

## Suivi post événement cardiovasculaire des patients.e.s non-assuré.e.s

José Do Vale, Filip Halakuc, Loïc Nagel, Dino Riva, Fanny Rossier

### *Introduction*

Actuellement, le canton de Vaud accueillerait 9'000-15'000 personnes en situation non régulière, non-assurée ou précaire, une grande partie étant issue de la migration. Les maladies cardiovasculaires étant une source majeure de morbidité et de mortalité, elles touchent donc également une partie de cette population vulnérable. La loi Suisse décrétant obligatoire de porter secours à toutes personnes nécessitant des soins aigus vitaux, il est certain que quiconque se présentant aux urgences sera d'office pris en charge si sa vie en dépend. Cependant, la prise en charge subaiguë et chronique suscite d'autres questions sur lesquelles ce travail va se pencher.

### *Méthode*

Nos objectifs pour ce travail étaient les suivants :

- Définir qui est la population non-assurée dans le canton de Vaud
- Évaluer quel suivi existe pour cette population suite à un événement cardiovasculaire
- Explorer les représentations des patient.e.s non-assuré.e.s ainsi que celles des soignant.e.s dans la prise en charge
- Comprendre les barrières d'accès au suivi post événements cardiovasculaires dans la population non-assurée
- Comprendre comment s'articule le système de prise en charge autour de cette population non-assurée et le rôle des différents acteur.rice.s qui le composent

Nous avons effectué une approche qualitative sur la base d'entretiens individuels semi-structurés. Ainsi les personnes avec qui nous nous sommes entretenues sont les suivantes : **Elodie Dory** : experte de la littérature en santé à Unisanté ; **Médecin du secteur soins migrant (SSM) et d'Unisanté** ; **Christophe Hasler** : chef de clinique Unisanté unité psychiatrique ; **Célien Dupont** : assistant social à Caritas et Point d'Eau ; **Anthropologue de la santé** ; **Cardiologue** en hôpital universitaire ; **Interprète Communautaire** ; **Pharmacienne** ; **Infirmière de l'EMVS** (équipe mobile vulnérabilités)

Cela fait un total de 9 intervenant.e.s. Afin d'atteindre le minimum de 10 entretiens demandés nous aurions aimé nous entretenir avec une ou plusieurs assurances cependant aucune de nos demandes n'ont abouti.

### *Résultats*

Premièrement, pour ce qui est de la population des personnes non-assurées, elle comprend plusieurs groupes de personnes. Une grande partie sont des personnes migrantes sans papiers qui ne sont pas connues par le système. En effet, les personnes demandant l'asile sont généralement assurées d'office, notamment par l'EVAM. Un autre groupe comprend des personnes suisses vivant dans la précarité ou qui ont renoncé à la vie en société. Elles sont ainsi devenues marginalisées, perdant leur statut d'assurées. Une dernière catégorie pertinente à mentionner est celle du tourisme médical, des personnes venant en Suisse depuis l'étranger dans le but d'y recevoir des soins. Dans certains cas, cette dernière population tentera d'obtenir l'asile et un statut asséculogique, cependant ces démarches n'étant pas autorisées, les pourvoyeur.euse.s de soins sont dans l'obligation d'effectuer un signalement à l'assurance.

Lors d'un événement cardiovasculaire aigu, toute personne, qu'importe le statut légal et asséculogique, se verra soignée à l'hôpital. Lors de la prise en charge en urgence, il est d'ailleurs fréquent que les soignant.e.s ignorent le statut des patient.e.s. Au long du séjour aigu, chaque patient.e reçoit les mêmes traitements et interventions de spécialistes. C'est après la prise en charge aigüe que des différences apparaissent. Une consultation ambulatoire au CHUV impliquant un dépôt obligatoire de 500 francs, cela limite l'accès aux patient.e.s précaires non-assuré.e.. À sa sortie de l'hôpital, le/la patient.e non-assuré.e se voit plutôt proposer des soins par des organismes tiers. Un des lieux principaux de prise en charge est la policlinique d'Unisanté où se déroulent des consultations de médecine générale accessibles aux patient.e.s non-assuré.e.s. De plus, ces personnes se voient obtenir facilement un panel de médicaments fournis par la pharmacie d'Unisanté, contre lesquels ils peuvent donner un peu d'argent en fonction de leurs moyens. Cependant ces consultations

aboutissent très difficilement à des rendez-vous chez les spécialistes et au traitement de fond de leur pathologie. Un autre organisme majeur dans la prise en charge des patients migrant.e.s non assuré.e.s est Le Point d'Eau qui fournit des prestations médicales, paramédicales et non médicales à toutes personnes précaires sans avoir besoin de donner son identité ou statut.

Un des enjeux majeurs pour les patient.e.s non régulier.ère.s est la décision de s'assurer ou non. En effet, bien que la loi suisse oblige de s'assurer, une personne migrante en situation non légale peut décider de rester dans l'anonymat ou de se déclarer et s'assurer. Dans certaines situations, le fait d'assurer un.e patient.e vulnérable peut péjorer sa situation sociale et le mettre face à des poursuites ou compromettre sa demande d'asile. De plus, l'état de santé de la personne est également un aspect majeur lors de cette décision de s'assurer ou non. En effet, un mauvais état de santé favorise l'affiliation à une assurance.

Lors de son parcours, le/la patient.e non-assuré.e fait face à de nombreuses difficultés. La première d'entre elles est la langue et la difficulté de communication avec les soignant.e.s. Selon le lieu de prise en charge, l'accès aux traducteur.ice.s et interprètes communautaires diffère largement. Certains acteur.ice.s du système sont également réticent.e.s à prendre en charge des patient.e.s migrant.e.s à cause de méconnaissance du système d'interprétariat. La navigation du système, complexe et fractionné, est également une charge fréquente pour les patient.e.s. Le contexte culturel et social d'un.e patient.e est crucial à investiguer car il lui donne une grille de lecture particulière de sa maladie et participe également à déterminer sa compréhension et son comportement face aux soins reçus. Effectivement, dans des situations de vulnérabilité et de précarité, la personne a souvent d'autres impératifs à remplir parallèlement à sa santé comme le logement, l'alimentation ou une addiction. La méconnaissance des prestations accessibles ou non dans le suivi de la population non-assurée mène régulièrement les soignant.e.s à prescrire des soins non remboursés à ces mêmes patient.e.s. Le corps médical doit donc lui aussi s'adapter à la restriction d'accessibilité à laquelle font face les patient.e.s non-assuré.e.s.

Pour les soignant.e.s, la prise en charge de patient.e.s en situation de précarité et vulnérables impose donc son lot de difficultés. Ces situations fragiles peuvent avoir beaucoup de répercussions émotionnelles et la création d'espaces de parole est nécessaire pour communiquer sur les difficultés rencontrées. De plus, un.e soignant.e fait face à de nombreuses frustrations comme le dialogue parfois compliqué avec les assurances ou le sentiment d'impuissance face à des patient.e.s vulnérables qui ne suivent ou comprennent pas forcément les indications et les traitements préconisés. A ce sujet un.e médecin nous disait : "Le soignant doit faire le deuil de la toute-puissance thérapeutique (...) c'est parfois très frustrant et c'est pour ça que ceux qui restent sont à risque de Burn Out".

### *Discussion et conclusion*

En conclusion, le système entourant la prise en charge des patient.e.s non-assuré.e.s se révèle vaste mais peut s'avérer compliqué à naviguer. Les représentations et connaissances des patient.e.s et des soignant.e.s peuvent être des barrières dans la prise en charge de cette population vulnérable. Cette thématique, complexe et peu étudiée, porte sur une population très spécifique peu comparable avec d'autres types de précarité, celle-ci bénéficiant d'une prise en charge unique. Les études trouvées présentent des résultats souvent similaires aux nôtres au niveau de l'impact de la précarité. Cependant les aspects asséurologiques entourant le suivi de ces patient.e.s diffèrent en fonction des régions étudiées. En conclusion, la bonne formation des membres du corps médical ainsi que l'éducation des patient.e.s est primordiale pour garantir un bon dialogue et un traitement subaigu adapté. Il paraît donc nécessaire de faire plus d'études sur le sujet.

### *Références*

1. Centre Lives. Parchemins. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.centre-lives.ch/fr/parchemins>
2. Gelberg L, Andersen RM, Leake BD. The Behavioral Model for Vulnerable Populations: application to medical care use and outcomes for homeless people. *Health Serv Res.* 2000 Feb;34(6):1273-1302.
3. Morris DM, Gordon JA. The Role of the Emergency Department in the Care of Homeless and Disadvantaged Populations. *Emerg Med Clin North Am.* 2006;24(4):839-848. DOI: 10.1016/j.emc.2006.06.011.
4. Salhi BA, White MH, Pitts SR, Wright DW. Homelessness and Emergency Medicine: A Review of the Literature. *Acad Emerg Med.* 2017 Dec 9. DOI: 10.1111/acem.13358.

**Mots clés :** Non-assuré ; précarité ; vulnérabilité ; suivi subaigu ; cardiovasculaire ; accès aux soins ; entretiens semi-structurés

# Suivi post événement cardiovasculaire des patient.e.s non-assuré.e.s

José Do Vale, Filip Halakuc, Loïc Nagel, Dino Riva, Fanny Rossier

## Introduction :

Le canton de Vaud accueille 15'000 personnes en situation **non-régulière, non-assurée ou précaire** qui sont à risque d'événements cardiovasculaires au même titre que la population assurée. En Suisse, il est obligatoire de porter secours à toute personne en situation de danger vital imminent qu'importe **le statut légal**. Mais qu'en est-il de la prise en charge subaiguë/chronique et du suivi chez les patient.e.s non-assuré.e.s dans le contexte d'un **événement cardiovasculaire** ?



## Objectifs :

- définir qui sont les **non-assuré.e.s** ;
- évaluer **le suivi** suite à un événement cardiovasculaire ;
- explorer **les représentations** des patient.e.s et soignant.e.s ;
- se questionner sur **les barrières d'accès** au suivi ;
- comprendre l'articulation du système de santé.

## Méthode :

Nous avons répondu à nos questions via une **méthode qualitative** comprenant des entretiens semi-structurés avec divers.es acteur.ice.s dans le parcours des patient.e.s :

- médecins ;
- anthropologue de la santé ;
- assistant social à Point d'Eau ;
- experte de la littéracie en santé ;
- interprète ;
- psychiatre ;
- pharmacienne ;
- équipe mobile d'urgences sociales.



## Résultat :

**Les patient.e.s non-assuré.e.s** sont notamment :

- majoritairement des **migrant.e.s sans papiers** ;
- des Suisse.sse.s en situation de précarité et **marginalisé.e.s** ;
- des étranger.ère.s faisant du **tourisme médical**.

Lors d'un événement cardiovasculaire aigu la prise en charge est **similaire** pour les assuré.e.s et non-assuré.e.s à l'hôpital. A la sortie de l'hôpital les patient.e.s non-assuré.e.s sont pris.es en charge par **des organismes tiers** comme par exemple :

- **Unisanté** et sa policlinique qui accueillent les patient.e.s pour des consultations de généralisme. Il reste cependant compliqué d'obtenir **des consultations spécialisées** ou des traitements de fond. La pharmacie d'Unisanté donne toutefois accès à des médicaments, préférant les génériques et **la sobriété de prescription** ;
- **le Point d'Eau** à Lausanne qui propose des prestations médicales, paramédicales et non médicales sans avoir besoin de donner **son identité ou son statut légal** ;
- bien d'autres organismes et associations qui englobent l'intégralité de la vie d'un.e patient.e **vulnérable**.

La prise en charge médicale après la sortie de l'hôpital est donc **largement limitée** à des consultations générales ou en urgence et ne permet que rarement d'accéder à **des soins spécialisés ou préventifs**.

S'assurer ou ne pas s'assurer ?

**La loi suisse** oblige chaque citoyen.ne à s'assurer, cependant les migrant.e.s sans papiers ont le choix de se déclarer et s'assurer ou de rester dans l'anonymat. Cette décision se fait en fonction de leur **situation sociale** ainsi que de leur **état de santé**.

Patient.e.s non-assuré.e.s et soignant.e.s sont mis.es face à de nombreuses difficultés lors du suivi.

**Pour les patient.e.s** ces difficultés sont :

- la compréhension du système et la nécessité de faire régulièrement appel à des **interprètes communautaires** ;
- une **grille de lecture** particulière selon la culture et le contexte social de la personne, rendant parfois difficile le dialogue avec les membres du corps médical ;
- des **impératifs vitaux** comme le logement ou l'alimentation ainsi que **des addictions** qui se mettent en travers de leurs soins médicaux ;
- la méconnaissance du **système assécurologique** de certains soignant.e.s.

**Pour les membres du corps médical** ce sont :

- des répercussions émotionnelles importantes face à des situations de **vulnérabilités majeures** ;
- la nécessité de changer **ses objectifs thérapeutiques** face à des patient.e.s qui ont bien d'autres obligations et difficultés sociales en parallèles de leurs soins ;
- un sentiment fréquent d'**impuissance**.



**En conclusion**, le système qui entoure la prise en charge des personnes non-assurées est vaste et peut s'avérer complexe à appréhender. Il est nécessaire pour les soignant.e.s de chercher à comprendre **les représentations et les connaissances des patient.e.s** pour leur offrir une prise en charge pertinente. Cette population est **particulière**, autant au niveau **des individus** qui la composent que de **l'aspect juridique** qui l'entoure. **La formation** du corps médical et paramédical ainsi que **l'éducation des patient.e.s** sont primordiales pour garantir le dialogue et un traitement subaigu adapté.

## Références :

1. Centre Lives. Parchemins. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.centre-lives.ch/fr/parchemins> ;
2. Gelberg L, Andersen RM, Leake BD. The Behavioral Model for Vulnerable Populations: application to medical care use and outcomes for homeless people. Health Serv Res. 2000 Feb;34(6):1273-1302 ;
3. Morris DM, Gordon JA. The Role of the Emergency Department in the Care of Homeless and Disadvantaged Populations. Emerg Med Clin North Am. 2006;24(4):839-848. DOI: 10.1016/j.emc.2006.06.011 ;
4. Saini BA, White MH, Pitts SR, Wright DW. Homelessness and Emergency Medicine: A Review of the Literature. Acad Emerg Med. 2017 Dec 9. DOI: 10.1111/acem.13358.

## Remerciements :

Un grand merci aux personnes ayant participé aux entretiens et à notre tuteur Constantin Bondolfi.

Contacts :  
dovale.jose08@gmail.com ; filip.halakuc@gmail.com ; loic.nagel@gmail.com ;  
dino.riva@unil.ch ; fanny.rossier@unil.ch