



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Département fédéral de justice et police DFJP
Secrétariat d'Etat aux migrations SEM

Soins médicaux pour les requérants d'asile dans les centres de la Confédération et les centres d'héberge- ment collectif cantonaux

Concept visant à garantir la détection, le traitement
et la prévention des maladies transmissibles ainsi que
l'accès aux soins de santé requis

Soins médicaux pour les requérants d'asile dans les centres de la Confédération et les centres d'héberge- ment collectif cantonaux

Concept visant à garantir la détection, le traitement
et la prévention des maladies transmissibles ainsi que
l'accès aux soins de santé requis

Version du 30 octobre 2017

Pour des raisons de lisibilité, seule la forme masculine est utilisée.

Vue d'ensemble

Dans le cadre de la mise en œuvre de la loi révisée sur les épidémies (LEp) et de l'ordonnance y afférente (OEp), toutes deux en vigueur depuis janvier 2016, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a été chargé d'élaborer un concept en collaboration avec le Secrétariat d'État aux migrations (SEM) et les autorités cantonales impliquées, et ce, dans un délai de deux ans. C'est dans ce contexte qu'a été lancé le projet «Soins de santé pour les requérants d'asile dans les centres fédéraux et les centres d'hébergement collectif cantonaux». L'objectif principal consiste à garantir l'accès aux soins de santé afin de détecter rapidement les maladies transmissibles et d'autres problèmes de santé aigus pour pouvoir les traiter à temps. Il convient de distinguer les processus pour l'établissement des faits médicaux dans le cadre de la procédure d'asile, qui ne relèvent pas du présent concept.

Le schéma du chapitre 3.3.1 donne un aperçu des éléments clés dans la mise en œuvre de la LEp et de l'OEp et de la manière dont l'accès à la médecine de premier recours est organisé.

Selon l'OEp, le devoir d'information, qui représente un pilier essentiel de l'accès aux soins médicaux, à la prévention, à la détection et au traitement des maladies transmissibles, est obligatoire pour tous les requérants d'asile dans les centres d'enregistrement et de procédure (CEP). L'information médicale à l'arrivée ne se limite pas à des renseignements sur les maladies transmissibles au sens de l'OEp : elle inclut également des précisions sur d'autres thèmes sanitaires. Elle est indispensable pour offrir aux requérants un bas seuil d'accès aux soins médicaux. Un infirmier s'en charge peu après l'arrivée au centre au moyen d'un système d'information animé sur ordinateur, disponible dans de nombreuses langues pour assurer une bonne compréhension.

Dans l'information médicale à l'arrivée, l'infirmier renseigne les requérants d'asile sur la marche à suivre en cas de problèmes de santé, sur les symptômes des maladies transmissibles pertinentes et leurs conséquences, sur les mesures de prévention et les risques liés aux maladies transmissibles par voie sexuelle ou sanguine, sur les vaccins proposés dans le centre et sur la confidentialité des données médicales. Un rendez-vous pour une première consultation est proposé à chaque requérant d'asile. Avec l'accord de ce dernier, l'infirmier mène la consultation, en règle générale directement après l'information médicale à l'arrivée. Lors d'afflux importants de requérants, les rendez-vous sont octroyés en fonction du degré d'urgence, sur la base de l'appréciation de l'état général et nutritionnel, de la présence de l'un des symptômes des maladies transmissibles pertinentes et d'autres critères, tels que le besoin de médicaments, une grossesse ou le souhait d'évaluation du statut vaccinal.

Les urgences et les cas de présence suspectée d'une maladie transmissible ont la priorité.

Dans le cadre des mesures de mise en œuvre du présent concept on évaluera la nécessité d'élaborer des modules spécifiques aux groupes cibles (femmes, mineurs non accompagnés, etc.) pour l'information médicale à l'arrivée.

Un infirmier procède à la première consultation sur la base d'une liste de questions, qui garantit l'uniformité de la procédure et de la documentation dans tous les centres.

Les objectifs sont de saisir et de documenter systématiquement l'état de santé et le statut vaccinal des requérants d'asile, ainsi que de les trier et de les adresser au médecin du centre en cas de problèmes de santé urgents et aigus, de suspicion d'une maladie transmissible et pour réaliser des vaccinations.

Les infirmiers des centres sont les interlocuteurs pour tous les problèmes de santé des requérants d'asile, non seulement lors de la première consultation mais aussi pour toute la durée du séjour. Ils proposent des consultations quotidiennes et assurent l'accès coordonné aux soins médicaux. Ils procèdent au tri des requérants en fonction de l'urgence et endossent une première fonction de contrôleurs d'accès (*gatekeeping*) à l'interface avec les interlocuteurs médicaux primaires, appelés «médecins des centres». Il s'agit généralement de médecins de premiers recours, tels que médecins généralistes, internistes ou pédiatres. Les médecins des centres assument la deuxième fonction de *gatekeeping* à l'interface avec les spécialistes et les hôpitaux.

Avec ces doubles fonctions de contrôle, on peut, d'une part, aborder les médecins de premier recours, les spécialistes et les hôpitaux de manière coordonnée et leur éviter une surcharge et, d'autre part, faire bénéficier aux requérants d'asile de soins médicaux adaptés, car les médecins des centres sont familiarisés aux défis techniques particuliers du domaine de l'asile.

Dans le cadre de leur activité, les médecins des centres proposent aux requérants d'asile des consultations régulières, deux à trois fois par semaine, au centre ou dans un cabinet médical.

La collaboration entre les centres et les médecins désignés fait l'objet de conventions écrites. Des descriptifs de poste exposent les compétences et les responsabilités des infirmiers de manière détaillée. Dans l'idéal, ceux-ci sont établis en concertation avec les médecins des centres concernés et, le cas échéant, les médecins cantonaux. Les modèles de supervision médicale de l'infirmier peuvent être organisés différemment selon le canton et la région.

Outre leurs qualifications médicales, les infirmiers et les médecins des centres doivent être sensibilisés à des thèmes transculturels et spécifiques à la migration. Pour ce faire, un module de formation continue spécifique à la santé sera développé dans le domaine des compétences transculturelles.

Il est prévu de mettre en place une plateforme d'échange pour encourager le réseautage entre les professionnels médicaux qui exercent dans le domaine de l'asile et garantir la disponibilité des informations nécessaires.

La compréhension linguistique représente un aspect essentiel des soins médicaux. Outre les infirmiers des centres, les médecins qui disposent d'un contrat de coopération écrit avec les centres d'asile ou d'hébergement collectif à l'échelle fédérale et cantonale, ont eux aussi la possibilité de faire appel à des services d'interprétariat et de facturer les coûts aux partenaires contractuels. À cet égard, on s'adressera en priorité au Service national d'interprétariat téléphonique.

Un autre aspect important dans l'accès aux soins de santé est la mise en œuvre des mesures de santé publique. Celles-ci englobent, d'une part, les normes d'hygiène pour prévenir et empêcher les maladies infectieuses dans les centres et, d'autre part, des directives concernant les flambées les plus fréquentes de maladies infectieuses, qui décrivent les rôles et les responsabilités entre les centres, les médecins cantonaux et l'OFSP ainsi que les mesures à prendre sur place.

La détection précoce de maladies transmissibles et d'autres problèmes de santé dans les centres hébergements implique des infirmiers qualifiés, l'attention et la formation de tous les employés ainsi qu'une étroite collaboration et un échange entre les différents domaines de compétence. Parmi les autres mesures visant à renforcer les connaissances des requérants d'asile en matière de santé figurent la mise à disposition de matériel d'information ou l'organisation de séances selon le concept d'information élaboré dans le cadre du projet.

La réglementation de la transmission du dossier médical de la Confédération aux cantons, qui se fait sur la base des accords avec la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sociales (CDAS), est essentielle. Les cas médicaux sont annoncés au moins trois jours à l'avance. La transmission des dossiers aux entités convenues se fait, dans la mesure du possible, par *Secure Mail* ou par fax.

Le groupe de travail accompagnera les activités de mise en œuvre jusqu'au printemps 2018 pour ensuite faire place à un nouveau groupe spécialisé/d'accompagnement (à constituer), sous la co-direction de l'OFSP et du SEM. Ce dernier se composera de représentants des sections impliquées de l'OFSP et du SEM, y compris de spécialistes des centres d'asile de la Confédération et des centres d'hébergement collectif, de représentants des autorités cantonales compétentes, de spécialistes dans le domaine

de la médecine pour les migrants (à définir) et d'autres parties prenantes. Il se chargera de l'évaluation et du contrôle de l'efficacité des mesures.

Pour pouvoir garantir une mise en œuvre dans les délais, soit au 1^{er} janvier 2018, les mesures de préparation suivantes doivent impérativement être réalisées au préalable: élaborer un système pour l'information médicale à l'arrivée, élaborer une liste de questions pour la première consultation et garantir suffisamment de ressources personnelles dans les centres avec les qualifications et la formation nécessaires.

Si d'autres aspects sont importants, tels la mise sur pied d'une formation continue dans le domaine de la santé ou une plateforme d'échange destinée aux professionnels médicaux travaillant dans le domaine de l'asile, ils ne doivent pas impérativement être prêts pour janvier 2018 et pourront donc également être mis en œuvre par étapes en cours d'année 2018.

Liste des abréviations

OFSP	Office fédéral de la santé publique
CFA* avec tp sans tp	Centre fédéral pour requérants d'asile avec tâches procédurales/sans tâches procédurales
AP	Audition sur la personne
LEp	Loi sur les épidémies
OEp	Ordonnance sur les épidémies
CEP	Centres d'enregistrement et de procédure
EQS	Evaluation de standards de qualité
IC	Interprètes communautaires
SIT	Service national d'interprétariat téléphonique
SEM	Secrétariat d'État aux migrations
TB	Tuberculose
MNA	Mineur non accompagné

Glossaire

Médecine de premier recours

On entend par médecine de premier recours la prise en charge médicale ambulatoire de la population par les médecins de premier recours et par d'autres professionnels de santé: infirmiers, pharmaciens, sages-femmes, physiothérapeutes et ergothérapeutes, diététiciens et professions auxiliaires (assistant médical ou assistant en soins et santé communautaire). Le présent rapport met l'accent sur les soins ambulatoires par les médecins de premier recours et les infirmiers^[1].

Médecins de premier recours

Les médecins de premier recours sont les médecins en cabinet ayant une formation postgrade en médecine générale, en médecine interne et, depuis peu, en médecine interne générale, en pédiatrie, ainsi que les médecins praticiens ayant ce seul titre de formation postgrade.

[1] http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/aktuelles/mmtlg/bt_versmod_pub_20120402_f.pdf
(Rapport du Groupe de travail «Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours», Berne, avril 2012)

Contenu

1. Situation de départ	7
1.1 Généralités	7
1.2 Procédure d'élaboration du concept de mise en œuvre	8
1.3 Bases légales relatives à la médecine de premier recours	8
1.4 Résultats et recommandations relatifs à l'analyse de l'état actuel et de l'état visé en matière de soins médicaux pour les requérants dans les centres de la Confédération et des cantons	9
1.4.1 Procédure/méthodologie	9
1.4.2 Résultats	9
1.4.3 Recommandations des auteurs de l'analyse de l'état actuel et de l'état visé	10
2. Procédure d'asile dans les centres fédéraux	11
2.1 Procédure selon l'ancien système jusqu'à l'entrée en vigueur de la révision de la loi sur l'asile	11
2.2 Révision de la loi sur l'asile à partir de 2019	11
2.3 Établissement des faits médicaux dans le cadre de la procédure d'asile	12
3. Concept de soins médicaux dans les centres d'asile fédéraux et cantonaux	13
3.1 Objectifs	13
3.2 Principes généraux pour assurer l'accès aux soins de santé et la mise en œuvre de la loi sur les épidémies ainsi que l'ordonnance y afférente	13
3.3 Organisation de l'accès aux soins médicaux dans les centres d'asile	15
3.3.1 Accès aux soins médicaux dans les centres d'enregistrement et de procédure	15
3.3.2 Accès aux soins médicaux dans les centres fédéraux	16
3.3.3 Accès aux soins médicaux dans les centres d'hébergement cantonaux	16
3.4 Information médicale à l'arrivée	16
3.5 Première consultation	17
3.6 Médecine individuelle – Accès aux soins médicaux	17
3.6.1 Infirmiers	17
3.6.2 Coopération avec les médecins des centres	18
3.6.3 Informations relatives aux thèmes de la santé	18
3.7 Accès aux vaccinations	18
3.8 Mesures de santé publique	19
3.8.1 Directives en matière d'hygiène	19
3.8.2 Remise de moyens pour la prévention des maladies transmissibles par voie sexuelle ou sanguine	19
3.8.3 Directives sur la marche à suivre en cas de flambées de maladies transmissibles (gestion des flambées)	19
3.9 Médicaments	19
3.9.1 Pharmacies d'institution	19
3.9.2 Utilisation des médicaments	20
3.10 Garantie de la compréhension linguistique	20
3.11 Coordination des mesures entre la Confédération et les cantons	20
3.11.1 Rôles et responsabilités	20
3.11.2 Transmission du dossier médical lors du passage de la Confédération au canton	20
3.12 Qualifications, formations et formations continues	21
3.12.1 Qualifications professionnelles des infirmiers	21
3.12.2 Formations sur les maladies transmissibles dans le domaine de l'asile à l'intention du personnel d'encadrement et de sécurité	21
3.12.3 Qualifications spécifiques à la migration pour les infirmiers et les médecins	21
3.12.4 Plateforme de connaissances destinée aux professionnels médicaux dans le domaine de spécialisation	22
3.13 Secret médical	22
3.14 Mise en œuvre	22
3.15 Évaluation et contrôle de l'efficacité des mesures	23
4. Ressources pour la mise en œuvre du concept	23
5. Thèmes pour la restructuration	24
6. Autres thèmes et questions ouvertes	25
Annexe	26

1. Situation de départ

1.1 Généralités

L'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2016, de la loi révisée sur les épidémies^[2] (LEp), qui règle la protection de l'être humain contre les maladies transmissibles, et l'ordonnance sur les épidémies^[3] (OEp) y afférente posent une nouvelle base juridique pour la détection, la prévention et le traitement des maladies transmissibles chez les requérants d'asile.

L'art. 19 LEp, concrétisé comme suit dans l'art. 31 OEp, est particulièrement important pour l'asile:

Art. 31 Mesures de prévention dans les centres d'enregistrement et de procédure de la Confédération et les centres d'hébergement collectif cantonaux

1 Les exploitants de centres d'enregistrement et de procédure de la Confédération ainsi que de centres d'hébergement collectif cantonaux pour requérants d'asile doivent garantir l'accès à des mesures de prévention appropriées à toutes les personnes dont ils ont la charge. L'application des mesures tient compte des risques d'infection et de transmission existants.

2 Les exploitants de centres d'enregistrement et de procédure de la Confédération ainsi que de centres d'hébergement collectif cantonaux veillent en particulier à ce que ces personnes:

- a. soient informées dans un délai approprié après leur arrivée dans la structure d'hébergement et dans une langue qu'elles comprennent sur les maladies infectieuses et leurs éventuels symptômes, notamment le VIH/sida, d'autres maladies sexuellement transmissibles ou transmissibles par le sang et la tuberculose, ainsi que sur l'accès à des soins médicaux;
- b. bénéficient de moyens permettant de prévenir des maladies sexuellement transmissibles ou transmissibles par le sang, en particulier des préservatifs;
- c. aient accès à des soins médicaux appropriés et à des vaccinations selon le plan national de vaccination en prenant en considération les recomman-

dations spécifiques de l'OFSP pour les requérants d'asile.

3 La Confédération et les cantons coordonnent la mise en œuvre des mesures visées à l'al. 2. L'OFSP définit, avec le concours du Secrétariat d'État aux migrations (SEM) et des autorités cantonales compétentes, la marche à suivre aux plans technique et administratif et contrôle périodiquement l'efficacité des mesures de prévention.

4 L'OFSP édicte, en accord avec le SEM, des directives relatives aux mesures de prévention dans les centres d'enregistrement et de procédure de la Confédération ainsi que dans les centres d'hébergement collectif cantonaux pour requérants d'asile. Il met à disposition le matériel d'information nécessaire à cet effet.

La loi révisée sur les épidémies prévoit que, à l'instar des autres groupes de personnes susceptibles de propager des maladies transmissibles, la prévention, la détection et le traitement des maladies transmissibles se fasse, au cas par cas, dans le cadre de la médecine de premier recours pour les requérants pris en charge par les centres d'asile de la Confédération et les centres d'hébergement collectif cantonaux. Le devoir d'information et la garantie de l'accès aux soins médicaux sont des piliers essentiels à cet égard. Il s'agit là d'un changement de paradigme par rapport aux anciennes bases légales (ordonnance du DFI du 9 décembre 2005 sur les mesures à prendre par le Service sanitaire de frontière, RS 818.125.11), qui prévoyaient un interrogatoire systématique des requérants d'asile dans les centres d'enregistrement et de procédure (CEP) dans le cadre des mesures sanitaires de frontière (dépistage précoce de la tuberculose et estimation de l'état de santé général).

La médecine de premier recours garantit, en outre, que les menaces pour la santé publique soient déclarées aux autorités compétentes (cantons, Confédération), en vertu de l'obligation de déclarer selon la LEp, pour que des mesures adaptées puissent être prises rapidement.

Le Conseil fédéral a octroyé un délai de transition de deux ans (décision du Conseil fédéral du 29 avril 2015) durant

[2] Loi fédérale du 28 septembre 2012 sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme, loi sur les épidémies, LEp, RS 818.101.

[3] Ordonnance du 29 avril 2015 sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme, ordonnance sur les épidémies, OEp, RS 818.101.1.

lequel les mesures sanitaires de frontière seront poursuivies et l'OFSP devra élaborer un concept de mise en œuvre des mesures résultant de la loi révisée sur les épidémies, en collaboration avec le SEM et les autorités cantonales impliquées (représentants des médecins cantonaux, coordinateurs d'asile, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé [CDS] et CDAS). La mise en œuvre doit se faire d'ici au 1^{er} janvier 2018.

Il convient de distinguer les processus d'établissement des faits médicaux dans le cadre de la procédure d'asile, qui ne relèvent pas du présent concept (cf. chapitre 2.3).

1.2 Procédure d'élaboration du concept de mise en œuvre

Ce projet a été mandaté par le directeur de l'OFSP (P. Strupler) et le secrétaire général du SEM (M. Gattiker). La gestion stratégique incombe, quant à elle, au responsable de la division Maladies transmissibles de l'OFSP (D. Koch) et au chef de la Division CEP du SEM (D. Keller). La proposition de projet pour élaborer le concept a été approuvée en juin 2016. Le groupe de travail créé pour concevoir le concept de mise en œuvre se compose de représentants des médecins cantonaux, des offices cantonaux de migration, de la CDS, de la CDAS et de spécialistes de l'OFSP et du SEM.

Assumant aussi la fonction de comité de pilotage, le groupe de travail a identifié les champs d'action suivants: accès aux soins médicaux et mesures de santé publique, information et vaccinations, ressources nécessaires à la mise en œuvre, coordination et évaluation. Ces champs d'action ont servi de base pour former des sous-groupes de travail dont les membres ont été recrutés au sein du groupe existant. Les résultats des travaux des sous-groupes de travail ont été incorporés au concept.

De plus, une analyse de l'état actuel et de l'état visé en matière de soins de santé pour les requérants dans les centres fédéraux et cantonaux a été mandatée en vue de disposer d'une base pour développer le concept (cf. chapitre 1.4).

1.3 Bases légales relatives à la médecine de premier recours

La loi sur l'asile (LAsi art. 80, al. 1 et 3) régit la compétence fédérale en matière d'aide sociale ou d'aide d'urgence (avec la collaboration des cantons) afin d'assurer l'accès aux soins de santé aux personnes hébergées dans un centre de la Confédération ou un centre d'intégration pour les groupes de réfugiés sur la base de cette même loi.

Le centre assure l'aide sociale tant que les requérants en question y vivent. Cette prestation passe ensuite sous la responsabilité du canton auquel le requérant a été attribué; la Confédération rémunère les prestations des cantons au moyen de forfaits globaux.

L'aide sociale a pour objectif d'assurer le minimum vital, dont la médecine de premier recours fait partie, aux personnes dans le besoin. La LAMal (loi fédérale sur l'assurance-maladie; RS 832.10) régit les soins médicaux de base devant être prodigués grâce à l'aide sociale.

Ces soins sont garantis par l'assurance-maladie obligatoire, car selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le domicile des requérants d'asile étant la Suisse, ces derniers sont tenus de s'assurer pour les soins en cas de maladie et doivent s'annoncer auprès d'une caisse-maladie dans les trois mois qui suivent leur prise de domicile ou une naissance (art. 3, al. 1, LAMal).

Les requérants d'asile et les personnes à protéger sont tenus de s'assurer immédiatement après l'affectation aux cantons prévue à l'art. 27 LAsi. L'assurance déploie ses effets dès le dépôt de la demande d'asile ou de l'octroi de la protection provisoire (cf. art. 1, al. 2, let. c, de l'ordonnance sur l'assurance-maladie [OAMal; RS 832.102] en corrélation avec l'art. 7, al. 5, OAMal).

Les prestations prises en charge par les assureurs dans le cadre de la LAMal représentent des prestations sociales de base dans le domaine de la santé et doivent donc, du point de vue de l'égalité des droits, également être fournies pour les requérants d'asile. Pour cette raison, ni la LAMal ni la LAsi ne prévoient de limitations à cet égard. Toutefois, l'art. 82a, al. 3, LAsi, autorise la Confédération et les cantons à gérer de manière judicieuse l'accès des requérants d'asile à notre système de santé en limitant le choix des fournisseurs. En particulier, l'application des modèles *gatekeeping* leur permet de s'assurer que les requérants utilisent les prestations nécessaires de la LAMal de manière appropriée.

En outre, l'art. 82a, al. 3, LAsi, donne la possibilité à la Confédération et aux cantons de limiter les requérants d'asile dans le choix des assureurs à disposition. Ainsi, l'application de la LAMal dans le domaine de l'asile peut se faire avec des assureurs proposant des conditions avantageuses, ménageant ainsi l'utilisation de l'argent public.

Les exploitants de centres d'asile de la Confédération sont dans l'obligation de garantir aux requérants l'accès aux soins médicaux et dentaires d'urgence (art. 5 de l'ordonnance du DFJP relative à l'exploitation des logements de la Confédération dans le domaine de l'asile^[4]).

[4] SR 142.311.23

La garantie de l'accès à des soins médicaux appropriés en vue de prévenir, de détecter et de traiter les maladies transmissibles, réglementée séparément dans l'ordonnance sur les épidémies (art. 31, al. 1 et 2), s'applique aux exploitants des centres fédéraux comme à ceux des centres d'hébergement collectif cantonaux.

Les coûts des soins dentaires qui n'entrent pas dans le cadre du catalogue de prestations de la LAMal sont pris en charge par l'aide sociale uniquement lorsque le traitement s'avère nécessaire et se fait de manière simple, économique et adéquate. En termes de jurisprudence, cela signifie que seules les mesures visant à éliminer les douleurs dentaires et/ou à assurer la fonction masticatoire sont couvertes. En présence de différentes possibilités de traitement, la préférence ira à la plus économique.

1.4 Résultats et recommandations relatifs à l'analyse de l'état actuel et de l'état visé en matière de soins médicaux pour les requérants dans les centres de la Confédération et des cantons

Le groupe de travail a mandaté une analyse de l'état actuel et de l'état visé en matière de soins médicaux pour les requérants d'asile dans les centres de la Confédération et des cantons en vue de disposer d'une base pour développer le concept. L'OFSP a confié le mandat à Interface/evaluanda. Le rapport final est terminé et sera publié sur le site de l'OFSP en décembre 2017.

1.4.1 Procédure/méthodologie

- Étude de la documentation relative à la santé à disposition dans les centres fédéraux et cantonaux (tri et évaluation)
 - Inclusion d'études et de documents
- Discussions avec les directeurs des centres et le personnel de santé dans les 6 CEP, l'établissement test et les centres fédéraux
- Cantons: entretiens dans les centres collectifs
- Entretiens et enquêtes en ligne auprès des coordinateurs cantonaux de l'asile et des médecins cantonaux.

1.4.2 Résultats

Au cours des dernières années, il n'y a eu que **peu de problèmes de maladies infectieuses** dans les centres fédéraux et cantonaux. Les **mesures sanitaires de frontière** en vigueur jusqu'ici **ont donc fait leurs preuves**. Toutefois, celles-ci se concentrent sur le dépistage de la tuberculose et l'information relative au VIH. La distribution de préservatifs est standardisée mais il n'existe pas de procédure systématique pour la prévention et la détection précoce des maladies transmissibles. Les requérants ne

reçoivent que peu d'informations sur les thèmes sanitaires et l'accès au système de santé. **À l'échelle cantonale**, il convient toutefois de citer les **travaux d'information et de prévention très professionnels dans les cantons de VD, GE et NE**.

Concernant les mesures à prendre par le Service sanitaire de frontière, l'information relative à la vaccination dans les centres d'enregistrement et de procédure (CEP) se limite à indiquer de se faire vacciner contre différentes maladies au moment de l'attribution à un canton. Depuis 2010, une vaccination est systématiquement proposée pour les enfants de moins de 5 ans n'ayant pas été vaccinés contre la poliomyélite.

À l'heure actuelle, le contrôle du statut vaccinal ne fait pas partie des examens dans les CEP.

Parmi les centres cantonaux interrogés, seuls ceux de Schwyz et de Genève vérifient le statut vaccinal des adultes à l'arrivée, lors de la première consultation. Quant aux enfants, la plupart du temps, les vaccinations sont réalisées lorsqu'ils commencent l'école, dans le cadre des soins médicaux de base.

Les positions en matière de vaccination sont très variables: des clarifications à cet égard sont nécessaires et des directives fédérales claires souhaitées.

Il n'existe pas de procédures standardisées en cas de flambées de maladies transmissibles. La plupart du temps, il s'agit de trouver des **solutions ad hoc**. Certains centres disposent de notices du médecin cantonal concerné. Il existe aussi des fiches d'information fédérales, adaptées par les cantons, qui sont toutefois difficiles à mettre œuvre, car jugées trop abstraites.

Dans la plupart des centres, la mise en isolement est impossible que ce soit en raison de l'infrastructure, des difficultés de communication ou du besoin très élevé en personnel. À cet égard, le souhait de **clarifier les responsabilités, les rôles et les flux de renseignements** a été exprimé.

En outre, le **sentiment de sécurité des employés** demeure un aspect important dans le cas de flambées.

Au cours des dernières années, toujours plus de personnes au bénéfice d'une formation médicale dans le domaine des soins de santé ont été engagées dans les centres fédéraux mais aussi, de plus en plus fréquemment, dans les centres cantonaux. Partant, aujourd'hui tous les CEP emploient des infirmiers, ce qui décharge le personnel d'encadrement et lui confère une sécurité d'action. Les **soins médicaux** sont **organisés de manière** fondamentalement **appropriée** pour les requérants d'asile logés dans des centres, et **l'accès à la médecine de pre-**

mier recours est assuré. Pour les maladies qui, du point de vue des personnes chargées de la santé et du médecin du centre, ne nécessitent pas de traitement immédiat (y compris troubles psychiques), on attend jusqu'à ce que les requérants soient attribués à un canton pour procéder au tri et au traitement, parce que la durée de séjour dans le CEP/centre fédéral est généralement courte et qu'un traitement adéquat dure souvent plus longtemps.

L'organisation de l'accès aux soins médicaux dépend des structures de soins et de la culture régionale à cet égard.

En ce qui concerne la **transmission des données médicales individuelles des CEP/centres fédéraux** aux cantons puis aux communes, l'analyse indique **de nombreuses interfaces** sujettes à la perte de données. Les acteurs impliqués ne peuvent pas savoir si les données de santé sont réellement inexistantes ou si elles n'ont pas

été transmises à temps. Le flux d'information en retour des hôpitaux est très variable, et il est souvent nécessaire de demander les données en question.

L'évaluation d'Interface montre clairement que plus le temps passe, plus **le matériel d'information écrit destiné aux requérants d'asile est employé avec retenue**, car on constate une saturation générale des requérants face à toutes les nouvelles impressions et informations auxquelles ils sont confrontés à leur arrivée. La priorité est donnée à l'orientation dans le centre, à l'adaptation et à la familiarisation avec les procédures.

Toutefois, certains centres mettent à disposition des documents d'information sur le VIH/sida, l'excision, la gale ainsi que différents services sociaux (organismes d'aide aux victimes, foyer pour femmes, conseil en puériculture, etc.).

1.4.3 Recommandations des auteurs de l'analyse de l'état actuel et de l'état visé

Les auteurs ont formulé les recommandations suivantes sur la base de l'analyse:

Recommandations d'Interface/evaluanda	Mise en œuvre dans le concept
1 Introduire un premier entretien médical à l'échelle fédérale	Entretien d'information à l'arrivée et première consultation (cf. 3.2 et 3.4)
2 Déterminer une procédure de gestion en cas de flambée de maladies Outre la prévention et la détection précoce de maladies transmissibles, il est nécessaire de définir des mesures efficaces en cas de flambée de maladies dans les centres et de déterminer les responsabilités.	Une procédure sera élaborée pour les agents infectieux les plus fréquents (cf. 3.8.3)
3 Mettre à disposition un concept de prévention et d'information pour les centres Déterminer les thèmes, le moment, la forme, la transmission et les responsabilités; le matériel d'information pour le premier entretien doit être disponible en plusieurs langues	Cf. 3.4 et 3.8
4 Examiner systématiquement le statut vaccinal et s'assurer qu'un plan de vaccination personnel soit élaboré dans le cadre de l'entretien d'information médicale à l'arrivée	Vaccinations (cf. 3.7)
5 Fournir des recommandations concernant les actions à entreprendre aux cantons qui assurent la mise en œuvre des mesures initiées au niveau fédéral (plan de vaccination) Recommandations claires de l'OFSP	Vaccinations (cf. 3.7)
6 Prescrire l'embauche obligatoire de personnel médical dans les centres fédéraux (avec recommandation correspondante aux centres cantonaux)	Déroulement et organisation des soins médicaux (cf. 3.3 et 3.6)

<p>7 Renforcer les soins médicaux adaptés aux migrants Soutenir et renforcer l'engagement des médecins de famille dans la collaboration avec les centres d'hébergement, créer des incitations financières et contractuelles, instaurer une plateforme d'information pour l'échange des connaissances de base et des meilleures pratiques</p>	<p>Coopération avec des médecins de centres (cf. 3.6.2) Formations et formations continues (cf. 3.13)</p>
<p>8 Améliorer l'accès aux offres de thérapies psychiatriques/psychothérapeutiques et utiliser les offres à bas seuil d'accès Les offres psychiatriques/psychothérapeutiques insuffisantes sont un problème qu'il faut aborder sur le long terme. Cependant, toutes les personnes concernées n'ont pas besoin de ce type de traitements. Par conséquent: recommandation d'utilisation des offres de soutien à bas seuil d'accès dans les centres (structures d'accueil de jour, aide sociale, aumônerie, hébergement adéquat, p. ex.) et, dans la mesure du possible, mise à profit du savoir-faire des services spécialisés (Caritas, p. ex.).</p>	<p>Première consultation (cf. chapitre 3.5)/Accès à la médecine individuelle dans le cadre des soins de santé (cf. 3.6)/Thèmes liés (cf. chapitre 6)</p>
<p>9 Réglementer la collaboration entre les différents acteurs impliqués dans le cadre des soins médicaux et définir leurs responsabilités</p>	<p>Coordination des mesures (cf. 3.12)</p>
<p>10 Introduire un dossier (électronique) de santé pour tous les requérants d'asile et garantir l'échange ou la transmission des données de santé Ouvrir un dossier médical lors du premier entretien (y indiquer également si aucun problème de santé n'a été décelé); vérifier si le dossier médical pourrait être géré sous forme électronique.</p>	<p>Dossier médical (cf. 3.11); transmission des données médicales (cf. 3.12.2); l'introduction d'un dossier électronique ne peut pas être mise en œuvre dans le cadre de ce projet</p>

2. Procédure d'asile dans les centres fédéraux

Au total, le Secrétariat d'État aux migrations exploite aujourd'hui six **CEP** et neuf **centres fédéraux**. Le nombre de centres fédéraux varie toutefois en fonction des besoins et est adapté continuellement à l'évolution de la situation.

Avec l'entrée en vigueur de la révision de la loi sur l'asile en 2019, la terminologie désignant les centres d'asile fédéraux changera. On parlera alors de **centres fédéraux pour requérants d'asile avec tâches procédurales (CFA avec tp)** et de **centres fédéraux pour requérants d'asile sans tâches procédurales (CFA sans tp)**.

2.1 Procédure selon l'ancien système jusqu'à l'entrée en vigueur de la révision de la loi sur l'asile

Les requérants peuvent déposer leur demande d'asile dans les CEP, où ils sont ensuite enregistrés. On les ques-

tionne alors sur leur identité, leur origine, leur itinéraire de voyage et les motifs de leur demande d'asile. Si l'audition et la décision n'ont pas pu se faire dans le CEP, les requérants sont transférés vers les cantons, où ils attendent la suite de la procédure. Dans la majeure partie des cas, les requérants d'asile dont la responsabilité n'incombe pas à la Suisse, et donc soumis à la procédure de Dublin, sont transférés dans un centre fédéral. La loi actuelle prévoit un séjour maximal de 90 jours dans les CEP, et la durée de séjour moyenne est de 20 à 30 jours.

2.2 Révision de la loi sur l'asile à partir de 2019

Le Conseil fédéral mettra vraisemblablement en œuvre la nouvelle loi sur l'asile en 2019 en vue d'accélérer la procédure d'asile (cf. illustration 1). On entend ainsi, entre autres, éviter que la majorité des requérants ne doive at-

tendre la décision dans les structures cantonales. Dans le cadre de la nouvelle procédure, les requérants seront tout d'abord hébergés dans un CFA avec tp, où l'on procédera à l'enregistrement de la demande d'asile et à l'audition sur les motifs d'asile. Un représentant légal est attribué au requérant pour toute la durée de la procédure.

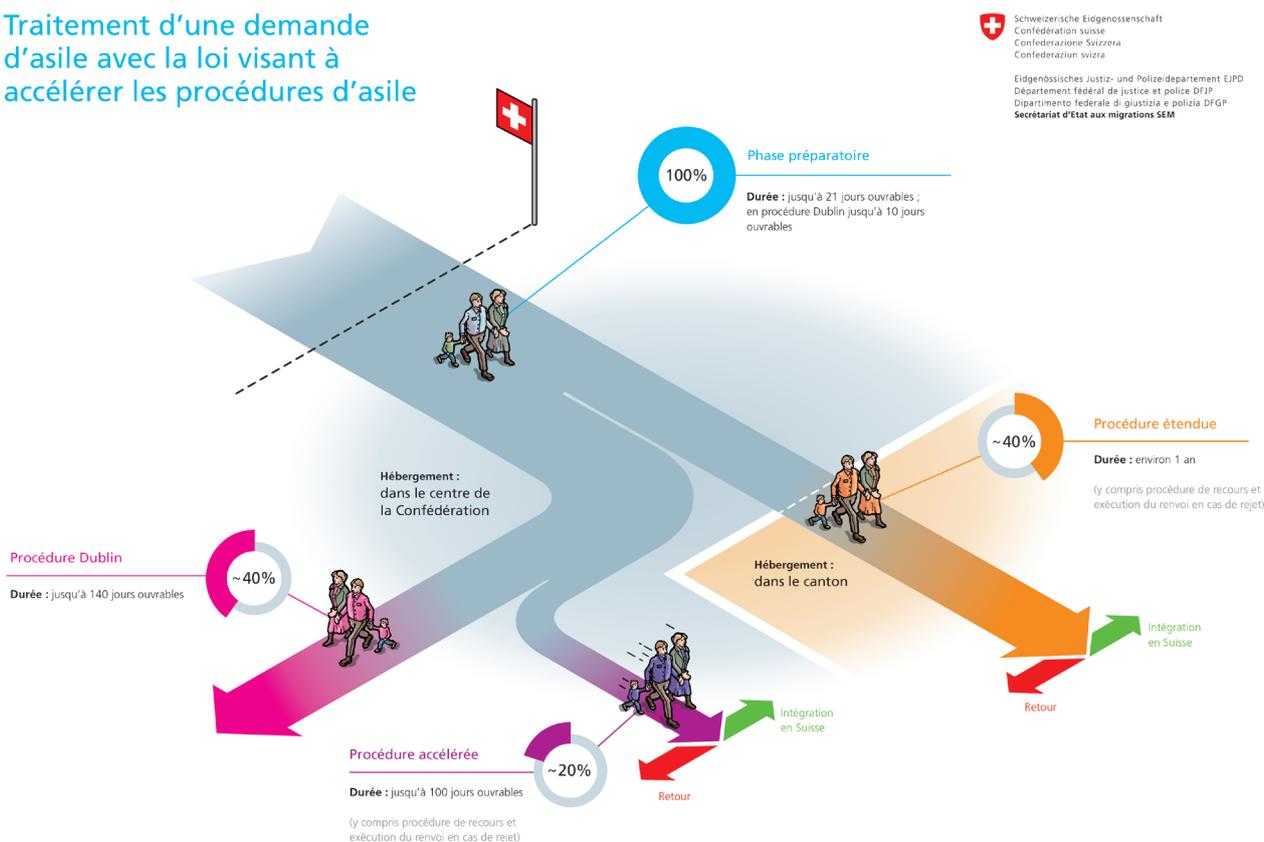
La durée de séjour maximale dans un centre fédéral a été prolongée de 90 à 140 jours. La durée de séjour moyenne

dans l'établissement test (centre Juch), qui expérimente la nouvelle procédure, s'élève aujourd'hui à environ 60 jours.

Comme auparavant, la durée de séjour dans les CEP ou les CFA avec tp devra être aussi courte que possible et aussi longue que nécessaire pour garantir en tout temps la capacité d'accueil et effectuer la totalité des démarches de la procédure.

Illustration 1

Traitement d'une demande d'asile avec la loi visant à accélérer les procédures d'asile



Source: <https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/asyl/beschleunigung/grafik-asylprozess-beschl-f.pdf>

2.3 Établissement des faits médicaux dans le cadre de la procédure d'asile

L'établissement des faits médicaux dans le cadre de la procédure d'asile (art. 26a LAsi, en vigueur depuis le 1er février 2014) est indépendant des soins médicaux réguliers durant le séjour dans un CEP et ne relève donc pas du présent concept.

Les requérants doivent invoquer les problèmes de santé pouvant jouer un rôle dans les questions d'asile et/ou

de renvoi immédiatement après avoir déposé leur demande. Lors de l'audition sur la personne (AP), il est explicitement demandé s'il existe des problèmes de santé, dans la mesure où ceux-ci revêtent une importance pour la procédure. À la fin de l'AP, le responsable SEM du dossier décide, le cas échéant en accord avec l'infirmier ou le médecin (et à partir de 2019 avec le **représentant juridique***), si des **vérifications supplémentaires sont nécessaires et s'il faut demander un rapport relatif à l'établissement des faits médicaux.**

*Au centre Juch aujourd'hui déjà avec le représentant juridique

3. Concept de soins médicaux dans les centres d'asile fédéraux et cantonaux

3.1 Objectifs

L'objectif principal consiste à garantir la détection, le traitement et la prévention des maladies transmissibles ainsi que l'accès aux soins de santé nécessaires dans les centres d'asile fédéraux et cantonaux.

Autres objectifs:

- intégration et coordination de la prévention, de la détection (précoce) et du traitement de maladies transmissibles dans le cadre des soins médicaux,
- détection de problèmes de santé nécessitant une mesure rapide durant le séjour dans les centres et
- garantie de la coordination des mesures entre les différents acteurs.

3.2 Principes généraux pour assurer l'accès aux soins de santé et la mise en œuvre de la loi sur les épidémies ainsi que l'ordonnance y afférente

Informers les requérants d'asile à leur arrivée dans un centre fédéral, dans le cadre de **l'information médicale à l'arrivée**, représente un pilier important dans la prévention, la détection et le traitement de maladies transmissibles et l'accès aux soins médicaux (cf. chapitre 3.4).

Cette procédure se déroule dans le cadre d'un entretien individuel avec un infirmier, peu après l'arrivée au centre et au moyen d'un outil d'information animé sur ordinateur, disponible dans de nombreuses langues pour assurer la bonne compréhension.

L'information médicale à l'arrivée doit se dérouler de manière à ce qu'elle puisse être donnée dans le centre définitif dans un délai maximum de trois jours après l'arrivée, aussi lors d'afflux importants de requérants.

Objectifs de l'information médicale à l'arrivée:

- **Établir la confiance** dans les structures et le système. Il est important d'indiquer aux requérants d'asile que leurs données médicales sont traitées de manière confidentielle.
- Les requérants connaissent les **interlocuteurs du centre à qui ils peuvent s'adresser** durant tout leur séjour **pour les problèmes de santé et les questions médicales**.

- Ils sont au courant des **symptômes des maladies transmissibles pertinentes**, de leurs conséquences et des mesures nécessaires, à savoir impérativement informer le personnel ou l'infirmier en cas d'apparition de ces symptômes.
- Ils sont informés des risques et des mesures nécessaires pour se protéger des maladies transmissibles par voie sexuelle ou sanguine.
- Ils savent que les centres proposent des vaccinations et quelles maladies peuvent ainsi être prévenues.
- Sensibiliser les requérants à **d'autres thèmes de la santé pertinents** par l'information: **«si vous êtes malade», «si vous avez des maladies préexistantes», «si vous prenez régulièrement des médicaments», «si vous êtes enceinte» ou «si vous voulez vérifier votre statut vaccinal», signalez-le au personnel du centre ou à l'infirmier.**
- Les **urgences et le moindre signe de maladie transmissible** sont rapidement identifiés et font immédiatement l'objet des soins médicaux requis.

En règle générale, la **première consultation** (cf. chapitre 3.5) se déroule, avec l'accord des requérants d'asile, directement après l'information médicale à l'arrivée. Lors d'afflux importants de requérants, l'octroi de rendez-vous se fait en fonction du degré d'urgence.

La première consultation est réalisée sur la base d'une liste de questions standardisée que l'infirmier peut également utiliser comme aide à la décision pour le tri et l'orientation vers le médecin.

Les objectifs consistent à saisir et à documenter systématiquement l'état de santé et le statut vaccinal des requérants d'asile ainsi qu'à trier et à adresser les patients vers le médecin du centre en cas de problèmes de santé urgents et aigus, de suspicion d'une maladie transmissible et pour réaliser des vaccinations.

Les **infirmiers** sont les premiers interlocuteurs pour les requérants en cas de problèmes de santé dans les centres, et ce, aussi bien lors de la première consultation que durant tout le séjour dans le cadre de la médecine individuelle (cf. chapitre 3.6).

Ils proposent des consultations quotidiennes et assurent l'accès direct coordonné aux soins de santé primaires, à savoir aux partenaires médicaux appelés «médecins de centre». Il s'agit généralement de médecins de premier recours exerçant dans un cabinet individuel ou de manière ambulatoire dans des établissements médicaux.

Partant, chaque centre dispose d'au moins un **interlocuteur médical primaire**, qui assure les **soins de santé primaires pour les requérants d'asile** et la **surveillance médicale des infirmiers dans les centres** (cf. chapitre 3.6).

La **coopération** avec les médecins des centres est convenue dans une convention. Dans le cadre de leur activité, les médecins du centre proposent aux requérants d'asile des consultations régulières, deux à trois fois par semaine, au centre ou dans un cabinet médical, selon la situation du centre.

Les infirmiers doivent disposer des **qualifications appropriées** pour ce travail exigeant: diplôme d'une école supérieure (ES) ou équivalent (DN II, p. ex.) et autorisation d'exercer la profession ou conditions remplies pour en faire la demande. Les obligations et les responsabilités des infirmiers sont réglementées de manière détaillée dans un cahier des charges établi en concertation avec les médecins des centres concernés et, le cas échéant, les médecins cantonaux (cf. chapitre 3.6). Les modèles de supervision médicale des infirmiers et la collaboration avec les médecins cantonaux sont organisés différemment en fonction des cantons.

Outre leurs qualifications médicales, les infirmiers et les médecins des centres sont sensibilisés à des **thèmes transculturels et spécifiques à la migration**. Un module de formation continue spécifique à la santé sera développé dans le domaine des compétences transculturelles pour les infirmiers et les médecins des centres (cf. chapitre 3.12). Dans l'idéal, d'autres médecins travaillant avec les centres (gynécologues, pédiatres, p. ex.) seront invités à participer à ces formations continues.

La création d'une **plateforme de connaissances** est prévue pour le réseautage et l'échange entre les professionnels médicaux travaillant dans le domaine de l'asile (cf. chapitre 3.12).

La **compréhension linguistique** est assurée dans les centres fédéraux et cantonaux par **l'accès à des interprètes**, en premier lieu du Service national d'interpréariat téléphonique et, en cas de besoin, à des interprètes personnels (cf. chapitre 3.10).

En ce qui concerne les procédures médicales, les infirmiers assurent la formation du **personnel de sécurité et d'encadrement non médical**, qui aiguillera les requérants d'asile vers les services appropriés le cas échéant. Des séances d'information destinées au personnel de sécurité et d'encadrement sont organisées régulièrement (cf. chapitre 3.12). Celles-ci portent sur les maladies transmissibles pouvant survenir dans le contexte d'une activité dans un centre de requérants d'asile ainsi que sur les mesures d'autoprotection et elles servent à apaiser les craintes.

Les **normes d'hygiène** (cf. chapitre 3.8.1) sont essentielles pour prévenir et empêcher l'apparition de maladies infectieuses dans les centres, et ce, en plus d'autres mesures, comme les **vaccinations** (cf. chapitre 3.7) ou la distribution de préservatifs. En outre, des **directives** sont à disposition pour les **flambées les plus fréquentes** de maladie infectieuses (cf. chapitre 3.8.3).

Les **procédures médicales dans les centres d'asile fédéraux et les centres d'hébergement collectif cantonaux** (cf. chapitre 3.3.) et les modalités relatives à la transmission des documents médicaux (cf. chapitre 3.11.2), lorsqu'un requérant passe dans un autre centre fédéral ou un centre d'hébergement collectif cantonal, sont réglementées et discutées avec les cantons. Lors d'un transfert vers un autre centre, la remise du dossier médical (en particulier, les informations concernant les traitements en cours et terminés ainsi que les vaccinations) est essentielle pour garantir la continuité et l'efficacité des traitements (cf. chapitre 3.11).

Un groupe spécialisé (à constituer) accompagnera la procédure de mise en œuvre. L'une de ses tâches consistera à évaluer régulièrement l'efficacité des mesures en matière de prévention, de détection et de traitement des maladies transmissibles et, au besoin, à prendre les dispositions nécessaires (cf. chapitre 3.15).

En résumé, les points principaux ci-dessous seront précisés dans les chapitres suivants, en complément aux principes:

- Information médicale à l'arrivée (cf. chapitre 3.4)
- Organisation de l'accès aux soins médicaux (cf. chapitre 3.3)
- Première consultation (cf. chapitre 3.5)
- Médecine individuelle: garantie de l'accès coordonné aux soins médicaux grâce à un descriptif clair des tâches et des rôles des infirmiers ainsi qu'à la collaboration avec les médecins (cf. chapitre 3.6)
- Concept de vaccination (cf. chapitre 3.7)
- Mesures de santé publique, telles que normes d'hygiène, procédure de gestion en cas de survenue de maladies et remise de moyens de prévention des maladies transmissibles par voie sexuelle ou sanguine (cf. chapitre 3.8)
- Surveillance des pharmacies dans les centres et utilisation de médicaments non soumis à prescription médicale (cf. chapitre 3.9)
- Garantie de la compréhension (cf. chapitre 3.10)
- Documentation des données médicales (cf. chapitre 3.11)
- Coordination des mesures entre la Confédération et les cantons en cas de flambées de maladies et garantie de la transmission correcte des données d'un centre à un autre (cf. chapitre 3.11)
- Formations et formations continues (cf. chapitre 3.12)
- Mise en œuvre des mesures (cf. chapitre 3.14)
- Évaluation de l'efficacité des mesures (cf. chapitre 3.15)

3.3 Organisation de l'accès aux soins médicaux dans les centres d'asile

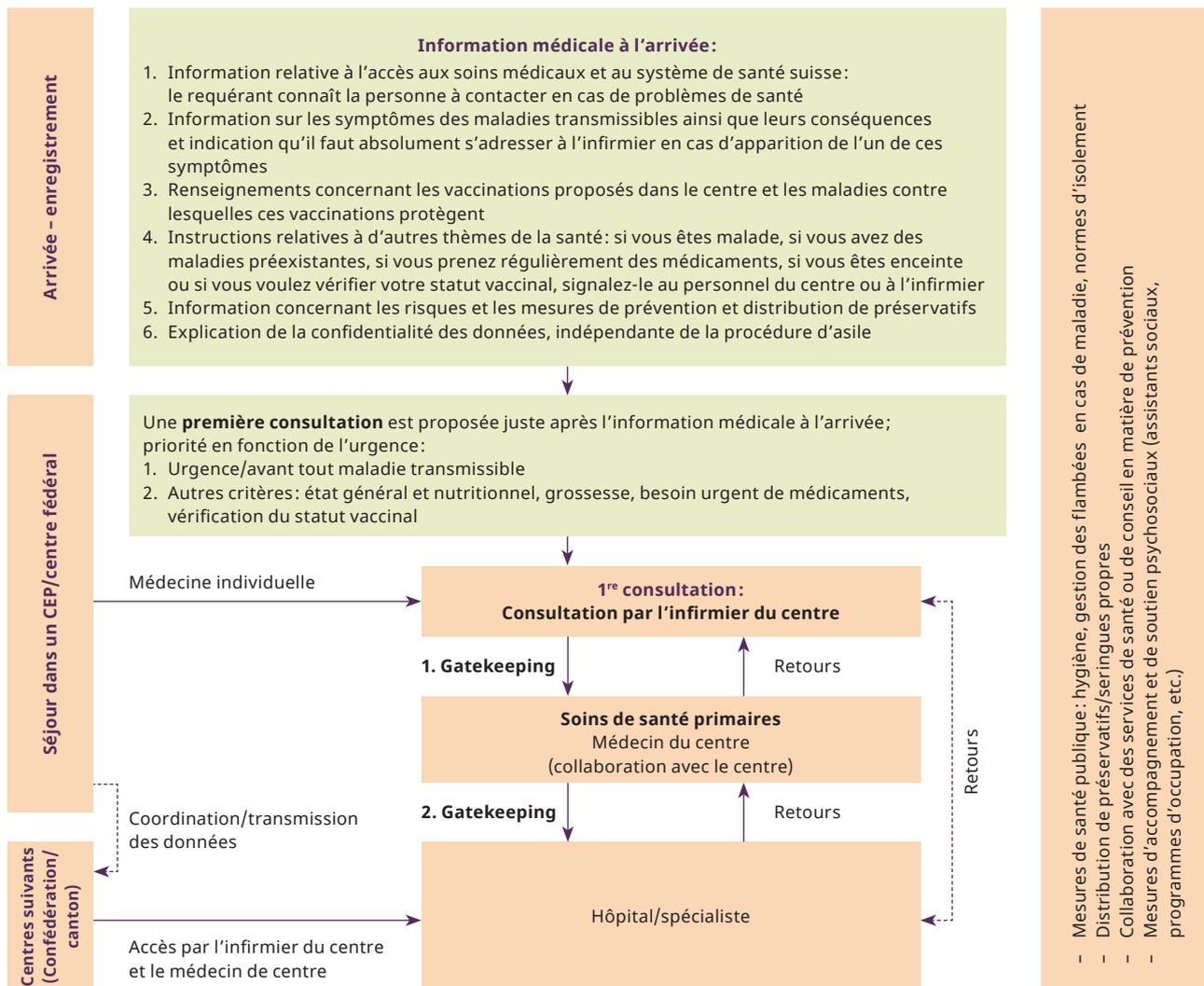
Les éléments clés pour organiser et garantir l'accès aux soins de santé sont l'information médicale à l'arrivée avec octroi de rendez-vous pour une première consultation, l'offre de consultations menée par des infirmiers dans les

centres et la collaboration avec des médecins de premier recours, appelés «médecins des centres».

En assurant l'accès aux soins médicaux, les exploitants des centres d'asile fédéraux et des hébergements collectifs cantonaux endossent une fonction capitale à l'interface entre le centre et la médecine de premier recours et les hôpitaux et les spécialistes.

3.3.1 Accès aux soins médicaux dans les centres d'enregistrement et de procédure

Le schéma suivant représente l'organisation de l'accès aux soins médicaux :



Les procédures médicales dans les CEP (y compris devoirs de documentation) et celles en dehors du temps de présence des infirmiers sont décrites et enseignées de manière claire et détaillée.

Mandat 1a:

adapter les ressources en personnel infirmier – demande d'acquisition

Mandat 1b:

modifier le guide médical du SEM (déroulements de la consultation à l'arrivée, première consultation, documentation, formulaires de transmission) et élaborer un schéma de déroulement des examens médicaux

3.3.2 Accès aux soins médicaux dans les centres fédéraux

L'organisation de l'accès aux soins médicaux dans les centres fédéraux est identique à celle dans les CEP. L'information à l'arrivée se limite à l'indication de la personne de contact en cas de problème de santé; en règle générale, l'information concernant les symptômes des maladies transmissibles dans ce contexte et d'autres thèmes sanitaires ne doit pas être répétée lors du passage d'un CEP à un autre centre.

3.3.3 Accès aux soins médicaux dans les centres d'hébergement cantonaux

L'organisation des soins médicaux et l'accès à ces derniers relèvent des cantons et peuvent donc varier en conséquence.

Sur le fond, le groupe de travail recommande d'assurer également l'accès aux soins de santé prodigués par des infirmiers qualifiés dans les centres d'hébergement collectifs cantonaux, de travailler avec des médecins désignés et, à l'instar des centres d'asile fédéraux, de documenter les procédures médicales.

Mandat 2:

a besoin, adapter les normes et les instructions de travail en vigueur dans les centres d'hébergement collectifs cantonaux

3.4 Information médicale à l'arrivée

L'information médicale à l'arrivée doit avoir lieu aussi vite que possible après l'enregistrement, en règle générale dans les 24 heures mais au plus tard dans un délai de trois jours à dater de l'arrivée dans le CEP définitif, à savoir après l'attribution à la région par les centres d'accueil principaux.

Un infirmier s'en charge: il distribue du matériel d'information aux requérants d'asile et se tient à leur disposition pour toute question.

Le matériel d'information est conçu de manière compréhensible pour les requérants et facile à transmettre pour les infirmiers. Pour maintenir l'attention des requérants d'asile, l'unité d'information est courte et percutante (dans l'idéal, interactive). Un concept d'information est élaboré sous la responsabilité de l'OFSP: le matériel en question est ensuite mis à disposition du SEM.

Contenus des informations:

- Accès aux soins de santé: il sera indiqué aux requérants d'asile de s'adresser au personnel ou à l'infirmier en cas de problème de santé.

- Symptômes des maladies transmissibles dans ce contexte: pour des raisons de compréhension, les requérants d'asile ne seront pas informés sur les maladies en tant que telles mais sur les symptômes ou les troubles possibles. L'information relative aux maladies infectieuses et à leurs symptômes, comme le **VIH/sida, la tuberculose et d'autres maladies transmissibles par voie sexuelle ou sanguine**, est prévue par la loi.

Des renseignements sur d'autres maladies transmissibles sont fournis à l'arrivée en fonction des **risques de contagion et de l'urgence des mesures** visant à les combattre et à les traiter. Il s'agit en particulier de la varicelle, de la rougeole, de la diphtérie (cutanée), de la gale, de la gastro-entérite et, par conséquent, des symptômes suivants: **toux (avec ou sans expectorations), fièvre, sudations nocturnes, perte de poids, symptômes cutanés (éruptions cutanées, plaies ouvertes, démangeaisons), diarrhée, vomissements et douleurs**. Le groupe spécialisé (à former, cf. 3.16) examinera régulièrement cette liste et l'adaptera au besoin. En outre, les requérants seront informés des mesures à prendre et des conséquences au cas où au moins un de ces symptômes survenait.

- Renseignement sur les risques et les mesures nécessaires pour se protéger contre les maladies transmissibles par voie sexuelle ou sanguine.
- Informations relatives à l'offre de vaccination dans les centres (varicelle, rougeole-oreillons-rubéole, diphtérie-tétanos-coqueluche, poliomyélite, Haemophilus influenzae de type b et hépatite B) et aux maladies contre lesquelles ces vaccins protègent.
- Les requérants seront sensibilisés au moyen de questions ouvertes portant sur leur état de santé général, la préexistence de maladies, la prise régulière de médicaments, une éventuelle grossesse et le souhait de vérifier le statut vaccinal. Ils savent ainsi qu'ils doivent s'adresser à l'infirmier s'ils répondent oui à au moins une question.
- Les requérants d'asile ont connaissance du fait que les données médicales sont traitées de manière confidentielle.
- Offre et octroi de rendez-vous pour une première consultation.

Lors de la mise en œuvre du concept, on évaluera si les contenus devront être adaptés en fonction du groupe cible.

Mandat 3:

élaborer un concept d'information et mettre à disposition le matériel nécessaire à cet égard; y compris documentation pour l'information médicale à l'arrivée

3.5 Première consultation

L'objectif consiste à saisir systématiquement et à documenter l'état de santé et le statut vaccinal des requérants d'asile ainsi qu'à trier et à adresser les patients au médecin du centre en cas de problèmes de santé urgents et aigus, de suspicion d'une maladie transmissible et pour réaliser des vaccinations.

Un infirmier mène toujours la première consultation sur la base d'une liste de questions et, le cas échéant, organise une visite médicale. Dans l'idéal, le questionnaire devrait être disponible sur ordinateur avec des algorithmes, des recommandations concernant les actions à entreprendre et des outils d'aide à la décision pour adresser au médecin, le tout dans différentes langues et avec possibilité d'imprimer le questionnaire une fois complété. Les questions relatives à la tuberculose (cf. <http://www.tb-screen.ch/app/intro.php>) seront intégrées au questionnaire, tout en conservant le calcul du score. Les listes de pays à risques en matière de tuberculose sont disponibles séparément.

En règle générale, la première consultation se déroule, avec l'accord des requérants d'asile, directement après l'information médicale à l'arrivée, mais au plus tard dans les trois jours qui suivent. Lors d'afflux importants, les rendez-vous sont octroyés en fonction du degré d'urgence, sur la base de l'appréciation de l'état général et nutritionnel, de la présence d'un des symptômes de maladie transmissible pertinente et des réponses aux questions posées lors de l'information médicale à l'arrivée (état général, maladies préexistantes, besoin de médicaments, grossesse et souhait d'évaluation du statut vaccinal).

Les urgences et le moindre signe de maladie transmissible font immédiatement l'objet des soins médicaux requis.

Mandat 4:

établir un questionnaire pour la première consultation

3.6 Médecine individuelle – Accès aux soins médicaux

L'accès à la médecine de premier recours, à savoir aux prestations de base selon l'assurance obligatoire des soins, est garantie pour tous les requérants hébergés dans des centres, aussi bien au niveau fédéral que cantonal (cf. chapitres 1.3 et 3.3). Les infirmiers assurent l'accès direct et coordonné. Quant aux «médecins des centres», ils répondent de la médecine de premier recours et, au besoin, aiguillent les requérants vers des spécialistes ou des hôpitaux. Les infirmiers endossent une première fonction de triage ou de contrôle d'accès (gatekeeping) à

l'interface avec les médecins des centres, qui assument à leur tour une seconde fonction de gatekeeping à l'interface avec les hôpitaux et les spécialistes. Les médecins des centres sont généralement des médecins pratiquant en cabinet et titulaires d'un titre postgrade en médecine générale, en médecine interne, en médecine interne générale, en pédiatrie ou des médecins praticiens. Par principe, les requérants sont adressés en premier lieu aux médecins des centres. Les adresser directement à un spécialiste se fait avec l'accord du médecin du centre. Toutefois, en règle générale, les femmes enceintes sont envoyées directement vers un gynécologue pour les examens préventifs et les enfants directement chez un pédiatre.

En ce qui concerne le choix des traitements, les médecins devraient prendre en considération les conditions de vie particulières des requérants d'asile. Il s'agit notamment de tenir compte du critère de la continuité du traitement, de l'interlocuteur et de la situation résidentielle.

Partant, dans les centres d'asile fédéraux, on se focalise sur le traitement des problèmes de santé urgents et aigus. Pour garantir leur adéquation, les thérapies à long terme devraient, lorsque cela est possible, être remises à plus tard (p. ex. après le transfert dans un centre d'hébergement collectif cantonal) de manière à assurer la continuité et la stabilité en termes de situation de logement et d'interlocuteurs médicaux.

En fin de compte, la décision concernant l'indication à une investigation ou un traitement est d'ordre médical et incombe donc aux médecins des centres ou au médecin cantonal compétent.

Les requérants ayant des besoins particuliers, les personnes vulnérables, comme les mineurs non accompagnés (MNA), les enfants, les femmes (enceintes) et les requérants souffrant de problèmes psychiques, sont soumis aux mêmes principes que tous les autres demandeurs.

Au besoin, on contactera d'autres organismes ou spécialistes actifs dans le domaine de la santé ou de la prévention, tels que l'Aide suisse contre le sida, les services régionaux spécialisés en matière de dépendance, des sages-femmes, des services de conseils en allaitement ou aux parents ou encore des centres de consultation en matière de santé sexuelle et reproductive. Cette liste n'est pas exhaustive.

3.6.1 Infirmiers

Les infirmiers des centres représentent le premier point de contact en cas de problèmes de santé, pour la consultation initiale et pour toute la durée du séjour.

Ils proposent des consultations quotidiennes (y compris le week-end si nécessaire) et endossent une fonction de gatekeeping et d'interface pour l'accès à la médecine de premier recours (en premier lieu au médecin du centre).

Les attributions directes à des spécialistes interviennent dans les domaines de la médecine dentaire, de la pédiatrie et de la gynécologie, en accord avec le médecin du centre. En outre, les infirmiers répondent de la rapidité des premiers soins prodigués aux requérants en cas d'urgence, des soins infirmiers selon les instructions des médecins, de la garantie du flux d'information entre le centre et les médecins ou les autres partenaires du domaine de la santé, de la coordination entre les rendez-vous médicaux et les convocations dans le cadre de la procédure d'asile, de la documentation des cas médicaux et de la transmission du dossier médical aux centres subséquents.

Les rôles, les responsabilités et le profil d'exigences des infirmiers sont précisés dans un descriptif de poste, le tout étant coordonné et concerté avec les médecins des centres.

Les modèles de supervision médicale de l'infirmier sont organisés différemment aux niveaux cantonal et régional.

Mandat 5:

rédiger un modèle de descriptif de poste pour les infirmiers

3.6.2 Coopération avec les médecins des centres

Une étroite collaboration avec des médecins de premier recours désignés (ou «médecins des centres») permet d'assurer que les soins médicaux de base soient prodigués aux requérants d'asile dans les centres. Les conditions (y compris rémunération des visites à domicile) sont toutefois consignées dans des conventions (ou contrats de collaboration). On envisage aussi des conventions écrites avec les gynécologues chez qui les femmes enceintes sont envoyées directement pour les examens préventifs et avec les pédiatres, vers qui les enfants sont également directement aiguillés. Les prestations fournies dans le cabinet sont facturées selon TARMEDE. Les médecins des centres proposent des consultations deux à trois fois par semaine dans le centre en question ou dans leur cabinet. La qualité des soins médicaux et la continuité sont assurées grâce à l'étroite collaboration avec les médecins des centres. L'infirmier adresse les requérants au médecin du centre, à d'autres spécialistes ou à un hôpital, par écrit, au moyen d'un formulaire sur lequel le médecin en question donne son avis en retour à l'infirmier. Si le médecin du centre envoie le requérant vers un spécialiste ou un hôpital, il l'indique à l'infirmier du centre et lui transmet les rapports médicaux afin que le dossier soit complet et que l'infirmier soit en possession des informations nécessaires pour le suivi médical du requérant.

À la moindre présence suspectée de tuberculose ou d'une autre maladie transmissible, sur la base de l'anamnèse, de signes ou de symptômes cliniques, les examens nécessaires sont effectués et des mesures sont prises.

Conformément aux dispositions légales, la personne qui établit le diagnostic doit déclarer les maladies à déclaration obligatoire au médecin cantonal et à l'OFSP.

Une plateforme de connaissances ou d'échange sera mise en place pour soutenir le réseautage et les échanges entre les professionnels médicaux qui exercent dans le domaine de l'asile (cf. chapitre 3.12).

Publications et recommandations actuelles en matière de soins médicaux:

- Des recommandations destinées aux médecins pour le premier contact des enfants et des adolescents migrants avec le système de santé sont exposées de manière détaillée dans un numéro spécial de «Paediatrica», le journal de formation continue et d'information de la Société Suisse de Pédiatrie.^[5]
- Notter et al. dans Swiss Medical Forum: Infections chez les réfugiés adultes (<https://medicalforum.ch/fr/article/doi/fms.2016.02830/>)

Mandat 6:

élaborer des modèles de contrats de collaboration et recruter des médecins partenaires

3.6.3 Informations relatives aux thèmes de la santé

D'autres informations pertinentes sur les thèmes de la santé seront mises à disposition des requérants ou intégrées à des événements thématiques spéciaux.

Au besoin, on recherchera une collaboration avec des organisations spécialisées, p.ex., dans les conseils en allaitement, ou l'Aide suisse contre le sida, etc.

3.7 Accès aux vaccinations

Les recommandations de vaccination se fondent sur le Plan de vaccination suisse^[6] ou les recommandations de l'OFSP, qui seront élaborées lors de la mise en œuvre du concept. Les CEP proposeront vraisemblablement les vaccinations de base contre les maladies suivantes: varicelle, rougeole-oreillons-rubéole, diphtérie-tétanos-coqueluche, poliomyélite, Haemophilus influenzae de type b et hépatite B. Les requérants seront renseignés à cet égard lors de l'information médicale à l'arrivée. L'infirmier vérifiera ensuite le statut vaccinal au moment

[5] PAEDIATRICA ; vol. 27, n° spécial sur les migrants II/2016

[6] <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/mensch-gesundheit/uebertragbare-krankheiten/impfungen-prophylaxe/informationen-rund-ums-impfen/schweizerischer-impfplan.html>

de la première consultation et enverra les requérants au médecin du centre (ou les enfants au pédiatre) pour évaluer la nécessité et déterminer les suites à donner.

Les vaccinations ne sont pas obligatoires et ne seront administrées qu'avec l'accord des requérants. Le schéma de vaccination sera complété dans les centres subséquents, et ce, aussi bien au niveau fédéral que cantonal. La documentation relative aux vaccins administrés et la transmission des informations est essentielle (cf. chapitre 3.12.2).

Bibliographie: renvoi à l'article de Tarr et al. dans le Swiss Medical Forum: Vaccinations chez les réfugiés adultes (<https://medicalforum.ch/fr/resource/jf/journal/file/view/article/smf/fr/fms.2016.02829/fms-02829.pdf>)

Mandat 7:

élaborer un concept de vaccination pour les centres d'asile

3.8 Mesures de santé publique

3.8.1 Directives en matière d'hygiène

Les normes d'hygiène, définies dans un concept-cadre, servent de base pour rédiger des directives internes aux centres.

Elles concernent les domaines suivants: personnel, résidents, nettoyages, aliments, élimination des déchets, parasites dans les cuisines, gale et punaises, locaux de soins médicaux.

Mandat 8:

concevoir des normes d'hygiène pour les centres d'asile

3.8.2 Remise de moyens pour la prévention des maladies transmissibles par voie sexuelle ou sanguine

Pour prévenir les maladies transmissibles par voie sexuelle ou sanguine, on met à disposition des requérants, d'une part, des préservatifs et, d'autre part, en cas de consommation de drogues injectables, du matériel d'injection propre de manière contrôlée, à savoir: contre restitution à partir de la deuxième seringue, à condition qu'une consultation médicale ait eu lieu et que chaque remise de seringue soit indiquée dans le dossier.

Il est essentiel que les utilisateurs de drogues injectables soient informés en matière de minimisation des risques de consommation et sachent à qui s'adresser pour obtenir une assistance supplémentaire.

3.8.3 Directives sur la marche à suivre en cas de flambées de maladies transmissibles (gestion des flambées)

Il existe des directives pour les flambées les plus fréquentes de maladies infectieuses.

Il s'agit là d'agents pathogènes transmissibles par voie aérienne, féco-orale ou par contact direct, en particulier: tuberculose, varicelle, rougeole, diphtérie, méningocoques, norovirus, gale et poux.

Ces dispositions permettent une procédure standardisée en cas de flambées.

Mandat 9:

élaborer les directives pour les flambées de maladies infectieuses les plus fréquentes

3.9 Médicaments

3.9.1 Pharmacies d'institution

Les pharmacies d'institution doivent être surveillées par un responsable technique^[7]. La loi veut qu'il s'agisse d'un médecin ou d'un pharmacien.

La possibilité d'un achat centralisé via armasuisse doit être examinée. Actuellement, les médicaments en vente libre (catégories C/D/E) destinés aux pharmacies d'institution des centres d'asile sont achetés localement, sur place, dans les pharmacies concernées. Quant aux médicaments soumis à ordonnance, ils sont obtenus en fonction des besoins des patients au moyen de l'ordonnance en question.

Mandat 10a:

dans chaque centre, un médecin ou un pharmacien doit endosser la responsabilité technique de la pharmacie; examiner la situation en matière d'approvisionnement

[7] http://www.kantonsapotheke.ch/fileadmin/docs/public/kav/posipapiere/regles_de_bonnes_pratiques_de_remise_de_medicaments_version_1.pdf

3.9.2 Utilisation des médicaments

Les infirmiers et le personnel d'encadrement doivent utiliser les médicaments de l'armoire à pharmacie non soumis à ordonnance (catégories C/D) sous la surveillance d'un médecin, en respectant des procédures standardisées. En revanche, les infirmiers peuvent remettre librement les médicaments de la catégorie E.

Mandat 10b:

clarifier les modalités d'approvisionnement pour les centres fédéraux et la responsabilité technique, instaurer des normes d'utilisation pour les médicaments non soumis à ordonnance

3.10 Garantie de la compréhension linguistique

Lorsque la santé entre en jeu, il est impératif de comprendre et d'être compris.

On peut faire appel au personnel d'encadrement parlant la langue en question pour les situations simples du quotidien, n'ayant qu'une faible portée.

Par contre, si la compréhension entre le personnel médical et les requérants n'est pas garantie, il faudra s'adresser à un interprète. En règle générale, on se tournera vers le Service national d'interprétariat téléphonique. Pour ce qui est des conversations complexes, émotionnelles et à portée plus importante ainsi que pour les visites médicales de personnes particulièrement vulnérables (p.ex. patients de pédiatres, de gynécologues ou de psychiatres), la présence d'un interprète professionnel du même sexe est nécessaire.

À titre exceptionnel, en particulier sur demande des requérants, on pourra faire appel à des amis ou à des membres de la famille disposant des compétences linguistiques requises. Toutefois, il est délicat d'impliquer d'autres requérants d'asile comme interprètes dans le domaine de la santé (secret médical, loyauté, rôles, etc.).

Le SEM endosse les frais d'interprétation qui se présentent au sein des structures des centres d'asile fédéraux, à savoir les coûts d'interprétariat dans le cadre de l'activité des médecins collaborant avec les centres d'asile de la Confédération.

Les coûts d'interprétariat liés aux structures des soins médicaux réguliers ne sont pas pris en charge (cf. chapitre 6).

Interpret, l'Association suisse pour l'interprétariat communautaire et la médiation culturelle, fournit différents guides pour l'utilisation de services d'interprétariat.

Quant à l'OFSP, il met à disposition une prise de position concernant la compréhension dans les centres d'asile de la Confédération.

Remarques :

Au niveau fédéral, l'OFSP et le SEM encouragent tous deux l'interprétariat communautaire. Ensemble, ils ont conclu un contrat de subventionnement avec l'association Interpret, qui assume des tâches centrales dans les domaines de la qualification, de l'assurance qualité et des relations publiques. Elle est responsable d'élaborer des concepts et des projets et agit en tant qu'association faitière et professionnelle suisse ainsi que comme organisation nationale spécialisée.

L'OFSP a créé le SIT, qui est exploité par Aoz Medios. Ce service payant est particulièrement utilisé dans les hôpitaux, les cliniques et les permanences.

3.11 Coordination des mesures entre la Confédération et les cantons

3.11.1 Rôles et responsabilités

Des maladies transmissibles peuvent survenir en tout temps. Les requérants d'asile qui étaient asymptomatiques au moment de leur séjour dans un CEP peuvent développer des symptômes plus tard. Par conséquent, le dépistage des maladies transmissibles représente une tâche et une obligation communes à tous les centres d'asile aux niveaux fédéral et cantonal.

Les rôles et les responsabilités en cas de flambées sont clairement réglés. Dans ce genre de cas, le médecin cantonal est l'interlocuteur pour les centres d'hébergement de son canton ainsi que pour les CEP et les centres fédéraux établis dans son canton. En outre, il se charge des mesures requises, en collaboration avec le médecin du centre et l'infirmier concernés. Le flux d'informations est clairement réglé dans les normes de procédures en cas de flambées de maladies transmissibles (cf. 3.8.3). Ainsi, toutes les parties impliquées savent qui elles doivent informer, quand et de quelle manière elles doivent le faire. Quant aux responsables, ils disposent des renseignements nécessaires en temps utile. Il s'agit là d'un aspect important, en particulier lorsque des transferts vers d'autres centres sont prévus.

3.11.2 Transmission du dossier médical lors du passage de la Confédération au canton

Dans tous les cas, le canton reçoit le dossier médical des requérants d'asile qui lui sont attribués. Ce dossier contient les résultats de la première consultation ou, le cas échéant, l'indication que cette consultation a été refusée ou n'a pas eu lieu.

La transmission du dossier médical et la déclaration des cas médicaux aux destinataires cantonaux indiqués par les cantons, s'effectue sur la base des conventions existantes avec la CDAS, si possible par *Secure Mail*, ou par fax. Le destinataire est ensuite responsable de la transmission ultérieure du dossier :

SEM

Notification préalable nécessaire*

L'administration informe l'autorité cantonale compétente **au moins trois jours avant la sortie** au moyen du document « annonce requérant d'asile » **par *Secure Mail/fax***, sur la base de la liste d'adresses concernant les attributions auprès des responsables cantonaux, et conformément à la directive de répartition.

Pas de notification préalable

L'administration annonce la personne à l'autorité cantonale, **au plus tard la veille de sa sortie, par *fax/Secure Mail***, sur la base de la liste d'adresses concernant les attributions auprès des responsables cantonaux, et conformément à la directive de répartition.

Personnel d'encadrement (ORS/AOZ)

Notification préalable nécessaire*

Le personnel d'encadrement transmet les éventuels actes médicaux à l'autorité désignée par le canton **au moins trois jours avant la sortie, par *Secure Mail/fax*** (liste des destinataires cantonaux pour les informations médicales).
(Pas d'envoi du dossier médical par poste).

Pas de notification préalable

Le service d'encadrement envoie le dossier médical à l'autorité indiquée par le canton, **par *Secure Mail/fax*, au plus tard le jour même du transfert** (liste des destinataires cantonaux pour les informations médicales).

cf. annexe 2, CDAS

L'introduction du dossier médical par voie électronique, le « dossier électronique du patient » (eHealth), ne fait pas partie de ce concept de mise en œuvre mais pourra éventuellement être repris dans un projet ultérieur.

Mandat 11:

vérifier l'exhaustivité de la liste d'adresses cantonales pour les délégations selon la directive de répartition

3.12 Qualifications, formations et formations continues

Tous les infirmiers des centres fédéraux et cantonaux ont la possibilité de suivre les formations (continues) prévues pour eux dans le catalogue des exploitants des centres.

Tous connaissent les procédures à cet égard.

3.12.1 Qualifications professionnelles des infirmiers

Comme nous l'avons mentionné dans les principes, les infirmiers sont au bénéfice d'un diplôme d'une école supérieure (ES) ou équivalent. Dans l'idéal, les équipes soignantes sont composées d'infirmiers spécialisés dans différents domaines, en particulier dans la médecine d'urgence, la psychiatrie et la pédiatrie.

Il est obligatoire de suivre régulièrement des cours de premier secours.

3.12.2 Formations sur les maladies transmissibles dans le domaine de l'asile à l'intention du personnel d'encadrement et de sécurité

Une séance d'information annuelle renseigne le personnel d'encadrement et de sécurité des centres d'asile sur les maladies transmissibles pertinentes dans le contexte de leur activité professionnelle dans un centre d'asile, à savoir les maladies sur lesquelles se focalise l'information médicale à l'arrivée.

La Ligue pulmonaire suisse se charge de l'information relative à la tuberculose, qui est convenue par contrat.

Mandat 12a:

développer un module de formation sur les maladies transmissibles dans le domaine de l'asile pour les employés et les infirmiers : reconnaissance des symptômes, conséquences des maladies et mesures (dans le cadre de la gestion de flambées)

3.12.3 Qualifications spécifiques à la migration pour les infirmiers et les médecins

Outre les qualifications professionnelles, de bonnes connaissances des domaines spécifiques à la migration sont importantes pour identifier les concepts en matière de santé qui diffèrent selon les cultures et être à même de bien les gérer. Une formation continue portant sur les mutilations génitales féminines est prévue en collaboration avec le réseau suisse contre l'excision.

Une formation continue dans le domaine des compétences transculturelles est obligatoire.

En collaboration avec le Dr Patrick Bodenmann (responsable de l'Unité des populations vulnérables, Polyclinique médicale universitaire, Lausanne), l'OFSP développe un module de formation continue spécifique au domaine de la santé.

Ces formations seront également proposées aux médecins des centres et aux autres professionnels médicaux qui travaillent avec les centres.

Mandat 12b:

développer le module de formation continue portant sur les compétences transculturelles dans le domaine de la santé

3.12.4 Plateforme de connaissances destinée aux professionnels médicaux dans le domaine de spécialisation

Une plateforme de connaissances permet aux professionnels médicaux travaillant dans le domaine de l'asile d'accéder aux informations scientifiques actuelles, à des études et à des formations continues. Elle permet aussi un échange de recommandations et de meilleures pratiques. Les groupes cibles et les responsabilités en matière d'entretien de cette plateforme sont à définir.

Mandat 12c:

créer une plateforme de connaissances destinée aux professionnels médicaux dans le domaine de l'asile; clarifier les responsabilités et, le cas échéant, former un nouveau groupe de travail

3.13 Secret médical

Les professionnels de la santé sont tenus par le secret médical. Celui-ci englobe tout ce qui a été confié à un médecin dans son activité professionnelle et tout ce qu'il a remarqué dans ce même cadre. Le médecin n'est autorisé à fournir des informations à des tiers que si le patient a donné son accord, si une loi le prévoit ou s'il a été libéré du secret professionnel par l'autorité cantonale. Pour pouvoir donner son accord, le patient doit être capable de discernement. Le consentement n'est valable qu'à partir du moment où il est donné de manière volontaire et sur la base d'informations appropriées. La personne concernée doit en outre savoir quelles informations le médecin communiquera à des tiers et dans quel but.

Il convient ici de faire la distinction entre, d'une part, le déliement du secret médical concernant la procédure d'asile et de renvoi et, d'autre part, celui dans le domaine des soins médicaux individuels réguliers. Ce dernier a pour objectif de fournir au médecin traitant suivant ou aux autorités cantonales compétentes les informations

médicales pertinentes pour d'éventuels traitements consécutifs ou des mesures de protection de la santé publique (p.ex.: quel est le statut vaccinal de la personne? Le cas échéant, quels sont les risques pour des tiers en présence d'une maladie transmissible? Quels traitements ont été effectués?).

En ce qui concerne la procédure d'asile et de renvoi, le requérant remplit un formulaire de déclaration de consentement lors de l'audition sur la personne à l'arrivée. Celui-ci inclut le déliement du secret médical.

Mandat 13:

vérifier au niveau juridique si les déclarations de consentement écrites utilisées dans la procédure d'asile et de renvoi peuvent également l'être pour le déliement du secret médical dans le cadre des soins médicaux individuels réguliers, si leur structure doit être différente et, le cas échéant, s'il faut avoir recours à diverses déclarations de consentement

3.14 Mise en œuvre

Les mesures sont réalisées par étapes: celles visant à assurer l'accès aux soins médicaux et à détecter ainsi qu'à traiter les maladies transmissibles sont contraignantes.

Ainsi, les mandats 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13 et 14 doivent être traités en priorité.

En revanche, les autres mesures, telles que la création d'une plateforme de connaissances pour les professionnels médicaux travaillant dans le domaine de l'asile ou les mesures dans le domaine des pharmacies d'institution, ne sont pas contraignantes mais devraient être mises en œuvre d'ici à fin 2018. Il s'agit là des mandats 10, 12b et c.

Le groupe de travail accompagnera les activités de mise en œuvre jusqu'au printemps 2018 pour ensuite faire place à un nouveau groupe spécialisé (à constituer), sous la co-direction de l'OFSP et du SEM. Ce dernier se composera de représentants des sections impliquées de l'OFSP et du SEM, y compris de spécialistes des centres d'hébergement collectifs, de représentants des autorités cantonales compétentes, de spécialistes dans le domaine de la médecine pour les migrants (à définir) et d'autres parties prenantes.

Le groupe spécialisé se chargera de l'évaluation et du contrôle de l'efficacité des mesures (cf. 3.15).

Mandat 14:

constituer un groupe spécialisé

3.15 Évaluation et contrôle de l'efficacité des mesures

Le groupe spécialisé susmentionné sera chargé d'évaluer et de contrôler l'efficacité des mesures.

Ont été proposés jusqu'ici comme instruments de contrôle possibles pour toute la procédure: l'introduction d'un système de déclaration et de gestion des incidents (CIRS), l'interrogation périodique de différents acteurs, tels que médecins/infirmiers à l'échelle fédérale/cantonale, médecins cantonaux et conseillers juridiques des requérants.

En ce qui concerne les centres, les paramètres du système actuel de gestion de la qualité (EQS relative aux normes de qualité) devraient être adaptés. En particulier, on enquêterait sur le nombre de premières consultations, de requérants référés à un médecin du centre et de recours à des services d'interprétariat pour ensuite exploiter ces données.

Mandat 15:

établir le CIRS (formulaire de déclaration), voies de transmission, groupe spécialisé, formation, adaptation de l'EQS

4. Ressources pour la mise en œuvre du concept

N° de mandat	Thème	À faire	Responsabilité	Délai
1a		Planification des ressources pour les infirmiers – demande d'acquisition	SEM	04/17
1b	Déroulement et organisation des soins médicaux dans les CEP/centres fédéraux	Adaptation des guides médicaux et des instructions de travail, formulaires pour la documentation et le transfert à un médecin ou à un hôpital	SEM	12/17
2	Déroulement et organisation des soins médicaux dans les centres d'hébergement collectif cantonaux	Au besoin, adaptation des normes et des instructions de travail	Cantons	01/18
3	Supports pour l'information médicale à l'arrivée	Élaboration d'un concept d'information et d'un outil d'information sur Internet	OFSP	10/17
4	Questionnaire pour la première consultation	Création d'un questionnaire pour la première consultation; dans l'idéal, disponible sur ordinateur avec des recommandations à l'intention des infirmiers concernant les actions à entreprendre et un dépistage de la tuberculose intégré avec calcul d'un score.	OFSP	10/17
5	Médecine individuelle – Infirmiers	Modèle de descriptif de poste et ajout des nouvelles tâches	SEM	08/17
6	Médecine individuelle – Médecins des centres	Modèle de contrats de coopération et recrutement, le cas échéant	SEM	08/17
7	Vaccinations	Concept de vaccination	OFSP	09/17
8	Directives en matière d'hygiène	Normes	SEM	12/17
9	Gestion en cas de flambées	Établissement de normes	OFSP/SEM	08/17

10a	Médicaments	Organisation de la responsabilité technique des pharmacies	SEM	06/18
10b		Normes d'utilisation	SEM	06/18
11	Transmission des données Confédération-canton	Liste d'adresse des destinataires cantonaux	SEM	11/17
12a	Qualifications, formation et formation continue	Module de formation sur les maladies transmissibles dans le domaine de l'asile	OFSP	10/17
12b		Développement d'un module de formation continue portant sur les compétences transculturelles dans le domaine de la santé	OFSP	12/17
12c		Plateforme pour l'échange d'informations entre professionnels médicaux: meilleures pratiques, recommandations	OFSP	06/18
13	Consultation des dossiers médicaux	Vérification de la situation juridique de la déclaration de consentement lors de la procédure d'asile	SEM	12/17
14	Mise en œuvre	Constitution d'un groupe spécialisé	OFSP/SEM	12/17
15	Évaluation de l'efficacité	Établissement des paramètres d'évaluation – évaluation de l'efficacité	OFSP/SEM	12/17

5. Thèmes pour la restructuration

Les adaptations nécessaires en raison de la révision de la loi sur l'asile, qui figurent dans le présent concept de mise en œuvre, interviendront dans le cadre d'une étape suivante. Le présent concept servira de base à cet égard.

Il s'agira notamment d'examiner les rapports de travail des infirmiers et la collaboration avec les médecins des centres. À l'heure actuelle, le SEM délègue le recrutement des infirmiers à des tiers: cette tâche est assumée par des prestataires chargé du personnel d'encadrement. Il convient de vérifier s'il faudra maintenir cette procédure ou, le cas échéant, séparer l'attribution des mandats dans le domaine des soins médicaux de celle des mandats pour l'encadrement.

Lors de la restructuration, il s'agira de veiller à ce que suffisamment de locaux adaptés soient disponibles dans les centres d'asile pour les infirmiers, les consultations médicales et l'isolement.

La mise en œuvre de la révision de la loi sur l'asile engendra aussi des changements notables dans le domaine de l'établissement des faits médicaux. Ce point sera abordé séparément dans le projet de restructuration.

6. Autres thèmes et questions ouvertes

La suppression de la base légale pour un examen ou un questionnaire de santé systématique lors de l'arrivée dans un centre fédéral, prévue par la loi révisée sur les épidémies, a fait l'objet de discussions approfondies entre les différents acteurs. Cette procédure a été adoptée en partant du principe qu'elle sera accompagnée par un groupe spécialisé, évaluée régulièrement et que l'on considèrera, le cas échéant, une modification de la loi.

Le système impliquant les médecins des centres à l'interface entre le centre d'asile et la médecine de premier recours mettra probablement les exploitants des centres face à de grands défis en matière de recherche de médecins de famille, notamment dans les régions rurales. Ceci pourrait représenter un facteur critique s'agissant de la garantie des soins médicaux dans le domaine de l'asile et obliger la politique de la santé à trouver des solutions.

Les coûts d'interprétariat et la garantie des soins sont des thèmes liés à la politique sanitaire et financière. La question de la prise en charge des coûts d'interprétariat (présentations non obligatoires), qui apparaissent dans le cadre des structures de santé régulières, ne peut pas être résolue dans ce cadre et au sein des groupes de travail. Le comité de pilotage souligne l'importance de cette discussion et demande qu'elle soit poursuivie sous la direction de l'OFSP en impliquant les parties prenantes concernées, comme les cantons et les assureurs-maladie.

Il faut encourager l'établissement de normes et de meilleures pratiques pour les soins médicaux dans le domaine de l'asile. L'une des possibilités consiste à créer des réseaux de professionnels actifs dans le domaine de l'asile,

en prenant exemple sur le modèle du canton de Vaud **RESAMI (REseau de Santé et Migration)**. Le projet *Swiss Hospitals for Equity*, soutenu par l'OFSP, contribue à renforcer les soins médicaux en lien avec la migration. Il s'agit là d'un réseau d'hôpitaux universitaires et cantonaux qui vise à promouvoir l'accès aux soins pour tous les patients, indépendamment de leur origine, nationalité, langue, religion ou situation socio-économique. Une étude récente concernant le besoin d'assistance des médecins de famille et les solutions à cet égard^[8] poursuit les mêmes objectifs.

L'OFSP élaborera également des recommandations concernant l'approche pour les personnes traumatisées, victimes de la torture et de la guerre (mandat en cours d'élaboration). Du point de vue des exploitants des centres d'asile fédéraux, garantir un nombre de places suffisant pour les soins d'urgences est prioritaire.

L'introduction d'un dossier médical électronique dans les centres fédéraux ne peut pas être abordée dans le cadre du projet actuel, mais il faut la garder à l'esprit dans le développement des procédures. Dans la mesure du possible, il ne faudrait pas que le SEM crée des structures parallèles compte tenu des évolutions actuelles dans le domaine de la cybersanté. Toutefois, le groupe de travail souligne que l'applicabilité pour les prestataires de tels dossiers électroniques du patient constituera un facteur d'acceptation important.

En conclusion, la mise en œuvre de ce projet est un bon début et une base solide pour continuer de faire face aux défis à venir avec toutes les parties prenantes.

[8] Birgit Laubereau et al. Besoin d'assistance des médecins de famille et solutions. Bulletin des médecins suisses 2017; 98 (23): 712-714

Annexe



Interprétariat communautaire dans les soins de santé pour les requérants d'asile sous la responsabilité des centres d'enregistrement et de procédure de la Confédération

Lorsque la santé est en jeu, il est crucial de bien comprendre et d'être compris. Votre centre d'enregistrement et de procédure vous offre la possibilité de faire appel à des interprètes professionnels en cas de difficultés linguistiques. Ces derniers facilitent et améliorent la compréhension entre les requérants d'asile et les professionnels de la santé. Pour le personnel médical ou le médecin du centre, le Secrétariat d'État aux migrations (SEM) prendra en charge les coûts de cette prestation à partir de janvier 2018.

Les problèmes de compréhension doivent être sérieusement pris en compte car ils peuvent avoir de graves répercussions. Ils présentent des risques importants d'erreurs de diagnostic et de traitement. Ils altèrent la qualité des traitements ainsi que la sécurité des patients et rendent impossible le consentement éclairé (*informed consent*) de ces derniers en cas d'intervention médicale.

Les professionnels du domaine médical décident de faire appel ou non à des interprètes en fonction des compétences linguistiques du patient et de la complexité de l'entretien.

Éléments permettant de déterminer si le recours à un interprète s'impose :

- Je ne peux pas communiquer clairement le motif et le but de l'entretien.
- Je ne comprends pas bien les affirmations du patient.
- Je veux communiquer des informations qui doivent impérativement être comprises.
- Je veux avoir l'assurance que mes décisions et les engagements pris sont bien compris, approuvés et respectés.
- Je dois aborder des sujets complexes et difficiles à expliquer.
- Il faut s'attendre à des réactions émotionnelles de la part du patient.
- Je dois garantir l'accord du patient pour le traitement selon le principe du consentement éclairé.

Si au moins trois de ces énoncés correspondent au cas qui vous occupe, cela signifie qu'il est nécessaire de faire appel à un professionnel de l'interprétariat communautaire.

Les interprètes traduisent les propos des interlocuteurs dans leur intégralité et de manière fidèle. Ces personnes sont tenues au secret professionnel et doivent exercer leur mandat en toute neutralité et impartialité. Leur mission clairement définie

permet d'éviter les omissions et les distorsions dans la traduction ainsi que des conflits en matière de loyauté et de rôle.

Les personnes susceptibles d'aider à la traduction (collaborateurs sans formation en la matière, proches, requérants d'asile) ne sont en général pas qualifiées pour ce type d'interprétariat. L'exactitude de leur traduction, au niveau de la langue et du contenu, ne peut pas être garantie.

Les interprètes communautaires peuvent fournir leurs prestations par téléphone ou être physiquement présents.

Service national d'interprétariat téléphonique :

Le service national d'interprétariat téléphonique met quotidiennement à disposition, de 7 h 00 à 19 h 00, des interprètes qualifiés pour régler rapidement les problèmes de compréhension dans plus de 30 langues :

<http://0842-442-442.ch/home-fr.html>

Interprétariat communautaire sur place :

Un réseau de [services d'interprétariat](#) régionaux met à disposition des interprètes professionnels couvrant près de 70 langues :

<http://www.inter-pret.ch/fr/angebote/die-regionalen-vermittlungsstellen-44.html>

Instructions pour assurer une bonne collaboration avec les interprètes communautaires.

<http://elearning-iq.ch/>

<http://www.migesplus.ch/fr/migesexpert/communication-interpretariat/collaboration-avec-un-interprete/>

<http://www.trialog.inter-pret.ch/>

Problèmes de santé et besoins particuliers des requérants d'asile à signaler par l'ODM/les CEP aux cantons, au moins 3 jours avant l'attribution

Date **4 octobre 2012**

Conformément au ch. 3.5 de la directive sur la répartition des requérants d'asile, l'OFM informe les cantons par fax sur l'attribution de **cas spéciaux**, comme les mineurs non accompagnés, les personnes handicapées ou malades, les femmes dans un état de grossesse avancée, etc. Ces informations sont communiquées à l'autorité désignée par le canton avant 15 h et ce, trois jours ouvrés avant l'arrivée du requérant (p.ex. annonce le lundi pour arrivée le jeudi ; cf. ch. 3.4 de la directive). L'ODM évite, dans la mesure du possible, d'attribuer des cas spéciaux le vendredi. En cas de situation extraordinaire, une attribution de cas spéciaux est possible d'entente avec les personnes de contact cantonales même si le délai de préavis de trois jours ouvrés ne peut pas être tenu.

Les coordinatrices et coordinateurs cantonaux en matière d'asile proposent de considérer comme spéciaux les cas suivants et de les annoncer dans les délais mentionnés :

1. Problèmes de santé qui entravent les actes de la vie quotidienne

- Trouble fonctionnel avec handicap associé, temporaire ou chronique, qui entrave ces personnes dans leur vie quotidienne ; par exemple :
 - Fauteuil roulant, cannes anglaises, attelles
 - Poches de stomie intestinale ou urinaire
 - Cécité
 - Surdité
 - Amputations
 - Dialyse
- Personnes ayant besoin d'encadrement :
 - Mineurs non-accompagnés
 - Enfants de moins de deux ans accompagnés d'un seul parent

2. Problèmes de santé déjà signalé au CEP requérant une prise en charge médicale rapide à l'arrivée dans le canton

- Requérants d'asile en situation de handicap mental ou physique
- Requérants d'asile souffrant d'épilepsie
- Requérants d'asile souffrant d'allergies alimentaires
- Requérantes d'asile dans un état de grossesse avancée (plus de 7 mois) ou de grossesse à risque

- Requérants d'asile nécessitant des soins médicaux quotidiens (pour blessures)
- Requérants d'asile qui nécessitent un suivi médical ou ne pouvant/devant pas disposer personnellement d'une quantité suffisante de médicaments (sur ordre du médecin) ; par exemple en cas de :
 - Diabète insulino-dépendant
 - Diabète non insulino-dépendant, réserve de médicaments antidiabétiques pour une durée de moins de 7 jours
 - Asthme ayant provoqué une consultation médicale / hospitalisation dans les 14 jours précédant l'attribution au canton
 - Soins postopératoires
 - Maladie parasitaire pouvant avoir un impact pour l'entourage (p.ex. gale ou poux) **et** exigeant l'administration rapide d'une seconde dose de traitement
 - Patients en situation de dépendance (alcool, drogues, médicaments) nécessitant l'administration de Rivotril, de Subutex, de Méthadone, d'Antabus ou d'analgésiques puissants
- Requérants d'asile nécessitant un suivi médical psychologique ; par exemple en cas de :
 - Troubles graves du comportement (p.ex. avec automutilation)
 - Troubles psychiatriques consécutifs à des traumatismes
- Requérants d'asile soumis à des tests de dépistage de la tuberculose (c.f. directives techniques de l'OFSP relatives aux mesures à prendre par le service sanitaire de frontière pour les personnes relevant du domaine de l'asile dans les centres cantonaux et fédéraux, du 24 avril 2008)

Les CEP évitent de transférer aux cantons des personnes souffrant de maladies aiguës hautement contagieuses (cas appelant des mesures générales ou la protection des personnes à risque). Si un tel transfert est inévitable et que le risque de contagion est connu, le CEP prend contact avec le canton concerné.

Office fédéral de la santé publique OFSP
Schwarzenburgstrasse 157, 3003 Berne

Secrétariat d'État aux migrations SEM
Quellenweg 6, 3003 Berne

