile – comme la Loi sur l'Asile – à un cadre éthique lié à un accès aux soins pour tous – sur la base de la Loi sur l'Assurance Maladie (LAMal). Aussi, le réseau de santé affiche la volonté d'assurer qualité optimale des soins et gestion des coûts relatifs à la prise en soins des personnes requérantes d'asile dans le Canton de Vaud. Le double filtre des demandes de santé de cette clientèle – infirmier puis médical – ainsi qu'une base LAMal sans participation financière, ni franchise, en font un système sanitaire novateur, sans équivalent pour les citoyens suisse, à l'heure actuelle.

Toutefois, une étude socio-anthropologique menée par des chercheurs en 2004 au Service de Santé Infirmier de Lausanne a relevée des incohérences qui interpellent les finalités du réseau de santé FARMED. Concrètement, celle-ci met en évidence « le défaut de structures de soutien psychosocial, la focalisation des soins sur l'individu sans considération pour le délitement social dans lequel il évolue [...] une sécurité parfaite du point de vue du traitement somatique de leurs problèmes de santé » (Rossi, Droz Mendelzweig, Pasche & Fontaine, 2004b, 133-138).

De sorte que j'ai souhaité inscrire ma recherche en soins infirmiers en continuum de cette étude afin de faire valoir un positionnement professionnel en regard de plusieurs éléments relatifs au réseau FARMED. Pour ce faire, j'ai choisi d'aborder la compétence de la recherche sous l'angle de la méthodologie hypothético-déductive et la technique des entretiens semi-structurés.

Dans la perspective de déterminer si le réseau de santé parvient à conjuguer qualité des soins infirmiers et gestion des coûts, j'utilise des cadres déontologiques et éthiques qui me permettent d'étayer une réflexion professionnelle. Ainsi, la compétence relationnelle, telle qu'elle figure dans le référentiel de compétences HES, me permet de focaliser ma recherche sur la prise en soins psychosociale de la clientèle requérante d'asile. Les principes fondamentaux – comme l'impartialité, l'équité, l'égalité, la liberté individuelle – qui sous-tendent la pratique des soins permettent d'interroger le caractère éthique du réseau de santé

FARMED. Et finalement, la question de la satisfaction au travail donne en perspective le vécu professionnel des acteurs infirmiers qui risquent d'être confrontés à des incohérences.

Au final, l'hypothèse de recherche mise en évidence sur la base d'éléments théoriques s'avère être partiellement vérifiée suite aux entretiens. D'une part, si la gestion des coûts me paraît ne pas être optimale sous plusieurs angles – un effectif infirmier insuffisant et un délai d'attente allant jusqu'à un mois pour une consultation infirmière à Lausanne – je comprends qu'il est plus délicat d'émettre une critique quant à la qualité des soins infirmiers sur l'unique base des données récoltées durant les entretiens. Néanmoins, les entretiens mettent en évidence des éléments susceptibles d'interpeler la qualité de la prise en soins infirmière du réseau FARMED. Ainsi, la formation proposée par la structure de tutelle du réseau FARMED, la PMU, et le rôle de filtre infirmier, contraignent les acteurs du réseau à s'approprier des compétences médicalisées d'une part, sans permettre à la compétence relationnelle de s'émanciper pour répondre d'une prise en soins fondamentalement holistique.

En outre, aucun élément des entretiens effectués au cours de cette recherche ne me permet de valider l'hypothèse d'un rationnement des soins – au sens de la restriction des prestations – aux personnes requérantes d'asile.

## TABLE DES MATIERES

|   |        |
|---|--------|
| 1. INTRODUCTION .....   | - 6 -  |
| 1.1. Thème de la recherche .....  | - 7 -  |
| 1.1.1. Motivations .....  | - 9 -  |
| 2. PROBLEMATIQUE.....   | - 9 -  |
| 2.1. Réseau de santé FARMED .....   | - 10 - |
| 2.2. Questions de départ .....  | - 11 - |
| 2.2.1. Rationnement.....  | - 12 - |
| 2.2.2. Rationalisation.....   | - 14 - |
| 2.2.3. L'étude RICH-nursing.....  | - 14 - |
| 2.3. Une première réalité de terrain : considération de l'état de santé .....                       | - 15 - |
| 2.4. Une deuxième réalité de terrain : le réseau de santé FARMED .....                              | - 17 - |
| 2.5. Question de recherche .....  | - 18 - |
| 3. HYPOTHESE .....  | - 19 - |
| 3.1. Eléments de l'hypothèse .....  | - 19 - |
| 3.1.1. Détermination de l'hypothèse.....  | - 20 - |
| 4. CADRE CONCEPTUEL .....   | - 21 - |
| 4.1. La relation professionnelle .....  | - 21 - |
| 4.2. La satisfaction au travail.....  | - 22 - |
| 4.3. Les critères éthiques dans la pratique des soins.....  | - 23 - |
| 4.4. Donner du sens à sa pratique : allier déontologie professionnelle et vécu personnel.....       | - 23 - |
| 5. METHODOLOGIE .....   | - 25 - |
| 5.1.1. Objectifs de la recherche.....   | - 26 - |
| 5.1.2. Intérêts de la recherche .....   | - 26 - |
| 5.2. Discussion méthodologique .....  | - 26 - |
| 5.3. Technique d'enquête : l'entretien semi-directif .....  | - 27 - |
| 5.4. Evaluation de la recherche : les pôles descriptif, instrumental et de cohérence .....          | - 28 - |
| 6. ENQUÊTES DE TERRAIN .....  | - 32 - |
| 6.1. Précisions préalables à l'introduction des données.....  | - 32 - |
| 6.1.1. Visualisation schématique des données récoltées .....  | - 33 - |
| 6.2. Le rôle infirmier.....   | - 34 - |
| 6.2.1. La question de l'appropriation du rôle infirmier.....  | - 34 - |
| 6.2.2. Le soin relationnel : stratégies d'intervention .....  | - 35 - |
| 6.3. La santé des personnes requérantes d'asile .....   | - 35 - |
| 6.3.1. Les populations migrantes : différences et similitudes .....                                 | - 36 - |
| 6.3.2. Les personnes requérantes d'asile : le caractère multifactoriel des problèmes de santé ..... | - 36 - |
| 6.3.3. La clientèle requérante d'asile : facilités et difficultés des infirmières ..                | - 37 - |
| 6.4. Les injonctions économiques et politiques .....  | - 38 - |

|        |  |        |
|--------|--|--------|
| 6.4.1. | Le réseau de santé FARMED : « nouveau rôle, nouvelles responsabilités, nouvelle pratique » .....                             | - 38 - |
| 6.4.2. | La question de la satisfaction au travail .....  | - 39 - |
| 6.4.3. | Le gate keeping infirmier : entre prescriptif et réel .....  | - 39 - |
| 6.4.4. | Les moyens de réalisation accordés pour la pratique infirmière.....  | - 40 - |
| 6.4.5. | L'influence des décisions politiques et économiques sur la santé des personnes requérantes d'asile : leur point de vue ..... | - 41 - |
| 6.5.   | Synthèse des résultats obtenus au cours des entretiens .....   | - 41 - |
| 7.     | DISCUSSION .....   | - 42 - |
| 7.1.   | Le référentiel HES : la compétence de la relation professionnelle .....  | - 44 - |
| 7.1.1. | Différenciation entre relation d'aide psychologique et relation d'aide thérapeutique .....                                   | - 44 - |
| 7.1.2. | Le besoin de cette clientèle: relation d'aide psychologique ou plutôt relation thérapeutique ? .....                         | - 46 - |
| 7.1.3. | L'offre en soins des infirmières des Centres de Santé Infirmiers ....  | - 49 - |
| 7.1.4. | La prise en soins relationnelle par le réseau FARMED .....   | - 50 - |
| 7.2.   | Les principes éthiques dans la pratique des soins .....  | - 52 - |
| 7.2.1. | Le travail en réseau et la santé communautaire.....  | - 52 - |
| 7.2.2. | Une éthique dans la pratique des soins .....   | - 53 - |
| 7.2.3. | Analyse des principes éthiques sous l'angle de la restriction du choix du fournisseur de soins .....                         | - 55 - |
| 7.2.4. | La question de la formation .....  | - 58 - |
| 7.3.   | La satisfaction au travail dans le cadre du système FARMED .....   | - 60 - |
| 7.3.1. | Les hypothèses que je retiens.....   | - 61 - |
| 8.     | SYNTHESE .....   | - 65 - |
| 8.1.   | Gestion des coûts et qualité des soins : mon appréciation du réseau FARMED.....  | - 65 - |
| 8.2.   | La question du rationnement dans le réseau FARMED .....  | - 67 - |
| 8.3.   | Validation ou invalidation de l'hypothèse de recherche ?.....  | - 69 - |
| 9.     | PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS .....   | - 70 - |
| 10.    | CONCLUSION .....   | - 74 - |
| 11.    | BIBLIOGRAPHIE.....   | - 75 - |
| 12.    | LEXIQUE .....  | - 81 - |

Annexe 1 : Formulaire de consentement

Annexe 2 : Support d'enquête

# 1. INTRODUCTION

Dans le Canton de Vaud, les personnes requérantes d'asile peuvent être logées en appartements, en centres d'hébergements ou en abris de la protection civile et accèdent à un soutien financier minimum pour se nourrir et se vêtir. Aussi, les personnes requérantes d'asile peuvent bénéficier d'un accès aux soins sans charge financière dans le canton de Vaud grâce au réseau de santé ambulatoire FARMED, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1999. Le réseau de santé FARMED, intitulé ainsi pour la contraction de **FA**REAS – Fondation pour l'Accueil des personnes Requérantes d'Asile – et **MED**ical – pour désigner les partenaires médicaux du réseau de santé – a été conçu avec la volonté de répondre de manière optimale aux besoins en santé de cette population toute en restreignant leur liberté de choix du fournisseur de soins et de l'assureur. Concrètement, le réseau de santé FARMED est caractérisé par un double filtre dans le traitement des demandes de soins – infirmier puis médical – et a la particularité de ne trouver actuellement aucune mesure équivalente pour la population suisse.

En outre, dans le cadre de cette recherche, je mets en évidence plusieurs éléments qui alimentent ma problématique sur la base de données théoriques. Ce sont des éléments contradictoires, qu'il s'agira de confronter au terrain d'enquête. De sorte que le réseau de santé FARMED, qui affiche la volonté de trouver une synergie pour conjuguer gestion des coûts et qualité des soins aux personnes requérantes d'asile, est remis en question par les résultats d'une étude socio-anthropologique qui souligne une focalisation des soins sur la dimension somatique de cette clientèle. Par extension, la dimension psychosociale du sujet demandeur d'asile ne bénéficie pas d'une prise en soins suffisante. Un clivage entre dimension somatique et psychosociale de la santé qui renvoie à une qualité de soins critiquable.

A l'heure où des données de la littérature reconnaissent à la clientèle requérante d'asile un véritable effondrement psychologique lié au vécu traumatique dans le pays d'origine et l'expérience migratoire, je considère que ce constat demande d'être approfondi selon différents angles. Dans cette perspective, faut-il se demander dans quelle mesure les acteurs infirmiers du réseau de santé FARMED parviennent à conjuguer gestion des coûts à une qualité des soins, notamment en ce qui concerne la relation d'aide aux personnes requérantes d'asile ?

Pour répondre à cette question de recherche, je choisis de confronter les éléments de contradictions au terrain d'enquête – à savoir les Centres de Santé Infirmiers – en regard de trois dominantes : la compétence de la relation professionnelle, la satisfaction au travail et finalement, selon les principes éthiques qui sous-tendent la pratique des soins. Ces points clés, qui constituent mon cadre conceptuel, me permettent d'explorer le réseau de santé FARMED selon différents niveaux : Est-ce que les intentions du réseau FARMED traduisent une mesure de rationnement des soins aux personnes requérantes d'asile ? Est-ce que la prise en soins de la dimension psychosociale répond d'une compétence relationnelle optimale ? Quel est le vécu des infirmiers du réseau face à un éventuel écart entre travail prescriptif et travail réel ? Et finalement, le réseau FARMED peut-il prétendre à une gestion efficiente des soins ?

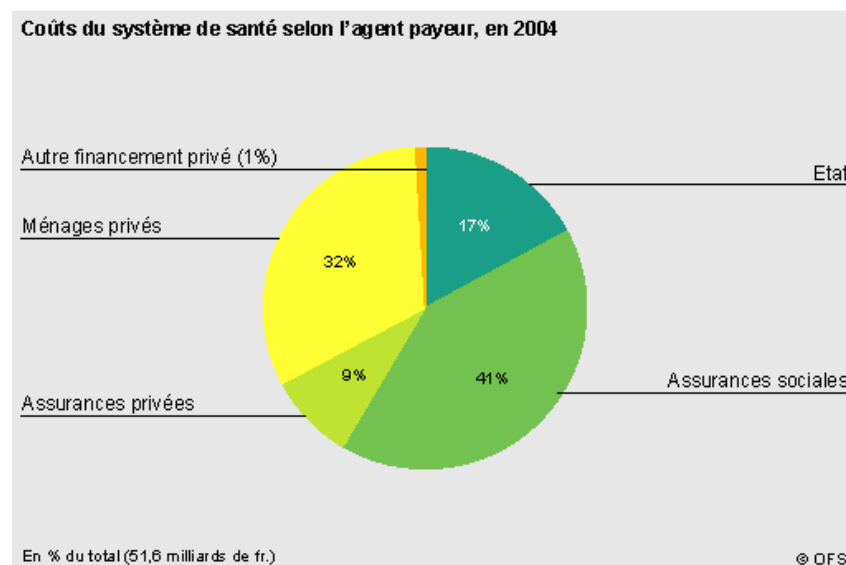
Pour conclure sur les prémisses méthodologiques de mon mémoire, cette recherche s'inscrit dans une démarche hypothético-déductive, selon le modèle épistémologique *positiviste*. La problématique intervient pour mettre en évidence des éléments de contradictions qui peuvent

créer une tension. Elle représente l'intuition d'un problème et débouche sur une question à résoudre : la question de recherche. Par le biais de l'hypothèse de recherche, j'ai tenté de mettre en lumière des éléments de réponses en utilisant différents concepts fondamentaux pour la profession infirmière et autres cadres théoriques. L'objectif final pour l'analyse étant de confronter mon hypothèse de recherche, construite sur des bases écrites, à la réalité du terrain que connaissent les infirmiers de premier recours. Ainsi, quatre entretiens semi-directifs ont été organisés en collaboration avec les acteurs infirmiers des Centres de Santé Infirmiers.

### 1.1. **Thème de la recherche**

Des recherches sur le site de l'Office fédéral de la statistique (OFS) m'ont permis de découvrir que les coûts du système de santé suisse ont atteint 51,6 milliards de francs en 2004 et correspondent à la même année à 11,6% du PIB (produit intérieur brut). L'OFS précise que « le pourcentage des dépenses de santé au produit intérieur brut constitue un indicateur pertinent de la charge économique ou de l'utilisation de ressources du système de santé »<sup>1</sup>. D'autre part, il faut prendre en compte que l'augmentation des coûts de la santé s'est élevée à 4,8% par an entre 1990 et 2000, alors que l'augmentation du PIB national a été pour cette même période de 2,5% en moyenne. Dès lors, si le budget accordé pour la santé est colossal, il révèle davantage une utilisation importante et croissante des services liés à la santé par les citoyens suisses.

En outre, l'Office fédéral de la statistique nous permet de comprendre qui supporte ces coûts :



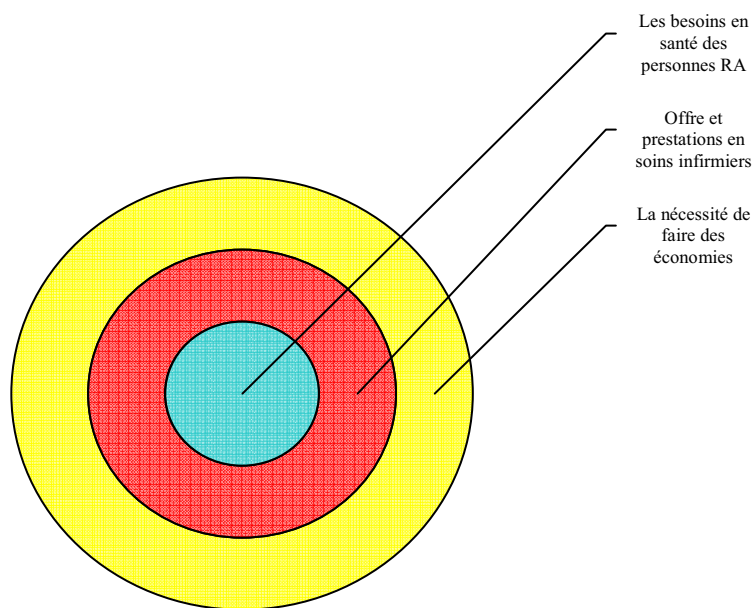
Sous cet angle, je comprends que de poser des limites à ces dépenses soit une problématique centrale en Suisse, de sorte qu'en 1994 la LAMal (Loi fédérale sur l'Assurance-Maladie) appuyée par l'opinion publique au travers des partis politiques, décrète de freiner les dépenses. Depuis plusieurs années, les budgets alloués aux institutions de soins diminuent pour contraindre les professionnels de la santé à participer à une politique sanitaire plus

<sup>1</sup> Office fédéral de la statistique. Part des dépenses de santé par rapport au produit intérieur brut (En ligne). [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/gesundheit/gesundheitsversorgung/kosten\\_\\_finanzierung/ke\\_mzahlen0/kosten0/internationaler\\_vergleich.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/gesundheit/gesundheitsversorgung/kosten__finanzierung/ke_mzahlen0/kosten0/internationaler_vergleich.html) (Page consultée le 29 novembre 2006)



restrictive. Cependant, la recherche en soins infirmiers se développe depuis quelques années déjà pour mettre en évidence les bénéfices et limites éventuelles de telles mesures. Dans ce contexte, on entend parler de rationnement et de rationalisation des soins. Ces termes seront définis ci-après.

Cependant, le thème des coûts de la santé est un sujet vaste. Pour cette raison, le questionnement qui m'occupe dans le cadre de cette recherche s'oriente bien spécifiquement sur **les soins aux personnes requérantes d'asile alloués par des acteurs infirmiers dans le cadre du réseau de santé FARMED**. Cependant, comme je viens de l'exposer le pôle économique crée une influence dans l'interaction et doit être pris en compte dans ce diagramme :



Par ce diagramme, je cherche à schématiser le contexte dans lequel s'inscrit ma recherche. Il s'agit ici de permettre au lecteur de visualiser les différents acteurs qui consentent à la prise en soins. Ainsi, comme c'est le cas pour le fonctionnement du marché libéral, je perçois d'une part une clientèle – qui formule la demande – et de l'autre des prestataires de services qui souscrivent à une offre. Je considère que la population requérante d'asile peut être comprise comme la clientèle – qui sollicite une prise en soins de leur problème de santé – auprès de prestataires de services, ici les acteurs infirmiers qui formulent une offre en soins. En outre, cette simple interaction entre offre et demande s'inscrit dans un environnement économique influent qui fait référence à bien d'autres acteurs encore : assurances privées et sociales, l'Etat et ménages privés.

A ce stade, il est simplement utile de retenir que des personnes requérantes d'asile qui sollicitent des soins auprès des Centres de Santé Infirmier subissent l'influence de mesures économiques relatives au système sanitaire suisse. L'interaction qui unit personnes

requérantes d'asile et infirmiers<sup>2</sup> doit prendre en considération ce troisième pôle qui peut créer une tension, soulever des problématiques, notamment dans le cadre de la pratique des soins.

### **1.1.1. Motivations**

Les motivations qui m'animent dans le cadre de ce mémoire de fin d'études gravitent autour de plusieurs éléments. Si au travers de cette recherche, j'aimerais témoigner de la considération que je porte à ma future profession en étayant une réflexion issue des cadres déontologiques et éthiques de celle-ci, parallèlement, je me dois de démontrer un degré d'expertise. Un degré d'expertise, bien que modeste, à la faveur de compétences professionnelles acquises et des ambitions construites durant ma formation.

En outre, le lieu de tension illustré par le schéma ci-dessus rend compte de valeurs que j'aimerais fondamentalement humanistes et solidaires en faveur de la dignité humaine, et davantage encore en ce qui concerne les populations minoritaires, comme le sont les personnes requérantes d'asile. Aussi, je suis d'avis que la profession infirmière se doit d'inclure les différentes injonctions économiques et politiques à sa pratique du quotidien et se faire entendre pour que les valeurs du pouvoir et de la croissance économique ne desservent pas les efforts soignants déployés. De plus, l'infirmière doit prendre position dans les décisions qui concernent sa corporation et ses clients, en vue d'une cohabitation pensée et anticipée entre valeurs économiques et valeurs soignantes.

Ainsi, les soins infirmiers connaissent un essor profitable pour penser de nouvelles perspectives professionnelles. Néanmoins, l'infirmière a des responsabilités à honorer auprès des politiques sanitaires pour pouvoir saisir ces opportunités.

A la lumière de ces quelques lignes, j'estime que le sujet de ma recherche, focalisé sur le système de santé FARMED, m'a permis de faire valoir ce positionnement professionnel dans un moment où des résultats de recherches sur cette thématique sont rares en ce qui concerne les soins infirmiers. En effet, trois études officielles se sont penchées sur le système de santé FARMED jusqu'à aujourd'hui. L'une d'elles d'une visée médicale – dans le but d'évaluer la qualité de la prise en charge médicale selon 5 items : l'anamnèse, le status, les examens complémentaires, le traitement et la référence à un Médecin de Premier Recours (MPR) – une autre socio-anthropologique – sous l'angle de la satisfaction des soignés et soignants – et finalement une dernière chargée d'évaluer la pertinence économique du réseau. Bien que l'étude socio-anthropologique mette en évidence des observations et remarques pertinentes pour la profession, aucune d'elle n'a une visée authentiquement infirmière. Aussi, je précise que la dernière étude n'est pas accessible publiquement pour le moment.

## **2. PROBLEMATIQUE**

A un premier niveau, ma recherche en soins infirmiers se veut soucieuse d'une posture professionnelle axée sur la justice et l'équité, traduite par un positionnement professionnel qui défende les intérêts de populations potentiellement vulnérables, comme celle des requérants d'asile. Aussi, le thème abordé au travers de mon mémoire me permet de questionner la cohabitation des valeurs économiques, politiques et soignantes.

---

<sup>2</sup> J'ai choisi d'utiliser le genre masculin pour désigner les professionnels infirmiers, bien que statistiquement la profession reconnaît un pourcentage de femmes plus importants au sein de la profession.

A ce stade, j'ai choisi de mettre en lumière différents éléments de contradictions. La problématique vient représenter l'intuition d'un problème et débouche sur une ou plusieurs questions à résoudre.

## **2.1. Réseau de santé FARMED**

Tout d'abord, je souhaite ouvrir une parenthèse sur différentes définitions. Selon le Dictionnaire de politique sociale, le terme de *requérant d'asile* désigne « une personne persécutée à la recherche d'asile » (2002, p.32). Dès lors que celui-ci a effectué des démarches auprès de l'un des postes frontières en Suisse, la personne requérante d'asile bénéficie d'un statut provisoire et l'attribution d'un premier centre d'hébergement en attendant une décision définitive de l'Office fédéral des Réfugiés (ODR). L'octroi de l'asile permet à la personne requérante d'asile d'accéder au statut de *réfugié statutaire*. Dans le cas contraire, la décision de *non-entrée en matière* (NEM), oblige le sujet demandeur d'asile à quitter la Suisse. Pour certains d'entre eux, le statut de clandestin est la seule alternative possible pour rester en Suisse, on parle alors de personnes *sans-papiers*.

Aussi, l'Ordonnance sur l'Intégration des Etrangers (OIE, 142.205)<sup>3</sup> précise que le principe d'intégration « vise à établir l'égalité des chances entre Suisses et étrangers dans la société suisse » (art. 4 et 53 LEtr). Dans cette mesure, la personne ayant obtenu le droit d'asile est tenue à une participation obligatoire à des mesures d'intégration (LEtr, art. 4). Par opposition, le Dictionnaire de politique sociale considère celui de *requérant d'asile* comme un « statut provisoire d'attente avec des restrictions des droits fondamentaux et sociaux avec la crainte d'expulsion générant insécurité, angoisse » (*ibid.*, p.32). Voici les indicateurs précis pour bénéficier du statut de *réfugié*, comme définis par la Loi sur l'Asile (LAsi, 1998, art.3) :

1. Sont des réfugiés les étrangers qui [...] sont exposés à de sérieux préjudices ou craignent à juste titre de l'être en raison de leur race, de leur religion, de leur nationalité, de leur groupe social déterminé ou de leurs opinions politiques.
2. Sont considérés notamment comme de sérieux préjudices la mise en danger de la vie, de l'intégrité corporelle ou de la liberté, de même que les mesures qui entraînent une pression psychique insupportable.

En 2000, le nombre de personnes ayant reçu l'asile en Suisse s'élevaient à 100'000 personnes et provenaient pour la plupart des Balkans et d'Afrique de l'Ouest. Dans le Canton de Vaud, les personnes requérantes d'asile peuvent être logées en appartement, en centre d'hébergement ou en abri de la protection civile et accèdent à un soutien financier minimum pour se nourrir et se vêtir. Aussi, les requérants d'asile peuvent bénéficier d'un accès aux soins sans charge financière dans le canton de Vaud grâce au réseau de santé ambulatoire FARMED depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1999. L'Institut de Santé et d'Economie (<http://www.isesuisse.ch/fr/index.htm>), le site officiel du réseau FARMED, présente des objectifs attrayants, autant au niveau social qu'économique. Aussi, il permet de comprendre comment s'organise le réseau FARMED : un double filtre – dit *double gate keeping*, à savoir infirmier, puis médical – permet aux personnes demandeuses d'asile d'accéder aux soins et ceci sans responsabilité financière (ni franchise, ni participation). Cette solution développée sur mesure comprend notamment une base LAMal combinée à la Fondation pour l'Accueil

---

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral suisse. Ordonnance sur l'intégration des étrangers (en ligne). [http://www.ba.admin.ch/etc/medialib/data/migration/rechtsgrundlagen/gesetzgebung/asyl-und\\_auslaenderrecht.Par.0020.File.tmp/20070328\\_vo\\_VIntA\\_AuG-f.pdf](http://www.ba.admin.ch/etc/medialib/data/migration/rechtsgrundlagen/gesetzgebung/asyl-und_auslaenderrecht.Par.0020.File.tmp/20070328_vo_VIntA_AuG-f.pdf) (page consultée le 16 juillet 2007).

des Requérants d'Asile (FAREAS). Dans le rapport d'une étude socio-anthropologique<sup>4</sup>, les chercheurs précisent que « le réseau FARMED a donc été conçu pour contrôler les coûts de la santé de la population des RA résidants dans le canton de Vaud, tout en affichant la volonté d'assurer une qualité optimale des soins » (Rossi et al., 2004a, page de résumé). Dans cette mesure, FARMED s'inscrit dans l'article 2a de la loi sur la planification et le financement des établissements d'intérêts publics (LPFES) qui précise « [qu'] un réseau de soins est un regroupement volontaire d'établissements sanitaires et d'autres fournisseurs de prestations. Ses membres poursuivent des objectifs partagés en matière de gestion des ressources et de prise en charge » (Rossi *et al.*, *ibid.*, p.8). Pour l'heure, le réseau FARMED a la particularité, sous l'angle du *double gate keeping*, de ne trouver aucun équivalent pour les citoyens suisses.

Pour conclure quant aux intentions du réseau de santé<sup>5</sup> FARMED, je relève une injonction politique édictée par l'Ordonnance d'application 2 de la Loi sur l'Asile qui mentionne que « les cantons restreignent la liberté des RA, des personnes admises à titre provisoire et des personnes à protéger ne possédant pas d'autorisation de séjour, de choisir leur assureur et leur fournisseur de prestations » (Rossi *et al.*, *ibid.*, p.13).

Ces quelques lignes permettent de percevoir qu'en réalité la réciprocité des influences est moins évidente que ce que le montre le diagramme en amont. Les injonctions qui pèsent sur les personnes demandeuses d'asile sont d'une part économiques – dans la restriction de la liberté de choisir le fournisseur de prestations – mais également politiques – en regard du statut provisoire et de l'attente de la décision. Le réseau FARMED peut être considéré comme un terrain d'entente entre ces lieux de tension.

Sur la base de ces données, j'ai souhaité me lancer dans l'exploration de ce réseau de santé animée par la volonté de découvrir si la mise en application de FARMED peut concilier gestion des coûts et qualité des soins comme avancé dans l'étude socio-anthropologique. La démarche hypothético-déductive me permet de poser une hypothèse – construite sur des bases théoriques – puis de mener des entretiens auprès d'experts du terrain pour tenter de falsifier cette hypothèse, ou au contraire de la valider.

## **2.2. Questions de départ**

Jusque-là, une exploration initiale dans la littérature me permet de mettre en évidence que les personnes requérantes d'asile sont soumises à des contraintes particulières dans le cadre de l'accès aux soins. A savoir, des contraintes comme la restriction dans le choix du fournisseur de soins qui ne trouve aucun équivalent imposé pour les personnes suisses. En tant que future professionnelle infirmière cet éclairage m'interroge. A l'issue, différents niveaux de questionnement émergent, ce sont les questions de départ. Est-ce que le *rationnement* et la *rationalisation* des soins expriment les mêmes objectifs ? Et est-ce que des restrictions budgétaires peuvent engendrer une baisse de la qualité des soins ? Et dans quelle mesure est-ce que c'est acceptable ? Et finalement, des mesures restrictives exposent-elles la déontologie infirmière à des risques potentiels ?

---

<sup>4</sup> ROSSI, I. DROZ-MENDELZWEIG, M. PASCHE, G. & FONTAINE, M. Professionnels infirmiers et usagers requérants d'asile dans un réseau de santé : approche socio-anthropologique des politiques de santé. Rapport d'étude. Lausanne : Ecole La Source et Policlinique Médicale et Universitaire, 2004a, 183p.

<sup>5</sup> Il convient aussi de différencier réseau de santé et réseau de soins. En effet, « l'activité du réseau de santé comprend [...] la prise en charge de personnes malades, mais aussi des activités de prévention collective et d'éducation pour la santé des personnes à risque » (Aubry, 2005, p.2), tandis que la notion de réseau de soins rappelle « à la prise en charge des patients atteints d'une pathologie lourde ou chronique » (*ibid.*, p.2).

Aussi, les questions de départ qui m'animent à ce stade donnent en perspective un premier niveau de réflexion. En outre, tout au long de la problématique, je cherche à rendre compte de multiples réflexions et positionnements professionnels qui définissent un socle de base pour aborder la question de recherche. La question de recherche est un questionnement plus mature qui fait l'état des lieux de tensions. L'hypothèse que je poserai plus loin, construites sur des bases théoriques, me permettra d'appréhender des éléments de réponses, confrontés ensuite à la réalité dont me feront part des experts de terrain.

Les questions de départ comme elles sont mentionnées font référence à différents niveaux de questionnement. Le premier étant un niveau de compréhension simple qui passe par la recherche de définitions – rationnement et rationalisation – puis, je m'intéresse à mettre en évidence les conséquences éventuelles qu'engendre une mesure de maîtrise économique sur les soins infirmiers. Dans ce but, j'introduirai les résultats de l'étude RICH-Nursing. Finalement, je présente deux réalités de terrain qui me semble s'opposer en certains points : la réalité que sont amenés à vivre les personnes requérantes d'asile et les intentions du réseau de santé FARMED. Ce dernier point me permet de résumer l'état de mes recherches, d'une part afin que le lecteur perçoive le lieu de tension qui m'intéresse, et d'autre part pour pouvoir approfondir mes recherches sous l'angle de la question de recherche.

### 2.2.1. Rationnement

Le *rationnement* exprime une notion de « priorisation » et sa mise en application existe sous deux formes : *explicite* et *implicite*. Alors que la forme *explicite* de rationnement « consiste à exclure publiquement certains services de la couverture publique » (Guinchard, 2006, p.3), le rationnement sous sa forme *implicite* « consiste à exclure certaines allocations de ressources sans défendre publiquement ces choix » (Guinchard, *ibid.*, p.3).

L'Organisation Mondiale de la Santé donne une définition de ce terme économique : « Malgré l'absence de priorités explicitement définies par les gouvernements, un *rationnement implicite* est cependant opéré en permanence par les personnels de soins de santé au niveau de la prestation des services. Cela peut revêtir des formes multiples, comme le déni, la sélection des bénéficiaires ou la prestation différée des services à ceux qui en ont besoin ou les sollicitent » (A 52/DIV/4, 1999, p.2). Ailleurs, la chercheuse Sabina de Geest parle de rationnement implicite « [...] lorsque des mesures soignantes nécessaires sont supprimées, insuffisantes, erronées en raison du manque de temps, de la pénurie du personnel ou d'un nombre insuffisant de soignants diplômés » (2005, p.50)<sup>6</sup>.

Encore, le Professeur Sommer, de l'Université de Bâle, relativise dans un article paru dans *La Vie économique* : « les médecins parlent de « rationnement » dès que, par manque de moyens, ils ne peuvent plus apporter de soins médicaux jusqu'au niveau de saturation » (2001, p.5). Ou encore « la non-fourniture de prestations bien qu'elles soient opportunes et utiles » (Kocher, 1990, p.196).<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> DE GEEST, S. citée par BACHL, M. « Des économies aux conséquences néfastes », in *Soins Infirmiers*, 11/2005, p.50-53.

<sup>7</sup> KOCHER, G. cité par GOBET, P. & ROUX, P. Jeunes et personnes âgées face au rationnement des soins. Dossier d'enseignement. Sion : Institut Universitaire, 2002, p.159-164.

Je trouve que ces définitions sont intéressantes car elles permettent de comprendre que le rationnement est une mesure sévère mais qui vient pourtant offrir une solution. Je le rappelle, une des problématiques centrales de la Confédération est, à juste titre, centrée sur les dépenses consacrées au système de santé. En effet, j'ai pu saisir que les dépenses pour le système de santé connaissent une croissance inquiétante. Inquiétante, dans la mesure où les assurances sociales qui assument directement les coûts risquent de faire grimper les primes et ainsi alourdir le budget des ménages. Je crois que le rationnement vient comme une provocation pour nous rappeler que l'augmentation de ces dépenses ne peut se perpétuer à l'infini car les ressources, elles, sont limitées.

Néanmoins, si une telle stratégie appelle à la prise de conscience collective quant à des ressources limitées, la mise en application d'un *rationnement* des prestations revêt aussi un caractère éthique. Où se situent les limites de l'acceptable ? Devons-nous accepter de privilégier une partie de la population plus aisée qui peut accéder à des prestations de soins au dépend des groupes les plus vulnérables ? Mais a contrario dans quelle mesure est-ce que la santé est un droit ? Peut-on réellement permettre la santé à n'importe quel prix ?

Concernant le caractère éthique d'une décision de rationnement des soins, d'un premier abord, je postule qu'il est inacceptable que sa mise en application dévalue des notions fondamentales comme l'accès aux soins pour tous, au même titre que de favoriser l'inégalité entre les populations. Toutefois, selon moi les réflexions qui touchent à la question du rationnement en Suisse sont pour l'heure plus subtiles, et renvoient à un dilemme éthique. Le dilemme éthique demande de fixer des priorités entre les principes fondamentaux qui sous-tendent les soins. Ainsi, il est envisageable de favoriser l'un au dépend de l'autre, comme la volonté de favoriser l'accès aux soins pour tous peut primer sur le principe de liberté individuelle. Concrètement, la partie de la discussion qui intervient suite à la présentation du contenu des entretiens, me permet d'approfondir ce postulat.

En outre, il convient aussi de distinguer les différents niveaux de rationnement – d'un point de vue macro, à un point de vue micro – comme soulevé par le Professeur Santos-Eggimann de l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive de Lausanne (IUMSP). En effet, à un niveau global – *macro level* – les décisions de rationnement font référence à une prise de position de la société quant aux allocations attribuées à l'entreprise médicale. A un niveau moyen – *meso level* – les décisions de rationnement concernent certains domaines de la pratique, comme de favoriser la prévention plutôt que les interventions, ou la quantité de vies sauvées à défaut d'accéder à une qualité de vie toujours meilleure. Et finalement, les décisions de rationnement peuvent intervenir dans la pratique au quotidien des prestataires de soins – *micro level* – (2005, p.2). Ces quelques lignes, me permettent de souligner l'importance d'identifier l'agent décisionnaire d'une démarche de rationnement pour saisir le caractère éthique et réfléchi de la décision.

Aussi, j'aimerais relever des éléments de réponses autour du droit à la santé comme je le questionne plus haut. Le Dictionnaire de politique sociale met en évidence que le droit à la santé peut être sujet à des controverses. Si certains considèrent le droit à la santé comme impossible à concrétiser, d'autres utilisent ce terme pour défendre les droits des patients face à l'introduction de mesures de rationnement. Le Dictionnaire mentionné a tenté de « décortiquer le droit à la santé en quatre prérogatives complémentaires : le droit à l'information en matière de santé [...], le droit de participer aux décisions en matière de santé [...] le droit de recevoir les soins que son état de santé requiert [et] le droit à une prise en charge financière des soins nécessaires » (Op.cit., p.105-106).

Finalement, si je n'offre ici que quelques éléments de réponses aux questions mises en évidence, je reviendrai plus tard sur les problèmes que peut soulever le rationnement des soins aux personnes demandeuses d'asile.

### **2.2.2. Rationalisation**

Par ailleurs, rationnement et rationalisation sont souvent confondus dans leur terminologie. Jean-Christophe Bretton (2004) propose une différenciation de ces deux termes dans un mensuel genevois. En effet, il ne faudrait pas confondre rationnement qui fait référence à « [...] une suppression de prestations, une baisse du niveau d'exigence dans la qualité des soins » et « une gestion efficiente, la recherche de synergie qui permettent de dégager des ressources, afin de financer le développement de moyens diagnostiques et thérapeutiques qui contribuent à l'amélioration de notre état de santé » (p.1) qui sous-entend la rationalisation des soins.

Sur la base de ces définitions, j'ai compris que le rationnement des soins ne concernait pas exclusivement la profession médicale, mais aussi infirmière. En ce point, la définition du Professeur Sommer me semble incomplète car des mesures économiques restrictives viennent affecter également les professions paramédicales, comme les soins infirmiers. En outre, ces différents points de vue se réunissent autour du même constat : réduire certaines allocations de soins de manière implicite ou explicite risque d'engendrer une baisse de la qualité des prestations offertes, et par extension, nuire à la santé du client.

Toutefois, comme le souligne G. Steffen, « rationnement et rationalisation des soins sont interdépendants. En effet, si les efforts de rationalisation conduisent à une telle diminution de l'offre qu'il faut choisir de ne plus accorder de traitement nécessaire à une personne déterminée, la question du rationnement risque de se retrouver au premier plan [et l'auteure poursuit en précisant que] certains auteurs pensent que la simple rationalisation ne résoudra pas le problème des dépenses de la santé et que le débat concernant le rationnement est inévitable » (2002, p.247-248). J'estime qu'il est nécessaire de porter une attention particulière à ces propos, car ils donnent à voir une situation de crise des politiques sanitaires en Suisse, ce qui par extension, appelle à une prise de conscience collective quant à des ressources limitées.

Pour revenir à l'une de mes questions de départ, j'ai choisi d'introduire ici les résultats de l'étude de la chercheuse Sabina de Geest<sup>4</sup> de l'Université en Sciences Infirmières à Bâle, qui permettent de considérer de manière concrète les conséquences éventuelles qu'engendre une mesure de rationnement implicite dans les soins infirmiers.

### **2.2.3. L'étude RICH-nursing**

L'étude RICH-nursing<sup>8</sup> (Rationing of Nursing in Switzerland) mandatée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) est la seule étude suisse réalisée jusqu'ici qui permette d'allier

---

<sup>8</sup> L'étude susmentionnée s'est concentrée sur huit hôpitaux suisses, englobant 2052 infirmières et 1190 patients. L'étude a développé des outils de mesures pour qualifier et quantifier des données relatives à la pratique du rôle infirmier – satisfaction au travail, blessure avec du matériel souillé, autres blessures au travail, épuisement émotionnel – à la satisfaction de la clientèle – erreur dans la médication, maladies nosocomiales, chutes, incidents critiques – mais également pour évaluer la qualité de l'environnement professionnel et les conditions de travail.

scientifiquement rationnement implicite des soins et conséquences pour les acteurs infirmiers et leurs clients. En résumé, cette étude a notamment mis en évidence que les acteurs infirmiers, suite à des mesures de rationnement implicite, ne sont pas satisfaits de leur poste actuel à raison de 26%, sont sujets au *burnout* à raison de 17% et s'exposent à des risques de blessures. Par ailleurs, la clientèle encoure des risques de chutes, d'infections nosocomiales – sur ce point la clientèle suisse est à ce niveau plus exposée qu'ailleurs – d'erreurs au niveau des médicaments, d'incidents critiques et escarres<sup>9</sup>.

Sur la base d'éléments aussi concrets, il me paraît clair que le rationnement implicite comporte des risques de dévier sur une négligence de la sécurité des patients, mais également celle de leurs soignants. Ainsi, la tentative de rationnement implicite qui vise à faire des économies en diminuant l'effectif soignant et/ou en remplaçant des soignants professionnels par du personnel auxiliaire, se voit obtenir exactement l'effet inverse en prolongeant les durées d'hospitalisation et en engendrant des traitements supplémentaires. D'une part, ces conséquences ont bien entendu un coût mais représentent aussi un risque pour la réputation de la qualité des soins au niveau suisse.

Ce premier volet de ma recherche donne en perspective les problématiques auxquelles peuvent être amenés à se questionner les professionnels de la santé dans le cadre de leur pratique. Néanmoins, je juge cet étayage incomplet si la préoccupation soignante de l'individu en tant que sujet de soins n'est pas abordée de manière centrale. Concrètement, quelle place reste-t-il à notre humanité<sup>10</sup> dans cette considération économique de la santé ?

Aussi, pour amorcer l'étape suivante, j'ai fait le choix d'orienter plus spécifiquement ma recherche sur la considération de la dimension psychosociale de l'individu dans la pratique des soins infirmiers. En outre, cette dimension demande de rendre compte de compétences professionnelles dans la relation d'aide. Cette précision intervient pour permettre à mon mémoire de répondre au critère de faisabilité lié au temps, mais aussi parce que la personne requérante d'asile est particulièrement affectée dans cette dimension, comme je le relève ci-après. De plus, la considération de la dimension psychosociale de la personne requérante d'asile par les acteurs infirmiers a soulevé des controverses dans les conclusions d'une étude socio-anthropologique. Je reviendrai donc plus particulièrement sur cette dimension, notamment suite aux entretiens menés avec des praticiennes du terrain.

### **2.3. Une première réalité de terrain : considération de l'état de santé**

La couverture des personnes demandeuses d'asile à une assurance maladie-accident est la même que pour tout autre citoyen suisse en regard de la base LAMal, mais la santé des requérants d'asile est potentiellement moins bonne que celles de leurs contemporains suisses en lien avec des traumatismes physiques, psychologiques subits dans leur pays d'origine et/ou durant l'expérience migratoire. En effet, Philippe Currat, anciennement infirmier au Service

---

<sup>9</sup> Tiré de BACHL, M. « Des économies aux conséquences néfastes », in Soins Infirmiers, 11/2005, p.50-53.

<sup>10</sup> Selon BIGAOUETTE, M. il s'agit d'une philosophie humaniste basée sur la reconnaissance de l'autre au travers de toutes les caractéristiques qui déterminent son appartenance à l'espèce humaine.  
<http://www.asstas.qc.ca/documentation/op/op265012.pdf>



de Santé Infirmier en aide aux Requérants d'Asile<sup>11</sup> (SSIRA) a relevé une série de pathologies dans le cadre de son exercice auprès des personnes demandeuses d'asile : syndromes de stress post-traumatiques, troubles somatoformes douloureux, dépressions, tuberculoses, hépatites, HIV et addictions diverses (alcoolisme, drogues, etc.).

Ailleurs, le Service Communautaire de la Planchette<sup>12</sup>, en sa qualité d'aide à l'intégration des étrangers en Suisse, donne des précisions sur les conditions psychosociales dans lesquelles certains requérants d'asile sont amenés à vivre :

Il est très difficile de réunir les conditions permettant d'instaurer un soutien adéquat dans le contexte d'incertitude entourant les requérants d'asile. L'incertitude quant à l'avenir et la possibilité d'un renvoi dans le pays d'origine, sont vécus par les victimes de violences ou de torture comme une épée de Damoclès dont la menace est ressentie comme la continuation de l'oppression subie dans leur pays d'origine. [...] Nous constatons qu'un nombre important de personnes ont recours à des traitements médicaux, souvent en lien avec des troubles somatiques et psychologiques. Un état dépressif est très souvent détecté. [...] Nous observons un absentéisme important aux cours de français expliqué en partie par les maladies à répétition et le « *Je n'en peux plus, j'ai même plus envie de sortir de chez moi* »

En effet, le témoignage du Service Communautaire relève un point important, à savoir l'influence notable de l'environnement (physique, écologique, psychologique, social, etc.) sur la santé de l'individu. L'Agence de Santé Publique du Canada<sup>13</sup> a énuméré les **déterminants de la santé**, également reconnus par l'OMS, subjectivement favorables, ou au contraire délétères, à la santé de chacun :

Le niveau de revenu et le statut social, les réseaux de soutien social, l'éducation et l'alphabétisme, l'emploi et les conditions de travail, les environnements sociaux, les environnements physiques, les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles, le développement de la petite enfance, le patrimoine biologique et génétique, les services de santé, le sexe, et la culture.

Etant donné le statut social instable, l'incertitude quant à l'avenir, l'impossibilité d'être employé et subvenir financièrement à ses besoins – du moins dans les premiers mois – la confrontation à une culture différente et la séparation de son réseau social une fois dans le pays d'accueil, le tout engendre un climat psychologiquement pénible et rend les capacités personnelles d'adaptation difficiles. Le recensement de ces déterminants m'amène à considérer les personnes requérantes d'asile comme vulnérables à leur arrivée en Suisse certes, en ce sens que l'environnement insécurisé qui les a obligées à quitter leur pays d'origine engendrant traumatismes et deuils multiples, mais une vulnérabilité qui se perpétue durant l'expérience migratoire et la phase d'attente en Suisse.

Cela fait 20 ans que j'ai peur de sortir, déjà en Syrie, maintenant ici. Je ne pensais pas que ça continuerait. Ils ont déjà refusé deux fois, je n'ai toujours pas de permis...J'ai peur quand le téléphone sonne, quand on sonne à ma porte. J'ai peur que quelqu'un vienne me dire de partir de la Suisse.<sup>14</sup>

Mais à ce moment, je me suis interrogée quant au rôle qu'occupe l'infirmier-ère dans ce contexte politico-économique et social qui pèse sur les personnes requérantes d'asile. Si j'imaginais que l'engagement politique relevait davantage de la liberté individuelle de chacun,

---

<sup>11</sup> Le SSIRA devenu CSI (Centre de Santé Infirmier) a connu un changement d'intitulé. La mission du service en revanche n'a pas été modifiée. Pour l'heure, trois CSI dans le canton de Vaud exercent dans le cadre du réseau de santé FARMED : Lausanne, Yverdon-les-Bains et Ste-Croix.

<sup>12</sup> Le lien internet est accessible dans la bibliographie, sous l'intitulé Service Communautaire de la Planchette.

<sup>13</sup> Agence de santé publique du Canada. Qu'est-ce qui détermine la santé ? (En ligne) [http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/determinants/index.html#key\\_determinants](http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/determinants/index.html#key_determinants) (Page consultée le 3 décembre 2006)

<sup>14</sup> Témoignage reçu dans le cadre de l'étude socio-anthropologique de Rossi *et al.*, 2004a, p.117.

le Code Déontologique du Conseil International Infirmier (<http://www.icn.ch/icncodef.pdf>, p.4) est plus explicite quant à nos devoirs :

Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de politique de santé [...] l'infirmière partage avec la société la responsabilité du lancement et du soutien d'initiatives permettant de satisfaire les besoins sociaux et de santé de la population, en particulier les groupes les plus vulnérables.

Ces quelques lignes résument qu'en effet les infirmiers-ères occupent un rôle dans la défense d'un environnement qui favorise la santé. Notre conscience professionnelle demande de prendre position (notamment au niveau politique) pour *les groupes les plus vulnérables*. Il est de mon avis que les personnes demandeuses d'asile sont vulnérables et nécessitent que l'on défende des possibilités d'adaptation et d'intégration dans un climat suffisamment sécurisant et stable qui protège la santé.

Au terme de cette première étape, mes recherches m'ont amenée à considérer la santé de la population des requérants d'asile comme potentiellement vulnérable. En effet, les déterminants de la santé s'imposent à eux non pas en termes de ressources mais de facteurs de risques en regard de différents paramètres notamment les difficultés d'adaptation, les deuils multiples et le sentiment d'insécurité relatif à leur statut social. Ce constat renforce le postulat du Code déontologique du CII quant à la responsabilité infirmière en termes de promotion de la santé incluant la valorisation d'un *environnement sain* pour ce *groupe vulnérable* notamment.

#### **2.4. Une deuxième réalité de terrain : le réseau de santé FARMED**

Pour comprendre les origines de ma *question de recherche*, j'estime nécessaire de présenter ce que je perçois d'une autre réalité de terrain. Le site officiel du réseau de santé FARMED<sup>15</sup> explique les éléments clés de son fonctionnement et notamment les avantages que ce système représente :

##### **Les avantages socioculturels**

- La coordination avec plusieurs acteurs en vue de la cohérence des soins.
- L'absence d'auto-responsabilisation, c'est-à-dire, pas de franchise à charge, ni de participation financière pour les requérants d'asile.
- La prise en compte de la dimension culturelle par le biais d'une collaboration avec des médiateurs culturels, notamment en vue d'identifier la représentation du mal-être en termes de maladie.

##### **Les avantages économiques**

- Pas de changements de médecins.
- Pas de traitements multiples et inutiles.
- Pas de recours intempestif aux services d'urgence.

---

<sup>15</sup> Institut de santé et d'économie. FARMED : concept du réseau de santé (En ligne). <http://www.isesuisse.ch/fr/farmed/concept.htm> (Page consultée le 29 janvier 2007).

Le réseau FARMED présente ses objectifs sur son site officiel (ibid.) comme un « projet novateur en terme de qualité des prestations médicales offertes aux requérants d'asile, [...] un système de santé spécifique [...] en constante amélioration [et ayant] pour but d'assurer une prise en charge sanitaire optimale des requérants d'asile ». Dans cette mesure, il me paraît clair que le réseau de santé FARMED semble attentif à la qualité et à la cohérence de ses prestations de soins aux personnes demandeuses d'asile par le biais d'une offre en soins personnalisée grâce, entre autres, à la collaboration de médiateurs culturels, l'absence de participation financière pour les bénéficiaires de soins et une organisation qui permet de canaliser des prestations inutiles. En outre, le site officiel ne précise pas selon quelle base argumentative ils évitent *les traitements multiples et inutiles*. Par ailleurs, une étude a été menée au SSIRA de Lausanne par un groupe de chercheurs en 2004. La conclusion de cette étude socio-anthropologique semble mitigée, précisément sur le point qui intéresse ma recherche à savoir la considération de la dimension psychosociale de l'individu :

La demande faite au SSIRA par sa structure tutelle – la PMU – de privilégier la consultation de courte durée est à nos yeux une indication de conflits émergeant entre les intentions déclarées et les moyens de réalisation accordés. Il est en effet très difficile pour le soignant de dépasser le premier stade de la demande de soins, souvent focalisée par le patient lui-même sur un objet somatique, pour aborder le champ psychique lorsqu'il ne dispose que d'un quart d'heure de consultation et se trouve sous la pression d'une salle d'attente pleine ( Rossi, Droz-Mendelzweig, Pasche, & Fontaine, 2004b) [...] Le défaut de structures de soutien psychosocial, la focalisation des soins sur l'individu sans considération pour le délitement social dans lequel il évolue diminuent la portée soignante des efforts thérapeutiques rassemblés dans le réseau FARMED [...] La « couverture complète des soins médicaux » accordée aux requérants d'asile dans le cadre de ce réseau se résume à la garantie d'une sécurité parfaite du point de vue du traitement somatique de leurs problèmes de santé. La discrimination sociale découlant du statut de requérant d'asile affecte la santé de ceux-ci. Ne pas inclure cette dimension dans l'offre en soins, en développant une approche plus globale, voire « holistique » du diagnostic, de l'étiologie et du traitement, équivaut à perpétuer les paradoxes véhiculés par le réseau (p.133-138).

Au final, la controverse de ces deux réalités – la santé précaire des personnes requérantes d'asile et le souci de qualité énoncé sur le site officiel – interpelle la cohérence de l'offre en soins du Centre de Santé Infirmier de Lausanne face à une population en souffrance, ici celle des requérants d'asile. Ce constat pour le moins troublant, si l'on s'en tient à la littérature, demande de questionner la visée finale du réseau FARMED.

En effet, si la couverture des soins selon la LAMal est la même que pour tout autre citoyen suisse, des injonctions paradoxales (économiques, politiques) viennent galvauder les fondements du paradigme biopsychosocial et spirituel que l'on défend dans la profession infirmière notamment. De sorte que les intentions des professionnels-elles infirmiers-ères en vue d'une reconnaissance du sujet de soins dans sa globalité sont anéantis par des mesures économiques. Dans cette mesure, je suis d'avis que le réseau FARMED ne parvenait pas à conjuguer une gestion coûts et qualité des soins au moment de l'étude socio-anthropologique.

## **2.5. Question de recherche**

Si d'une part, les objectifs énoncés par le site officiel du réseau semblent être cohérents et vigilants face aux besoins des requérants d'asile en matière de santé, a contrario, les conclusions de l'étude socio-anthropologique laissent penser à des négligences dans la mise en application du réseau FARMED.

Dans la perspective d'enquêtes de terrain, ma question de recherche est la suivante : dans quelle mesure les acteurs infirmiers du réseau FARMED parviennent-ils à conjuguer gestion

des coûts et qualité des soins, notamment dans la relation d'aide aux personnes requérantes d'asile ?

### 3. HYPOTHESE

Par le biais de l'hypothèse, je vais tenter de mettre en lumière des éléments de réponses à cette question de recherche notamment grâce à l'étude socio-anthropologique citée plus haut et différents cadres théoriques fondamentaux pour la profession infirmière.

#### 3.1. *Eléments de l'hypothèse*

Tout d'abord, faut-il encore démontrer que les remarques avancées par l'étude socio-anthropologique quant au « [...] défaut de structures de soutien psychosocial, la focalisation des soins sur l'individu sans considération pour le délitement social dans lequel il évolue diminuent la portée soignante des efforts thérapeutiques rassemblés dans le réseau FARMED » (Rossi *et al.*, 2004b, p.134-135) font référence à des compétences de la profession infirmière ? Pour répondre à ce premier niveau de questionnement, ma réflexion débouche sur la présentation de différents cadres théoriques :

- **Le Code Déontologique du CII (Conseil International Infirmier)**
- **Le référentiel de compétences infirmières HES**
- **La Charte de Bangkok**
- **La définition de la santé selon l'OMS (Organisation mondiale de la santé)**

- **Le Code Déontologique du CII (Conseil International Infirmier)**

Si le Code déontologique du Conseil International des Infirmières (CII) donne une perspective plutôt large des normes de conduite à adopter en tant qu'infirmier envers sa clientèle, il stipule que « dans l'exercice de sa profession, l'infirmière crée une ambiance dans laquelle les droits de l'homme, les valeurs, les coutumes et les croyances spirituelles de l'individu, de la famille et de la collectivité sont respectées » (op.cit., p. 4).

- **Le référentiel de compétences infirmières HES**

Le référentiel de compétences qui guide l'apprentissage au cours des quatre années de formation HES, est plus explicite encore quant à la nécessaire considération de la dimension psychosociale de l'individu et met en évidence la nécessité de « construire, avec la clientèle, une relation professionnelle dans la perspective du projet de soins ».

- **La Charte de Bangkok**

La Charte de Bangkok exprime l'avis d'un collectif d'experts en vue d'un partenariat mondial destiné à promouvoir la santé. La Charte propose une série d'engagements et de mesures pour agir sur les déterminants de la santé à l'heure de la mondialisation.

La Charte de Bangkok s'adresse à toutes les personnes, associations et organisations essentielles à l'instauration de la santé, y compris : [...] la communauté de la santé publique. [...] L'organisation des Nations Unies reconnaît que la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain sans discrimination. La promotion de la santé repose sur ce droit de l'homme essentiel et offre un concept positif et complet de santé comme déterminant de la qualité de la vie, qui recouvre également le bien-être mental et spirituel. [...] Les autres facteurs qui agissent sur la santé sont les bouleversements sociaux, économiques et démographiques rapides, souvent

préjudiciables qui se répercutent sur les conditions de travail, les conditions d'apprentissage, les structures familiales, la culture et le tissu social des communautés.

- **La définition de la santé selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé)**

L'Organisation Mondiale de la Santé propose cette définition de la santé dans sa constitution: « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

En résumé, l'étayage théorique qui précède insiste sur la nécessité de considérer la santé de l'individu dans sa globalité, c'est-à-dire en intégrant au partenariat qui unit personnes demandeuses d'asile et acteurs infirmiers les données biopsychosociales et spirituelles dans le projet de soins. Plus spécifiquement, les cadres théoriques fondamentaux de la profession infirmière se réunissent autour d'un point essentiel pour la suite de cette recherche, à savoir la composante psychologique ou mentale de la santé de l'être humain comme inextricable de la dimension biologique. Ainsi, la critique énoncée par l'étude socio-anthropologique fait bien référence à des devoirs infirmiers non honorés dans le cadre du réseau de santé FARMED. Par extension, une prise en soins respectueuse des dimensions asymétriques demande aussi aux acteurs infirmiers de promouvoir des conditions qui favorisent la santé, comme la promotion d'un environnement politique, économique, social et écologique acceptable en termes d'enjeux pour la santé.

Il relève donc du rôle infirmier d'assumer ses responsabilités auprès de la clientèle en respectant l'autre en regard de son histoire de vie, en s'appliquant à la défense d'un environnement sain pour tous mais également, pour des conditions de travail qui soient acceptables pour la délibération des soins.

En regard de ce postulat, je ne peux comprendre les motifs qui amènent le réseau de santé FARMED à privilégier des consultations de courte durée et paradoxalement présenter ses objectifs sur son site officiel comme un « projet novateur en terme de qualité des prestations médicales offertes aux requérants d'asile, [...] un système de santé spécifique [...] en constante amélioration [et ayant] pour but d'assurer une prise en charge sanitaire optimale des requérants d'asile »<sup>16</sup>. En effet, les conclusions de l'étude socio-anthropologique soulèvent des éléments contradictoires concrets à ces intentions comme « le défaut de structures de soutien psychosocial, la focalisation des soins sur l'individu sans considération pour le délitement social dans lequel il évolue (Rossi *et al.*, 2004b, p.134-135), mais également « le risque de perpétuer les paradoxes véhiculés par le réseau » (Rossi *et al.*, *ibid.*, p.138).

### 3.1.1. Détermination de l'hypothèse

Rationnement ou rationalisation des soins ? Si les différences terminologiques entre *rationnement* et *rationalisation* tendent à se confondre dans leur consonance, la sémantique n'est pas la même. Alors que la rationalisation appelle une « gestion efficace » (Bretton, *op.cit.*, p.1), le rationnement vient ébranler les principes éthiques liés aux soins.

Sur la base des données écrites du rapport d'étude socio-anthropologique réalisé, j'émet l'hypothèse que les acteurs infirmiers du réseau de santé FARMED ne parviennent pas à conjuguer gestion des coûts et qualité des soins, notamment dans le cadre de la compétence

---

<sup>16</sup> Institut de santé et d'économie. FARMED : concept du réseau de santé (En ligne). <http://www.isesuisse.ch/fr/farmed/concept.htm> (Page consultée le 29 janvier 2007).

relationnelle. Cet écart entre prescriptif et réel se manifeste par un manque de moyens pour les acteurs infirmiers, comme des consultations de trop courte durée.

Les intentions du réseau FARMED mentionnent le souci d'allier gestion des coûts – les coûts de la santé relatifs aux personnes requérantes d'asile – et « une prise en charge sanitaire optimale » de cette population (<http://www.isesuisse.ch/fr/index.htm>, 2006). Néanmoins, l'étude socio-anthropologique donne à voir des mesures de rationnement implicite – sous l'angle d'un défaut d'accompagnement psychosocial – caractérisées par « la non-fourniture de prestations bien qu'elles soient opportunes et utiles » (Kocher, op.cit., p.196) sans que ces choix soient rendus manifestes. De sorte que le système de santé en place pour les personnes demandeuses d'asile crée un hiatus entre valeurs professionnelles infirmières et valeurs économiques, exacerbé par des données contradictoires entre prescriptif et réel.

Enfin, sur la base de l'étude socio-anthropologique, je souhaite que ma recherche tende à déterminer si le réseau de santé FARMED contraint les acteurs infirmiers, et par extension la clientèle requérante d'asile, à des mesures de rationnement implicite.

## 4. CADRE CONCEPTUEL

Le cadre conceptuel intervient à cette étape pour indiquer les balises de la recherche, pour donner une grille de lecture au terrain d'enquête. Le cadre conceptuel choisi va permettre d'une part de se focaliser sur la considération psychosociale de l'individu (compétence 2 du référentiel HES), mais aussi sur la satisfaction de l'acteur infirmier dans la relation professionnelle (sur la base de l'étude RICH-Nursing) et finalement d'englober la notion d'éthique dans l'exercice des soins (Critères éthiques avancés par Sommer).

Cette première partie du cadre conceptuel est utile pour indiquer les éléments du cadre et leur contenu. La partie du concept intervient ensuite pour élaborer une réflexion qui soit transposable au terrain d'enquête.

- **La relation professionnelle**
- **La satisfaction au travail**
- **Les critères éthiques dans la pratique des soins**

### 4.1. *La relation professionnelle*

Le référentiel de compétences HES comporte 9 compétences, mentionnant des indicateurs de performance pour chacune d'entre elles. Une de ces compétences traite de la relation professionnelle: « construire avec la clientèle une relation professionnelle dans la perspective du projet de soins » (La Source, 2002, p.2).

En outre, cette compétence prévoit des indicateurs de performances utiles pour rendre compte d'un savoir être et un savoir faire dans la relation professionnelle. Les indicateurs sont présentés ici pour permettre au lecteur d'avoir une compréhension plus large de cette compétence :

- 2.1 intègre l'histoire et le contexte de vie de la clientèle comme déterminant de la situation et du projet de soins.
- 2.2 tient compte des caractéristiques propres aux situations relationnelles asymétriques (âge, état de santé, situation sociale, etc.) et en anticipe les conséquences possibles

- 2.3 critique systématiquement son engagement personnel en regard du respect de l'altérité du client.
- 2.4 fait preuve de capacités de communication verbale et non-verbale
- 2.5 négocie le(s) cadre(s) nécessaire au travail relationnel
- 2.6 détermine avec la clientèle l'espace et le temps qui permettent d'accompagner la recherche et la construction du sens de l'expérience de vie
- 2.7 élabore et anticipe le geste de soins au corps comme médiateur et support de la relation.
- 2.8 soutient dans et avec l'équipe interdisciplinaire, les intérêts du client, de la clientèle.

Néanmoins, la suite de ma recherche s'intéresse davantage à mesurer l'influence d'éventuelles contraintes – comme des consultations de courte durée – sur la mise en œuvre de cette compétence. En effet, comme démontré précédemment, cette compétence fait référence à un intérêt porté à la dimension psychosociale du sujet de soins. L'attention portée à cette compétence par les acteurs infirmiers permet de démontrer une considération pour la santé du sujet dans sa globalité, selon un paradigme biopsychosocial et spirituel, au-delà du paradigme strictement biomédical. Cette considération s'appuie notamment sur la définition de la santé, comme relevé par l'OMS notamment.

## **4.2. La satisfaction au travail**

L'étude RICH-nursing (Rationing of Nursing in Switzerland) mandatée par l'OFSP (Office Fédéral de la Santé Publique) entre 2003 et 2004, a permis de mettre en évidence des liens entre rationnement des soins et conséquences pour la clientèle et les soignants. Dans ce but, l'étude a choisi une série de facteurs significatifs (Clarke, 2005, p.1).

J'ai souhaité retenir un de ces mêmes facteurs : *la satisfaction au travail* du personnel infirmier. Cet indicateur me semble important car il me permet de dégager un aspect qualitatif de la recherche. En effet, cet item est utile à ma recherche pour rendre compte du vécu des acteurs infirmiers dans un contexte où je perçois des éléments susceptibles de générer des tensions, comme des mesures de rationnement implicite.

L'étude RICH-Nursing est liée à l'étude internationale des résultats dans les hôpitaux (IHOS) ayant débuté il y a quelques années. Cette dernière a procédé à une enquête à peu près similaire dans onze pays. Celle-ci a permis de mettre en évidence le fait que le rationnement implicite des soins<sup>17</sup>, comme un personnel infirmier insuffisant – nurses in hospitals with lowest staffing – risque d'induire des conséquences pour le personnel infirmier. L'échantillon d'infirmiers considérés pour l'étude ont reporté une insatisfaction au travail pour 35 % d'entre elles, un risque accru à l'épuisement pour 25% et 66 % reconnaissent que la qualité des soins dans leur unité est médiocre.

Dans cette perspective, je me suis inspirée de l'étude RICH-Nursing en prélevant cet élément car il me semblait significatif pour ma propre recherche. Néanmoins, les données qui argumentent le choix de *la satisfaction au travail* comme critère pour l'étude RICH-Nursing ne figure pas – du moins en français et en anglais – dans les ressources théoriques que j'ai consultées.

En outre, l'interprétation de cet outil pour mon travail est issue de ma créativité, au sens de l'opportunité de la création, de la construction. La satisfaction au travail devrait me permettre d'estimer un écart entre prescriptif et réel dans la pratique des soins pour le personnel infirmier du réseau FARMED, dans le sens d'un environnement de travail influent.

---

<sup>17</sup> L'outil utilisé par l'étude IHOS pour mesurer le rationnement implicite n'est pas mentionné dans mes sources. En outre, l'étude RICH-Nursing s'est appuyée sur le questionnaire REN récemment développé et approuvé notamment par 13 experts qualifiés.

### **4.3. Les critères éthiques dans la pratique des soins**

Dans cette perspective éthique, le Professeur Sommer de l'Université de Bâle fait référence à un des seuls experts en matière d'éthique (Enderle) à s'être essayé d'établir des hypothèses « applicables à l'allocation des ressources limitées dans le domaine de la santé ». Les critères éthiques avancés permettent d'évaluer le caractère éthique d'une démarche qui se rapporte à des restrictions budgétaires dans le domaine de la santé. Voici ces critères (Sommer, 2001, p.4) :

1. la décision doit être prise avec *impartialité*,
2. les droits fondamentaux et notamment *la liberté de décision individuelle* des personnes directement concernées doivent être le plus possible respectés,
3. *l'égalité et la valeur morale* de la vie humaine doit être reconnue, autrement dit les facteurs d'utilité externes (comme p. ex. la valeur sociale) ne doivent pas influencer la décision du rationnement,
4. la procédure de décision doit être *juste et équitable* et les résultats ne doivent pas dépendre de caractéristiques personnelles qui ne sont pas déterminantes (comme la race, le sexe, etc.),
5. dans le respect des principes éthiques énoncés, la décision doit être prise de telle sorte que les ressources (limitées) soient utilisées de manière optimale selon des critères *économiques*.

J'ai choisi de retenir ces critères pour ma recherche car ils permettent de mettre en évidence les risques discriminatoires auxquels se heurtent des mesures de rationnement. Ces critères représentent ainsi des balises importantes pour réfléchir aux enjeux du réseau de santé FARMED.

### **4.4. Donner du sens à sa pratique : allier déontologie professionnelle et vécu personnel**

« La grille exige d'être remplie en y forçant notre matériel « comme avec un chausse-pied » [...] alors que le concept exige que notre attention s'active le plus loin possible, favorisant l'émergence de nouveautés » (Jonckheere & Bercher, 2003, p.11). Dans la perspective d'enquête de terrain, il m'importe de mettre en évidence trois focus différents pour l'analyse: la relation professionnelle, la satisfaction au travail et les principes éthiques dans la pratique des soins. Il s'agit de créer une articulation entre ces trois éléments du cadre afin d'offrir une structure à l'analyse des données relatives aux entretiens, tout en accordant la souplesse qui permette d'accueillir des données inattendues.

En vue de donner un éclairage différent de l'étude socio-anthropologique qui m'a précédée, j'ai souhaité pouvoir développer un concept sur mesure. Dans les faits, le concept peut trouver une forme dérivée, le « construit ». En résumé, le construit est « un nouveau concept créé pour représenter un indicateur des comportements, des événements ou des phénomènes<sup>18</sup> ». Ainsi, je vais tenter de donner une dynamique aux éléments du cadre conceptuel mentionnés, afin que *le construit* lie les éléments les uns aux autres et puisse être utilisé comme un outil adapté pour la suite de mon travail.

#### **4.4.1. La relation professionnelle**

Comme précisé plus haut, la compétence de la relation professionnelle est reconnue à la corporation infirmière au travers de différents codes déontologiques. Cet élément représente un point important pour ma question de recherche. Concrètement, la compétence de la relation

---

<sup>18</sup> Cet intitulé, ainsi que sa définition sont repris du document d'enseignement : Initiation à la recherche (module 37B43). Cadre de référence. Haute Ecole de la Santé La Source, Lausanne, 2005, 1p.



professionnelle devra être utilisée comme un outil pour mes entretiens auprès des infirmiers du terrain afin de mettre en évidence plusieurs points, à savoir :

- Comment les acteurs infirmiers interrogés s'approprient-ils cette compétence ?
- Comment cette compétence est-elle influencée par les injonctions économiques et politiques qui subordonnent le réseau FARMED ?
- Dans quelles mesures peuvent-ils répondre à un besoin relationnel des personnes RA ?
- Quels outils mettent-ils en évidence pour honorer au mieux cette compétence ?

#### **4.4.2. La satisfaction au travail**

La satisfaction au travail est utile pour questionner une cohérence entre travail prescriptif et travail réel. C'est-à-dire ce qui est prescrit par des codes, en termes de devoirs professionnels, et ce qui est possible de mettre en pratique au quotidien. Dans cette perspective, j'émet l'hypothèse que le professionnel infirmier doit pouvoir se référer aux valeurs qui fondent l'engagement professionnel dans le cadre de sa pratique car à défaut, il se risque à une perte de sens et par extension sur le long terme, l'épuisement. En outre, je précise qu'un acte correctement exécuté n'est pas en soi un acte éthique ou moral car ce même acte doit aussi trouver une concordance avec des valeurs fondatrices (Billé, 2003, p.32). Cette considération montre que la pratique infirmière, constituée d'un socle de valeurs professionnelles, demande de trouver, dans les conditions de travail notamment, une résonance de la déontologie professionnelle infirmière.

Concrètement, il est de mon avis que la pratique professionnelle dans le réseau de santé FARMED peut avoir des conséquences sur le sens donné à l'exercice du rôle infirmier si les acteurs du terrain ne parviennent pas à conjuguer les valeurs économiques et politiques à leurs valeurs soignantes, c'est-à-dire dans un socle de valeur dans lequel ils se reconnaissent.

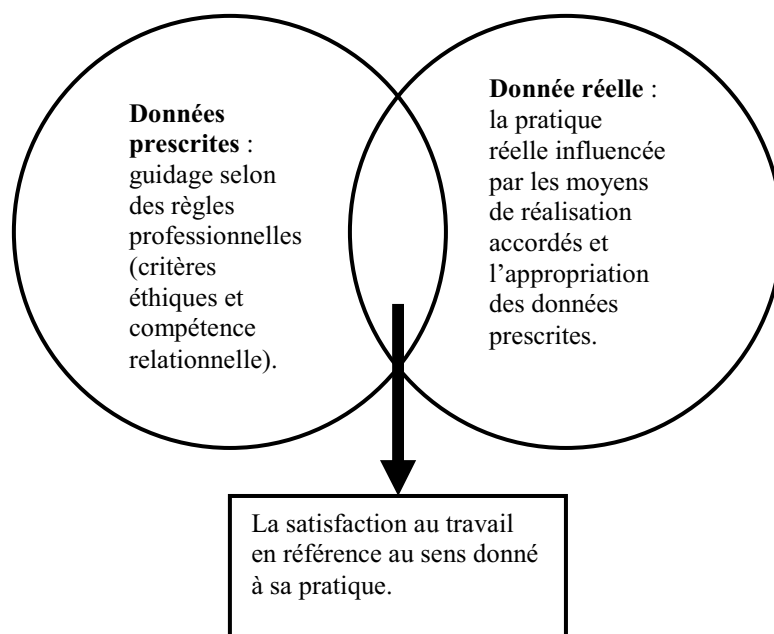
La question de la satisfaction au travail est un deuxième élément clé qu'il me faut introduire dans mes entretiens car selon moi, le lieu de tensions que j'ai mis en évidence dans le schéma (1.1 Thème de la recherche), reste une interprétation subjective qui doit être confrontée à l'avis des praticiens du terrain pour devenir objectivable.

#### **4.4.3. Les critères éthiques dans la pratique des soins**

J'ai choisi ces critères car ils sont mis en évidence par l'auteur comme un outil concret pour « guider une décision de rationnement » (Sommer, 2001, p.4). Je comprends de cette dernière ligne que le rationnement des soins n'est pas d'emblée une mesure aberrante, parce que cette solution d'ultime recours permet aussi d'offrir des garde-fous à des dépenses et des demandes toujours croissantes dans le domaine de la santé. Des limites qui peuvent s'avérer utiles pour permettre de privilégier la valeur de solidarité, afin de ne pas se laisser glisser dans une médecine à deux vitesses. Sous cet angle, des mesures de restrictions budgétaires appellent à un comportement pragmatique car « on ne peut demander des prestations en quantité telle que celle-ci atteigne le niveau de saturation » (ibid., p.5). Ainsi, ces critères éthiques sont utiles pour mettre en évidence une décision de rationnement qui serait disproportionnée ou discriminatoire.

A première vue, si ces trois items sont distincts les uns des autres, selon moi, ils sont intimement liés. En effet, il existe une interdépendance entre chacun de sorte que la satisfaction au travail des acteurs infirmiers dépend de cet écart – qu'il s'agira d'estimer – entre prescriptif et réel. Tout l'intérêt du construit est dans cette articulation particulière d'éléments du cadre conceptuel.

Pour permettre au lecteur de comprendre cette articulation, je choisis d'introduire ici un nouveau schéma.



A ce stade, il est important pour le lecteur de comprendre que le sens donné à sa pratique est indissociable de cet écart entre prescriptif et réel, en termes de moyens de réalisation certes, mais également d'interprétation des données prescrites par les acteurs infirmiers. Dans l'analyse je reviendrai sur les données de ce schéma pour introduire la notion de pertinence de la pratique et de compétence sur la base des documents de Guy Le Boterf.

## 5. METHODOLOGIE

Selon S. Tomamichel<sup>19</sup>, le savoir méthodologique est constitué de trois pôles : le premier descriptif, un autre instrumental, puis un pôle de cohérence. Pour accéder au pôle descriptif « vous devez lire les recherches, identifier les méthodes utilisées par leurs auteurs » (Allin, 2004, p.13). Il s'agit de recenser l'ensemble des méthodes afin de pouvoir ensuite s'en inspirer. Le second pôle, dit instrumental ou technologique, constitue les techniques et outils de l'enquête. Finalement, le pôle de cohérence appelle à des habiletés internes pour permettre d'agencer les différentes méthodes entre elles.

La méthodologie vient ici définir l'ensemble des méthodes utilisées pour mener la recherche. Ce nouveau chapitre introduit les présupposés de la méthode hypothético-déductive, comme démarche tout au long du mémoire de fin d'études, ainsi que la technique des entretiens semi-dirigés, pour l'exploration du terrain d'enquête.

---

<sup>19</sup> S. Tomaichel est cité par A-C. Allin, dans son ouvrage : Travail de fin d'études, clés et repères.

### 5.1.1. Objectifs de la recherche

- Confronter l'hypothèse émise sur des bases théoriques à un terrain d'enquête.
- Relever des éléments qualitatifs de la pratique infirmière en Centre de Santé Infirmier par le biais d'entretiens semi-dirigés.
- Dans l'analyse du contenu des entretiens, mettre en évidence différents degrés d'approche : le réseau FARMED, le vécu et la pratique des acteurs infirmiers, la population des requérants d'asile.
- Tenter de falsifier l'hypothèse.
- Ouvrir la conclusion de la recherche sur des perspectives et des propositions.

### 5.1.2. Intérêts de la recherche

Je suis d'avis que ma recherche permet de mettre en évidence trois piliers importants pour la profession infirmière. En premier lieu, je retiens un intérêt pour la recherche infirmière elle-même, notamment en vue d'élargir les bases de données qui traitent de l'expérience professionnelle des infirmiers-ères mais aussi, en vue de penser la pratique infirmière pour agir avec compétence et s'ancrer dans un réel processus de professionnalisation. En deuxième lieu, il est de mon avis que l'acteur infirmier doit prendre ses responsabilités face à des injonctions économiques et politiques qui risquent de modifier la pratique des soins infirmiers. J'ai tenté d'étayer cette recherche par un maximum de références théoriques qui se rattachent à la discipline infirmière, si possible novatrices (comme l'est l'étude RICH-nursing). En effet, selon moi un positionnement professionnel est intéressant surtout lorsqu'il défend un socle de valeurs, de devoirs qui fondent l'engagement professionnel et, comme mentionné précédemment, ce socle commun assure aussi d'être le garant d'un sens donné à la pratique. En troisième lieu et par extension, l'acteur infirmier voit sa profession évoluer dans un système sanitaire toujours plus complexe. Selon moi, nous nous devons de nous y confronter, nous positionner et penser de nouvelles opportunités. La conclusion de cette recherche se veut orientée sur des perspectives d'avenir pour renforcer le rôle autonome.

## 5.2. Discussion méthodologique

Cette recherche s'inscrit dans une démarche hypothético-déductive, selon le modèle épistémologique *positiviste*. Ce modèle tend à « expliquer des phénomènes (dans une logique de vérification) » (Allin, 2004, p.9). La problématique intervient pour mettre en évidence des éléments de contradictions qui peuvent créer une tension. Elle représente l'intuition d'un problème et débouche sur une question à résoudre : la question de recherche. Par le biais de l'hypothèse, j'ai tenté de mettre en lumière des éléments de réponses en utilisant différents concepts fondamentaux pour la profession infirmière et d'autres cadres théoriques.

Ici, le problème méthodologique consiste à savoir comment rendre compte de la manière dont les compétences infirmières, influencées par des injonctions économiques et politiques, permettent de faire exister l'individu requérant d'asile dans ses différentes dimensions de la santé. Si, comme j'en fais l'hypothèse, le système FARMED contraint la pratique infirmière à « la non-fourniture de prestations bien qu'elles soient opportunes et utiles » (Kocher, op.cit., p.196), je pourrai mettre en évidence qu'il existe un lien significatif entre un environnement favorable à la pratique et la qualité des soins dans ce milieu de soins spécifique, que sont les Centres de Santé Infirmiers.

Pour que je puisse saisir le degré de complexité relatif au réseau de santé FARMED, il a été préalablement nécessaire que je me concentre sur les différentes composantes de la problématique. Ainsi, les intérêts des différents protagonistes – économiques, politiques et

infirmiers – ont tacitement fait émerger une problématique. La méthodologie hypothético-déductive a permis une construction de ma posture professionnelle en amont des entretiens, notamment traduite dans l'hypothèse. Et si la finalité de la méthodologie s'inscrit dans une logique de vérification, l'ambition première de ma recherche est de permettre l'émergence d'un esprit critique et d'idées si possible novatrices pour la pratique des soins infirmiers, que je veux aussi soucieuse de justice et d'équité.

Aussi, j'ai tenté d'ouvrir ma recherche à des perspectives nouvelles en explorant un maximum de pistes encore inexplorées concernant la thématique qui m'a intéressé, favorisant ainsi l'émergence d'un positionnement infirmier dans des questions relatives au système socio-sanitaire. L'étude RICH-Nursing menée par Sabina de Geest de l'Institut des Sciences Infirmières de Bâle et une réflexion concernant le rôle de nurse practitioner appuie aussi cette considération.

### **5.3. Technique d'enquête : l'entretien semi-directif**

Un groupe de chercheurs<sup>20</sup> a mené son enquête dans le Centre de Santé Infirmier de Lausanne en 2004. Ma recherche s'inscrit dans le continuum de cette étude. En effet, bien que la perspective que je vise soit moins large en regard des critères de faisabilité et réalisabilité de ce mémoire de fin d'études, les résultats de cette enquête offrent un support très riche d'informations pour appréhender le terrain. Néanmoins, l'étude de Rossi et al. a gardé prioritairement une visée socio-anthropologique. Ainsi, j'ai souhaité développer en extension une réflexion sur la pratique des soins infirmiers et plus spécifiquement, l'exercice du rôle infirmier dans la relation professionnelle, me permettant aussi un rappel de la deuxième compétence du référentiel HES.

Si bien que je me suis intéressée à mener des enquêtes de terrain en collaboration avec plusieurs infirmiers du réseau de santé FARMED. L'objectif final pour l'analyse étant de confronter mon hypothèse de recherche, construite sur des bases écrites, à la réalité du terrain qui permet aux acteurs infirmiers de remplir leurs fonctions.

Par ailleurs, en accord avec la responsable de la santé communautaire des Hospices-CHUV, Mme Elizabeth Neumann, j'ai organisé des entretiens semi-directifs auprès d'infirmiers du réseau de santé FARMED exerçant leur activité dans différents Centres de Santé Infirmiers. Les entretiens semi-directifs ont fait l'objet de prise de note uniquement. J'ai estimé avoir atteint un niveau intéressant de la récolte de données après quatre entretiens.

La récolte de données transversale a été suivie d'une analyse de contenu, c'est-à-dire en réunissant les données autour de thématiques constituées des trois éléments du cadre conceptuel, à savoir la relation professionnelle, les critères éthiques dans la pratique des soins et la satisfaction au travail.

En outre, j'ai choisi d'assurer un cadre éthique aux personnes ayant participé à mon étude. De ce fait, j'ai choisi de faire valoir les principes d'éthique fondamentaux dans la pratique des soins comme jalons de sécurité. Concrètement, le « Formulaire de consentement » qui figure en annexe a été remis aux participants des entretiens après signature en bipartite. Par

---

<sup>20</sup> ROSSI, I. DROZ-MENDELZWEIG, M. PASCHE, G. & FONTAINE, M. Professionnels infirmiers et usagers requérants d'asile dans un réseau de santé : approche socio-anthropologique des politiques de santé. Rapport d'études. Lausanne : Ecole La Source et Policlinique Médicale et Universitaire, 2004a, 183p.

extension du cadre éthique, par souci de confidentialité, les données qui suivent peuvent avoir été modifiées.

#### **5.4. Evaluation de la recherche : les pôles descriptif, instrumental et de cohérence**

J'ai choisi d'ouvrir une parenthèse à ce moment de ma recherche pour intégrer une séquence d'évaluation de la recherche elle-même et de mes apprentissages (autoévaluation). Pour ce faire, je reprends ici l'idée des trois pôles du savoir méthodologique, comme décrit par S. Tomamichel en début de chapitre (Allin, *ibid.*, p.13). Néanmoins, ces trois pôles seront abordés selon une approche différente au bénéfice de cette étape d'évaluation. Le pôle instrumental rend compte des facilités et difficultés liées à la méthode hypothético-déductive et la technique d'entretiens semi-structurés. Le pôle descriptif intervient pour questionner la crédibilité de la recherche, en termes de validité et limites. Et finalement, le pôle de cohérence renvoie à la question des apprentissages et de l'autoévaluation.

- **Pôle instrumental : méthodologie**

Selon moi, la méthode hypothético-déductive est un support authentiquement efficace pour la construction d'une posture professionnelle. En effet, poser une hypothèse de recherche demande au chercheur d'identifier un lieu de tension sur la base de données théoriques, et par extension de se positionner professionnellement. Cependant, les enquêtes de terrain m'ont permis de constater que la construction d'hypothèses sur la base de données tirées de la littérature comporte le risque de construire une perception éloignée de la réalité du terrain.

Dans cette mesure, les positionnements catégoriques au début de ce mémoire, se voient plus nuancés à la fin. Dans le cadre de cette recherche, je postule que la construction d'une hypothèse sur des bases théoriques ne permet pas d'avoir une vue globale de la problématique. Les éléments qui composent la problématique et l'hypothèse de recherche auraient mérités d'être plus approfondis, afin de ne pas rendre la deuxième partie de la recherche trop indigeste. Concrètement, je comprends que si les termes « gestion des coûts » et « qualité des soins » avaient été analysés préalablement pour déterminer un angle d'exploration précis, mon mémoire aurait gagné en clarté et aurait dépassé le stade de l'exploration superficielle de ces termes. Pour cette raison, au cours des entretiens, je relève des éléments nouveaux qui viennent influencer le contenu de l'hypothèse. Je suis d'avis que ces éléments inattendus renvoient à une grande complexité. Aussi, cette complexité m'amène à questionner l'efficacité des instruments utilisés pour la récolte de données.

Je pense que les entretiens semi-dirigés ont l'avantage d'être suffisamment souples pour récolter des données relatives au vécu, au ressenti, qui demandent d'aller au-delà du simple questionnaire. Un outil qui m'a été agréable d'utilisation pour aborder des questions sensibles, comme le manque d'effectif, la satisfaction au travail, les dysfonctionnements organisationnels. Néanmoins, les entretiens sont limités par le temps (ici, 1h15-1h30) et cette technique m'a demandé d'être garante d'un cadre autour de la discussion par rapport aux thèmes abordés. Ma trame d'entretiens comportait six questions, mais toutes n'ont pas été abordées systématiquement par manque de temps. Je constate que pour une nouvelle recherche, la trame devrait être plus courte et faire figurer des questions prioritaires, puis secondaires. En outre, l'instrument d'enquête tel que je l'ai utilisé, et malgré ses limites, m'a permis d'aborder les trois éléments centraux de mon cadre conceptuel – la compétence de la relation professionnelle, la satisfaction au travail et a posteriori, les principes éthiques dans la pratique des soins. Toutefois, une trame d'entretien plus courte et plus ciblée aurait permis de

récolter davantage d'éléments concernant la relation professionnelle. En effet, j'estime que ce manque de données vient altérer la validité de la recherche.

Par ailleurs, l'originalité de ma récolte de données tient à la technique de la prise de notes. Si l'entretien demande des efforts pour pouvoir rendre compte de chaque question et encourager le participant à faire part de son vécu, la prise de notes peut s'avérer être une difficulté supplémentaire au moment de l'entretien. L'entretien résumé sous forme de mots clés ou phrases courtes, doit être retranscrit le jour même, sous peine d'en perdre le contenu. Des efforts de concentration sont plus tard récompensés au moment de la retranscription de l'entretien car cette étape m'a permis de gagner du temps par rapport à la récolte de données par enregistreur. Certes, la prise de notes m'oblige à limiter les citations, les données non verbales et rend compte d'une objectivité relative. Malgré une retranscription synthétique des entretiens, j'estime que la prise de notes a été suffisamment efficace pour que les différents thèmes abordés figurent de manière fidèle dans les comptes-rendus.

Aussi, j'ai remarqué que cette technique est particulièrement adaptée pour aborder et récolter des données autour de sujets sensibles, tel que le vécu des acteurs infirmiers face à des mesures économiques et politiques imposées. Selon moi, l'enregistreur peut entraîner une retenue à faire part d'impressions, de mécontentement ou de scepticisme. Aussi, la prise de notes m'a semblé être un outil particulièrement efficace pour mettre en évidence similitudes et contradictions entre chaque entretien. Toutefois, par souci de plus de rigueur dans le cadre d'une autre recherche, il serait souhaitable de faire valider les comptes-rendus d'entretiens par les participants.

Pour conclure, si la méthodologie souffre de lacunes qui desservent la validité de la recherche, j'estime que la méthode hypothético-déductive et la technique des entretiens semi-structurés représentent des outils pertinents pour aborder l'objet de cette recherche. Car même si les données récoltées ne sont pas exhaustives dans ce travail, l'analyse transversale met en évidence des éléments de réplique entre ces quatre entretiens, entendue comme un niveau de saturation des données. De sorte que je parviens à déterminer s'il y a validation ou falsification de l'hypothèse de recherche. Finalement, les thèmes qui intéressent ce mémoire de fin d'études ont été abordés durant les entretiens, malgré un abord plutôt sensible.

- **Pôle descriptif : validité et limites de ma recherche**

Concernant la couverture du champ de recherche, le patrimoine de connaissances concernant le réseau FARMED est pour l'heure très restreint, ce qui par extension m'offre l'opportunité d'explorer des pistes nouvelles. Toutefois, je pense qu'il était particulièrement difficile de dessiner l'état de la situation. Cette explication vient nuancer le manque d'exhaustivité de ce travail, notamment en ce qui concerne les injonctions économiques et politiques qui gravitent autour du réseau FARMED et les personnes requérantes d'asile. Il convient qu'il s'agit là d'une limite de ma recherche qui renvoie à la maîtrise des savoirs mobilisés.

Je suis d'avis que la signification sociale qui touche au réseau de santé FARMED met en cause des intérêts puissants, d'un point de vue économique et politique notamment. Ceci m'amène à considérer l'accessibilité intellectuelle des données, à mon niveau de formation et d'expérience. Je pense que les savoirs mobilisés sont pertinents dans le cadre de cette recherche, néanmoins ils sont insuffisants pour traiter de questions pointues comme le rationnement des soins, au sens de la validité scientifique.

En outre, si j'accorde une rigueur et une validité critiquables à cette recherche – au sens des données récoltées, de la maîtrise du sujet de ma recherche – je pense que je me suis donné les moyens d'aborder la difficulté de l'objet de cette recherche, en fonction de mes compétences et de mon expérience dans le domaine des soins et particulièrement dans le domaine de la recherche en soins infirmiers. De sorte que les propos qui ne trouvent pas de fondements valides, sont explicitement nommés et plus souvent pondérés par des hypothèses.

Comme souligné plus haut, je comprends que pour une nouvelle recherche, la question et l'hypothèse de recherche doivent être clairement délimitées dans le champ des connaissances selon un focus précis (soins infirmiers, socio-anthropologie, économie), et doivent rendre compte d'un degré de maturité optimum pour éviter de trouver un écart important entre les données attendues et données trouvées dans les entretiens.

Par ailleurs, la nécessité de respecter les normes éthiques liées à la recherche, a posé des jalons dans le cadre de la présentation des résultats. En effet, les Centres de Santé Infirmiers comptent 9 professionnels infirmiers, ce qui demande des précautions particulières pour garantir la confidentialité des participants. De sorte que faire mention du profil des infirmières (âge, sexe, expérience professionnelle, nationalité et lieu d'activité) est impossible dans le cadre de cette recherche. Aussi, le principe de confidentialité ne me permet pas de joindre les comptes-rendus d'entretiens en annexe qui, s'ils sont manipulés pour garantir ce principe, risquent de ne plus retranscrire la fidélité des propos des participants. En outre, la partie « Proposition », destinée à soumettre aux acteurs infirmiers des solutions d'amélioration pour leur pratique, répond au principe éthique de bienveillance, au sens de ne pas nuire.

Aussi, le formulaire de consentement tel que je l'ai proposé aux participants introduit la notion de non-jugement. Durant la phase de rédaction, le respect de cette notion m'a beaucoup interrogé. Car si l'objectif même de cette recherche est de formuler une pensée critique, une prise de position forte et en contradiction présente le risque de se laisser glisser dans le jugement. Les exercices de relecture en position métacognitive m'ont permis d'éliminer des propos qui risqueraient de nuire, au sens du jugement. Ainsi, je pense pouvoir affirmer ne pas avoir négligé cette question du respect des principes éthiques.

Pour conclure ici, je reviens aux objectifs énoncés précédemment. Brièvement, je rappelle quels sont les objectifs de cette recherche :

- Confronter l'hypothèse émise sur des bases théoriques à un terrain d'enquête.
- Relever des éléments qualitatifs de la pratique infirmière en Centre de Santé Infirmier par le biais d'entretiens semi-dirigés.
- Dans l'analyse du contenu des entretiens, mettre en évidence différents degrés d'approche : le réseau FARMED, le vécu et la pratique des acteurs infirmiers, la population des requérants d'asile.
- Tenter de falsifier l'hypothèse.
- Ouvrir la conclusion de la recherche sur des perspectives et des propositions.

Cette partie de l'évaluation qui porte sur l'entier du travail, me permet de considérer ces objectifs comme atteints. Je suis d'avis que les limites de cette recherche sont mises en évidence et permettent d'estimer l'écart entre objectifs prévus et objectifs atteints. Aussi, je suis satisfaite de constater que chacun de ces points est abordé dans ce travail, certes de manière plus ou moins exhaustive ou rigoureuse, mais permet de mettre en évidence une

certaine organisation protocolaire de ma part. Un élément qui me paraît positif pour entreprendre des recherches futures.

- **Pôle de cohérence : autoévaluation**

Le pôle de cohérence est abordé ici sous l'angle de l'autoévaluation et des apprentissages réalisés au cours de cette recherche. Pour ce faire, je choisis d'intégrer à ce pôle les prémisses de la compétence de la recherche, telle qu'elle est entendue dans le référentiel de compétences HES.

La compétence 9 : « S'impliquer par son discours et ses actes, dans le développement et l'explicitation du rôle infirmier », dont voici les indicateurs de performance qui intéressent ce pôle de cohérence (Haute Ecole La Source, op.cit., p.4) :

**9.1. assume les responsabilités liées au niveau d'étude et à l'apprentissage du rôle infirmier, autonome et délégué ; 9.4. argumente le point de vue infirmier dans les prises en charge interdisciplinaires et collabore aux décisions interdisciplinaires de prise en charge.**

Je choisis de réunir ici deux indicateurs de performance, selon qu'ils sous-entendent les notions de posture et d'engagement professionnel au bénéfice des soins infirmiers.

Sous cet angle, j'estime que mon mémoire de fin d'études rend compte de deux types de positionnement : la volonté de promouvoir et d'intégrer à ma pratique la compétence de la recherche en soins infirmiers d'une part, et d'autre part, en regard des 4 dimensions de la pratique infirmière – environnement, santé, personne et soins.

Je pense qu'il est légitime de reconnaître un véritable engagement tant personnel que professionnel dans ce mémoire de fin d'études. Sur ce point, mes motivations à mener cette recherche me le démontrent. Aussi, j'entends la question des « responsabilités liées au niveau d'études et à l'apprentissage du rôle infirmier » comme la nécessité de se porter garant d'une meilleure qualité des soins et d'un meilleur accès à la santé possible. Ce point de vue renvoie à la pratique réflexive, au sens de penser sa pratique, un exercice pour lequel la recherche en soins infirmiers est indispensable. Aussi, je suis d'avis que ce mémoire de fin d'études donne à voir une réflexion professionnelle, qui s'ancre dans un contexte d'actualité – avec la nécessité de faire des économies.

En outre, je souligne dans cette recherche les 4 dimensions qui intéressent la pratique infirmière. L'environnement – fait d'injonctions économiques et politiques – la santé – sous l'angle d'une nécessaire considération holistique du sujet de soins – la personne – les personnes demandeuses d'asile en prise avec des besoins en santé spécifiques – et finalement le soin – abordé avec la compétence relationnelle infirmière.

**9.2. soutient des conditions de travail favorables à un exercice professionnel de qualité.**

Je suis d'avis que cette recherche donne à voir ma pensée critique en ce qui concerne cet indicateur. De sorte que j'interroge les conditions de travail des acteurs infirmiers des CSI en regard d'éventuels mesure de rationnement des soins d'une part, et face au risque potentiel d'une insatisfaction au travail, donc d'une perte de sens comme délétère à la pratique professionnelle.

Je comprends que les savoirs-mobilisés dans le cadre de cette recherche me permettent de donner une assise à mon rôle soignant et par extension, une autonomie professionnelle. En lien avec l'expérience acquise relative aux questions de la prise en soins des personnes



requérantes d'asile dans le Canton de Vaud, je me reconnais les capacités à émettre un jugement professionnel éclairé et constructif pour la pratique des soins infirmiers.

### **9.3. fait des propositions en regard des processus décisionnels concernant le domaine de la santé.**

La compétence de la recherche en soins infirmiers fait aussi référence à cet indicateur. L'ambition de cette compétence se veut axée sur une réflexion quant à la pratique des soins infirmiers. Une réflexion qui permette de se rendre acteur de sa pratique – au sens de penser et ajuster sa pratique – mais aussi à un niveau plus large, afin de développer un socle de connaissances utile à la corporation infirmière.

Selon moi, la réflexion éthique qui est menée autour de la problématique du rationnement des soins fait référence à cet indicateur. Non pas au sens de faire des propositions, mais de prendre part, manifester de l'intérêt, aux processus décisionnels qui concernent le domaine des soins infirmiers. Sur la question du rationnement des soins, la construction de ce mémoire de fin d'études m'a permis d'accéder à une maturation de ma personnalité professionnelle. En effet, auparavant les mesures de rationnement des soins me semblaient inacceptables en tous points. Aujourd'hui, je peux nuancer mes propos à ce sujet et inscrire ma réflexion dans un processus constructif, qui s'appuie sur un socle de connaissances. Bien que modeste, l'exercice mené donne à voir une forme d'expertise de la pensée sur la question des personnes requérantes d'asile dans le Canton de Vaud. Par extension, profitable à un éventuel positionnement professionnel qui ne réponde pas uniquement des soins infirmiers, mais du contexte global au sens de la santé publique.

## **6. ENQUÊTES DE TERRAIN**

Comme relevé dans le chapitre de la méthodologie, le respect d'un cadre éthique et moral est un impératif pour lequel je me suis engagée auprès des participants. Aussi, l'équipe infirmière qui exerce dans les trois Centres de Santé Infirmiers du Canton de Vaud ne compte que neuf professionnels au total. J'estime que le maniement des données qui permettrait de rendre celles-ci confidentielles comporte le risque de ne pas permettre l'accès à un contenu fidèle des entretiens. Pour cette même raison, la présentation du profil des participants (formation préalable, lieu de pratique, années d'expériences, nationalité) sera très limitée. De sorte que les données transmises ici seront rendues anonymes et que les comptes-rendus d'entretiens ne sont pas annexés à mon mémoire.

### **6.1. Précisions préalables à l'introduction des données**

Les Centres de Santé Infirmiers trouvent la particularité de soumettre les demandes de santé des personnes requérantes d'asile du Canton de Vaud à un premier filtre infirmier. Ces Centres, basés à Yverdon, Sainte-Croix et Lausanne, sont sous la tutelle de la Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne. Pour l'heure, le réseau compte 9 infirmiers. Aussi, les entretiens ont été menés en collaboration avec quatre infirmières de CSI sur une durée moyenne d'une heure et demie. Cette durée a été fixée en accord avec les participantes qui ne pouvaient dégager davantage de temps.

Les données récoltées doivent permettre de répondre à un certains nombres d'interrogations et confronter des éléments de l'hypothèse, fondée sur des bases théoriques, à la réalité du terrain. Aussi, ce premier niveau d'analyse rend compte du ressenti et des perceptions des participantes. Les données récoltées sur la base de la prise de notes me permettent néanmoins

d'introduire dans les textes des extraits du discours, contenus en *italique*, pour permettre une interprétation des données la plus fidèle possible.

Un deuxième niveau d'analyse, sous l'intitulé de la discussion, me laissera prendre position face au discours des expertes de terrain. Non pas dans le but de démontrer un quelconque niveau d'expertise face à leurs années de pratique dans ce réseau de santé, mais bien pour faire part d'un positionnement professionnel, d'un degré de réflexion qui renvoie à une perception de la pratique dans une position métacognitive.

Finalement, la fin de ce chapitre trouvera une synthèse des éléments dominants, ainsi que la détermination de la validation ou la falsification de l'hypothèse de recherche et des propositions, ou du moins des pistes de réflexion, pour les acteurs infirmiers.

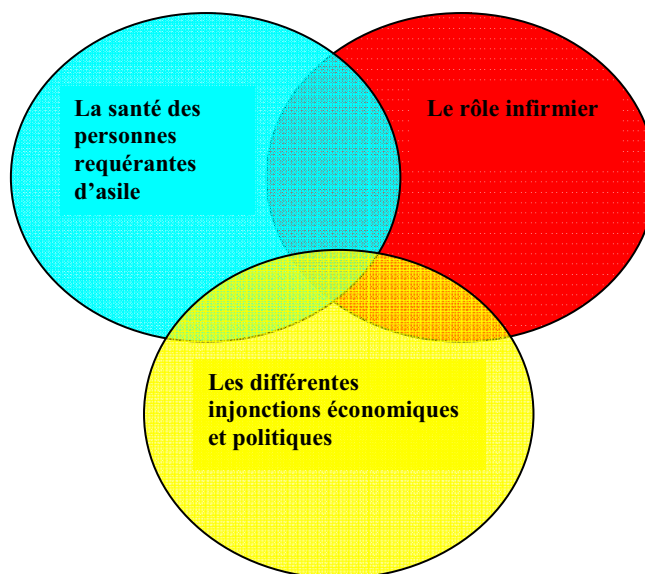
### **6.1.1. Visualisation schématique des données récoltées**

Les entretiens ont mis en évidence une certaine complexité liée au thème de ma recherche. Je le rappelle, le premier schéma (1.1 Thème de la recherche) exprime de manière simplifiée que des personnes requérantes d'asile qui sollicitent des soins subissent l'influence de l'économie du pays. L'interaction qui unit personnes requérantes d'asile et acteurs infirmiers doit prendre en considération le pôle économique qui peut créer une tension, soulever des problématiques, notamment dans le cadre de la pratique des soins.

De sorte que mes entretiens auprès des acteurs infirmiers en CSI révèlent différents niveaux de réflexion. J'ai regroupé les contenus d'entretiens autour de thématiques générales qui traduisent une réflexion commune dans le ressenti des participants. Néanmoins, si l'analyse des entretiens m'a permis de mettre en évidence des éléments centraux, les prises de position ne sont pas d'emblée homogènes, mais souvent partagées par la majorité. Des éléments significatifs, mais isolés des propos des autres participants, sont quelques fois soulevés.

Aussi, pour des raisons pratiques, j'ai choisi de schématiser les résultats des entretiens par le diagramme de Venne ci-après. Par ce biais, je cherche à permettre une lecture facilitée du cheminement de ma pensée. Par ce nouveau schéma, je souhaite donner des précisions au contenu de ces différentes interactions. L'interaction est représentée par les interstices qui regroupent les trois pôles du diagramme de Venne.

Concrètement, la présentation du contenu des entretiens est utile pour comprendre d'une part la pratique des infirmières des CSI en partenariat avec leur clientèle requérante d'asile, leur vécu professionnel dans un contexte économique et politique qui, selon moi, influence leur pratique. Et finalement, le contenu d'entretiens permet de saisir leur point de vue a propos de l'interaction qui unit personnes requérantes d'asile et injonctions économiques et politiques.



Le premier niveau d'analyse qui suit permet d'exposer le contenu des entretiens sous l'angle de ces trois pôles. Il s'agit d'une retranscription des données récoltées.

## **6.2. Le rôle infirmier**

Durant ces entretiens, j'ai souhaité mettre en évidence la considération du rôle infirmier par les infirmières elles-mêmes. Comment est-ce que ces quatre infirmières perçoivent-elles leurs devoirs de soignants? Leurs propres limites? Quelles stratégies ont-elles développées pour pallier à des manques ou des savoirs lacunaires? Si cette question se veut d'ordre plutôt général, les éléments recueillis traduisent essentiellement leur rôle soignant auprès des personnes requérantes d'asile.

Par ailleurs, je remarque avec plaisir que chacune a exprimé ses points de vue avec conviction. Je remercie ces praticiennes des Centres de Santé Infirmiers de m'avoir accordé tout le temps nécessaire à mes entretiens. Mais aussi, de m'avoir confié de précieux éléments de leur pratique pour me permettre de penser la profession.

### **6.2.1. La question de l'appropriation du rôle infirmier**

Dans l'ensemble, les participantes trouvent des points communs assez nets par rapport à la représentation du rôle infirmier. Chaque participante a relevé le souci d'une prise en soins respectueuse des dimensions de l'individu. Aussi, soucieuses d'établir un lien de confiance dès l'accueil en consultation de la personne, elles m'ont fait part de leurs stratégies avec les personnes requérantes d'asile. Une infirmière raconte que la phase de l'accueil est *primordiale* pour la consultation : c'est ainsi qu'elle évalue l'état général de la personne dans son non-verbal – thymie, mobilisation, posture- mais également dans la compréhension de la langue. Les infirmières des CSI ont des compétences linguistiques qui leur permettent de mener des entretiens en français et en anglais. Elle-même s'applique à dire quelques mots dans la langue du pays d'origine, pour peu qu'elle la connaisse. Elle me dit que c'est une attitude *qui touche* les personnes requérantes d'asile. Une troisième se veut garante d'authenticité dans sa relation à l'autre. Elle me raconte qu'elle n'hésite pas à dire les choses assez durement. Elle témoigne qu'un jour elle a confronté une personne à cette impression :

« vous sentez mauvais ». Si la confrontation est rude de premier abord, le souci de chercher des solutions en partenariat traduit pour elle une attitude bienveillante. Pour *l'image de soi* tout d'abord, mais aussi pour *l'intégration, nos coutumes*.

En effet, je remarque que ces infirmières sont décidées à occuper un rôle dans l'intégration des personnes requérantes d'asile. Comme mentionné, l'intégration au pays d'accueil fait référence à des coutumes et des codes sociaux. Telle la posture de l'un qui ne peut être avachie dans sa chaise, à l'utilisation du téléphone portable durant la consultation pour l'autre. Aussi, les personnes étrangères apprennent que certains quartiers de la ville sont mal perçus par les autorités locales. Encore une fois, j'ajoute que l'attitude bienveillante m'a semblée sous-jacente à la démarche. Je perçois que si les exemples cités font référence à un rôle dans l'intégration des personnes requérante d'asile, l'une d'elles au moins inclut le pan social à sa pratique en général. Pour elle, *le social a un tel impact sur le médical, sur la santé des gens* qu'il est normal d'associer cette compétence au rôle infirmier.

### **6.2.2. Le soin relationnel : stratégies d'intervention**

D'autre part, les infirmières font référence à des comportements et des compétences qui permettent aux personnes requérantes d'asile d'être entendues dans leur souffrance, dans leur mal-être. Ainsi, la mobilisation des ressources – *l'empowerment*<sup>21</sup> – et la *disponibilité* sont des mots-clés autour desquels ces infirmières s'accordent. Seul le rôle de soutien est controversé. Pour l'une d'elle, le soutien fait davantage référence à un mécanisme passif qui tend à créer une dépendance avec le réseau de santé. Elle y préfère le terme d'*accompagnement*. Je relève également que la *responsabilisation* et l'*autonomisation* sont des objectifs qui guident la pratique de ces quatre infirmières. De plus, deux d'entre elles soulignent que la souffrance psychologique des personnes demandeuses d'asile est cachée et que le motif de consultation doit être *décodé*, parce qu'il y a *la plainte et la finalité*. Les participantes mettent en évidence l'expérience, l'empathie et le feeling comme outils pour déceler les origines de la souffrance d'autrui. Investiguer la dimension psychosociale de l'individu, c'est comme l'exprime l'une d'elle, si elle perçoit qu'il y a encore quelque chose derrière [la plainte elle-même].

Néanmoins, trois d'entre-elles font une distinction entre la relation d'aide comme étant intégrée à leur domaine de compétences et la psychiatrie, davantage associée aux compétences des médecins et des psychologues. Si l'une d'entre elles considère qu'elle ne se sent pas capable, une autre pose les limites du rôle à *la petite psy.*, c'est-à-dire aux patients dont la santé mentale est stabilisée. Pour la dernière, le rôle de l'infirmière se résume au *traitement des manifestations somatiques* face à la souffrance psychologique des personnes requérantes d'asile. Au-delà, elle fera recours aux psychologues d'Appartenances, voire au département de psychiatrie si nécessaire.

### **6.3. La santé des personnes requérantes d'asile**

Pour permettre de comprendre l'offre en soins proposées par les infirmières des CSI, il était préalablement indispensable pour moi de percevoir leurs représentations en termes de santé des personnes requérantes d'asile. Y a-t-il une tendance à la chronicité pour cette population ? Considèrent-elles la population des personnes demandeuses d'asile comme potentiellement

---

<sup>21</sup> Il s'agit d'une stratégie soignante qui vise à favoriser les connaissances et les compétences individuelles de l'individu ou du group en matière de santé, au travers d'un comportement participatif. (Antonyme : dépendance).

vulnérable ? Quel est l'impact des conditions de vie et du statut de requérant d'asile sur leur santé ?

### **6.3.1. Les populations migrantes : différences et similitudes**

D'emblée, ces infirmières affirment que pour elles il n'existe pas une seule population, mais bien *des populations* au sein de la dénomination des personnes requérantes d'asile. Le groupe n'est pas homogène en regard notamment du lieu de provenance et de la langue. Au-delà de ces critères, une infirmière considère qu'il existe deux groupements bien distincts, soit une minorité de personnes qui arrivent en Suisse pour des raisons économiques, idéologiques, voire même dans le but d'y faire du *tourisme*. Cette catégorie de personnes présente selon elle un risque financier car ils s'adonnent à du *tourisme médical*. Elle soupçonne certains migrants de déposer une demande d'asile, non pas pour obtenir l'asile, mais prioritairement dans le but d'accéder à une couverture médicale, au moins le temps de la procédure. Elle évoque l'exemple de femmes se présentant au Centre d'Enregistrement au quasi terme de leur grossesse. Et finalement, l'autre catégorie des requérants d'asile, c'est-à-dire les personnes qui arrivent en Suisse parce qu'elles ont fui leur pays d'origine.

Par ailleurs, trois infirmières relèvent des similitudes possibles dans l'expérience en santé entre personnes demandeuses d'asile et personnes migrantes. Ainsi, le *déracinement*, la *perte de repères* et de *sens de vie*, les *troubles d'adaptation*, le *choc culturel*, *alimentaire* et de *la langue*, sont des signes observables pour ces deux populations.

Quelles sont alors les caractéristiques des personnes demandeuses d'asile ? Le choix ou le caractère imposé du départ. Une infirmière considère que la cause du départ en lien avec un risque potentiel ou avéré de persécutions influence la santé de la personne RA. En effet, le motif, qu'il soit lié à des *tortures subies*, à une menace de *mariage forcé* ou la *prison*, l'excision ou autres formes de violence, comporte en soi un risque traumatique élevé pour le sujet. D'autant plus si le départ est précipité vers l'inconnu. Ce postulat renvoie à considérer la quête de la personne sans papier à une opportunité. Une opportunité choisie et anticipée face aux conditions de vie plus ou moins difficiles qui les attendent par exemple en tant que clandestins. Certes, mais une autre précise que la raison économique ne doit pas être entendue comme un motif de départ moins valable. Les personnes sans-papiers subissent elles aussi une forme de violence qui les pousse à la migration.

### **6.3.2. Les personnes requérantes d'asile : le caractère multifactoriel des problèmes de santé**

En outre, la particularité des personnes requérantes d'asile réside dans la *complexité* et le caractère *multifactoriels* des problématiques de santé. La conception de la santé, comprise au travers des dimensions biopsychosociales et spirituelles, se voit altérée simultanément par plusieurs facteurs. Ainsi, le contexte insécurisant, les traumatismes vécus dans le pays d'origine et l'expérience migratoire se cumulent à des difficultés – comme la confrontation au racisme, la désillusion, l'impossibilité de construire des projets d'avenir, l'impression d'un retour impossible – une fois dans le pays d'accueil. Leur expérience auprès des personnes demandeuses d'asile leur permet de mettre en évidence un risque plus élevé de *dépression*, de *syndrome de stress post-traumatique*, de *d'anxiété*, de *troubles d'adaptation*, de *problèmes psychosomatiques*, de *hypervigilance*, de *troubles du sommeil* et de *deuils multiples*. Deuils liés à la perte éventuelle de membres proches, de leurs repères sociaux et de la perte de sens. Je trouve particulièrement significatif de relever que l'apprentissage de la langue, comme un

des symboles d'intégration dans le pays d'accueil, n'est pas un processus facilement amorcé pour les personnes requérante d'asile. Cette observation, d'une des infirmières, s'explique par l'impossibilité du moment à accepter un éventuel non-retour dans le pays d'origine. Les personnes RA qui arrivent en Suisse sont donc, pour certaines, animées par la volonté de retrouver leurs racines car *apprendre la langue c'est accepter de ne pas rentrer*.

De plus, une d'entre elles relève certains problèmes auxquels elle sera plus attentive durant la consultation, à savoir les maladies tropicales – surtout le paludisme – la tuberculose, les hépatites et aussi le HIV. Aussi, les personnes originaires d'Afrique rencontrent plus souvent des problèmes d'hypertension artérielle.

Sous cet angle, malgré une tendance à la chronicité qui n'est pas avérée selon les dires des expertes de terrain, la santé des personnes requérantes d'asile s'avère être *moins bonne* que celle des citoyens suisses de la même tranche d'âge (de 25 à 35 ans). A cette remarque, j'ajoute que la population requérante d'asile représente donc une charge économique plus importante pour le système sanitaire que leurs contemporains suisses.

### **6.3.3. La clientèle requérante d'asile : facilités et difficultés des infirmières**

Les données qui précèdent me permettent de comprendre que les besoins en santé de cette clientèle font appel à des connaissances bien spécifiques, tant dans l'approche biologique que psychosociale, pour répondre à des demandes ancrées dans une situation généralement complexe et multifactorielle. Mais considérer que la dimension psychosociale a un impact sur la santé, les amène, entre autres, à occuper un rôle de coordinatrice dans des demandes liées aux conditions de vie (bruit et exigüité des logements, non entrée en matière, renvoi). Je perçois néanmoins que ce pan de leur activité peut s'avérer contraignant et épuisant, comme l'exprime l'une d'elles dans un soupir : *des fois c'est vraiment...* Je remarque qu'elle semble se sentir lasse de ces demandes. De plus, j'ai relevé leur sentiment d'être démunies face à la complexité et au vécu douloureux des patients requérants d'asile : *c'est lourd pour nous ou qu'est-ce que tu veux faire ?*

Toutefois, il est intéressant de relever que ces infirmières accordent aux personnes demandeuses d'asile un potentiel de ressources important. L'expérience migratoire achevée est, pour elles, la preuve que ces populations possèdent une véritable *force de vie, une force de résilience*. Mais aussi, un comportement solidaire inné. Les groupes qui se reconnaissent des appartenances communes – la langue, les origines, la religion – développent une entraide, un partenariat dans cette phase inconfortable. De sorte qu'elles affirment que les personnes demandeuses d'asile ne doivent être considérées d'emblée comme une population, ou des populations, vulnérables, sans exclure une vulnérabilité psychologique ou une *fragilité de par le vécu, de par les conditions de vie*. De plus, une des praticiennes relève que la plupart des personnes demandeuses d'asile n'ont pas conscience de l'influence des conditions de vie sur leur santé. Si elle n'hésite pas à leur faire part de cette impression, celle-ci est difficile à entendre, parce qu'elle est synonyme de faiblesse ou d'échec pour cette clientèle.

Je relève que si la rencontre interculturelle peut parfois confronter ces infirmières à des difficultés, notamment face au sens donné à la maladie ou en lien avec des connaissances culturelles théoriques erronées ou insuffisantes, elles y perçoivent un échange de savoirs réciproques enrichissant. L'une d'elles me raconte que la culture ne peut être généralisée ou catégorisée pour un entier. Chaque individu est en fait le résultat d'une construction sociale.

L'identité se construit tout au long de la vie en fonction d'imprégnations culturelles et religieuses, de traditions et de normes de société. Une autre me dit que si pendant un temps elle *intellectualisait* beaucoup les consultations, aujourd'hui elle reste simple et naturelle. Elle ne peut maîtriser les codes de toutes les cultures. Elle place le client au centre de ses intérêts et aborde la culture d'autrui dans un échange en partenariat. Les patients requérants d'asile n'ont jamais été offensés jusque-là du savoir lacunaire de l'infirmière à ce niveau. Aussi, les infirmières n'émettent pas explicitement de demandes en termes de formations supplémentaires en interne.

#### **6.4. Les injonctions économiques et politiques**

Les entretiens auprès des expertes de terrain m'ont permis de saisir des dimensions nouvelles : le réseau de santé FARMED induit un changement de rôle professionnel (diagnostic médicaux et droit de prescription) et la mise en application du gate keeping n'est pas d'emblée homogène dans tous les CSI. Si par cet axe je souhaitais mettre en évidence d'une part le degré de satisfaction au travail, les participantes m'ont confié des éléments importants pour appréhender cette cohabitation forcée entre des valeurs soignantes et valeurs économiques. D'autre part, les praticiennes des CSI soulignent qu'il existe un lien inhérent entre les injonctions économiques et politiques et la santé de leurs clients.

En outre, je souhaite faire une distinction entre des mesures économiques et politiques prises pour la mise en application du réseau FARMED, avec d'autres qui font référence à la législation qui règle le droit d'asile en Suisse (LAsi), et finalement, les décisions prises à l'interne de la Polyclinique Médicale Universitaire, la structure tutelle des Centres de Santé Infirmiers. Sous cet angle, je perçois trois structures décisionnelles qui peuvent influencer la santé des personnes requérantes d'asile.

##### **6.4.1. Le réseau de santé FARMED : « nouveau rôle, nouvelles responsabilités, nouvelle pratique »**

Premièrement, il est intéressant de mettre en évidence que toutes ces infirmières accordent beaucoup d'importance à ce rôle *pilote, pionnier* d'infirmières de premier recours. Les différentes injonctions qui visent à une gestion efficiente des coûts induisent un changement de culture professionnelle. En effet, si ces infirmières ont plusieurs niveaux de responsabilités dans le réseau FARMED, l'originalité de leur rôle est de devoir assurer d'une part un premier filtre pour traiter la demande en santé des personnes requérantes d'asile, et d'autre part, assumer une autonomie dans le diagnostic médical. Le diagnostic médical est utile à leur pratique pour permettre de déceler une urgence ou un problème en santé qui nécessite l'intervention du médecin de premier recours.

Aussi, ces quelques infirmières partagent avec deux autres corporations, les sages-femmes et les médecins, le droit de fournir une ordonnance. Cependant, ces infirmières fournissent des ordonnances aux personnes requérantes d'asile selon *une liste très précise*. A quelques exceptions près il s'agit de médicaments prescrits sans ordonnance médicale. L'une d'elle rajoute : *ce n'est pas un manque [et puis] on peut faire « autant de mal » avec des antibiotiques qu'avec du Paracétamol*. Elle souligne ici que si la classe de médicament change, l'acte est le même et comporte en soi la même responsabilité professionnelle. Une autre distingue son activité infirmière de celle du médecin à la lumière de la finalité. Certes, si tous deux posent un diagnostic médical, son intervention débouche sur un traitement infirmier, de type *pharmacie familiale*. Aussi, deux s'accordent à dire qu'elles sont amenées à

poser des diagnostics simples, pour de la *bobologie*, qui *conduiraient vous et moi à aller chercher des médicaments à la pharmacie.*

#### **6.4.2. La question de la satisfaction au travail**

Je perçois que cette évolution du rôle est perçue par l'ensemble comme bénéfique pour la discipline infirmière. Mais aussi, le gate keeping infirmier tel qu'il est appliqué aux CSI rend compte de valeurs personnelles et professionnelles auxquelles elles tiennent. Si pour trois d'entre elles, elles l'expriment ainsi : *avec le gate keeping j'ai pas de problèmes éthiques, je suis à fond dedans, c'est un travail de rêve.* Une autre estime que son activité au CSI, qu'elle exerce depuis plusieurs années déjà, est surtout un *tremplin* pour la suite. Celle-ci est convaincue que les consultations infirmières représentent un *modèle d'avenir.*

De plus, les entretiens ont révélé un besoin de reconnaissance, exprimé par les différents protagonistes comme un besoin de *visibilité*, de *rendre visible*, de faire *changer les mentalités.* Une visibilité de la profession infirmière auprès de la population suisse, qui selon une d'elles a une confiance presque aveugle en l'infirmière et s'en tient à une méconnaissance du cahier des charges. Mais aussi, une visibilité des compétences infirmières auprès des politiques pour accéder à plus d'autonomie. Une autonomie qui permettrait de libérer l'infirmière du rôle médico-délégué, comme c'est déjà le cas dans les CSI. Aussi, je trouve intéressant de relever leur slogan pour la journée mondiale de l'infirmière du 12 mai dernier qui caractérise mieux leur perception du changement de culture professionnelle : « nouveau rôle, nouvelles responsabilités, nouvelle pratique ». Le stand d'informations prévoyait à cette occasion d'interpeler la population, sous l'œil attentif d'une caméra, quant à l'utilité de leur rôle auprès des personnes demandeuses d'asile et d'une possible ouverture du gate keeping pour l'entier de la population.

Aussi, les infirmières mettent en évidence une motivation certaine dans leur rôle *pilote* de premier recours, notamment pour l'avenir de la profession. Le Master en soins infirmiers qui s'ouvrira à l'Université de Lausanne en 2008 alimente ces espoirs car selon elles – elles précisent qu'il s'agit là d'une information non-officielle – la formation sera particulièrement axée sur le rôle autonome et le développement de compétences autour de la clinique.

#### **6.4.3. Le gate keeping infirmier : entre prescriptif et réel**

A contrario, je remarque que ces entretiens s'articulent autour d'une préoccupation centrale : le *vrai* gate keeping. Le gate keeping, pour lequel *il y a une seule manière de travailler mais plusieurs contextes*, est caractérisé par un premier passage obligatoire au travers du filtre infirmier pour accéder dans 32%<sup>22</sup> des cas à une consultation médicale (chez le MPR ou à la PMU) sur bon de délégation uniquement. En effet, le bon de délégation garantit le remboursement des prestations des différents partenaires.

Ainsi, ces infirmières accordent aux Centres de Santé Infirmiers de la périphérie – Sainte-Croix et Yverdon – un fonctionnement différent de celui de Lausanne, proches des objectifs du réseau. En résumé, le Centre de Saint-Croix partage son bâtiment avec des chambres d'hébergement pour les personnes demandeuses d'asile. Ainsi, les requérants se rendent naturellement au CSI, presque sans percevoir ce filtre infirmier comme un passage obligatoire. Comme le dit l'une d'elles en parlant du fonctionnement de Saint-Croix, *ça coule*

---

<sup>22</sup> Selon Bodenmann et al., 2003, p.5-8.



*de source*. A Yverdon, le gate keeping répond aussi à un fonctionnement efficace car les Médecins de Premier Recours ne *court circuitent pas le filtre infirmier* et répondent ainsi aux exigences du réseau de santé. Par rapport à ces deux sites, le réseau FARMED trouve la fonctionnalité attendue qui permet de garantir des économies en utilisant les compétences infirmières de premier recours.

Néanmoins, le centre d'hébergement de Crissier et plutôt éloigné du Centre de Santé Infirmier au sein de la PMU de Lausanne. De plus, les personnes requérantes d'asile sont bien plus nombreuses à Lausanne –à savoir 47%, qui correspondent à près de 4000 personnes au moment de l'étude Bodenmann et al. (2003, p.8) – et le délai d'attente pour un rendez-vous au CSI varie de *trois semaines à un mois*. De sorte qu'une partie des personnes demandeuses d'asile a tendance à se rendre directement chez le MPR puis, dans un deuxième temps, au CSI de Lausanne afin d'obtenir le bon de délégation nécessaire au remboursement des prestations.

Ces dernières lignes laissent entrevoir une donnée étonnante : le délai d'attente de trois semaines à un mois pour le CSI de Lausanne. Sur ce point, chacune a exprimé clairement que les infirmières des CSI sont actuellement en sous-effectifs et qui plus est, *mal réparties dans le réseau*. Une infirmière me raconte que le Centre de Santé de Clarens a été supprimé en 2005 – en même temps que 50% des postes infirmiers en lien avec une diminution des demandes d'asile aux centres d'enregistrement – obligeant les centres d'hébergement de Vevey, Leysin et Bex à appliquer un système de soins différent. Toutes les personnes demandeuses d'asile de ces centres reçoivent alors la visite hebdomadaire systématique d'une infirmière du réseau. Une infirmière exprime qu'ils ne peuvent pas se permettre d'être si peu pour appliquer le gate keeping. La charge de travail et les responsabilités liées au gate keeping se font ressentir par ces praticiennes et elles l'expriment ainsi : *on ne chôme pas, il faut avoir les épaules assez larges* ou encore, une d'elles se sent *sous pression*. Cependant, elles affirment que pour l'heure le budget alloué par l'Office Fédérale de la Migration à Berne reste insuffisant pour permettre d'autres postes infirmiers.

Qu'en est-il alors de la qualité des soins ? Si ces infirmières partagent le même point de vue autour d'un manque d'effectif infirmier, elles ne remettent pas en doute la qualité des soins. Elles considèrent que la qualité des soins s'argumente par l'offre *spécialisée et personnalisée* aux personnes demandeuses d'asile, avec une *considération de l'autre plus marquée qu'à l'hôpital*. Une des infirmières me raconte que R. Schäublin – anciennement chef infirmier du Service de Santé Infirmier pour les personnes Requérantes d'Asile – s'accordait à dire que le gate keeping rend compte d'une médecine à deux vitesses, il rajoutait *la nôtre est la meilleure*. Pour cette infirmière, la vitesse, la rapidité – et aussi la liberté – avec laquelle chaque citoyen suisse pourra accéder à des prestations n'induit pas d'emblée une qualité des soins. Elle s'attarde davantage à considérer le résultat de ces prestations – incluant la dimension économique – et la satisfaction de la clientèle.

#### **6.4.4. Les moyens de réalisation accordés pour la pratique infirmière**

Par ailleurs, si le point précédent s'est attardé sur les dispositions qui constituent les fondements du travail en réseau pour des infirmières de premier recours, je perçois que la structure de tutelle des Centres de Santé Infirmiers, la PMU, occupe un rôle dans l'orientation des compétences infirmières. En effet, les acteurs infirmiers sont tenus de suivre des formations en interne qui permettent à ceux-ci de développer des outils spécifiques pour la prise en soins des personnes requérantes d'asile L'une d'elles raconte que la formation proposée *avant*, était davantage axée sur la dimension psychologique de l'individu, c'est-à-

dire *la santé mentale au sens large*. Maintenant, *la formation a évolué* en regard du nouveau rôle et des nouvelles responsabilités infirmières. Elle est axée essentiellement sur l'anamnèse, le status, l'observation et le diagnostic médical. Je relève que les cours proposés sont essentiellement donnés par des médecins. Aussi, si une des infirmières qualifie la formation proposée par la PMU de *nulle et insuffisante*, une autre précise que la PMU est à l'écoute de leurs besoins en formation. Je n'ai malheureusement pas d'éléments qui permettent de comprendre cette différence de points de vue.

Néanmoins, j'apprends au cours des entretiens que la durée des consultations n'est pas le fruit d'une directive imposée. En effet, les infirmières des CSI ont établi une durée de 30 minutes par consultation en regard de statistiques effectuées a posteriori. Elles s'accordent toutes à dire que cette durée est *une norme acceptable* qui reste flexible en fonction des besoins de la personne requérante d'asile. Aussi, la salle d'attente n'exerce pas une pression quant à la durée des consultations car celles-ci sont fixées uniquement sur rendez-vous.

#### **6.4.5. L'influence des décisions politiques et économiques sur la santé des personnes requérantes d'asile : leur point de vue**

D'autre part, mes entretiens avec quatre infirmières des CSI m'ont permis de percevoir les difficultés auxquelles sont confrontées les personnes demandeuses d'asile face à des directives économiques et politiques les concernant. Les infirmières entretenues parlent d'une atteinte à la santé en lien avec un contexte de vie instable. Je souligne que l'une d'elle l'exprime clairement ainsi : le statut des requérants d'asile c'est déjà une maladie en soi, comme d'être chômeur. Le contexte de vie, caractérisé par une impossibilité de construire des projets d'avenir et l'impression d'un retour impossible, contribue à cette complexification des situations de soins. Je comprends dès lors que le caractère *multifactoriel* des situations – statut provisoire, craintes qu'en à l'avenir, deuils multiples depuis la fuite précipitée du pays d'origine, l'expérience migratoire, désillusions une fois dans le pays d'accueil – rend compte d'atteintes à la santé des personnes demandeuses d'asile dans toutes ses dimensions, et plus particulièrement psychosociale. Inévitablement, les infirmières témoignent, démunies et lassées, des impacts de ces décisions sur leur pratique au quotidien : *c'est récurant dans ce qu'ils nous disent, certains viennent à la même époque chaque année avec la peur de ne pas avoir de permis de séjour renouvelé ou parce qu'ils ont reçu une lettre de renvoi ou encore qu'est-ce que tu veux faire ? On ne peut pas donner un permis de séjour ou effacer le passé !*

#### **6.5. Synthèse des résultats obtenus au cours des entretiens**

Les données récoltées au cours de ces entretiens mettent en évidence des éléments intéressants pour la suite. En regard de la première partie de mon mémoire basée sur des données de la littérature, je relève trois catégories d'informations : les éléments retrouvés dans les entretiens, ceux que je n'ai pas retrouvés et d'autres qui m'ont ouvert de nouvelles pistes de réflexion. L'appréciation de la santé des personnes requérantes d'asile et l'influence d'injonctions politiques et économiques sur leur santé de cette population se voient confirmés et approfondis par ces entretiens. En outre, le réseau de santé FARMED s'avère plus complexe encore que je le percevais, notamment face à un changement de culture professionnelle manifesté par l'introduction de diagnostic médicaux et un droit de prescription. Finalement, je souligne les difficultés organisationnelles du réseau FARMED qui relance la question d'un écart entre travail prescriptif et travail réel. A ce stade, les contenus d'entretiens me permettent de mesurer l'écart entre la réalité du terrain que vivent ces praticiennes et une réalité perçue au travers de sources théoriques diverses.

Ainsi, la considération de la santé des personnes requérantes d'asile, perçue au travers de sources théoriques, sont majoritairement validées par les entretiens. En effet, la santé des personnes, comme décrites par les infirmières, rend compte de problématiques multiples – qui touchent l'individu demandeur d'asile dans toutes ses dimensions, et plus particulièrement psychosociale – et de ce fait appelle à une offre en soins spécialisées et personnalisées. Néanmoins, les interviewées s'accordent à penser que les personnes demandeuses d'asile ne sont pas dépourvues de ressources ce qui, par extension, ne permet pas de catégoriser cette population comme vulnérable.

Par ailleurs, si les participantes mettent en évidence une satisfaction professionnelle dans l'exercice du *gate keeping*, elles n'ont pas expliqué ici les fondements qui limitent un tel système à une population minoritaire. De plus, les entretiens soulignent que le *gate keeping*, dans son fonctionnement actuel, est critiquable du point de vue des praticiennes en regard d'un effectif infirmier jugé insuffisant. Ces données inattendues orienteront aussi la validation, ou la falsification, de mon hypothèse.

Finalement, les entretiens ont fait émerger de nouveaux questionnements. Les diagnostics médicaux posés par des infirmières représentent-ils une évolution ou une involution de la profession ? La relation d'aide est-elle influencée positivement par le filtre infirmier ?

## 7. DISCUSSION

Comme mentionné précédemment, la discussion intervient pour un deuxième niveau d'analyse. De sorte que les données récoltées durant les entretiens sont analysées sous l'angle du cadre conceptuel construit en amont, dont voici les trois volets :

- **La compétence de la relation professionnelle**
- **Les principes éthiques dans la pratique des soins**
- **La satisfaction au travail dans le cadre du système de santé FARMED**

Dès lors, la discussion me permet aussi d'intégrer de nouveaux éléments théoriques pour éclairer mon positionnement professionnel face à la perception et au ressenti de ces praticiennes.

Pour reprendre la compréhension du cheminement de ma pensée, le diagramme de Venne ci-après permet au lecteur de retrouver les différents niveaux d'interaction autour des thématiques explorées, à savoir **le rôle infirmier, la santé des personnes requérantes d'asile** et finalement **les différentes injonctions économiques et politiques** influentes. Par extension du schéma qui précède, le lecteur peut percevoir l'émergence des éléments du cadre conceptuel : **la compétence de la relation professionnelle, la satisfaction au travail et les principes éthiques de Sommer**. De sorte que l'étape de la « Discussion » intervient pour rendre compte de ces nouveaux éléments.

En outre, j'ai précédemment mis en évidence que le pôle intitulé « injonctions politiques et économiques » fait en réalité référence à plusieurs objets. La macrostructure des politiques sanitaires, puis le réseau de santé FARMED et finalement la PMU. Je perçois ces trois objets comme des organismes décisionnels qui sous-tendent les Centres de Santé Infirmier et par extension, potentiellement influents sur la santé des personnes requérantes d'asile. De plus, il



A ce niveau, je rends le lecteur attentif qu'il m'est difficile de préciser davantage le contenu du pôle intitulé « injonctions économiques et politiques ». En effet, si ce pôle fait référence à différents objets – souvent difficile à identifier – ils restent néanmoins influents sur la santé des personnes requérantes d'asile, donc impossible à exclure dans le cadre de mon mémoire. De sorte que les données y relatives sont traitées à un niveau secondaire.

Il est clair qu'autant d'éléments apportent une certaine complexité et rend le cheminement de ma pensée difficile. Dans cette mesure, j'espère que les schémas présentés facilitent une vue d'ensemble pour que la partie consacrée à l'affirmation ou l'infirmité de mon hypothèse de départ trouve un fil conducteur entre tous ces éléments.

## **7.1. Le référentiel HES : la compétence de la relation professionnelle**

Comme mentionné plus haut, je concentrerai dès lors la discussion sur les trois axes qui intéressent mon cadre conceptuel. La compétence de la relation professionnelle en fait partie.

Dans la construction de ce mémoire de fin d'études, je me suis rendue compte que cette compétence – comme toutes autres – ne peut trouver une définition figée et universalisée liée au fait que les contextes de la pratique infirmière sont complexes et ne sont jamais identiques. Dans cette mesure, une compétence appelée à « la capacité de mobiliser un ensemble de ressources pour traiter de situations complexes [...] ses principales caractéristiques : elle est complexe, elle est évolutive, elle est interactive, elle est globale et intégrative » (sur le site du CPGE-CPA, p.4-6). Une compétence complexe « qui ne réside pas dans la somme mais dans l'organisation dynamique de ses composantes », évolutive car « elle prend appui sur des ressources existante et s'inscrit dans des visées de formation à long terme », aussi interactive car « elle se développe à travers son utilisation dans des contextes variés » et finalement globale et intégrative dans la mesure où elle « intègre des connaissances mais ne s'y réduit pas ; c'est le tout qui donne sens aux composantes » (ibid, p.7).

Cependant, les entretiens menés mettent en évidence des différences significatives entre ce que je comprends du rôle infirmier à ce niveau et ce que je perçois de l'appropriation ce même rôle au travers de ces entretiens. Ainsi, ce premier axe doit pouvoir me permettre de faire la lumière sur une certaine déontologie infirmière de la relation d'aide – c'est-à-dire les devoirs relatifs à la profession.

### **7.1.1. Différenciation entre relation d'aide psychologique et relation d'aide thérapeutique**

Pour ce faire, je fais ici mention de l'article de Jean-Louis Gérard, professeur d'une école de cadres infirmiers en psychiatrie à Paris, qui a retenu toute mon attention. L'auteur s'est attardé à définir les différences entre relation d'aide et relation d'aide thérapeutique. En effet, la relation d'aide – ou relation d'aide psychologique – s'exerce « indépendamment de l'absence de maladie dûment déclarée » (1994, p.29) et s'occupe des « parties saines du Moi » (ibid., p.34). La relation d'aide psychologique intervient donc davantage pour permettre à autrui d'exprimer sa souffrance et de vivre les conséquences de la maladie, mais elle ne fait pas moins référence à des outils spécifiques acquis – notamment d'influence rogérianne<sup>23</sup> précise l'auteur – contrairement à la relation de civilité. Car la relation de civilité s'inscrit davantage

---

<sup>23</sup> En référence à Carl R. Rogers, psychothérapeute le père de l'orientation humaniste (De La Puente, 1970, p.27).

dans « un rituel social et convivial » qui ne vise en aucun cas à « la réorganisation du vécu », comme c'est le cas pour la compétence relationnelle thérapeutique (ibid., p.30). De sorte que la relation d'aide thérapeutique est caractérisée par une « finalité authentiquement thérapeutique [...] comme partie intégrante du traitement dont elle n'est pas accessoire (ibid., p.29).

Sur la base des différenciations entre relation d'aide psychologique et relation d'aide thérapeutique mises en évidence précédemment, je comprends que le premier type de relation professionnel s'exerce « en l'absence de maladie dûment déclarée » (ibid., p.29). Toutefois, il serait réducteur de considérer qu'une affection de la santé mentale traduite en termes de diagnostic médical débouche systématiquement sur une intervention thérapeutique de la relation d'aide et que le diagnostic infirmier sollicite uniquement la relation d'aide psychologique. Aussi, faut-il essentiellement considérer la finalité du projet relationnel : s'agit-il de permettre la réorganisation du vécu ou l'expression de la souffrance, en conséquence d'une atteinte à la santé (la santé comprise dans ses dimensions biopsychosociale et spirituelle) ? Cette reformulation me permet de mettre en évidence que relation d'aide psychologique et thérapeutique sont en réalité inextricables. De sorte que la personne qui présente une pathologie psychotique conserve indéniablement une « partie saine du Moi » (ibid., p.34) où l'expression du vécu de la maladie peut susciter l'intervention de plusieurs techniques relationnelles associées.

Pour renouer le lien avec les soins infirmiers, l'auteur précise que la relation d'aide se trouve – en France – « officiellement caractérisée dans le dernier décret de compétences infirmières suivant deux actes relevant du rôle propre : aide et soutien psychologique, relation d'aide thérapeutique<sup>24</sup> ».

Néanmoins, les indicateurs du soin relationnel du référentiel HES ne font pas cette distinction. Au premier abord, je suis d'avis que les indicateurs laissent percevoir la compétence de la relation psychologique uniquement :

- 2.1 intègre l'histoire et le contexte de vie de la clientèle comme déterminant de la situation et du projet de soins.
- 2.2 tient compte des caractéristiques propres aux situations relationnelles asymétriques (âge, état de santé, situation sociale, etc.) et en anticipe les conséquences possibles
- 2.3 critique systématiquement son engagement personnel en regard du respect de l'altérité du client.
- 2.4 fait preuve de capacités de communication verbale et non-verbale
- 2.5 négocie le(s) cadre(s) nécessaire au travail relationnel
- 2.6 détermine avec la clientèle l'espace et le temps qui permettent d'accompagner la recherche et la construction du sens de l'expérience de vie
- 2.7 élabore et anticipe le geste de soins au corps comme médiateur et support de la relation.
- 2.8 soutient dans et avec l'équipe interdisciplinaire, les intérêts du client, de la clientèle.

Dans mes recherches pour tenter d'allier relation d'aide et rôle infirmier, je souligne encore la complexité de déterminer le contenu de la compétence relationnelle d'autant qu'elle est influencée par plusieurs dimensions, dont la personnalité de l'aidant, sa conception de ce qu'est la personne en santé et aussi la perception de son rôle d'aidant et de celui d'aidé (Chalifour, 1989, p.1). Pour cet auteur « chaque intervenant se fait sa propre définition de faire et être en relation » (ibid., p.15). En outre, si selon l'auteur l'infirmière doit connaître les

---

<sup>24</sup> Il fait mention du décret du 15 mars 1993, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmière. Ce décret est valable en France. La Suisse, et par extension la filière des soins infirmiers intégrée aux HES-SO, est liée à un référentiel de compétences.

présupposées théoriques relatifs à cette compétence pour étayer la cohérence de ses actes, il expose dans son ouvrage que « l'aspect thérapeutique [se situe] tout d'abord dans la qualité du rapport qui s'établit entre elle [l'infirmière] et le client [...] dans sa façon de faire et d'être dans ce rapport » (ibid., p.15). En résumé, la relation d'aide conjugue des connaissances relatives à un savoir être et un savoir faire.

Finalement, le référentiel HES de compétences représente une liste des activités-clés de la profession infirmière et ne constitue pas un cahier des charges. A ce stade, je ne perçois pas comment une compétence peut être évaluée.

### **7.1.2. Le besoin de cette clientèle: relation d'aide psychologique ou plutôt relation thérapeutique ?**

Toutefois, il convient de débiter par le recensement des affections de la clientèle requérante d'asile qui, selon mon interprétation, font référence à la relation d'aide thérapeutique. Aussi, il me paraît indispensable de débiter par une étape de définitions des termes.

Dans les entretiens, les infirmières mettent en évidence plusieurs types d'atteinte à la santé de leur clientèle : syndromes de stress post-traumatiques, troubles somatoformes douloureux, dépression, troubles d'adaptation, choc culturel, déracinement et perte de repères, anxiété, deuils (multiples), etc. J'ai choisis d'introduire ici six définitions qui permettent au lecteur de saisir la complexité des atteintes à la santé qui affecte les personnes requérantes d'asile, et par extension, la nécessaire considération de la dimension psychosociale dans l'offre en soins des professionnels du réseau FARMED.

Syndrome de stress post-traumatique (le stress est compris comme une forme clinique de névrose) : *le terme de stress est utilisé avec deux sens. D'une part, il désigne la perception par le sujet d'un environnement menaçant, excédant les ressources adaptatives de la personne et compromettant son bien être ; d'autre part, il fait référence à la réponse de l'organisme face aux situations agressives, une réponse à la fois hormonale [...], neurovégétative et comportementale. Le syndrome de stress post-traumatique, dû à l'exposition à un événement traumatique, entraîne une anxiété chronique, une reviviscence du traumatisme, des cauchemars avec hypervigilance et insomnie* (ibid., p.775). En outre, Le syndrome post-traumatique est reconnu dans les diagnostics infirmiers, pour lequel Carpenito préconise notamment « un climat thérapeutique sécurisant », où le critère d'évaluation suivant est recommandé : « la personne donnera un sens à l'expérience qu'elle a vécue ; elle reprendra le cours de sa vie et se fixera des buts » (2003, p.545).

Troubles somatoformes douloureux (compris dans les syndromes et maladies psychosomatiques) : *malgré les progrès de la science et de la technologie médicale, certains symptômes somatiques n'ont pas de base organique apparente et restent « médicalement inexplicables » [...] plutôt que de tenter de faire disparaître à tout prix un symptôme somatique qui résiste, l'approche thérapeutique nécessite un véritable travail d'interprétation psychologique de la plainte et parfois la prise en charge psychologique spécialisée.* (Fattorusso et Ritter, 2006, p.796).

Anxiété (compris comme une forme clinique de névrose) : *émotion normale au défis de la vie quotidienne [...] elle devient pathologique lorsqu'elle est source de détresse pour l'individu qui ne la contrôle plus [...] elle peut être associée à la dépression et la distinction entre l'état*

*anxieux et l'état dépressif peut être difficile* (ibid., p.774). Aussi, l'anxiété fait référence à un diagnostic infirmier.

Dépression endogène : les symptômes sont multiples et engage la considération d'une forme mineure – dysthimies, anhédonie, désordres de la personnalité, pessimisme – à sévère – risque de suicide comme *le danger le plus grave*, manifestations psychotiques. En fonction du degré de gravité, les traitements proposés sont : antidépresseurs (avec association d'un neuroleptique possible), sels de lithium, hospitalisation, sismothérapie, prise en charge psychologique (ibid., p.802-803).

Deuil : « réaction humaine (ayant une dimension psychosociale et une dimension physiologique) d'une personne ou d'une famille à une perte réelle ou ressentie (personne, objet, fonction, statut, relation) » (Carpenito, 2003, p.148). Certes, le deuil n'exprime pas uniquement la perte d'un être cher, mais bien la perte à un niveau plus large. Métraux relève trois grandes catégories de pertes : *la perte de soi, la perte de toi et la perte de sens*. Si la perte de toi fait référence à la perte d'une personne, d'un objet, aussi le déracinement et la séparation d'avec la famille, la perte de soi ramène à la maladie, au handicap ou la perte de soi dans son statut, dans une nouvelle phase de la vie. Ces deux catégories de perte placent l'individu dans une posture passive, l'individu n'a pas de rôle actif, pas d'influence directe sur les événements. Néanmoins, la perte de sens rend à l'individu un rôle actif en renvoyant celui-ci à ses capacités de se remettre en question. La perte de sens fait référence à l'individu face à une société ou simplement face à l'autre. Ses pertes de sens sont fréquentes. On est amenés à les vivre quand la société valorise une autre manière d'être, comme le migrant le vit face à un pays d'accueil dans laquelle il ne retrouve pas les mêmes repères. Si le migrant peut être confronté à un autre monde, il ne se trouve pas d'emblée condamner à une perte de sens, à condition qu'il remette en question le sens donné à la vie, à l'éducation, etc. Si l'individu décide ce changement, il y a deuil de sens. Ce processus devient donc constructif.

Je souligne aussi que ces différentes pertes peuvent être liées entre-elles, comme la perte du conjoint peut renvoyer à une perte du sens de la vie (Metraux, cours 4322, 2007).

Troubles d'adaptation ou l'inadaptation à un changement de milieu : « Perturbations physiologiques ou psychosociales résultant d'un changement de milieu » (Carpenito, 2003, p.515). Le diagnostic infirmier met en évidence des caractéristiques essentielles « présentes dans 80 à 100% des cas » (ibid., p.516) – à savoir sentiment de solitude, appréhension, dépression, anxiété, augmentation de la confusion (personnes âgées) – et des caractéristiques secondaires entre autres comme perturbation de l'alimentation et du sommeil, méfiance, tristesse, vigilance, changement pondéral, repli sur soi.

Selon moi, le syndrome de stress post-traumatique, les troubles somatoformes douloureux, la dépression ainsi que la forme sévère d'anxiété (panique) appellent prioritairement les compétences thérapeutiques de la relation de manière à rendre compte d'un « travail d'interprétation psychologique » (Fattorusso et Ritter, 2006, p.796).

Aussi, ces définitions font émerger des liens indissociables entre dimension somatique et psychologique de l'individu. De sorte que le sujet de soins en prise avec une souffrance psychologique importante peut manifester des symptômes physiques qui rendent la mise en évidence d'un diagnostic de fond difficile. Par exemple, « l'inadaptation au milieu » se révèle être un ensemble de caractéristiques essentielles et secondaires manifestée par la dépression,



l'anxiété, la méfiance, un choc alimentaire et un sommeil perturbés (Carpenito, 2003, p.516). Tant de symptômes qui ne sont pas propre à un phénomène d'inadaptation au milieu. Dans cette mesure, l'anamnèse est inévitablement efficace pour assurer la validité du diagnostic – infirmier du moins. Aussi, la complexité de l'être humain en tant qu'entité unique renvoie les tentatives de généralisations inefficaces et indécrites.

Comme mentionné à différentes reprises, les déterminants de la santé exercent une influence, de sorte que la santé de l'individu traduit quelque chose de son interaction avec l'environnement face auquel celui-ci tente constamment de s'adapter. Le « syndrome général d'adaptation » donne une « réponse de l'évolution du stress<sup>25</sup> » par trois phases. La première, dite de réaction d'alarme, la suivante dite de de résistance et finalement la phase d'épuisement (op. cit., p.67-69). Ces trois phases sont utiles pour permettre, entre autres, aux professionnels de mesurer l'impact d'agents stressants importants – physiques, psychosociaux, internes ou externes et conscients ou inconscients. En outre, j'émet l'hypothèse que les personnes requérantes d'asile, comme perçues au travers du discours des participantes, courent le risque de se trouver plutôt dans la phase d'épuisement. En effet, celle-ci est caractérisée par la présence de stimuli stressants de façon continue ou répétée. Dans un tel contexte, « la vie de la personne est menacée » précise Chalifour (op.cit., p.69).

Par ailleurs, j'ai trouvé très important de retrouver dans les entretiens les similitudes et les différences dans l'atteinte à la santé et le vécu des personnes requérantes d'asile et des personnes migrantes au sens large. Si les participantes ont mis en évidence que la manière de prendre le départ fait une différence qui influence l'expérience migratoire – la possibilité d'anticiper ou même de choisir le départ – je poursuis en ajoutant que la possibilité ou non d'un retour au pays natal est un indice décisif pour favoriser la santé. Je pense qu'ici réside la grande difficulté pour les professionnels de la santé de pouvoir amorcer un processus de changement en partenariat avec des personnes requérantes d'asile. En effet, la phase de latence administrative à laquelle cette population est confrontée, est caractérisée par l'incertitude quant à l'avenir. Dès lors, les efforts nécessaires pour l'intégration dans le pays d'accueil sont accaparés par des mécanismes de défense et de survie. Au fond, l'impossibilité d'un retour peut permettre au sujet immigrant « malgré ces conditions [de] se réorganiser et [...] choisir ceux vers qui sont dirigés ses amours et ses haines, il pourra aussi s'investir affectivement dans le pays d'accueil, en dépit des inévitables difficultés. Dans ces circonstances, le fait de ne pouvoir envisager l'alternative du retour canalise tous les efforts dans le sens de l'intégration dans le nouveau milieu » (Grinberg, 1986, p.184).

En revanche, le concept de *résilience* ou de *force de vie* que les infirmières ont mis en évidence m'interpellent. En effet, je constate comme elles que l'environnement (économique, politique) influence la santé des personnes requérantes d'asile – agissant comme de multiples agents stressants – manifesté par un état d'hypervigilance, des troubles du sommeil et de l'anxiété. Mais à contrario, elles reconnaissent à la clientèle requérante d'asile que leurs ressources sont suffisantes pour y faire face. Je trouve qu'il y a là un paradoxe parce que d'une part, la résilience porte en soi la signification d'un processus achevé<sup>26</sup> qui permet une

---

<sup>25</sup> Néanmoins, il convient de différencier l'eustress du distress car si le premier est inhérent à toute vie humaine, le deuxième est potentiellement délétère pour la santé. Il s'agit de l'entendre ici sous l'angle du distress.

<sup>26</sup> L'éthologue Boris Cyrulnik a défini la résilience psychologique ainsi : « la résilience est un phénomène psychologique qui consiste, pour quelqu'un touché par un traumatisme, à prendre acte de son traumatisme pour ne plus vivre dans la dépression et le poison que ce traumatisme peut causer. C'est « vivre avec », dans le sens où cela fait partie de la vie de cet individu, ne le diminue pas mais au contraire lui permet de revivre ». [http://fr.wikipedia.org/wiki/R%C3%A9silience\\_\(psychologie\)](http://fr.wikipedia.org/wiki/R%C3%A9silience_(psychologie)).

reconstruction, une projection vers l'avenir, et d'autre part, parce que selon moi les manifestations somatiques laissent à voir une situation d'épuisement, voire un mécanisme de survie.

Dès lors, au travers des données récoltées depuis le début de cette recherche, je considère que les personnes requérantes d'asile présentent le risque d'être confrontés à un effondrement psychologique qui semble nécessiter des compétences éminemment thérapeutiques combinées à un savoir-faire et un savoir-être dans un espace de soin relationnel.

Pour conclure cette question de la considération de la santé des personnes requérantes d'asile, j'estime qu'il est nécessaire de revenir sur une prémisse de base : la définition de la santé telle qu'elle est proposée par l'OMS. Je le rappelle, l'Organisation Mondiale de la Santé propose cette définition de la santé dans sa constitution: « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » ( en page ...). Toutefois, à ce stade de ma recherche, je comprends la notion de santé comme plus complexe encore que le traduit la définition de l'OMS.

Dans cette mesure, je choisis d'introduire ici une définition qui me semble plus appropriée pour aborder les questions d'atteinte à la santé des personnes requérantes d'asile. Pour ce faire, Jean-Claude Métraux, pédopsychiatre et fondateur de l'association Appartenances, apporte à la notion de santé sa singulière expérience en tant que thérapeute auprès des personnes migrantes.

La santé c'est la capacité qu'a un individu et/ou une communauté à se créer des finalités nouvelles et à donner des sens nouveaux à ses expériences, à ses projets. La santé c'est se savoir, en tant qu'individu ou en tant que communauté, créateur du sens que l'on donne à son existence, à ses actes et à ses projets (p.18) [...] l'individu et la communauté doivent (re)devenir sujets du monde et dans le monde, auteurs et acteurs de leur propre vie ou existence, quels que soient les événements auxquels ils ont été ou sont confrontés (p.19) [...] la santé sera alors perçue comme un état d'équilibre instable (p.97). [Aussi] la maladie du corps comme les troubles du psychisme ne sont pas compris comme créant un être diminué, mais un être différent dont la différence même et la souffrance qu'elle implique nous affectent et parfois réclament un type particulier d'attention pouvant prendre la forme de l'écoute ou de soins (Metraux cité par Jonckheere & Bercher, 2003, p.94).

### **7.1.3. L'offre en soins des infirmières des Centres de Santé Infirmiers**

En outre, la considération de la compétence relationnelle telle que je l'ai perçue pour ces infirmières m'a questionnée. Si les infirmières reconnaissent d'elles-mêmes le besoin d'un *accompagnement* pour permettre à leur clientèle l'expression d'un vécu difficile, elles réfèrent leur savoir-faire relationnel à *l'empathie, le feeling et l'expérience*.

Mais quel est donc le but de la relation d'aide en soins infirmiers ? Sur ce point, Chalifour évoque « dans une vision holistique-humaniste, Landrum et al. (1984) soulignent que le but des soins infirmiers est d'assister le client afin de l'aider à développer des stratégies lui permettant de vivre en harmonie avec lui-même et les autres, la nature et l'univers » (1989, p.20). Des stratégies qui répondent aux besoins d'un individu unique et éminemment complexe sous l'angle des multiples dimensions qui composent sa santé. De sorte que « l'exercice de la relation d'aide exige des connaissances scientifiques sur les variables en cours dans une relation, une bonne connaissance du rôle et des limites professionnelles qui en découlent et une connaissance de soi » (ibid., p.98).

Par ailleurs, trois infirmières témoignent d'une différence entre relation d'aide – comme intégrée à leur domaine de compétences – et psychiatrie associée aux compétences des médecins et des psychologues. Pour elles, leur activité aux CSI trouve des limites dans *le traitement des manifestations somatiques*, ou dans les limites de *la petite psy.*, et une autre avoue humblement ne pas *se sentir capable*. Sous cet angle, je comprends que pour trois d'entre elles, l'empathie, le feeling et l'expérience, ne traduisent pas le souci d'adhérer à l'intervention thérapeutique de la relation, comme elle est entendue plus haut.

D'autre part, faut-il interroger ici l'éventuel manquement à un devoir infirmier car assurer un accompagnement thérapeutique n'est pas une compétence inhérente à la profession infirmière à elle seule. Mais l'activité infirmière peut-elle réellement être supplée par le médecin psychiatre ou le psychologue ? Sur ce point, Carl R. Rogers, a apporté un jugement intéressant sur la formation thérapeutique. Pour lui, des professionnels d'obédience différentes, à savoir les assistants sociaux, psychologues, psychiatres et conseillers scolaires, ont chacun des points forts et faibles concernant le statut de thérapeute. Brièvement, voici les éléments que j'ai relevé (De La Puente, 1970, p.211) :

Le point fort de l'assistant social réside dans la pratique, mais son point faible, dans l'élaboration théorique et dans l'expérimentation scientifique. Il ne manque au psychologue ni les connaissances théoriques ni l'initiation à la recherche, mais il est moins fort dans l'expérience pratique. Le psychiatre s'est trop occupé des problèmes organiques de l'individu ; de plus il a traité principalement les individus anormaux ; il lui manque une plus grande expérience des gens normaux ; sa préparation pratique est excellente. Le conseiller scolaire s'est limité presque exclusivement aux méthodes d' « environnement », et s'est adonné très peu à l'entretien interpersonnel.

Je souligne que Rogers ne fait pas mention du rôle thérapeutique de l'infirmière dans cet ouvrage de 1970. Était-ce un oubli ou une réelle non reconnaissance de cette compétence ? Actuellement, je pense que la formation des infirmiers rend compte de ces préoccupations car si ceux-ci ont toujours occupé une place privilégiée auprès du client pour faire valoir cette compétence, l'initiation à la recherche introduite depuis peu dans les programmes révèle l'orientation d'une pratique dite réflexive.

A propos de cette responsabilité thérapeutique, Gérard, enseignant dans une école de cadres infirmiers en psychiatrie à Paris, souligne que le domaine de la psychiatrie se situe « dans une entre deux dialectique [...] car la relation en psychiatrie est faite de relation d'aide pour ce qui concerne les parties saines du Moi, mais se prolonge vers l'interrogation du sens des situations de chaos psychiques » (op.cit., p.34). Dans cet article, il continue en précisant que « la pratique nous démontre quotidiennement qu'il y a urgence pour délimiter précisément ce champ [...] La formation unique repose avec acuité cette question restée en suspens : celle des compétences requises pour exercer en psychiatrie [et termine en précisant que] dans cette optique, on doit tenir pour fautive la position de celles et ceux qui s'enferment dans l'indicible, l'ineffable, le non-communicable. Aux infirmiers de secteur de psychiatrie d'élaborer et de formuler leur pratique » (ibid., p.34).

#### **7.1.4. La prise en soins relationnelle par le réseau FARMED**

Néanmoins, je reconnais que déléguer la compétence de la relation thérapeutique à d'autres professionnels – comme elles évoquent les psychologues d'Appartenances par exemple – n'est pas en soi préjudiciable à la santé des personnes demandeuses d'asile. Mais sur ce point,

le rapport d'étude d'un groupe de médecins<sup>27</sup> m'a interpellé. En effet, les chercheurs mentionnent que sur 200 dossiers de patients requérants d'asile sélectionnés de manière aléatoire, 2% des dossiers (soit 4 patients requérants d'asile) faisaient mention d'une demande de prise en charge psychiatrique à Appartenances et 1% (soit 2 patients requérants d'asile) à un service d'urgence psychiatrique (2003, p.12). Si au premier abord, ces résultats viennent questionner l'adéquation entre l'offre soins et la demande, le groupe de médecins qui a mené l'enquête accorde une légitimité importante au SSIRA sous l'angle de l'anamnèse, du status, des examens complémentaires, du traitement, de l'attitude et finalement de la consultation globale. Ces résultats portent sur l'analyse de 450 dossiers, dont 200 dossiers provenant du SSIRA, évalués par 4 médecins et 1 infirmière.

Voici le tableau, tel qu'il est présenté dans cette étude, selon « le pourcentage d'évaluations jugées adéquates au niveau de 4 structures figure dans le tableau ci-dessous » (ibid., p.4) :

|                                    | <b>SSIRA</b> | <b>MPR</b> | <b>PMU</b> | <b>CIU-CHUV</b> |
|------------------------------------|--------------|------------|------------|-----------------|
| <b>ANAMNESE</b>                    | 90%          | 90%        | 97%        | 97%             |
| <b>STATUS</b>                      | 85%          | 94%        | 98%        | 95%             |
| <b>EXAMENS<br/>COMPLEMENTAIRES</b> | 100%         | 99%        | 99%        | 95%             |
| <b>TRAITEMENT</b>                  | 98%          | 96%        | 100%       | 96%             |
| <b>REFERENCE</b>                   | 97%          | 100%       | 100%       | 96%             |

Aussi, faudrait-il questionner la logique qui sous-entend ce qui est *adéquat* ou ce qui ne l'est pas dans le cadre d'une offre en soins par cette équipe de chercheurs.

Toutefois, les conclusions de l'étude socio-anthropologique apportent des éléments de contradiction à ces données (2004a):

La prévalence des troubles psychiques, dans le cadre des consultations en soins infirmiers et en médecine de premier recours est élevée, avec une répercussion importante en terme de souffrance et de poids social. Selon les chiffres évoqués (Vanotti 2003), 50% des patients ayant un trouble psychiatrique ne sont pas détectés dans ces prises en charge ; et la référence aux spécialistes en psychothérapie et en psychiatrie est difficile. Ce qui signifie que la maladie mentale est sous-dignostiquée et sous-traitée, notamment en raison de l'appréhension culturelle. Dans le cadre de cette enquête cette tendance est confirmée (Rossi et al., p.157).

Au moment de l'enquête, les entretiens semi-structurés menés par les chercheurs de l'étude socio-anthropologique mettent en évidence une « inadéquation entre l'insuffisance de prise en charge des problèmes psychiques des patients RA, reconnu de tous les prestataires de soins, et la demande faite au SSIRA par sa structure tutelle – la PMU – de privilégier les consultations de courte durée » (2004a, pages de résumé). Les témoignages recueillis auprès des infirmières donnent une certaine légitimité aux conclusions de Rossi et al.

Afin de nuancer mes propos par la suite, je précise que je tiens à conserver le bénéfice du doute face à ces constatations. Toutefois, je m'accorde à distinguer une disproportion entre

<sup>27</sup> Il s'agit de l'étude de BODENMANN, P., ALTHAUS, F., GENTON, B., PECOUD, A. La prise en charge médicale des requérants d'asile en Suisse : évaluation de la qualité et de la fonctionnalité du réseau vaudois (FARMED). Cette étude s'inscrit dans le même mandat que l'étude socio-anthropologique de Rossi et al. et une dernière consacrée à l'évaluation de la pertinence économique du réseau. L'étude de Bodenmann et al. s'est concentrée à évaluer « dans le cadre du réseau FARMED, la qualité de leur prise en charge [celle des personnes requérantes d'asile], donc leur sécurité, et la fonctionnalité du réseau » (2003, p.4).

considération de la sphère biomédicale et celle portée à la dimension psychosociale de l'individu requérant d'asile par les acteurs infirmiers des CSI. Alors que la sphère biomédicale est source d'enthousiasme et rend l'ambition de ces infirmières centrées sur le besoin de *visibilité* et de fervente promotion de ce rôle *pionnier, pilote*, la considération d'une compétence authentiquement thérapeutique propre à la profession infirmière me laisse perplexe. Il s'agit bien de relever que leurs propos relatent une confrontation entre évolution et involution de la discipline infirmière.

Ce premier volet de la discussion renvoie à ma question de recherche une perception plus complexe encore de la problématique. En effet, si d'une part des injonctions peuvent venir modifier la pratique de ces infirmières – dans le cadre de la relation d'aide – les entretiens mettent en lumière que la relation d'aide ne peut trouver une définition figée à laquelle chacun adhère, parce que cette compétence fait référence à un savoir être et un savoir faire que tous ne s'approprient pas de la même manière. Sur ce dernier point, j'aimerais d'ailleurs remettre en question les écrits relatifs à l'expertise de la profession infirmière concernant la compétence relationnelle. Peut-être cette compétence ne peut-elle trouver comparaison à un geste technique mesurable, qualifiable et quantifiable car la relation d'aide est davantage un lien privilégié qui demande bien plus d'investissement de soi même et par extension ne permet pas l'intrusion d'autant d'outils de mesure ?

## **7.2. Les principes éthiques dans la pratique des soins**

Comme vu précédemment, le soin relationnel est compris comme l'un des actes infirmiers, définis plus ou moins explicitement selon qu'il s'inscrive dans un décret ou un référentiel de compétence. Ensuite, la relation, comme pour tout autre acte soignant, se doit de rendre compte d'une éthique par le simple fait que le soin implique et concerne autrui. L'intérêt de « toute éthique moderne – qu'elle se réfère à Kant ou non – suppose l'idée du droit de l'autre à la liberté » (Kemp, 1987, p.16). Aussi, je suggère de questionner ici la notion de liberté et d'autonomie dans le réseau de santé FARMED et d'estimer les limites éventuelles de principes éthiques dans la pratique des soins.

### **7.2.1. Le travail en réseau et la santé communautaire**

Dans un premier temps, je souhaite revenir sur deux aspects clés du travail de ces praticiennes : le réseau de soins et le concept de santé communautaire.

En effet, le système de santé FARMED fait figure de réseau de santé. Certes un réseau particulier – sous l'angle du double *gate keeping* – cependant, à un niveau plus large, les réseaux de santé tendent aux mêmes objectifs : faire des économies tout en garantissant une qualité des soins. A mon avis, développer un réseau de santé présente des avantages tant éthiques, qu'économiques. La configuration de plusieurs structures, non pas dans le but de développer une concurrence, mais bien de potentialiser des compétences et la collaboration tend à un meilleur accès à la santé. Ainsi, des prestations de soins et de santé de meilleure qualité contrecarrent la tendance d'une médecine à deux vitesses. D'une part, avec le souci d'équité dans l'accès aux soins et d'autre part, en permettant une prise en soins holistique des besoins particuliers du collectif – tant sociaux que sanitaires – en conjuguant les compétences de divers acteurs professionnels. A plus long terme, cette configuration permet de réaliser des économies pécuniaires certes, mais aussi de temps pour les prestataires du réseau en garantissant un continuum dans la prise en soins. Finalement, les réseaux de santé vont dans le sens d'une *démocratie sanitaire* qui considère que chaque acteur, soignant ou soigné, à des droits mais aussi des responsabilités (Aubry, 2005, p.5-7).

Les dernières lignes renvoient aux réseaux de santé et à l'action communautaire des mêmes objectifs : une participation ouverte et un partage de savoirs réciproques. Dans l'ouvrage de l'Institut Théophraste Renaudot, les auteurs associent ce *partage de savoirs* à un *partage de pouvoirs* (2001, p.15).

Au final, Aubry avance que de manière générale les réseaux « peuvent prétendre apporter une valeur ajoutée en termes de qualité des soins, qualité de santé, tout en générant des économies du système » (ibid., 2005, p.9).

Dans cette même perspective, les objectifs mentionnés par le site officiel du réseau FARMED (<http://www.isesuisse.ch/fr/index.htm>) sont estimables, si je considère l'attention portée à une cohabitation entre valeurs soignantes et valeurs économiques. Encore une fois, sur son site, le réseau FARMED semble soucieux d'offrir une réponse aux besoins complexes et spécifiques des personnes requérantes d'asile, de sorte que celui-ci répond d'une intervention communautaire locale.

### **7.2.2. Une éthique dans la pratique des soins**

A ce stade, les critères éthiques dans la pratique des soins mentionnés par le Professeur Sommer permettent d'analyser la conjoncture économique et politique qui gravite autour du réseau FARMED. Aussi, faut-il garder en tête que les injonctions évoquées au long de ce travail sont de deux ordres, celles qui régissent le phénomène de la migration et de l'asile en Suisse et celles qui régissent le système sanitaire, notamment celui des personnes requérantes d'asile.

A ce propos, Rossi et al. précisent que la LAMal est soumise à « un certain nombre de conditions définies par la société – satisfaction des besoins, accessibilité, solidarité, équité, règles éthiques – sans lesquelles il serait impensable de conjuguer médecine, soins, économie et politique » (op. cit., p.7). Ainsi, la LAMal en ordonnant un accès aux soins pour tous, a permis de sauvegarder les valeurs qui lui sont associées par la collectivité. Néanmoins, l'Ordonnance 2 de la Loi sur l'Asile (1999) est parvenue à créer une limitation à cette donnée en édictant l'article suivant : « les cantons restreignent la liberté des RA, des personnes admises à titre provisoire et des personnes à protéger ne possédant pas d'autorisation de séjour, de choisir leur assureur et leur fournisseur de prestations » (Rossi et al., 2004a, p.13).

A ce stade, je choisis approfondir la compréhension de trois éléments : l'égalité, l'équité et l'impartialité.

L'égalité et l'équité tendent à se confondre. Alors que le principe éthique d'égalité appelle à un même mérite, une même qualité, une même valeur entre les individus, il fait également référence à la nécessaire considération que les êtres humains sont soumis aux mêmes droits et aux mêmes obligations. L'égalité peut être comprise comme morale – dignité, respect et liberté sont reconnus à chacun – ou comme sociale – en vue de tendre à égaliser les moyens ou conditions d'existence. A un autre niveau, l'égalité dans la répartition des biens peut être pensée selon : chacun obtient la même chose, chacun selon ses besoins ou chacun selon son mérite. Ce qui m'amène à mettre en évidence que la base de ce qui fait l'égalité peut être entendue de deux manières :

- « Comparaison entre les être humains sur la base de leur valeur et de leur liberté propre, ce qui conduit aux *principes de l'égalité de traitement et de non-discrimination* ;

- [ou] comparaison entre les êtres humains sur la base de leur place dans le système économique et social ce qui conduit à la notion de justice sociale, liée à une certaine *exigence d'égalisation* » (Steffen, 2002, p.49).

Si dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je souhaite me concentrer sur l'analyse du réseau FARMED sous l'angle des principes éthiques de Sommer, je comprends que la question du rationnement renvoie à des principes juridiques, notamment celui de l'égalité de traitement et celui de l'interdiction de discrimination. Toutefois, je choisis de ne pas approfondir les notions de justice sociale qui gravitent autour des personnes requérantes d'asile. Ces données nécessitent une approche différente, que je n'entends pas aborder dans mon objet de recherche.

L'équité appelle aussi ce principe d'une reconnaissance du droit de chacun et ceci sans qu'elle soit nécessairement inspirée par une loi en vigueur. En matière économique et politique, le principe éthique d'équité renvoie à corriger les inégalités que subissent les groupes ou personnes minoritaires. Et en matière sociale, l'équité ramène à une juste mesure, un équilibre dans les situations où égalité et justice ne sont pas compatibles. En ce sens, l'équité est un principe modérateur du droit objectif (loi, règlements administratifs).

L'impartialité est définie par des principes de non-discrimination et de proportionnalité. Non-discrimination en fonction de l'appartenance politique, l'ethnie, la religion, le sexe ou tout autre principe analogue, et proportionnalité dans l'assistance par rapport à l'intensité des besoins. De sorte que l'impartialité exprime l'objectivité des acteurs.

A ce stade, je m'intéresse à questionner les principes éthiques dans la pratique des soins du réseau de santé FARMED. Cette réflexion autour des principes éthiques est intimement liée à l'intention de déterminer si ce réseau laisse entrevoir une mesure de rationnement, comme explicité dans la détermination de mon hypothèse de recherche. Toutefois, je souligne que la question du rationnement des soins revoie à des principes fondamentaux qui tiennent essentiellement au domaine juridique. L'examen du principe même de rationnement doit se faire en regard de la protection constitutionnelle de la personnalité – droit à la vie, à l'intégrité physique et psychique, à l'autodétermination et conditions minimales d'existence – et l'analyse des critères de rationnement en regard du principe d'égalité de traitement et de l'interdiction de discriminer (Steffen, 2002, p.255).

J'estime que dans le cadre de ce mémoire, il est inapproprié d'aller plus en avant dans l'exploration des données de la protection constitutionnelle de la personnalité. Ces données sont utiles pour évaluer les limites d'une mesure de rationnement. Toutefois, je le rappelle, dans le cadre de cette recherche, je m'en tiendrai à la simple constatation de la présence ou non d'une mesure de rationnement des soins aux personnes requérantes d'asile. En outre, je choisis de retenir le principe d'égalité de traitement et l'interdiction de discriminer au sens de la loi, car je pense que ces principes sont liés au questionnement éthique qui m'intéresse ici.

### 7.2.3. Analyse des principes éthiques sous l'angle de la restriction du choix du fournisseur de soins

Je relève que la restriction du choix du fournisseur de soins aux personnes demandeuses d'asile est de deux ordres : d'une part une limitation est imposée par la Loi sur l'Asile puis une autre, par le réseau de santé FARMED, en imposant le double filtre – infirmier puis médical – à cette clientèle. Bien que je n'ai pas trouvé d'éléments qui argumente de telles mesures aux personnes requérantes d'asile exclusivement, j'imagine que celles-ci répondent de la volonté de réaliser des économies, comme mentionné dans les intentions du réseau FARMED, il s'agit d'éviter le changements de médecins, les traitements multiples et inutiles ou le recours intempestif aux services d'urgence.

Aussi, je rappelle que le système de santé FARMED est attentif à trouver une conciliation entre l'injonction éthique dictée par la LAMal qui vise l'accès aux soins pour tous et une injonction économique qui tente de limiter les frais.

Toutefois, j'estime que la **liberté individuelle** qui rappelle le principe éthique fondamental d'autonomie, soit « la capacité à définir ses objectifs personnels et d'agir en conséquence [en impliquant] liberté personnelle et autodétermination » (ASI, 2003, p.7) ne semble pas être au centre des préoccupations du réseau de santé FARMED. En effet, le critère éthique de liberté individuelle est confronté à une limite au moins, car la clientèle demandeuse d'asile ne peut accéder à une consultation médicale de son propre gré, sans passer préalablement au travers du premier filtre infirmier. Sous cet angle, la liberté individuelle, raliée au principe éthique fondamental d'autonomie de l'individu, risque de trouver ses limites dans le réseau de santé FARMED en ce qui concerne un processus de gestion de la santé par l'individu lui-même, ici la personne requérante d'asile.

Ces quelques lignes me ramènent aussi à considérer **l'impartialité** d'une décision restreignant la liberté de choix du fournisseur de soins d'une minorité – comme le sont les personnes requérantes d'asile – comme mentionné dans l'Ordonnance 2 de la Loi sur l'Asile (1999, op cit.). En effet, une restriction de liberté dans l'accès aux soins ne concerne pas l'ensemble de la population suisse, mais bien un groupe minoritaire, qui plus est précarisé. Sous cet angle, il me semble que **la valeur sociale** de requérant d'asile risque d'être perçue comme un obstacle pour une **procédure juste et équitable** dans l'accès aux soins. Selon moi, les textes de loi et le système de santé FARMED risque de laisser déprécier les critères éthiques de la pratique médicale, comme évoqué par Sommer.

En outre, je précise qu'il serait indélicat de dénigrer ou minimiser les coûts de l'économie suisse en matière de santé, qui je le rappelle se sont élevés à près de 51,6 milliards de francs en 2004. A contrario, je rejoins le dernier critère éthique de Sommer qui reconnaît **une utilisation optimale des ressources** qui, elles, sont limitées. Ainsi, si la charge économique que représente le système de santé suisse demande d'imposer des restrictions pour garantir un accès aux soins pour tous, ces restrictions devraient être supportées de tous, donc par la population suisse également.

De plus, les entretiens ont mis une évidence des dysfonctionnements dans la mise en place du gate keeping infirmier. En bref, selon les interviewées, le gate keeping infirmier en place à Yverdon et Sainte-Croix rend compte d'un fonctionnement cohérent avec les intentions du réseau, ce qui n'est pas le cas pour le CSI de Lausanne, où le délai d'attente pour une



consultation – sur rendez-vous uniquement<sup>28</sup> – varie entre trois semaines et un mois. Aussi, le filtre infirmier ne semble pas toujours être respecté des MPR. Et si toutes reconnaissent un manque d'effectif infirmier certain, elles ne remettent pas en question la qualité des soins délibérés. Cependant, elles affirment que les consultations restent fixées à trente minutes, et non plus quinze comme l'avaient retranscrit les chercheurs de l'étude socio-anthropologique.

Aussi, le Service de Santé Infirmier de Clarens – qui desservait les centres d'hébergement de Bex, Leysin et Vevey – ayant fermé ses portes à la même époque que les licenciements de personnel de 2005, oblige les personnes demandeuses d'asile à recourir à un autre système que le gate keeping infirmier. Toutefois, n'ayant pas suffisamment de données pour aborder la question de la prise en soins des personnes requérantes d'asile qui résident à Bex, je choisis d'exclure ces éléments de mon analyse.

Sous cet angle, les critères éthiques dans la pratique des soins se trouvent confrontés à d'autres inégalités, manifestées par un délai d'attente de trois semaines à un mois. De sorte que la qualité et la sécurité de la prise en soins peuvent s'en trouver altérées, au CSI de Lausanne du moins, où la population requérante d'asile qui sollicite des soins y est bien plus importante.

En outre, si je traite en amont du principe d'égalité sous l'angle des restrictions imposées aux personnes requérantes d'asile – dans le choix du fournisseur de soins – il importe de questionner ce même principe d'égalité en fonction du résultat obtenu à l'issue de la prise en soins par les CSI. Comme le précise Gabrielle Steffen, « la portée de l'exigence d'égalité de traitement peut être très large (tous égaux) ou plus nuancée, respectant les différentes situations ; elle peut porter sur les conditions initiales (égalité des chances) ou sur le résultat » (2002, p.48).

Aussi, voici une vue d'ensemble synthétique qui permette au lecteur de comprendre les enjeux de ce **principe d'égalité** tel que je le comprends pour les personnes requérantes d'asile :

**L'égalité dans l'accès aux soins (les conditions initiales):** la liberté individuelle de choisir le prestataire de soins est explicitement limitée par l'Ordonnance 2 de la Loi sur l'Asile. De plus, la mise en place d'un double gate keeping – infirmier puis médical – renforce la tendance d'une inégalité entre personnes requérantes d'asile et citoyens suisses.

**L'égalité dans la prise en soins (le résultat) :** sous l'angle de la couverture des soins par la LAMal, les personnes requérantes d'asile peuvent bénéficier d'une même prise en soins, sans réserve. Dans le cadre des soins mis à disposition dans le réseau de santé FARMED, il est difficile de définir s'il y a égalité ou non dans le résultat – à savoir la prise en soins – n'ayant aucun point de comparaison interinstitutionnel. Selon moi, cette comparaison nécessiterait un outil d'évaluation adapté, mais sur la base des témoignages reçus de la part des infirmières, je relève qu'aucune d'entre elles ne remet en question la qualité de la prise en soins que le réseau FARMED accorde aux personnes requérantes d'asile. Néanmoins, je suis d'avis qu'un délai d'attente pour une consultation infirmière allant de trois semaines à un mois pour le Centre de Santé Infirmier de Lausanne rend compte d'une inégalité de traitement, au sens de la considération de la personne requérante d'asile. Il me semble que cet élément est à la fois critiquable du point de vue de la prise en soins – une attente potentiellement délétère pour la

---

<sup>28</sup> Néanmoins, je rappelle que les personnes en prise avec une situation d'urgence peuvent se rendre directement à la permanence de la PMU, sans passer par un filtre infirmier préalable.

santé de la personne requérante d'asile – mais l'est également sous l'angle des intentions économiques du réseau. Un tel délai d'attente contraint la clientèle de Lausanne à contourner le gate keeping infirmier – la clientèle se rend directement chez le MPR ou à la permanence de la PMU – ce qui crée des dépenses incontrôlées.

A ce stade, je comprends que le principe d'égalité n'est pas observé. Comme je le postule dans les deux paragraphes qui précèdent, il n'y a pas d'égalité dans les *conditions initiales* ou dans le *résultat* dans le cadre de la prise en soins pour la personne demandeuse d'asile, comparativement à un citoyen suisse.

Toutefois, les personnes requérantes d'asile sont au bénéfice d'un statut politique provisoire. Ce même statut qui ne leur permet pas d'accéder aux mêmes droits que la population suisse, sous l'angle de la citoyenneté (travail, vote, etc.), leur permet d'accéder à des soins de santé sans participation financière. Ainsi, je comprends que je ne peux pas aborder le réseau FARMED sous l'angle du principe d'égalité, mais sous celui de **l'équité**. Comme précisé plus haut dans la partie des définitions, en matière sociale, l'équité ramène à une juste mesure, un équilibre dans les situations où égalité et justice ne sont pas compatibles. Dans cette perspective, je pense que le statut de requérant d'asile est compris comme une donnée qui rend égalité et justice incompatible, du fait que la politique de migration n'accorde pas les mêmes droits aux citoyens suisses et aux personnes demandeuses d'asile.

En mon sens le principe d'équité est honorable. J'estime que les intentions mentionnées sur le site officiel du réseau FARMED manifestent cette *exigence d'égalisation*. Une *exigence d'égalisation* dans le résultat – la prise en soins – à l'instar du principe de liberté individuelle, qui ne peut être entendu comme un principe éthique dominant dans les conditions initiales (Steffen, op.cit., p.48-49).

Dans cette perspective, est-ce que l'accès à un système de santé sans participation financière pour la clientèle peut justifier une restriction dans le choix du prestataire de soins ? Je suis d'avis qu'il doit exister des conditions. Sur ce point, il est important de relever que si « l'interdiction de discrimination sur la base de la situation sociale (et donc économique) d'une personne (art. 8al. 2 Cst) » est prévue par le Tribunal fédéral, celui-ci « a rappelé que cette protection n'implique aucune exigence d'égalisation » (Steffen, op.cit., p.55).

Aussi, les intentions du réseau de santé FARMED, tout comme l'Ordonnance 2 de la LAsi, concernent une restriction dans le choix du fournisseur de soins – *les conditions initiales* – et non une limitation dans la prise en soins – *les résultats*. Ce postulat s'appuie sur deux données :

- l'assurance de base, la LAMal, est la même que pour tous les citoyens suisses, et pour cause,
- cette base LAMal est perçue comme une prestation de nature étatique, ce qui signifie que cette prestation est soumise « de manière stricte au principe de l'égalité de traitement » (Steffen, ibid., p.56). Cette considération entraîne trois conséquences : tout individu a « un droit à être traité en fonction du principe d'égalité de traitement, si ces prestations sont accordées à d'autres ; les capacités de l'institution doivent être optimisées avant d'envisager de refuser des prestations de nature étatique ; un éventuel refus de prestations de nature étatique doit être fondé sur des critères objectifs, pertinents et respectant strictement le principe d'égalité de traitement » (Steffen, ibid., p.57).

Cette parenthèse, qui intègre ici des données purement juridiques, permet de mettre en évidence de manière explicite que les personnes requérantes d'asile sont protégées par le droit constitutionnel contre une mesure de rationnement des soins qui ne soient pas soutenables. Jusque à ce point, je pense que si le principe éthique de liberté individuelle est compromis – dilemme éthique – celui d'équité reste garant d'une non discrimination.

Néanmoins, un délai d'attente allant jusqu'à un mois pour une consultation au CSI de Lausanne remet en question la notion d'équité. Je suis d'avis qu'un tel délai d'attente est une mesure injustifiée (du moins explicitement) par le réseau de santé FARMED, ce qui par extension, laisse penser à une mesure de discrimination, car il n'existe pas de contraintes similaires pour la population suisse. Au sens du Tribunal fédéral, « toute différence de traitement doit être fondée sur des faits importants qui permettent de la justifier » (Steffen, *ibid.*, p.54).

Néanmoins, il subsiste une interrogation en suspens : qu'est-ce qui argumente une restriction dans le choix du fournisseur de soins pour les personnes requérantes d'asile exclusivement ? Si j'estime que cette question sous-tend cette partie éthique de ma réflexion, dans le cadre de ce mémoire de fin d'études, je m'en tiendrai à la question de recherche qui m'intéresse, afin de ne pas disperser mes réflexions. Pour moi, l'intérêt de soulever cette question doit permettre au lecteur de comprendre à quel point il m'est difficile d'évaluer **le principe d'impartialité** dans les décisions qui concernent les personnes requérantes d'asile. Parce que les dimensions économiques et politiques qui concernent cette population me semblent complexes d'une part, mais aussi, peu transparentes quant à la considération de **la valeur sociale** dans les processus décisionnels.

Finalement, je souhaiterais par le biais de cette réflexion mettre en évidence des paradoxes entre les intentions explicites du réseau – une prise en soins optimale des personnes requérantes d'asile – et les moyens mis à disposition de ces professionnels – comme un effectif infirmier insuffisant – pour exercer leur activité. Car il est de mon avis que si le gate keeping infirmier offre une perspective ambitieuse pour le développement de la profession et une solution pertinente pour conjuguer qualité des soins et économies, les entretiens réalisés mettent en évidence des dérives qui viennent heurter les principes éthiques liés aux soins, principalement celui d'équité. Car si une restriction de liberté dans les *conditions initiales* – le double gate keeping imposé – s'argumente sur la base de l'Ordonnance d'application 2 de la *LAsi*, un délai d'attente pour une consultation allant jusqu'à un mois au CSI de Lausanne, rend compte d'une inégalité de traitement.

#### 7.2.4. La question de la formation

Il est encore un dernier point qui intéresse la partie éthique de la discussion: la formation requise pour occuper ce rôle de gatekeeper infirmier.

A ce niveau les Etats-Unis et le Canada semblent avoir pris de l'avance où la formation de *nurse practitioner* y est introduite depuis plusieurs années déjà. Le rôle de *nurse practitioner* ou infirmier-ère praticien-enne doit être entendu comme une « personne qui est responsable de soins infirmiers et d'activités professionnelles médicales auprès des usagers dans un domaine de spécialité visant des problèmes de santé complexes et ce, conformément à la législation en vigueur. Elle collabore avec le médecin traitant afin d'identifier les problèmes

de santé et d'établir les priorités de soins et de traitements »<sup>29</sup>. En clair, l'infirmier-ère praticien-enne peut :

- ✓ diagnostiquer des problèmes de santé;
- ✓ prescrire et interpréter des examens et des tests diagnostiques;
- ✓ prescrire et effectuer des traitements médicaux;
- ✓ prescrire et ajuster des médicaments.

Il s'agit d'une formation reconnue par l'O.I.I.Q (Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec) comme un certificat de spécialiste infirmier-ère praticien-enne spécialisée – primary health care nurse practitioner – qui nécessite un cumul de formations spécialisées. Pour l'O.I.I.Q, « en plus de détenir une formation universitaire en sciences infirmières, l'infirmière spécialisée et l'infirmière praticienne possèdent des connaissances et des habiletés avancées propres au domaine de pratique clinique, notamment sur les plans de l'évaluation clinique, du diagnostic, de la physiopathologie et du traitement pharmacologique et non pharmacologique »<sup>30</sup>.

En outre, je précise que l'intervention de l'infirmier-ère praticien-ne spécialisé-e (IPS) est réglementée au Canada, notamment par les articles 36 et 36.1 de la L.i.i. (Loi sur les infirmières et infirmiers) en vigueur depuis 2005 pour les spécialisations suivantes : néonatalogie, néphrologie et cardiologie. Les réglementations concernant les IPS de première ligne et la santé mentale sont en cours. Sur le site de l'O.I.I.Q, Suzanne Durand, Directrice du développement et du soutien professionnel précise que l'IPS de première ligne « effectue les cinq activités médicales » (<http://www.greas.ca/publication/pdf/suzannedurand.pdf>, diapositive 33), c'est-à-dire les rôles de prescription, intervention et diagnostique mentionnés plus haut.

Au Canada, l'émergence de cette pratique répond aux besoins d'une population vieillissante et toujours plus en prise avec des maladies chroniques ou multiples. Cette nouvelle pratique a permis de mettre en évidence des bénéfices importants pour la clientèle, comme un meilleur accès à des soins rentables et de qualité, une prise en soins continue, une satisfaction de la clientèle et une diminution de la durée de séjour.

Aussi, questionner le diagnostic médical et le droit de prescription comme causes d'une involution ou une évolution de la profession infirmière n'est pas l'objet de ma recherche, mais bien la pratique développée par les acteurs infirmiers du réseau FARMED. La plupart des acteurs infirmiers de FARMED n'ont pas de titre similaire à celui proposé par le Canada – celui d'IPS – mais contribuent à des activités médicales semblables que leurs homologues reconnus, sous l'angle du diagnostic médical et de la prescription. De ce fait, leur activité interpelle directement le principe éthique d'égalité dans la prise en soins accordée aux personnes requérantes d'asile, sous l'angle de la sécurité des prestations.

Néanmoins, je ne suis pas qualifiée pour juger de leurs compétences et de la formation reçue par la PMU. Ici n'est pas le sujet de ma recherche. Je m'intéresse davantage à souligner un paradoxe entre l'émergence de compétences médicales qui se perfectionnent et des

---

<sup>29</sup> D'autres informations sont disponibles depuis cette adresse : <http://www.avenirensante.com/index.php?id=102,204,0,0,1,0> (En ligne)

(Page consultée le 17 juin 2007).

<sup>30</sup> Le site de l'O.I.I.Q : [http://www.oiiq.org/uploads/publications/memoires/sante\\_mentale/annexe2.htm](http://www.oiiq.org/uploads/publications/memoires/sante_mentale/annexe2.htm) (En ligne). (Page consultée le 17 juin 2007)

compétences relationnelles thérapeutiques qui ne trouvent pas un même essor dans la pratique de ces infirmières.

Les propos tenus à cet égard interpellent la formation organisée par la PMU, structure de tutelle des CSI. Les infirmières relatent que *la formation a évolué* et est aujourd'hui essentiellement axée sur *l'anamnèse, le status, l'observation et le diagnostic médical*, alors que la formation proposée *avant* était davantage centrée sur la dimension psychosociale de l'individu. J'ai compris que les cours sont essentiellement donnés par des médecins ; si l'une qualifie la formation de *nulle et insuffisante*, une autre pense que la PMU est à l'écoute de leurs besoins à ce niveau.

Toutefois, je n'ai pas d'éléments qui me permettent de mettre en évidence que les compétences de ces infirmières puissent porter à préjudice, mais j'émetts l'hypothèse que les compétences médicales attribuées aux infirmiers-ères du réseau de santé FARMED risquent de venir altérer la qualité des soins. Je suis d'avis que le réseau FARMED vient juxtaposer de nouvelles compétences à la pratique infirmière, sans que celles reconnues à la corporation infirmière ne soient potentialisées, notamment la compétence relationnelle. Je pense que la formation proposée par la PMU et les jalons que ces infirmières posent à la prise en soins de la dimension psychosociale de la clientèle demandeuse d'asile – un rôle limité à *la petite psy. et traitement des manifestations somatiques* du mal-être (en page 28) – rendent les efforts déployés par ces infirmières prioritairement centrés sur la dimension somatique et desservent la dimension psychosociale de cette clientèle.

Toutefois, si durant les entretiens je perçois les jalons que ces infirmières posent à la prise en soins de la dimension psychosociale de la clientèle demandeuse d'asile, je comprends aussi que la complexité des situations qu'elles rencontrent sont épuisantes et les rendent démunies. Cette interprétation se manifeste dans leur discours par : *c'est lourd pour nous, qu'est-ce que tu veux faire ?, des fois c'est vraiment* [dans un soupir].

### **7.3. La satisfaction au travail dans le cadre du système FARMED**

La question de la satisfaction au travail est utile à ma recherche pour permettre d'estimer un écart entre travail prescriptif et travail réel. Je comprends la dimension prescriptive de la pratique comme un guidage selon des règles professionnelles (cahier des charges, devoirs professionnels, devoirs éthiques) et la dimension réelle, comme l'activité réelle, la façon d'agir dans sa pratique professionnelle, c'est-à-dire le résultat obtenu. Dans cette mesure, j'émetts le postulat qu'un écart entre prescriptif et réel trop important conduit à une perte de sens dans sa pratique, ce qui, sur le long terme risque de conduire le professionnel infirmier à une situation d'épuisement.

Comme je l'ai souligné précédemment, je me suis inspirée de l'étude RICH-Nursing pour la sélection de ce critère. Dès lors, il s'agit de mettre en évidence les enjeux perçus potentiellement influents dans la délibération des soins aux personnes RA.

J'ouvre ici une parenthèse pour préciser que la dimension dite réelle n'est pas authentiquement objectivable dans les comptes-rendus d'entretiens. Comme le souligne G. le Boterf, « la représentation de l'action n'est jamais strictement identique à l'action. La représentation est toujours une réinterprétation, une reconstruction de ce qu'elle veut représenter » (2000, p.87).

### Ce que je comprends de la satisfaction au travail pour ces infirmières

Je retiens des entretiens auprès des quatre infirmières une certaine homogénéité face à la satisfaction au travail, traduite comme suit : *avec le gate keeping, j'ai pas de problèmes éthiques ; je suis à fond dedans ; c'est un travail de rêve ; un modèle d'avenir* (en page 29).

### Ce que je comprends de leur perception du réseau

Sur ce point, chacune a exprimé clairement que les infirmières des CSI sont actuellement en sous-effectifs et qui plus est, *mal réparties* dans le réseau. Une infirmière exprime qu'ils ne peuvent pas se permettre d'être si peu pour appliquer le gate keeping. De manière générale, la charge de travail et les responsabilités liées au gate keeping se font ressentir par ces praticiennes. Elles l'expriment ainsi : *on ne chôme pas, il faut avoir les épaules assez larges* ou encore, une d'elles dit que dans l'un des CSI, elle se sent *sous pression*. Cependant, elles affirment que pour l'heure le budget alloué par l'Office Fédérale de la Migration à Berne reste insuffisant pour permettre d'autres postes infirmiers. Si ces infirmières partagent le même point de vue autour d'un manque d'effectif infirmier, elles ne remettent pas en doute la qualité des soins. Elles considèrent que la qualité des soins s'argumente par l'offre *spécialisée et personnalisée* aux personnes RA, avec une *considération de l'autre plus marquée qu'à l'hôpital* (en page 30).

### **7.3.1. Les hypothèses que je retiens**

Dans les deux points de la discussion qui précèdent – la compétence de la relation professionnelle et les principes éthiques dans la pratique des soins – j'amène plusieurs conclusions qui mettent en évidence un écart entre travail prescriptif et travail réel, voire même un hiatus entre valeurs soignantes et valeurs économiques. Brièvement, la discipline infirmière tiraillée entre évolution face à des responsabilités nouvelles et involution dans une prise en soins très « biomédicalisée » du sujet requérant d'asile, se confronte aussi à des fonctionnements de réseau qui porte atteinte à la qualité éthique des soins, sous l'angle de l'équité et de la liberté individuelle notamment.

D'autre part, je perçois au travers des entretiens que les infirmières s'accordent autour d'une satisfaction au travail. L'émergence de la satisfaction au travail fait valoir une adéquation entre résultats attendus – valeurs professionnelles – et résultats obtenus – activité réelle.

Pour permettre d'interpréter cet écart entre travail prescriptif et travail réel, je vais tenter de formuler des hypothèses qui puissent rendre compte de plusieurs points de vue. Au vu des éléments mis en évidence en amont, j'émetts une série d'hypothèses (H = hypothèse).

**H 1) Le recueil de données que j'ai effectué durant les entretiens est insuffisant ou de mauvaise qualité, de sorte que les données mises en évidence laissent une place trop importante à ma subjectivité, voire à une interprétation erronée.**

Cette hypothèse laisse entendre que les remarques énoncées en amont, en ce qui concerne la compétence de la relation d'aide thérapeutique ou les paradoxes éthiques du réseau FARMED, sont infondées. Brièvement, je rappelle que selon moi la compétence de la relation thérapeutique n'est pas suffisamment exploitée par ces infirmières, à défaut de compétences médicales développées au service de la dimension somatique de la personne demandeuse d'asile. En outre, j'interroge le principe éthique d'équité dans la prise en soins – en regard d'un délai d'attente qui n'est pas justifié explicitement par le réseau FARMED. Face à cette

iniquité entre personnes demandeuses d'asile et citoyens suisses, je questionne l'impartialité des processus décisionnels qui gravitent autour des personnes requérantes d'asile.

Si d'une part, cette hypothèse appelle à ma capacité à me remettre en question, d'autre part, je dois m'interroger sur mes aptitudes à mener des entretiens semi-structurés. Certes, il existe des éléments qui vont dans le sens de la vérification de cette hypothèse. Je mets en évidence un manque d'approfondissement probable en ce qui concerne les données relatives à la dimension relationnelle, ce qui par extension renvoie à la trame d'entretiens trop vaste au vu des éléments utilisés ici. Si bien que les propos relatés quant à un savoir insuffisamment procédural des théories relatives à la relation d'aide sont critiquables.

Néanmoins, les conclusions de l'étude socio-anthropologique menée en 2004 appuient la falsification partielle de cette hypothèse. Certes, des données ne sont plus transposables au contexte dans lequel s'inscrit mon mémoire – la durée des consultations, le SSIRA est devenu CSI – mais d'autres le restent – l'influence des différentes injonctions sur la santé des personnes requérantes d'asile et un investissement limité dans la prise en charge des maladies psychiatriques proportionnellement à la dimension somatique – et finalement, une donnée vient probablement complexifier le contexte – les effectifs infirmiers diminués de 50%.

Ainsi, les entretiens relèvent que pour trois des infirmières la santé mentale subit un clivage entre ce qui se rapportent à la psychiatrie et ce qui ne s'y rapporte pas, et qui par extension appartient au rôle infirmier. Il s'agit d'une donnée transposable à l'étude de Rossi et al. « à l'inverse des maladies chroniques organiques, les infirmières ne souhaitent pas s'investir davantage dans les situations psychiatriques » (2004a, p.79). Aussi, cet élément amène à questionner l'implication possible des infirmières dans le diagnostic et le traitement de la maladie mentale. Cependant, ma récolte de données est insuffisante pour mettre en évidence, de manière objective, que les personnes requérantes d'asile qui nécessitent un accompagnement relationnel thérapeutique ne sont pas suffisamment prises en soins. Pour valider une prise en soins insuffisantes, les données des entretiens auraient dû traduire des difficultés qui ne permettent pas de recourir aux prestations des psychologues ou psychiatres.

Aussi, ces éléments d'enquête soulèvent plusieurs réponses possibles qui permettent de réconcilier les deux enquêtes susmentionnées : l'échantillon présenté par Bodenmann et al. n'est pas représentatif de cette population, de sorte que l'atteinte à la santé mentale est sous représentée dans les dossiers de soins, ou peut-être, les personnes RA sont-elles prises en soins par les MPR qui constituent le deuxième filtre du réseau. Ces questions renvoient aux limites de ma recherche en termes de faisabilité.

En outre, les infirmières relatent que *la formation a évolué* et est aujourd'hui essentiellement axée sur *l'anamnèse, le status, l'observation et le diagnostic médical*, alors que la formation proposée *avant* était davantage centrée sur la dimension psychosociale de l'individu. Dans cette mesure, la formation prévue par la PMU vient alimenter la conclusion de « la garantie d'une sécurité parfaite d'un point de vue du traitement somatique de leurs problèmes de santé » (Rossi et al., 2004b, p.134-135) de sorte que ces éléments restent une conclusion probante, au sens d'une attention disproportionnée en faveur des différentes dimensions du sujet requérant d'asile.

Certes, comme je l'ai affirmé une première fois, ces données ne sont pas objectivables dans mon mémoire de fin d'études. Toutefois, je souligne que chacune de ces études traduit une culture des soins différente, l'une médicale, l'autre d'obédience socio-anthropologique. Aussi,

aurait-il fallu questionner la logique qui sous-tend la perception de ce qui est « adéquat » ou de ce qui ne l'est pas dans le cadre d'une offre en soins.

Ceci mis à part, le premier rapport d'étude datant de 2003 et l'autre de 2004, aucun n'a pu estimer les impacts générés par la suppression de 50% des postes infirmiers en 2005. Néanmoins, sur ce point, si les infirmières se sont exprimées avec retenue quant aux conséquences, elles expriment un inconfort suffisamment objectivable. Toutefois, la compréhension des remarques face aux critères éthiques énoncés doit être nuancée. Selon moi, les critères éthiques mettent en évidence des paradoxes incontestables sur certains points – tel le manque d'effectif infirmier – mais ces conclusions restent proportionnelles à la prétention qu'engage un mémoire de fin d'études. Ainsi, je précise que les conclusions relatives aux critères éthiques dans la pratique des soins n'engagent que ma posture professionnelle.

## **H 2) Il existe en effet un écart entre travail prescriptif et travail réel, mais les infirmières interrogées n'en sont pas influencées dans le cadre de la satisfaction au travail.**

Cette deuxième hypothèse ne remet pas en question les éléments de contradictions mis en évidence dans les deux premiers points de la discussion, concernant la compétence relationnelle et les principes éthiques dans la pratique des soins. Mais cherche à interpréter comment un écart entre travail prescriptif et travail réel, ne mène pas à une perte de sens pour ces infirmières, donc n'influence pas la question de la satisfaction au travail.

Je m'intéresse aussi à questionner la portée de l'étude socio-anthropologique menée. Les conclusions de cette étude mettent en évidence que « la maladie mentale et sous-diagnostiquée et sous-traitée » (op.cit., p.157), ou encore que le réseau peut prétendre à « la garantie d'une sécurité parfaite [uniquement] du point de vue du traitement somatique de leurs problèmes de santé » (2004b, p.134-135). J'imagine que ces résultats auraient dû donner à ces professionnels l'induction d'un changement, d'une évolution de leur pratique.

Pour répondre à cette deuxième hypothèse, voici l'interprétation que je propose :

- **Mon interprétation :** L'étude socio-anthropologique menée en 2004 qui émet une critique concernant l'offre en soins psychosociale aux personnes requérantes d'asile – au sens d'un accompagnement insuffisant – permet à ces professionnels de prendre conscience d'une limite de leur pratique. En outre, les résultats de ma recherche mettent en évidence une prise en soins qui reste très probablement asymétrique entre dimension somatique et psychosociale. De sorte que trois ans après, j'estime que la pratique des infirmières du réseau FARMED ne donne pas à voir un véritable réajustement. Ces propos peuvent trouver réponse dans la complexité des situations qu'elles rencontrent, qui sont épuisantes et démunissent ces infirmières. Aussi, elles ne parviennent pas à pallier à cet écart entre prescriptif et réel qui concerne la compétence de la relation d'aide.

Comme relevé en amont, si je perçois les jalons que ces infirmières posent à la prise en soins de la dimension psychosociale de la clientèle demandeuse d'asile – un rôle limité à *la petite psy.* et *traitement des manifestations somatiques* du mal-être (en page 28) – je comprends aussi que la complexité des situations qu'elles rencontrent sont épuisantes et les démunissent. Cette interprétation se manifeste dans leur discours par : *c'est lourd pour nous, qu'est-ce que tu veux faire ?, des fois c'est vraiment* [dans un soupir] (en page 30-31).



J'estime que ces propos renvoient à la notion même de compétence et de professionnalisme. Il est utile de revenir sur ce qui définit une compétence et ce qui détermine cette notion de professionnalisme, pour finalement revenir sur la question de la satisfaction au travail chez ces professionnelles infirmières.

Savoir agir avec compétence : la pertinence de la pratique dépend de cet écart entre *l'activité-clé prescrite* et la *pratique professionnelle réelle*. En outre, cet écart est influencé par des ressources externes et des ressources internes. Par ressources externes il faut comprendre un *guidage selon des règles professionnelles* (règle du travail, du métier, éthique) et par ressources internes, *les connaissances personnelles, le savoir-faire et la capacité cognitive* entre autres. Selon Le Boterf, la notion de compétence doit être comprise selon trois dimensions. *La pratique professionnelle est efficace* à condition qu'elle puisse s'appuyer sur des *ressources externes et personnelles suffisantes* et une *prise de recul* indispensable à l'analyse des pratiques (Le Boterf Conseil, C 634 S, 2006).

Dans la construction de ce mémoire de fin d'études, je me suis rendue compte que la notion de compétence ne peut trouver une définition figée et universalisée liée au fait que les contextes de la pratique infirmière sont complexes et ne sont jamais identiques. Dans cette mesure, une compétence appelle à « la capacité de mobiliser un ensemble de ressources pour traiter de situations complexes [...] ses principales caractéristiques : elle est complexe, elle est évolutive, elle est interactive, elle est globale et intégrative » (sur le site du CPGE-CPA, p.4-6). Une compétence complexe « qui ne réside pas dans la somme mais dans l'organisation dynamique de ses composantes », évolutive car « elle prend appui sur des ressources existantes et s'inscrit dans des visées de formation à long terme », aussi interactive car « elle se développe à travers son utilisation dans des contextes variés » et finalement globale et intégrative dans la mesure où elle « intègre des connaissances mais ne s'y réduit pas ; c'est le tout qui donne sens aux composantes » (ibid, p.7).

En outre, je choisis d'introduire ici une deuxième notion, celle du professionnalisme. Selon, J.-G. Boula, chargé de cours en Sciences Humaines à l'Université de Genève, le terme de professionnalisation, apparu dans les années .80, va de pair avec le « concept de compétence [...] De même, le **professionnalisme** suppose que le (ou la) professionnel(le) saura *se remettre en question* (ce qui peut paraître douloureux ou pénible en soi). Bref, le **professionnalisme** est *une morale*, ou mieux encore *une éthique des situations*. [...] Enfin, *le professionnalisme* ne doit pas exclure le métier *d'une appartenance*, car le métier est source d'identité, c'est-à-dire *une communauté d'appartenance et de compétence*. »<sup>31</sup>

Ces quelques lignes m'amènent à comprendre que la notion de compétence mise sur l'autonomie du professionnel, se situe au-delà du prescrit et renvoie à une intelligence des situations. Dans cette perspective, les infirmières des CSI tendent à développer des pratiques professionnelles qui soient pertinentes, malgré un contexte porteur d'incohérences. J'estime que l'étude socio-anthropologique menée en 2004 qui pointe ces incohérences – au sens de la prise en soins psychosociale insuffisante – leur permet d'en avoir conscience. En outre, la complexité des situations qu'elles rencontrent rend leur offre en soins difficile. Dès lors, les infirmières utilisent leur savoir agir avec compétence pour développer une pratique porteuse de sens. J'émetts l'hypothèse que les infirmières des CSI assument leurs nouvelles

---

<sup>31</sup> BOULA, J.-G. Comment renforcer le processus de professionnalisation dans la pratique soignante ? (En ligne) [http://www.gfmer.ch/Presentations\\_Fr/processus\\_professionnalisation.htm](http://www.gfmer.ch/Presentations_Fr/processus_professionnalisation.htm) (Page consultée le 20 juin 2007)

responsabilités – les compétences médicales – avec beaucoup de motivation ce qui leur permet de rendre compte d’une offre en soins aux personnes requérantes d’asile qui soient optimales – sur le plan somatique – en fonction des moyens qu’elles parviennent à déployer.

Dans cette mesure, elles agissent en conformité avec une éthique de service et potentialisent les intentions du réseau FARMED. En effet, le slogan des CSI pour la journée mondiale de l’infirmière, « nouveau rôle, nouvelles responsabilités, nouvelle pratique », met en évidence une *communauté d’appartenance et de compétence*, utile pour redonner la cohérence nécessaire afin de sauvegarder la satisfaction au travail. En ce sens, je pense que les infirmières des CSI vont au-delà de la constatation d’éléments de contradictions au sein de leur pratique – entre travail prescriptif et travail réel – en développant des solutions qui leur permettent de spécialiser leur offre en soins, en faveur de la dimension somatique. La prise en soins thérapeutique de la dimension psychosociale se voit alors déléguée à d’autres acteurs du réseau.

## 8. SYNTHÈSE

La synthèse intervient à ce stade pour lier les éléments de mon mémoire. Pour le lecteur, il est utile que je rappelle que la synthèse permet de reprendre la question de recherche qui a guidé mon mémoire d’une part, mais plus particulièrement l’hypothèse émise sur des bases théoriques de la littérature. Enfin, la synthèse représente le moment de validation ou d’invalidation de cette hypothèse de recherche.

Je le rappelle, la question de recherche que j’ai formulée dans la partie de la problématique est celle-ci : dans quelle mesure les acteurs infirmiers du réseau FARMED parviennent-ils à conjuguer gestion des coûts à une qualité des soins, notamment dans la relation d’aide aux personnes requérantes d’asile ?

Par ailleurs, mon hypothèse de recherche fait apparaître plusieurs éléments (en page 17), qui sont utiles de relever ici :

- J’é mets l’hypothèse que les acteurs infirmiers du réseau de santé FARMED ne parviennent pas à conjuguer gestion des coûts et qualité des soins, notamment dans le cadre de la compétence relationnelle. Cet écart entre prescriptif et réel se manifeste par un manque de moyens pour les acteurs infirmiers, comme des consultations de trop courte durée.
- L’étude socio-anthropologique donne à voir des mesures de rationnement implicite, caractérisées par « la non-fourniture de prestations bien qu’elles soient opportunes et utiles » (Kocher, op.cit., p.196) sans que ces choix soient rendus manifestes. Je souhaite que ma recherche tende à déterminer si le réseau de santé FARMED contraint les acteurs infirmiers à des mesures de rationnement implicite.

### 8.1. **Gestion des coûts et qualité des soins : mon appréciation du réseau FARMED**

Dans la perspective de l’évaluation de l’hypothèse de recherche, je rappelle ici les propos de R. Schäublin, anciennement chef infirmier du SSIRA. Selon lui, les soins aux personnes

requérantes d'asile rendent compte d'une médecine à deux vitesses où, *la nôtre* [de vitesse] *est la meilleure*. Si je suis d'avis que la qualité des soins ne peut être exclusivement définie par la rapidité, la vitesse et la liberté avec laquelle chaque client peut bénéficier de soins, je m'interroge quant à la notion de qualité que le réseau de santé FARMED a développée. Pour l'heure, je suis d'avis que gestion des coûts et qualité des soins ne sont pas en résonance avec le fonctionnement du réseau FARMED tel qu'il est décrit dans les entretiens.

Ce postulat s'appuie sur les conclusions mises en évidence dans la partie de la discussion, dont voici les éléments-clés :

- **La formation proposée par la PMU et la compétence relationnelle**

Comme je l'ai mentionné précédemment, je n'ai pas d'éléments qui me permettent de mettre en évidence que les compétences de ces infirmières porte préjudice à la santé de leur clientèle requérante d'asile, mais j'émet l'hypothèse que les compétences médicales attribuées aux infirmiers du réseau de santé FARMED risquent de venir altérer la qualité des soins.

Je suis d'avis que la formation proposée par la PMU – centrée sur l'observation clinique, le status, le diagnostic médical – juxtapose de nouvelles compétences à la pratique infirmière, alors qu'une compétence reconnue à la corporation infirmière, la compétence relationnelle, ne bénéficie pas du même essor. Selon moi, la formation actuellement proposée par la PMU met en évidence ce paradoxe : d'une part, l'attribution de nouvelles compétences – médicales – à la pratique infirmière qui, selon Bodenmann et al., sont jugées adéquates, et d'autre part, une prise en soins thérapeutique de la dimension psychosociale de la personne requérante d'asile qui trouve peu d'encouragements dans la formation de la PMU.

De plus, trois infirmières témoignent d'une différence entre relation d'aide – comme intégrée à leur domaine de compétences – et psychiatrie associée aux compétences des médecins et des psychologues. Pour elles, leur activité aux CSI trouve des limites dans *le traitement des manifestations somatiques*, ou dans les limites de *la petite psy.*, et une autre avoue humblement ne pas *se sentir capable*. Sous cet angle, je comprends que pour trois d'entre elles, *l'empathie, le feeling et l'expérience*, ne traduisent pas le souci d'adhérer à l'intervention thérapeutique de la relation, comme cette notion est entendue plus haut.

Finalement, je pense que la formation proposée par la PMU et les jalons que les infirmières posent à la prise en soins de la dimension psychosociale de la clientèle demandeuse d'asile – un rôle limité à *la petite psy.* et au *traitement des manifestations somatiques* du mal-être – rendent les efforts déployés par ces infirmières prioritairement centrés sur la dimension somatique et desservent la dimension psychosociale de cette clientèle.

En conclusion, j'estime que les acteurs infirmiers du réseau FARMED peuvent certainement prétendre à une qualité dans la prise en soins de la dimension somatique de leur clientèle – notamment sur la base du rapport de Bodenmann et al. – à l'instar de la dimension psychosociale de la clientèle demandeuse d'asile.

- **La fonctionnalité du réseau**

Comme le mentionne Aubry, la configuration de plusieurs structures, non pas dans le but de développer une concurrence, mais bien de potentialiser des compétences et la collaboration tend à un meilleur accès à la santé. Je comprends donc que la mise en réseau d'acteurs

compétents permet de prétendre à une prise en soins optimale, tout en engendrant des économies.

Aussi, si le système FARMED a été conçu pour profiter des avantages d'une mise en réseau, je pense que la mise sur pied d'un double filtre – infirmier puis médical – représente un potentiel remarquable en termes d'économies. Pour moi, le rôle d'infirmier de premier recours permet une utilisation optimale de nos compétences. Et sous cet angle, le réseau FARMED qui permet une rationalisation des soins profitable, fait figure d'exemple.

Cependant, il existe un dysfonctionnement au moins qui, selon moi, dessert sévèrement le réseau. Un délai d'attente allant jusqu'à un mois pour le CSI de Lausanne génère des biais, comme une consultation directe chez le MPR – qui engendre une deuxième consultation, cette fois au CSI de Lausanne pour obtenir uniquement le bon de délégation – ou une utilisation accrue de la permanence de la PMU par la clientèle requérante d'asile. De sorte que ces biais génèrent des coûts et des consultations inutiles, comme une consultation au CSI a posteriori pour l'obtention du bon de délégation. Sous cet angle, le réseau FARMED, discrédité par un effectif infirmier insuffisant, ne peut prétendre à une gestion des coûts optimale.

Finalement, il est important de se demander si de recourir à d'autres acteurs du réseau, comme la permanence par exemple, n'engendre-t-il pas des coûts bien supérieurs que d'accroître l'effectif infirmier ? Aussi, j'estime qu'il serait utile de persévérer dans cette réflexion en l'argumentant par des données quantitatives. Ici se trouve une des limites de cette recherche.

## **8.2. La question du rationnement dans le réseau FARMED**

A ce stade de mon mémoire, des questions émergent autour du rationnement des soins. Le réseau FARMED laisse-t-il entrevoir une mesure de rationnement ? Un rationnement implicite ou explicite ?

En regard des données récoltées durant les entretiens, je mets en lumière trois éléments sensibles qui interrogent la question du rationnement des soins : la compétence relationnelle comme entendue par ces infirmières, la question de l'effectif infirmier et finalement, la question d'un double filtre imposé à la clientèle requérante d'asile.

### **• La compétence relationnelle**

Comme j'en ai fait mention à plusieurs reprises, je postule que la formation proposée par la PMU et les jalons que les infirmières posent à la prise en soins de la dimension psychosociale de la clientèle demandeuse d'asile rendent les efforts déployés par ces infirmières prioritairement centrés sur la dimension somatique et desservent la dimension psychosociale de cette clientèle.

Aussi, la question d'un éventuel rationnement des soins en lien avec cette compétence doit être entendue comme un accompagnement relationnel insuffisant. Par extension, une fixation des priorités qui ne permet pas à la clientèle requérante d'asile de bénéficier de soins relationnels.

Certes, les conclusions émises plus haut font mention de la mise en œuvre d'une compétence relationnelle davantage psychologique, à défaut d'être thérapeutique. Néanmoins, les CSI travaillent en étroite collaboration avec un réseau de Médecins de Premier Recours et

l'Association Appartenances, que les infirmières reconnaissent comme des acteurs compétents pour assurer ce suivi psychothérapeutique. Je le rappelle, l'étude socio-anthropologique menée en 2004 faisait mention d'une durée de consultation d'un quart d'heure par client. Si cet élément pouvait être compris au moment de l'étude comme une mesure de rationnement implicite, cette constatation n'est plus d'actualité, les consultations étant passées à trente minutes par client.

Dans cette mesure, aucun élément de mon enquête ne me permet de démontrer que la clientèle ne bénéficie pas d'une prise en soins suffisante de leur dimension psychosociale.

- **La question de l'effectif infirmier au CSI de Lausanne**

Comme je l'ai déjà mis en évidence, j'estime qu'un effectif infirmier insuffisant est à la base d'un dysfonctionnement majeur dans le réseau de santé FARMED. Un dysfonctionnement qui est critiquable du point de vue des intentions du réseau – conjuguer gestion des coûts et qualité des soins – et qui questionne la notion d'égalité de traitement.

La question d'égalité de traitement est un point difficile qui demande d'être approfondi et les conséquences relatives à un délai d'attente allant jusqu'à un mois, en termes de sécurité et de qualité des soins pour cette clientèle, doivent être évaluées. Encore une fois, il s'agit d'une limite de mon mémoire.

Certes, un délai de trois semaines à un mois d'attente pour une consultation au Centre de Santé Infirmier de Lausanne, peut laisser à penser à une mesure de rationnement implicite – traduite par un effectif infirmier insuffisant. En effet, l'Organisation Mondiale de la Santé reconnaît comme forme de rationnement implicite, « la prestation différée des services à ceux qui en ont besoin ou les sollicitent » (A 52/DIV/4, 1999, p.2). D'autant plus, qu'il s'agit d'une mesure injustifiée, du moins explicitement, par le réseau de santé FARMED et qui permet de croire à une pratique discriminante envers la population minoritaire demandeuse d'asile. Au sens du Tribunal fédéral, « toute différence de traitement doit être fondée sur des faits importants qui permettent de la justifier » (Steffen, op. cit., p.54).

Toutefois, dans le cadre de cette recherche, je ne peux formellement identifier un effectif infirmier insuffisant comme étant une mesure de rationnement car aucun élément ne me permet de mettre en évidence qu'un effectif infirmier insuffisant au CSI de Lausanne porte préjudice à la clientèle requérante d'asile, au sens d'une restriction dans l'allocation des ressources. Sur la question du délai d'attente, G. Steffen considère que « l'inscription sur la liste d'attente correspondant à l'engagement de traiter un jour le patient, il ne s'agit pas d'un critère de rationnement pur au sens de la définition donnée [...] Par contre, plus le délai est important, plus il peut à notre sens être assimilé à une situation de rationnement, car il ne s'agit plus d'une simple petite incommodité touchant au confort du patient, mais d'une menace pour la santé voire sa vie et d'un facteur de souffrance supplémentaire » (op.cit., p.309). Dans le cadre du réseau de santé FARMED, il s'agit d'une menace relativement mesurée par la liberté, pour la clientèle demandeuse d'asile, d'accéder à la permanence de la PMU.

En conclusion, dans le cadre de ce mémoire, l'hypothèse d'un rationnement implicite en lien avec un effectif infirmier insuffisant n'est pas validée.

- **Le double gate keeping, infirmier puis médical**

Par ailleurs, l'Ordonnance d'application 2 de la LAsi fait mention d'une restriction pour les personnes requérantes d'asile : « les cantons restreignent la liberté des RA, des personnes admises à titre provisoire et des personnes à protéger ne possédant pas d'autorisation de séjour, de choisir leur assureur et leur fournisseur de prestations » (Rossi *et al.* 2004a, p.13). Je le rappelle, dans les faits, le réseau de santé FARMED restreint les personnes requérantes d'asile à choisir leur fournisseur de prestations en imposant un double gate keeping – infirmier puis médical.

Comme le souligne G. Steffen, « le système de *gatekeeper* implique que l'accès à certains soins (généralement l'accès aux spécialistes et à l'hôpital, sauf en cas d'urgence) est filtré et donc parfois refusé par un fournisseur de prestations généralement le médecin généraliste). Ce critère n'implique pas le refus d'accès à des soins particuliers, puisque l'accès au généraliste est libre, mais plutôt un refus d'accès direct aux soins spécialisés » (op.cit., p.311). Ces propos sont intéressants car ils mettent en lumière une nouvelle perspective à explorer, à savoir l'influence des compétences du gatekeeper sur cette fonction de filtre. En effet, si le gatekeeper est plus communément un médecin et non un infirmier-ère, donc doté de compétences différentes, il serait intéressant de comparer la manière de traiter la demande et la réponse offerte.

En outre, si au premier abord, ces mesures restrictives pourraient être interprétées comme du rationnement explicite, je comprends, au terme de ce mémoire, qu'une telle hypothèse ne peut être validée. Car, comme pour les points précédents, aucun élément ne me permet de mettre en évidence que le réseau de santé FARMED opère une restriction dans l'allocation des prestations aux personnes requérantes d'asile.

En conclusion, si cet élément de l'hypothèse s'avère invalidé, je pense que les dispositions prises à l'égard des personnes requérantes d'asile – comme le double gate keeping et un délai d'attente jusqu'à un mois – questionnent vraiment la valeur sociale reconnue aux personnes requérantes d'asile en Suisse. Car je le rappelle, ces dispositions qui ne concernent que cette minorité ne joignent aucun élément de justification, notamment en ce qui concerne l'Ordonnance d'application 2 de la LAsi.

### **8.3. Validation ou invalidation de l'hypothèse de recherche ?**

Au terme de cette recherche, il est intéressant de constater le cheminement parcouru depuis la question de recherche, suivie de la détermination de l'hypothèse. Si l'hypothèse formulée semble plutôt précise, la partie de la discussion permet de mettre en évidence toute la complexité que la question de recherche ne percevait alors pas. A posteriori, je constate qu'il est plus aisé, au vu des données récoltées, d'offrir des éléments de réponse à la question de la gestion des coûts, à défaut de pouvoir estimer la qualité des soins. En effet, interroger la qualité des soins alloués aux personnes requérantes d'asile sur l'unique base d'entretiens semi-structurés s'avère être un exercice délicat, qui comporte le biais de déprécier le principe d'objectivité.

Synthétiquement, j'estime que si les acteurs infirmiers du réseau FARMED peuvent prétendre à une qualité dans la prise en soins de la dimension somatique de leur clientèle – notamment sur la base du rapport de Bodenmann et al. – la compétence de la relation thérapeutique mériterait d'être optimisée dans la pratique de ces infirmières, de sorte que la clientèle

demandeuse d'asile bénéficie d'une prise en soins infirmière authentiquement holistique de leurs problématiques de santé.

Aussi, je suis d'avis que la structure pensée par le réseau de santé FARMED représente, en théorie, une solution efficace pour conjuguer gestion des coûts et qualité des soins, notamment grâce à l'instauration d'un double gate keeping. L'efficacité étant entendue comme le rapport entre les objectifs posés et les moyens de réalisation accordés. Néanmoins je souligne deux dysfonctionnements qui desservent la fonctionnalité du réseau et par extension, la clientèle requérante d'asile. Concrètement, la planification d'un effectif infirmier qui soit suffisant renvoie à la responsabilité organisationnelle qui sous-tend le réseau FARMED, tandis que les acteurs infirmiers sont garants d'optimiser la prise en soins infirmière de leur clientèle demandeuse d'asile.

Certes, dans le cadre de cette recherche, il m'est impossible d'estimer les répercussions réelles de ces dysfonctionnements. Mais il me paraît probable que ceux-ci ne permettent pas de prétendre à une corrélation optimale, de sorte que l'adéquation entre gestion des coûts et qualité des soins ne peut être comprise comme véritablement efficace, en regard de moyens de réalisation accordés ou déployés insuffisants.

Par ailleurs, aucun élément ne me permet de mettre en évidence que le réseau de santé FARMED opère une restriction dans l'allocation des prestations aux personnes requérantes d'asile. L'hypothèse d'un rationnement étant falsifiée dans le cadre de cette recherche, je considère que le réseau FARMED répond de mesures de rationalisation des soins qui vise « la recherche de synergie qui permettent de dégager des ressources » en faveur de la clientèle requérante d'asile (Bretton, op.cit., p.1).

Pour conclure, les éléments de l'hypothèse trouvent une validation partielle, limitées par des données insuffisantes, notamment en ce qui concerne la question relative à la qualité de la prise en soins.

## 9. PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS

Le chapitre des perspectives et propositions intervient à ce stade pour ouvrir mon mémoire à des pistes de réflexion d'une part (propositions), et d'autre part, à une perspective en termes d'intérêts pour mon rôle professionnel et les soins infirmiers.

Les propositions représentent des pistes de réflexion au bénéfice des professionnels des Centres de Santé Infirmiers, afin de leur permettre de penser leur pratique sur des éléments qui me semblent à réajuster. Toutefois, au cours de ce travail, j'ai opté pour des prises de position plutôt fermes certes, mais sans intention de jugements ou de porter à préjudice. Aussi, cette partie de mon travail se veut constructive où mes savoirs mobilisés se portent au service de la pratique des infirmières des CSI, qui ont acceptés de se prêter à cet exercice. Encore une fois je les en remercie.

Pour cette partie de ma recherche, les propositions que je vais mettre en évidence sont de deux ordres. Il s'agit là des dominantes de la deuxième étape de ma recherche.

- **La question de l'égalité de traitement**

Je le rappelle brièvement, la question de l'égalité de traitement des personnes requérantes d'asile – sous l'angle d'un délai d'attente allant jusqu'à un mois à Lausanne – est intimement liée à l'effectif infirmier accordé au réseau.

Si, selon les professionnelles interrogées, l'effectif infirmier se veut proportionnellement adapté au nombre de personnes requérantes d'asile qui nécessitent une prise en soins dans le Canton de Vaud, le réseau FARMED démontre qu'une telle équation risque d'être trop simpliste. En outre, je pense que les infirmiers des CSI devraient se mobiliser pour rendre compte d'un effectif infirmier insuffisant. Pour ce faire, il ne s'agit pas de démontrer la charge de travail, mais bien le bénéfice des soins infirmiers en termes de coûts, et par extension d'économie pour le réseau FARMED. De sorte qu'augmenter l'effectif infirmier au CSI de Lausanne permet de diminuer le temps d'attente de façon à ce que la clientèle requérante d'asile ne soit pas contrainte à ouvrir des biais au filtre infirmier – en se rendant directement chez le MPR ou à la permanence de la PMU. Dans cette perspective, les diagnostics infirmiers représentent un outil pertinent. Comme A. Junger et al. l'avancent<sup>32</sup> « les données des soins infirmiers ont une bonne valeur prédictive (durée de séjours et pronostics). Le diagnostic médical ne permet pas de faire une évaluation de la charge en soins par jour » (p.15). D'où l'importance pour ces professionnels de faire apparaître les diagnostics infirmiers dans les dossiers de soins.

Toutefois, si H. Brioschi Levi et al. sont à la base d'un projet novateur intitulé Swiss DRG, il s'agit d'un projet encore en construction, et qui permettra à terme d'allier l'outil DRG<sup>33</sup> et coûts des soins infirmiers.

Aussi, j'en viens à interroger les possibilités des infirmiers des CSI pour influencer un contexte aussi complexe que celui qu'elles connaissent – sous l'angle des injonctions économiques et politiques influentes – dans le cadre de leur activité. Sur ce point, la question de la formation en soins infirmiers représente un outil indispensable au développement d'une telle compétence. G. Desrosiers, cite Colin, pour exprimer cette nécessité stratégique : « *au-delà d'une formation centrée traditionnellement sur des déterminants cognitifs et psychologiques des comportements de la santé, la compréhension des mécanismes producteurs d'inégalité de santé et la conception d'interventions infirmières novatrices en santé publique passent par une connaissance des théories sociales contemporaines. La formation à la pratique en santé publique doit non seulement porter sur des problèmes de santé, objets d'intervention, mais aussi sur les sujets et finalités d'action, c'est-à-dire les populations et les transformations sociales, politiques et environnementales* » (2006, p.12).

Les propos de G. Desrosiers mettent en évidence la nécessité d'avoir une vue d'ensemble de ce qui constitue le domaine des soins à l'heure actuelle. La pratique des soins représente la réalité du terrain ; une réalité qui n'est pas toujours perçue de manière réaliste par les politiques sanitaires. De sorte que l'acteur infirmier se voit garant *des finalités d'action*, donc d'une cohérence entre valeurs soignantes et économiques dans le cadre de sa pratique.

---

<sup>32</sup>BRIOSCHI LEVI, H., FRISCHKNECHT, B., JUNGER, A., BERTHOU, A. DRG et coûts des soins (En ligne) [http://64.233.183.104/search?q=cache:IS5TTA\\_9qOEJ:www.isesuisse.ch/fr/conferences/conf\\_050614\\_pcs-brioschi1.pdf+DRG%2Bsoins+infirmiers&hl=fr&ct=clnk&cd=1&gl=ch&client=firefox-a](http://64.233.183.104/search?q=cache:IS5TTA_9qOEJ:www.isesuisse.ch/fr/conferences/conf_050614_pcs-brioschi1.pdf+DRG%2Bsoins+infirmiers&hl=fr&ct=clnk&cd=1&gl=ch&client=firefox-a) (page consultée le 29 juillet 2007)

<sup>33</sup> C. Thilquin précise que « les DRGs ont été inventés pour décrire le produit de l'entreprise hospitalière. La principale motivation derrière le développement des DRGs était le paiement de l'hôpital, l'idée étant qu'un quelconque DRG regroupant des patients similaires du point de vue des ressources consommées, l'hôpital doit être payé du même montant pour chacun de ses patients classés dans ce DRG (ce montant correspondant au coût des ressources supposément consommées par le patient moyen appartenant à ce DRG) » (en ligne).



Par extension, peut-être est-il impossible pour ces infirmières d'agir sur le contexte dans lequel elles inscrivent leur pratique, de sorte qu'il existe une asymétrie évidente dans l'influence que peuvent exercer les différents partis – soignants d'une part et institutions politiques et économiques, comme l'ODR et l'Institut de Santé et d'Economie d'autre part – dans les processus décisionnels qui concernent les personnes requérantes d'asile, et par extension le réseau de santé FARMED.

Dans cette perspective, je ne peux que rendre les acteurs infirmiers attentifs à mobiliser une collaboration active avec leurs supérieurs hiérarchiques, notamment la structure de tutelle la PMU, afin que leurs intérêts soignants et ceux de leur clientèle requérante d'asile soient défendus.

- **la compétence relationnelle**

En dernier lieu, il me semble utile d'ouvrir une parenthèse sur l'enseignement de la compétence relationnelle. En effet, M. Baumann parle en tant qu'infirmière et enseignante de la Haute Ecole de Santé La Source, de l'enseignement de la compétence relationnelle. Dans son rapport de recherche, elle aborde la question de cette compétence sous l'angle du socioconstructivisme qui met en évidence trois postulats : *Le premier postulat est celui « du primat absolu du sujet connaissant »*. *La connaissance est construite par le sujet, elle n'est pas indépendante de lui*. Le second postule que *les connaissances du sujet sont en interaction avec l'objet à apprendre*, et pour terminer, le postulat de la dimension sociale *puisque les apprentissages se feront dans le cadre d'une école* (2000-2003, III.13).

Synthétiquement, M. Baumann met en évidence que l'apprenant infirmier est un des acteurs nécessaire « pour rendre opérationnelles ces conceptions théoriques » (ibid., III.14). En ce sens, il y a une expérimentation inhérente de la relation professionnelle en plus d'être partiellement acquise – « établir la relation, la maintenir et la terminer est un exercice que chaque individu exerce tant bien que mal depuis sa tendre enfance » (ibid., III.13) – mais pour laquelle l'interaction ne suffit pas. « Pour être en relation, il faut être en relation et interroger celle-ci. Ceci permet de préciser que l'interaction en elle-même ne suffit pas, et que la réflexion sur celle-ci va amener à une réelle construction professionnelle » (ibid., III.14).

Les propos de M. Baumann mettent en évidence la nécessité de penser sa pratique, donc la capacité d'aborder sa pratique en position métacognitive pour pouvoir tirer des enseignements de son expérience, et par extension, procéder à des réajustements. Il s'agit là d'un point particulièrement important pour moi, qui rend compte d'un questionnement sur ce qui guide nos actions soignantes.

En outre, comme je l'ai mentionné dans le dernier point de la « Discussion » (7.3.2 Les hypothèses que je retiens), « le **professionnalisme** est *une morale*, ou mieux encore ***une éthique des situations*** »<sup>34</sup>. Dans cette mesure, j'estime que l'acteur infirmier a des responsabilités à honorer envers sa clientèle.

---

<sup>34</sup> BOULA, J.-G. Comment renforcer le processus de professionnalisation dans la pratique soignante ? (En ligne) [http://www.gfmer.ch/Presentations\\_Fr/processus\\_professionnalisation.htm](http://www.gfmer.ch/Presentations_Fr/processus_professionnalisation.htm) (Page consultée le 20 juin 2007)

Concrètement, je suggère que les acteurs infirmiers se positionnent explicitement par rapport à la prise en soins infirmière de la dimension psychosociale de la personne requérante d'asile au sein des CSI. De sorte que si elles confirment les jalons posés à leur pratique – la compétence relationnelle telle qu'elle est entendue dans les CSI ne comprend pas la relation d'aide thérapeutique et la réorganisation du vécu face à l'effondrement psychologique des personnes requérantes d'asile – et permet ainsi de déléguer explicitement cette prise en soins à des acteurs du réseau qui peuvent assurer un suivi psychothérapeutique. Je pense que nommer ses limites et ses ressources représente une preuve d'intelligence professionnelle au service de la clientèle. De ce fait, je ne peux qu'encourager les infirmiers des CSI à ce cheminement.

Les perspectives professionnelles que cette recherche met en évidence sont de deux ordres : en faveur de mon rôle professionnel et pour la profession infirmière elle-même. Voici les pistes de réflexion qui émergent :

Sur une période d'une année et demi, période durant laquelle j'ai mené cette recherche tant bien que mal, mon identité professionnelle s'est un peu modifiée. Si j'ai confirmé un socle de valeurs qui m'est propre, je me trouve souvent confrontée à un sentiment de solitude face aux valeurs économiques de ce monde, de sorte que je manifeste un réel besoin de reconnaissance au niveau professionnel certes, mais aussi en regard de ma place dans la société. Aussi, je comprends les facettes de ma personnalité comme profondément indissociables du rôle professionnel que je défends ; une considération qui se porte au bénéfice de ma posture professionnelle. En ce sens, la compétence de la recherche a éveillé une véritable motivation, faite du besoin d'occuper un rôle actif dans l'évolution de la discipline des soins infirmiers, et s'avère être une démarche fondamentalement nécessaire pour mon épanouissement personnel et mon bien-être au sein de cette société.

En outre, j'estime rendre compte d'un certain degré d'idéalisme dans cette posture privilégiée d'étudiante. Ce mémoire de fin d'études me l'a démontrée. Pour cette raison, j'attends le moment de confrontation avec le quotidien des soins avec une certaine appréhension. Une confrontation qui risque de faire émerger un écart entre travail pensé et travail réel, de sorte à renvoyer à ma conception des soins un regard utopiste.

Au final, je me questionne quant aux moyens accordés par le terrain des soins pour mener cette compétence de la recherche, mais aussi sur les possibilités qui soient véritablement opérantes en matière de politiques sanitaires du point de vue de l'acteur infirmier. Pour l'heure, si cette dernière étape de mes études me laisse en prise avec des questionnements sans réponse, je suis décidée à aborder le terrain des soins en tant que jeune diplômée avec ouverture d'esprit et détermination, pour pouvoir saisir les opportunités qui permettront de dessiner les contours de mon projet professionnel.

Par ailleurs, il est une perspective pour la profession des soins infirmiers que j'aimerais relever ici.

Si on reconnaît à l'environnement une influence notoire sur la santé de l'individu, la relation de réciprocité n'est pas suffisamment abordée dans le domaine des soins infirmiers. Je postule que l'individu a une influence sur l'environnement au sens de l'écologie, mais par extension dans son rapport à la consommation. Consommation des ressources naturelles et consommation des services de santé. J'estime que cette considération renvoie à la clientèle une responsabilité d'acteur face à l'environnement, compris au sens large.

De sorte que prendre soin de son environnement implique de préserver des ressources qui ne sont pas renouvelables (écologie) ou qui soient limitées (financières), dans le but de permettre de sauvegarder des valeurs fondamentales comme l'égalité dans l'accès aux ressources. Pour cette raison j'estime que sensibiliser la clientèle à une protection de son environnement rend compte de compétences peu reconnues et peu développées dans le domaine des soins. En outre, il en va de même de démontrer en parallèle un comportement qui soit exemplaire au sein des institutions sanitaires (pollution, gaspillage). A ce niveau, la question des perspectives pour la profession fait référence à une piste à exploiter.

## 10. CONCLUSION

La première partie de cette recherche, consacrée à la construction d'une hypothèse sur le fondement de bases théoriques, a ensuite été confrontée au terrain d'enquête. Pour ce faire, quatre infirmières exerçant leur activité dans les Centres de Santé Infirmiers ont accepté de me rencontrer dans le cadre d'entretiens semi-directifs. Aussi, la deuxième partie de cette recherche intègre les comptes-rendus d'entretiens, suivis d'une analyse interprétative des données, puis de la partie de synthèse qui permet de mettre en évidence si oui ou non l'hypothèse de recherche peut être validée ici.

J'ai choisi de penser cette recherche selon trois thèmes centraux : la compétence de la relation professionnelle et la question de la satisfaction au travail ont permis de guider ma trame d'entretiens, tandis qu'une analyse des données récoltées a été effectuée a posteriori pour confronter le réseau FARMED aux principes éthiques qui sous-tendent la pratique des soins.

En outre, cette recherche traduit une grande complexité, tant les processus décisionnels et organisationnels qui gravitent autour des personnes requérantes d'asile sont nombreux. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, les injonctions, dites économiques et politiques, qui sous-tendent le réseau FARMED et la question de la migration pour les personnes requérantes d'asile, se révèlent inextricables. Les principes de la Loi sur l'Asile en Suisse influencent les politiques sanitaires, ce qui par extension donne à voir un réseau de santé qui ne trouve aucun équivalent pour les citoyens suisses. Aussi, j'ai choisi de donner une vue d'ensemble la plus exhaustive possible, dans le cadre de ce mémoire. Toutefois, les questions relatives à la justice sociale, notamment celle qui concerne le principe d'égalité accordé aux personnes requérantes d'asile, ne peuvent être reconnus comme le point fort de cette recherche. En effet, ce mémoire de fin d'études axé sur les soins aux personnes requérantes d'asile se veut propice à une réflexion concernant les soins infirmiers.

Concrètement, je suis d'avis que, pour l'heure, les acteurs infirmiers du réseau de santé FARMED ne peuvent prétendre à une conjugaison optimale entre gestion des coûts et qualité des soins dans le cadre de leur activité. Un délai d'attente allant jusqu'à un mois pour une consultation au Centre de Santé Infirmier de Lausanne – en conséquence d'un effectif infirmier insuffisant – et une compétence relationnelle thérapeutique peu soutenue par les professionnels infirmiers et la formation proposée, me paraissent être les limites de cette corrélation coûts/qualité des soins.

Toutefois, l'écart que je souligne entre travail prescriptif – axé sur une prise en soins optimale de cette clientèle demandeuse d'asile – et travail réel – traduit par les moyens de réalisation accordés ou déployés – ne renvoie pas ces professionnels infirmiers à une insatisfaction au travail ou à une perte de sens. Ainsi, j'ai souhaité donner deux interprétations hypothétiques de ce résultat. D'une part, les données récoltées sont insuffisantes et laissent une place importante à ma subjectivité, de sorte que les critiques énoncées quant à la prise en soins infirmière de la dimension psychosociale de la clientèle requérante d'asile et les principes éthiques dans la pratique des soins sont infondées. Sous cet angle, il n'existe pas d'écart notoire entre travail prescriptif et réel. D'autre part, ma deuxième interprétation s'appuie sur la considération d'une grande complexité des situations rencontrées. De sorte qu'elles se sentent démunies face à la demande en soins de la dimension psychosociale de la clientèle demandeuse d'asile et concentrent leurs efforts sur les nouvelles compétences médicales qui leur sont attribuées.

D'autre part, je précise qu'aucun élément ne me permet de mettre en évidence une mesure de rationnement des soins, explicite ou implicite, imposée aux personnes requérantes d'asile. De sorte que les prestations allouées aux personnes requérantes d'asile dans le Canton de Vaud, ne donnent pas à voir, dans le cadre de cette recherche, une mesure de fixation de priorités. En outre, les principes éthiques dans la pratique des soins, approfondis par une base juridique, ont été utiles dans cette partie de ma recherche. Dès lors, je comprends que l'analyse d'une mesure de rationnement implique un questionnement éthique afin de légitimer, ou non, une telle mesure. Ainsi, je postule qu'un délai d'attente allant jusqu'à un mois et un double filtre – infirmier puis médical – imposé à la clientèle demandeuse d'asile ne peuvent être entendus comme une mesure de rationnement des soins. Toutefois, je pense que si le principe d'égalité est compromis pour cette population – sous l'angle d'une restriction de choix du fournisseur de soins et du statut politique particulier – le principe d'équité peut être sauvegardé dans le réseau de santé FARMED. En revanche, j'estime que la question du délai d'attente de un mois, qui ne trouve pas de mesure équivalente pour la population suisse, laisse à voir une inégalité de traitement qui reste injustifiée (explicitement) par le réseau FARMED. Par extension, cette inégalité risque d'être interprétée comme une mesure de discrimination envers la clientèle demandeuse d'asile.

Pour conclure les éléments de l'hypothèse de recherche mis en exergue dans la première partie de ce travail ne trouvent ici qu'une validation partielle.

## 11. BIBLIOGRAPHIE

### LIVRES

- ✚ ALLIN-PFISTER, A-C. Travail de fin d'études : clés et repères. Reuil-Malmaison : Lamarre, 2004, 94p.
- ✚ BLONDEAU, D., HEBERT, M. Ethique et soins infirmiers : la responsabilité professionnelle de l'infirmière. Les Presses de l'Université de Montréal, 1999, p.117-123.
- ✚ CARPENITO, L. J. Manuel de diagnostics infirmiers. Paris : Masson, 2003, 800 p., (9<sup>ème</sup> édition).
- ✚ CHALIFOUR, J. La relation d'aide en soins infirmiers : une perspective holistique – humaniste. Montréal : Gaëtan Morin éditeur ltée, 1989, 294p.

- ✚ DE JONCKHEERE, C. & BERCHER, D. La question de l'altérité dans l'accueil psychosocial des migrants. Genève : IES Editions, 2003, 126p., (Collection du Centre de Recherche Sociale, n°2).
- ✚ DE LA PUENTE, M. Carl R. Rogers : de la psychothérapie à l'enseignement. Paris : éditeurs EPI SA, 1970, 373p.
- ✚ FATTORUSSO, V. & RITTER, O. Vademecum clinique: du diagnostic au traitement. Issy les Moulineaux : Masson, 2006, 2047 p.,(18<sup>ème</sup> édition).
- ✚ FRAGNIERE, J-P. Comment faire un mémoire ? Lausanne : Réalités Sociales, 2002, 157p.
- ✚ FRAGNIERE, J-P. & GIROD, R. Dictionnaire suisse de politique sociale. Lausanne : Réalités Sociales, 2002, 376 p., (Travail social, 2<sup>ème</sup> édition).
- ✚ GRINBERG R. & L. Psychanalyse du migrant et de l'exilé. Lyon : Censura Edition, 1986, 289p.
- ✚ INSTITUT THEOPHRASTE RENAUDOT. Pratiquer la santé communautaire : de l'intention à l'action. Lyon : Chronique Sociale, 2001, 137p.
- ✚ KEMP, P. Ethique et médecine. Paris : Edition Tierce, 1987, 142p.
- ✚ LE BOTERF, G. Construire les compétences individuelles et collectives. Paris : Editions d'Organisation, 2000, p.83-96.
- ✚ LIBOIS, J. & LOSER, F. Travailler en réseau : analyse de l'activité en partenariat dans les domaines du social, de la santé et de la petite enfance. Genève : IES Editions, 2003, 223p. (Collection du Centre de Recherche Sociale, n°3).
- ✚ STEFFEN, G. Droit aux soins et rationnement : approche d'une définition des soins nécessaires. Berne : Staempfli Editions SA, 2002, 347p.

## COLLECTIFS ANONYMES

- ✚ Loi sur l'asile : modification du 16 décembre 2005. Berne : Chancellerie fédérale, 2005, 31p.

## DOCUMENTS NON PUBLIES

- ✚ BAUMANN, M. De la gentillesse à la compétence relationnelle. Rapport de recherche. Lausanne : Institut Romand des Sciences et des Pratiques de la Santé et du Social (IRSP), année universitaire 2000-2003, 74p (Partie III -Production de recherche).
- ✚ BODENMANN, P., ALTHAUS, F., GENTON, B., PECOUD, A. La prise en charge médicale des requérants d'asile en Suisse : évaluation de la qualité et de la fonctionnalité du réseau vaudois (FARMED). Rapport d'étude. Lausanne : Polyclinique Médicale Universitaire, 2003, 25 p.
- ✚ CLOT, J. Valeurs infirmières et valeurs économiques : quelle cohabitation possible ? Travail de recherche. Lausanne : Ecole La Source, 2005, 31p.
- ✚ INGOLD SCHULER, C. Mémento concernant la législation en matière de protection des données et les règles éthiques. Mémoire à l'intention des sites de formation des domaines HES-SO. Lausanne : Haute Ecole de Santé La Source, 2005, p 1-8.
- ✚ KOCHER, G. cité par GOBET, P. & ROUX, P. Jeunes et personnes âgées face au rationnement des soins. Dossier d'enseignement. Sion : Institut Universitaire, 2002, p.159-164.
- ✚ MONTREUIL, C. Le phénomène de l'espoir vécu par des personnes qui ont subi un traumatisme crânio-encéphalique sévère. Mémoire en Sciences Infirmières. Montréal : Faculté d'Etudes Supérieures en Sciences Infirmières, 1995, 102p.

- ✚ ROSSI, I. DROZ-MENDELZWEIG, M. PASCHE, G. & FONTAINE, M. Professionnels infirmiers et usagers requérants d'asile dans un réseau de santé : approche socio-anthropologique des politiques de santé. Rapport d'étude. Lausanne : Ecole La Source et Policlinique Médicale et Universitaire, 2004a, 183p.
- ✚ SANTOS-EGGIMANN, B. Is there evidence of implicit rationing in the Swiss health care system? Rapport d'étude. Lausanne: Institut Universitaire de médecine sociale et préventive, 2005, 63p.
- ✚ VALLI, M. Les migrants sans permis de séjour à Lausanne. Rapport. Lausanne : à la demande de la Municipalité, 2003, 55 p.

## ARTICLES

- ✚ A.-I. A. « Parfois, j'ai l'impression que ma vie s'arrête là ... », in 24 Heures, 8/02/2005, p.7.
- ✚ BILLAUD, F., BRAISSANT, C., MONTEVERDE, S, ZIERATH, M. « L'éthique dans la pratique des soins », in Brochure de l'ASI, 2003, p.1-33.
- ✚ BILLE, M. « Pour une éthique de la relation d'aide », in Gérontologie, 03/2003, n°127, p.32-37.
- ✚ DIAGNE, M., BONNIN, M., FARSI, F., GREMY, F. « Le développement des réseaux de soins et de santé : contexte éthique et politique », in Santé Publique (La Revue), 2004, volume 16, n°1, p.133-146.
- ✚ DE GEEST, S. citée par BACHL, M. « Des économies aux conséquences néfastes », in Soins Infirmiers, 11/2005, p.50-53.
- ✚ DEROSIERS, G. « Défis de l'ordre infirmier dans un contexte de mondialisation », in Perspective infirmière, 2006, septembre/octobre, p.6-12.
- ✚ DROZ-MENDELZWEIG, M. « Rencontre entre soignants et migrants : réflexion sur des obstacles à une approche holiste de la santé », in Bulletin de l'ARIC, n°43, 2006, p.26-32.
- ✚ EQUIPE DE RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS DES INSTITUTIONS PSYCHIATRIQUES DU VALAIS ROMAND. « Des valeurs vécues au quotidien », in Soins Infirmiers, 12/2003, p.46-49.
- ✚ FECKER, S. « Bon à savoir : économiser nuit », in Soins Infirmiers, 10/2004, p.40-41.
- ✚ GERARD, J-L. « De la relation d'aide à la relation thérapeutique », in Soins psychiatrie, mai 1994, n°163, p.28-34.
- ✚ GILIOLI, C. « L'éthique comme inquiétude », in Objectifs Soins, n°119, 2003, p.13-15.
- ✚ HABEREY-KNUESSI, V. « La relation à l'Autre, pierre angulaire de l'éthique », in Soins Infirmiers, 11/2006, p.55-57.
- ✚ HELLER, R. « Quand les soins en prennent un coût », in Soins Infirmiers, 10/2004, p.38-39.
- ✚ LONGERICH, C. « Beaucoup de paroles et peu d'actes », in Soins Infirmiers, 9/2006, p.52-53.
- ✚ ROSSI, I. « Réseaux de soins, réseaux de santé : culture prométhéenne ou liberté d'impuissance », in Médecine et Hygiène, 2003, n°2454, p.1994-2000.
- ✚ ROSSI, I. DROZ-MENDELZWEIG, M. PASCHE, G. & FONTAINE, M. « Professionnels infirmiers et usagers requérants d'asile dans un réseau de santé : approche socio-anthropologique des politiques de santé », in Perspective soignante, 2004b, n°20, p.125-140.
- ✚ SOMMER, J. « Le rationnement explicite dans le domaine de la santé : perspectives éthiques, médicales, économiques et sociales », in La Vie économique, 9/2001, p.4-8.

- # WANDLER, E. « Careholder value, baromètre d'une politique de santé », in Soins Infirmiers, 10/2005, p.52-55.
- # WANDLER, E. « Financement des soins : l'adieu à la solidarité », in Soins Infirmiers, 11/2006, p.52-57.

## RESSOURCES ELECTRONIQUES (en ligne)

- # Agence de santé publique du Canada. Qu'est-ce qui détermine la santé ? (En ligne) [http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/determinants/index.html#key\\_determinants](http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/determinants/index.html#key_determinants) (Page consultée le 3 décembre 2006)
- # AUBRY, R. Réseaux en soins palliatifs : pertinence, cohérence et perspectives (En ligne) <http://www.sfap.org/pdf/III-D6-pdf.pdf> (page consultée le 4 juin 2007)
- # BOULA, J.-G. Comment renforcer le processus de professionnalisation dans la pratique soignante ? (En ligne) [http://www.gfmer.ch/Presentations\\_Fr/processus\\_professionnalisation.htm](http://www.gfmer.ch/Presentations_Fr/processus_professionnalisation.htm) (Page consultée le 20 juin 2007)
- # Charte de Bangkok. La Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation (En ligne). [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_fr.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_fr.pdf) (Page consultée le 23 novembre 2006)
- # Commission fédérale des principes de l'assurance-maladie (En ligne). [http://www.saez.ch/pdf\\_f/2006/2006-39/2006-39-907.PDF](http://www.saez.ch/pdf_f/2006/2006-39/2006-39-907.PDF) (Page consultée le 19 juin 2007).
- # Conseil International Infirmier (CII). Définition des soins infirmiers selon le CII (En ligne). <http://www.icn.ch/definition.htm> (Page consultée le 23 novembre 2006)
- # Conseil International Infirmier (CII). Le code du CII (2006, p.1-12) (En ligne). <http://www.icn.ch/icncodef.pdf> (Page consultée le 23 novembre 2006)
- # CPGE – CPA. Classes Préparatoires et des Agrégations du Maroc. Définition des concepts et enjeux de l'approche par compétence (En ligne). <http://64.233.183.104/search?q=cache:RaF4yNFGJx0J:www.cpge-cpa.ac.ma/cpa/eps/A1%2520Moutamassik.ppt+comp%C3%A9tence%2Bd%C3%A9finition&hl=fr&ct=clnk&cd=3&gl=ch&client=firefox-a> (Page consultée le 19 juillet 2007)
- # CRISTOFARI, J.J. Suisse : les modèles alternatifs coûtent moins chers (En ligne). [http://www.isesuisse.ch/fr/farmed/a\\_0103cristofari.pdf](http://www.isesuisse.ch/fr/farmed/a_0103cristofari.pdf) (Page consultée le 23 mai 2007).
- # Déclaration de Jakarta. Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXIe siècle (En ligne). [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta\\_declaration\\_fr.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_fr.pdf) (Page consultée le 23 mai 2007)
- # Département de médecine communautaire. Réseaux de soins pour requérants d'asile (En ligne). <http://extranot.hcuge.ch/internet/instance.nsf/AllService/659CF9865D6DDB29C1256C38004EDCD5> (Page consultée le 16 avril 2007)

- ✚ DURAND, S. L'infirmière praticienne spécialisée : une pratique infirmière en émergence au Québec (En ligne). <http://www.greas.ca/publication/pdf/suzannedurand.pdf> (Page consultée le 17 juin 2007)
  
- ✚ Institut de santé et d'économie. FARMED : concept du réseau de santé, 2006 (En ligne). <http://www.isesuisse.ch/fr/index.htm> (Page consultée le 29 janvier 2007)
  
- ✚ Le Conseil fédéral suisse. Ordonnance sur l'intégration des étrangers (En ligne). [http://www.ba.admin.ch/etc/medialib/data/migration/rechtsgrundlagen/gesetzgebung/asyl-und\\_auslaenderrecht.Par.0020.File.tmp/20070328\\_vo\\_VIntA\\_AuG-f.pdf](http://www.ba.admin.ch/etc/medialib/data/migration/rechtsgrundlagen/gesetzgebung/asyl-und_auslaenderrecht.Par.0020.File.tmp/20070328_vo_VIntA_AuG-f.pdf) (page consultée le 16 juillet 2007).
  
- ✚ Office fédéral de la statistique. Coûts du système de santé selon l'agent payeur (En ligne). [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/gesundheit/gesundheitsversorgung/kosten\\_finanzierung/kennzahlen0/finanzierung0/perspektive\\_der\\_direktzahler.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/gesundheit/gesundheitsversorgung/kosten_finanzierung/kennzahlen0/finanzierung0/perspektive_der_direktzahler.html) (Page consultée le 29 novembre 2006)
  
- ✚ Office fédéral de la statistique. Part des dépenses de santé par rapport au produit intérieur brut (En ligne). [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/gesundheit/gesundheitsversorgung/kosten\\_finanzierung/kennzahlen0/kosten0/internationaler\\_vergleich.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/gesundheit/gesundheitsversorgung/kosten_finanzierung/kennzahlen0/kosten0/internationaler_vergleich.html) (Page consultée le 29 novembre 2006)
  
- ✚ Suzanne Durand. Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ). L'infirmière praticienne spécialisée : une pratique infirmière avancée en émergence au Québec. (En ligne). <http://www.greas.ca/publication/pdf/suzannedurand.pdf> (page consultée le 20 juillet 2007)
  
- ✚ Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Table ronde ministérielle : fixation des priorités dans le secteur de la santé (A 52/DIV/4, 1999, p.1-3) (En ligne). [http://ftp.who.int/gb/pdf\\_files/WHA52/fwd4.pdf](http://ftp.who.int/gb/pdf_files/WHA52/fwd4.pdf) (Page consultée le 14 août 2006)
  
- ✚ Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Santé mentale : renforcement de la promotion de la santé mentale (En ligne). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/> (Page consultée le 13 décembre 2006)
  
- ✚ Service Communautaire de la Planchette. L'exclusion des requérants d'asile et ses conséquences (En ligne) <http://209.85.135.104/search?q=cache:-Q6R7KOid4QJ:www.planchette.ch/dossiers/exclusion.html+Planchette%2Babsent%C3%A9isme+important+aux+cours+de+fran%C3%A7ais&hl=fr&gl=ch&ct=clnk&cd=1> (Page consultée le 13 décembre 2006)
  
- ✚ Site de la Confédération. Modifications dans le domaine de la santé et des assurances sociales. (En ligne) [http://www.ejpd.admin.ch/ejpd/fr/home/themen/migration/dossier\\_asylpolitik0/teilrevisio\\_asylgesetz/gesundheits-und\\_sozialversicherungsbereich.html](http://www.ejpd.admin.ch/ejpd/fr/home/themen/migration/dossier_asylpolitik0/teilrevisio_asylgesetz/gesundheits-und_sozialversicherungsbereich.html) (Page consultée le 16 avril 2007)
  
- ✚ Site de l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP). Soins de santé. (En ligne).



<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00395/00399/index.html?lang=fr> (Page consultée le 16 avril 2007)

- ✚ Swissworld. Tradition humanitaire: la Suisse terre d'asile. (En ligne). <http://www.swissworld.org/fre/swissworld.html?siteSect=706&sid=4217538&rubricId=15060> (Page consultée le 16 avril)
- ✚ THILQUIN, C. Mesure des charges en soins et DRG's. (En ligne). <http://64.233.183.104/search?q=cache:yq0f1dyk5cUJ:www.isesuisse.ch/fr/publications/pcs25/tilquin.htm+DRG%2Bsoins+infirmiers&hl=fr&ct=clnk&cd=2&gl=ch&client=firefox-a> (page consultée le 29 juillet 2007)
- ✚ Vivre ensemble-Service d'information et de documentation sur le droit d'asile. « Accueil de personnes en quête de refuge : l'hospitalité de la Suisse en question » (En ligne). <http://www.asile.ch/vivre-ensemble/plus/accueil.asp> (Page consultée le 16 avril 2007)
- ✚ WEBER, A. Gros potentiel de développement pour les modèles du médecin de famille (En ligne). [http://www.isesuisse.ch/fr/farmed/a\\_9904weber.pdf](http://www.isesuisse.ch/fr/farmed/a_9904weber.pdf) (Page consultée le 23 mai 2007)

## PERIODIQUES (en ligne)

- ✚ BRETTON, J-C. « A cœur ouvert » *Pulsations* (En ligne). Juin 2004, p.1. [http://209.85.135.104/search?q=cache:HsVKeAWkiIEJ:www.hug-ge.ch/\\_library/pdf/Actualite\\_sante/pulsations\\_juillet\\_aout\\_2006.pdf+Jean+Christophe+Bretton%2Ba+cœur+ouvert&hl=fr&ct=clnk&cd=2&gl=ch](http://209.85.135.104/search?q=cache:HsVKeAWkiIEJ:www.hug-ge.ch/_library/pdf/Actualite_sante/pulsations_juillet_aout_2006.pdf+Jean+Christophe+Bretton%2Ba+cœur+ouvert&hl=fr&ct=clnk&cd=2&gl=ch) (Page consultée le 16 avril 2007)
- ✚ BIGAOUETTE, M. « Les personnes, le cœur du milieu de vie substitut » *Objectif prévention* (En ligne). Volume 26 n°5, 2003, 2p. <http://www.asstsas.qc.ca/documentation/op/op265012.pdf> (Page consultée le 16 avril 2007)
- ✚ Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. « Le Centre de santé infirmier fonctionne depuis janvier 2006 » *CHUV magazine*. (En ligne). Avril 2006, p.11. [http://files.chuv.ch/internet-docs/chuv/news/chuv\\_mag/chuv\\_chuvmag1\\_0604.pdf#search=%22Centre%20de%20sant%C3%A9%20infirmier%2BCSI%22](http://files.chuv.ch/internet-docs/chuv/news/chuv_mag/chuv_chuvmag1_0604.pdf#search=%22Centre%20de%20sant%C3%A9%20infirmier%2BCSI%22)
- ✚ Commission fédérale des principes de l'assurance-maladie. « La Commission fédérale des principes de l'assurance-maladie s'exprime sur la question du « rationnement » dans le système des soins en Suisse ». *Bulletin des médecins suisses*. (En ligne). 87 :39, 2006, p.1697-1699. [http://www.saez.ch/pdf\\_f/2006/2006-39/2006-39-907.PDF](http://www.saez.ch/pdf_f/2006/2006-39/2006-39-907.PDF) (Page consultée le 23 mai 2007)

## COURS

- ✚ CURRAT, P. Santé des populations migrantes (option 3432). Notes de cours. Lausanne : Ecole la Source, 2006.
- ✚ ECOLE LA SOURCE. Les 9 compétences. Référentiel de compétences. Lausanne : Ecole la Source, 2002, 3p.

- ✚ GUINCHARD, B. Politique de santé (3421). Dossier d'enseignement. Lausanne : Ecole la Source, 2006.
- ✚ JEANGUENAT, M. Les modèles conceptuels dans une perspective holistique (synthèse du crédit 3112). Dossier d'enseignement. Lausanne : Ecole La Source, 2006.
- ✚ METRAUX, J.-C. Qu'est-ce qu'une société saine ? (4322). Plénière. Lausanne : Ecole La Source, 2007.

## DIVERS

- ✚ ABRAHAM, I. Le quota de patients par soignants : une mesure de sécurité efficiente en termes de coûts. Conférence sur le rationnement des soins infirmiers. Bâle : Université de Bâle, 2005, 3p.
- ✚ AIKEN, L. L'étude internationale des résultats de soins dans les hôpitaux : un aperçu. Conférence sur le rationnement des soins infirmiers. Bâle : Université de Bâle, 2005, 9p.
- ✚ CLARKE, S. L'étude internationale des résultats des soins dans les hôpitaux : comparaison des résultats suisses avec les résultats internationaux. Conférence sur le rationnement des soins infirmiers. Bâle : Université de Bâle, 2005, 13p.
- ✚ DE GEEST, S. Le rationnement en soins infirmiers : l'étude RICH-Nursing. Conférence sur le rationnement des soins infirmiers. Bâle : Université de Bâle, 2005, 20p.
- ✚ LE BOTERF, G. Concevoir des dispositifs de professionnalisation : Pourquoi ? Comment ? Avec qui ? Le Boterf Conseil dans le cadre d'une Rencontre Ecoles-Stages. Lausanne : Haute Ecole de Santé La Source, 2006, (power point).

## 12. LEXIQUE

|        |  |
|--------|--|
| RA     | Requérant d'Asile  |
| FARMED | Contraction de :<br>- <b>FA</b> REAS : Fondation pour l'Accueil des Requérants d'Asile et,<br>- <b>ME</b> Dical pour désigner les partenaires médicaux du réseau de santé. |
| SSIRA  | Service de Santé Infirmier pour les requérants d'asile devenu,   |
| CSI    | Centre de Santé Infirmier.   |
| MPR    | Médecin de Premier Recours   |
| PMU    | Policlinique Médicale Universitaire  |
| IPS    | Infirmière Praticienne Spécialisée   |

## **Annexe 1 : Formulaire de consentement :**

Dans le cadre de ma recherche menée notamment en collaboration avec des infirmiers-ères des Centres de Santé Infirmier (CSI), je m'engage à respecter le cadre éthique mentionné ci-dessous. Ainsi, les personnes qui participent à mes enquêtes en prennent connaissance et peuvent faire valoir leurs droits et leurs intérêts en tout temps.

### **1. Autonomie**

Je garantis aux personnes qui participent à ce projet de recherche de pouvoir refuser de donner certaines informations et se retirer en tout temps. La confidentialité est primordiale, en ce sens où aucune donnée personnelle (qui permettent l'identification) ou donnée sensible (religion, sphère intime, opinion politique) ne sera divulguée au cours de cette étude selon le principe du secret professionnel.

### **2. Bienfaisance-non malfaisance**

Je m'engage à ne pas donner une suite qui puisse nuire aux participants. Egalement à ne porter aucun jugement à leur égard, c'est-à-dire respecter les choix et opinions de chacun en tenant compte du contexte dans lequel chacun évolue.

### **3. Justice**

Je m'engage à respecter les droits et les intérêts des participants mais aussi à n'inclure à cette étude que des participants volontaires. Le groupe de personnes étudiées doit être hétérogène et non choisi selon des critères qui amèneraient à porter préjudice. Chacun peut accéder aux résultats de la recherche.

Néanmoins, le respect des principes éthiques inclut des compétences morales. Ainsi, je m'engage au respect de la fiabilité, de la fidélité, de l'authenticité et de l'honnêteté dans la communication et la collaboration avec les participants de cette étude.

Remarque(s) :

Le/la participante affirme avoir pris connaissance de ces informations et accepte de collaborer à ma recherche sous ses conditions.

Signature de la requérante

Signature du participant

Jenny Gentizon (La Source)  
Avenue de Morges 72 Bis  
1004 Lausanne

078.609.03.34

## **Annexe 2 : support d'enquête**

Dans le cadre de ma recherche, je m'intéresse à la relation professionnelle entre acteurs infirmiers et personnes demandeuses d'asile. A savoir, comment les acteurs infirmiers perçoivent leur rôle de soutien, de quels outils sont-ils dotés et quelles sont les facilités et difficultés éventuelles de cette relation professionnelle en regard du contexte économique, social et politique particulier des personnes requérantes d'asile.

J'ai choisi l'entretien semi-dirigé pour la souplesse qu'il offre pour aborder ce sujet de la relation professionnelle. Mes questions tentent de relever davantage des éléments qualitatifs qui traduisent le vécu, les représentations des acteurs infirmiers des CSI. Ces entretiens semi-dirigés feront l'objet de prise de note uniquement.

- Est-ce que vous pouvez me raconter comment se déroule une consultation habituelle ?
- De par votre expérience, que pouvez-vous me dire des motifs de consultations des personnes demandeuses d'asile ?
- Comment est-ce que vous percevez la santé des personnes requérantes d'asile ?
- Quel est le rôle de l'infirmier-ère du CSI face à des personnes migrantes ? Quelle offre en soins pouvez-vous proposer ?
- Quelles sont les facilités et difficultés que vous rencontrez dans votre relation aux personnes demandeuses d'asile ?
- Comment est-ce que vous percevez vos responsabilités professionnelles dans le réseau FARMED?