

Soins de santé pour les requérants d'asile

Continuité grâce au dossier électronique du patient

Cadre et alternatives

Version courte du rapport pour l'Office fédéral de la santé publique

Walid Ahmed et Ümit Kutbay

2022

1 Introduction

Le présent rapport est un résumé des principaux résultats de l'étude « Soins de santé pour les requérants d'asile. Continuité grâce au dossier électronique du patient. Cadre et alternatives ». Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), nous avons cherché à savoir dans cette étude si et à quelles conditions l'utilisation du dossier électronique du patient (DEP) dans le domaine de l'asile serait efficace, adéquate et économique, quelles seraient les alternatives et, le cas échéant, les adaptations du droit nécessaires.

Pour ce faire, nous nous sommes concentrés sur trois questions :

1. Le cadre légal (en particulier la loi fédérale sur le dossier électronique du patient, LDEP) permet-il aux acteurs qui participent aux soins de santé des requérants d'asile dans les établissements d'asile de la Confédération ou des cantons d'utiliser le DEP ?
2. Les aspects techniques de la LDEP conviennent-ils pour améliorer les flux d'information des données de santé de façon à améliorer la continuité des soins, indépendamment de l'applicabilité légale et de la faisabilité ?
3. À quelles conditions la mise en œuvre pourrait-elle être conforme à la LDEP ?

Nous avons testé et évalué différents scénarios. Le présent résumé ne reprend que les variantes les plus intéressantes du point de vue de l'économicité et de l'adéquation (« utilisation du DEP sous le droit en vigueur »). En résumé, l'étude conclut que l'utilisation du DEP est possible assez rapidement et à faible coût, avec quelques adaptations organisationnelles mais sans achat de nouveaux systèmes TIC ni adaptation des systèmes existants. Le DEP est une prestation de services certifiée de « communautés de référence » (autrement dit : ensembles d'établissements et de professionnels de la santé) et de leurs gestionnaires de plateformes techniques. Son utilisation est donc à privilégier par rapport à d'autres solutions, tant du point de vue du coût d'exploitation que de la maintenance et du développement. Les hautes exigences légales formulées dans la LDEP permettent en outre d'assurer et de contrôler la sécurité et la protection des données, y compris sur la durée. Enfin, ces variantes ne constitueraient pas une solution « taillée sur mesure » pour les exigences de la procédure d'asile.

2 Situation actuelle : soins de santé pour requérants d'asile

Le processus régissant les soins de santé des requérants d'asile comprend trois niveaux, Confédération, cantons et communes. A chaque niveau interviennent des fournisseurs de prestations de santé relevant de l'économie privée, qui échangent entre eux des données des requérants pertinentes pour le traitement. Les médecins cantonaux y participent aussi au niveau cantonal.

Les processus ne sont pas uniformes au niveau des cantons et des communes ; contrairement à ceux qui ont cours au niveau fédéral, ils sont très hétérogènes.

Au niveau de la Confédération et des cantons, différents acteurs participent aux flux d'informations concernant le traitement médical des requérants d'asile :

- niveau fédéral : Secrétariat d'État aux migrations (SEM), centres fédéraux pour requérants d'asile (CFA) avec le personnel infirmier qui y travaille (« Medic-Help ») ;
- niveau cantonal : autorités cantonales responsables pour les question de migration et d'accueil , y inclus le personnel de santé en charge des requérants d'asile (comme au niveau fédéral) ;
- médecins de premier recours, appelés « médecins partenaires », généralement des médecins de famille sur mandat de la Confédération / des cantons ;
- médecins de soins secondaires : hôpitaux, spécialistes ;
- agents payeurs.

Le contact avec le système de santé débute généralement par l'admission du requérant d'asile dans un centre fédéral. Un infirmier (de « Medic-Help », sur mandat de la Confédération) commence par donner au requérant une première information médicale dans le cadre d'un entretien individuel. Il lui communique les coordonnées de la personne de contact auquel il s'adressera en cas de problèmes de santé ou de questions médicales. En règle générale, avec l'accord du requérant, celui-ci bénéficie en outre d'une première consultation. Un questionnaire permet d'analyser et de documenter son état de santé de manière structurée. Selon la situation médicale, l'infirmier peut déjà adresser le requérant au médecin du centre.

Cette organisation des soins de santé au niveau fédéral (et parfois de manière identique au niveau cantonal) ressemble au modèle du médecin de famille ou du cabinet de groupe, tel qu'on le connaît dans certains modèles d'assurance-maladie. En cas de maladie, le requérant d'asile s'adresse d'abord au professionnel de la santé compétent (1^{er} « gatekeeper », généralement le personnel infirmier), ce qui permet, au besoin, un accès coordonné au médecin partenaire ou du centre (2^e gatekeeper). Selon la situation, celui-ci s'adresse à des spécialistes ou à un hôpital.

Le passage du requérant d'asile de la Confédération au canton signifie, pour les soins médicaux, un changement de professionnel de la santé et de « médecin de famille ». L'anamnèse (en particulier les comptes rendus de diagnostic et de traitement) doit être mise à disposition du nouveau professionnel compétent (situé désormais au niveau cantonal).

Globalement, le processus du traitement médical et de la documentation dans le domaine de l'asile est encore peu numérisé et souvent marqué par des changements de support. Autrement dit, le risque est que les informations ne soient pas échangées de manière intégrée, structurée et numérisée entre les acteurs et leurs systèmes, mais qu'elles doivent être transférées d'un support ou d'un système à un autre (ce qui oblige p.ex. à scanner les documents papier, à imprimer les documents numériques, ou à les envoyer par poste, fax ou courrier électronique). Les ruptures de support surviennent à différentes interfaces :

1. « horizontale » : dans les soins de santé immédiats à un niveau (Confédération ou canton), donc lors de l'échange d'informations entre le personnel infirmier des centres fédéraux pour requérants d'asile (« Medic-Help » ; 1^{er} gatekeeper) et les médecins du centre (2^e gatekeeper) jusqu'aux spécialistes et aux hôpitaux ;
2. « verticale » : quand un requérant est attribué à un hébergement cantonal, le personnel infirmier du centre fédéral établit son dossier de patient et le transmet à une personne du canton désignée à l'avance. Parallèlement, le requérant reçoit aussi le contenu de l'anamnèse sur papier. À l'heure actuelle, la transmission se fait rarement depuis des banques de données communes ou par des courriers électroniques sécurisés, mais le plus souvent par la poste, sous forme de dossier papier ou de fichier sur une clé USB. Au niveau cantonal, il est donc fréquent que le personnel infirmier compétent ou le médecin qui prend la suite ne disposent pas immédiatement des documents pertinents pour le traitement ou que ceux-ci soient incomplets. Dans ce cas, les infirmiers et les médecins qui prennent le relais ne connaissent pas toute l'histoire du traitement et doivent retrouver les personnes qui les ont précédés, les contacter et leur réclamer les documents manquants – parfois encore incomplets.

La fragmentation des compétences et des processus ainsi que le soutien numérique rudimentaire n'entraînent pas seulement des ruptures de supports inefficaces ou sujets aux erreurs, mais souvent aussi, par suite, une perte ou une non-disponibilité des informations.

Il ne faut pas oublier ici non plus qu'il est souvent difficile d'obtenir des informations des requérants d'asile en raison des barrières linguistiques et de la nécessité de faire appel à des interprètes. De ce fait, ces informations sont particulièrement précieuses et leur perte particulièrement fâcheuse. Dans le domaine de la santé psychique, la nécessité de redemander des informations perdues constitue un stress psychique inutile.

De plus, lorsque les compétences sont fragmentées, la responsabilité du respect de la protection et de la sécurité des données est répartie entre de nombreux acteurs, n'est pas totalement assurée techniquement et dépend ainsi de conditions techniques et organisationnelles très hétérogènes.

Ces déficits dans les modalités actuelles d'échange d'informations médicales sont susceptibles d'avoir un impact négatif sur la qualité du traitement, la sécurité des patients, l'efficacité des soins et aussi, notamment, sur l'autodétermination informationnelle et sur les compétences en santé des requérants d'asile. L'objectif de la LDEP est justement, avec le DEP, d'améliorer ces aspects.

3 Le DEP : plaque tournante pour l'échange d'informations

En Suisse, on entend par dossier électronique du patient un dossier virtuel qui permet au personnel de santé autorisé d'avoir accès, par une procédure d'appel, aux données d'un patient pertinentes pour le traitement, stockées de manière décentralisée. Le contenu est disponible en tout temps et en tout lieu le long du parcours de soins. Les patients peuvent le consulter et gérer les droits d'accès.

L'autorisation écrite du patient est nécessaire pour la création d'un DEP. Cette autorisation n'est valable que si la personne partage volontairement ses données après avoir été informée de manière appropriée sur la façon dont elles sont traitées et sur les conséquences (consentement éclairé).

Le DEP se fonde sur le principe de la gestion partagée des données et fonctionne sans stockage centralisé des documents. Chaque professionnel de la santé saisit et sauvegarde les données et les documents médicaux de ses patients comme il le fait d'habitude dans son propre système de documentation. On parle ici de « système primaire ». Les documents pertinents pour la suite du traitement (radiographies, comptes rendus d'opération et de sortie, résultats de laboratoire, listes de médicaments, etc.) qui y sont stockés peuvent être mis à disposition depuis ces systèmes via le DEP et ainsi rendus accessibles à d'autres professionnels de la santé. Le DEP est de ce fait aussi appelé « système secondaire ».

L'introduction du DEP en Suisse fait partie du projet d'informatisation du système de santé. Il doit permettre d'accroître la qualité du traitement médical, d'améliorer les procédures thérapeutiques, d'augmenter la sécurité des patients et l'efficacité du système de santé, ainsi que de promouvoir les compétences en santé des patients (art. 1 LDEP, qui indique l'objet et le but de la loi).

Les communautés de référence certifiées proposent désormais des dossiers électroniques de patients dans toutes les régions de soins de Suisse. Un coup d'œil sur d'autres pays (Autriche, Grande-Bretagne et de nombreux pays scandinaves) montre que des projets comparables sont devenus des instruments précieux et largement acceptés du système de santé. Avant l'introduction nationale du DEP en Suisse, plusieurs cantons avaient déjà fait de bonnes expériences avec les nouvelles possibilités offertes par une plaque tournante numérique sécurisée pour les informations relatives à la santé.

Le DEP génère sa plus grande plus-value là où les informations médicales sont produites par plusieurs sources et doivent être accessibles en tout temps, le long d'un parcours de soins fragmenté, aux professionnels de la santé appartenant à différentes organisations. Comme la mise à disposition des documents est sûre, rapide, complète et sans rupture de support, l'utilisation d'un DEP présente un potentiel important particulièrement dans le domaine de l'asile. De plus, des données structurées permettent de standardiser les informations et de soutenir idéalement les soins médicaux spécifiques de l'asile.

Les groupes cibles ayant besoin d'un meilleur flux d'information sont en premier lieu les services et les fournisseurs de prestations impliqués aux niveaux fédéral, cantonal et communal, ainsi que les médecins de soins secondaires (hôpitaux, spécialistes et, le cas échéant, prestataires de services sociaux et de santé). Enfin, le DEP constitue aussi un gain pour les requérants d'asile eux-mêmes, car il leur permet d'avoir à tout moment accès à leurs informations de santé et les documents médicaux qui y sont déposés restent à leur disposition à la fin de la procédure d'asile (ils peuvent par exemple continuer à les utiliser après leur installation dans une commune).

Les analyses effectuées dans le cadre de l'étude montrent que la mise en œuvre du DEP est judicieuse non seulement dans le cadre légal en vigueur (septembre 2020), mais qu'elle serait en outre réalisable avec peu d'adaptations organisationnelles et sans achat de nouveaux systèmes TIC ni adaptation de systèmes existants. Des améliorations importantes du flux d'information, de la disponibilité et de la clarté des données ainsi que de leur protection seraient possibles rapidement, au moins au niveau fédéral.

Comme les infrastructures nécessaires au DEP sont gérées et développées par les communautés de référence certifiées et leurs fournisseurs de technologie, des prestations supplémentaires de développement, d'exploitation et de maintenance ne sont pas nécessaires pour l'introduction dans le domaine de l'asile.

Les frais récurrents pour les professionnels de la santé travaillant sur mandat de la Confédération et les frais généraux accompagnant l'ouverture et la gestion du DEP et des moyens d'identification seraient en partie pris en charge par les nombreux autres établissements et professionnels de la santé affiliés ; ils devraient donc rester modérés.

Les exigences actuelles en matière de documentation et les processus des fournisseurs de prestations (dans le « système primaire ») ne seraient concernés par le DEP que dans la mesure où les documents pertinents pour le traitement y seraient encore déposés par le professionnel de la santé (ou un auxiliaire) et ainsi totalement disponibles (pour d'autres) immédiatement et à tout moment, sans recherche laborieuse.

Un élargissement conséquent (« vertical ») de l'utilisation également sur le plan cantonal serait souhaitable pour les mêmes raisons et apporterait une plus-value supplémentaire.

4 Conditions à l'utilisation du DEP

4.1 Conditions de principe à l'utilisation du DEP

La LDEP lie l'utilisation du DEP à certaines conditions. La loi définit quatre groupes de personnes ou rôles qui ont la possibilité d'intervenir dans le DEP (déposer/fournir, lire/appeler, actualiser, effacer) :

Groupe d'utilisateurs / rôles	Données médicales	Droits d'accès	Données des procès-verbaux
Patients	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Représentants des patients	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Professionnels de la santé	<input checked="" type="checkbox"/>	(<input checked="" type="checkbox"/> ¹)	✗
Auxiliaires des professionnels de la santé	<input checked="" type="checkbox"/>	(<input checked="" type="checkbox"/> ²)	✗

Indépendamment du rôle, l'accès au DEP exige pour tous les utilisateurs une authentification forte (login) au moyen d'une identité électronique sécurisée (eID), attribuée par l'un des participants certifiés (cf. art. 7 LDEP).

Vue d'ensemble des conditions requises pour les rôles dans le système et les conséquences qui en découlent :

	Conditions	Conséquences
Patients (PAT)	Autorisation d'ouvrir un DEP.	Information (plurilingue) comme condition de l'autorisation.
	Numéro AVS 13 de la CdC.	Demande d'attribution d'un numéro AVS 13 si absent.
	Identification sécurisée / authentification au moyen de documents officiels.	Attestation officielle d'attribution d'une eID.
Représentant du patient (REP)	Légitimation en tant que représentant d'un PAT.	Preuve/attestation du rôle de représentant.
	Identification sécurisée / authentification au moyen de documents officiels.	Attestation officielle d'attribution d'une eID.
Professionnel de la santé (HCP)	« Professionnel du domaine de la santé reconnu par le droit fédéral ou cantonal qui applique ou prescrit des traitements médicaux ou qui remet des produits thérapeutiques ou d'autres produits dans le cadre d'un traitement médical » (art. 2, let. b, LDEP).	Qualification en tant que professionnel de la santé et activité correspondante.

¹ Si un patient (ou son représentant) autorise un professionnel de la santé, celui-ci a en outre la possibilité d'« autoriser des professionnels de la santé affiliés à sa communauté de référence à accorder à d'autres professionnels de la santé ou à d'autres groupes de professionnels de la santé tout au plus les mêmes droits d'accès que ceux qu'il leur a attribués » (art. 4, let. g, LDEP). Ces professionnels « autorisés » pourraient alors intervenir aussi dans la configuration d'autorisation du patient (avec des restrictions). Étant donné que, dans le système, les auxiliaires agissent comme le professionnel de la santé auquel ils sont liés, le même constat vaut pour les auxiliaires d'un professionnel autorisé.

	Numéro d'identification GLN.	Enregistrement dans le registre professionnel correspondant ou dans Refdata.
	Membre d'une communauté (de référence) (en tant que membre de l'établissement de santé).	Affiliation de l'établissement à une communauté (de référence) certifiée.
	Identification sécurisée / authentification au moyen de documents officiels.	Attestation officielle d'attribution d'une eID.
Auxiliaire (ASS)	Enregistrement légitime en tant qu'auxiliaire d'un professionnel de la santé.	Enregistrement en tant qu'auxiliaire d'un professionnel de la santé affilié et responsable de lui.
	Numéro d'identification GLN.	Enregistrement dans le registre professionnel correspondant ou dans Refdata.
	Identification sécurisée / authentification au moyen de documents officiels.	Attestation officielle d'attribution d'une eID.

Toutes les conditions et leurs conséquences pour les personnes concernées peuvent être remplies dans le domaine de l'asile pour tous les rôles DEP cités.

4.2 Démarches concrètes devant être effectuées par les acteurs du domaine de l'asile pour satisfaire aux conditions

Il est possible d'utiliser le DEP dans le domaine de l'asile d'abord au niveau fédéral, ce qui nécessite peu de démarches et d'adaptations. Les démarches requises à cet effet sont :

1. Les fournisseurs de prestations mandatés par le SEM (c'est-à-dire en premier lieu les collaborateurs de Medic-Help et les médecins partenaires des CFA) s'affilient à une communauté de référence DEP, ce qui peut être réglé et exigé par des contrats de prestations élargis entre le SEM et lesdits prestataires. Toutes les personnes devant accéder au DEP doivent disposer d'une identité électronique certifiée, parce que chaque traitement de données dans le DEP exige une authentification forte.
2. Dans le cadre de la première consultation, le personnel infirmier propose alors l'ouverture d'un DEP au requérant d'asile. Si, après avoir été informé des avantages (qualité des traitements, auto-détermination quant aux informations), ce dernier accepte l'ouverture d'un DEP, l'infirmier le prépare et l'associe, le cas échéant, à la nouvelle eID du requérant (à créer). Le DEP est alors déjà disponible pour le patient et il peut aussi déjà être rempli par tous les professionnels de la santé qui y participent.
3. Si le requérant ne souhaite pas gérer lui-même son DEP, il peut, au moment de l'ouverture de celui-ci, désigner directement un représentant ou approuver celui qui lui est proposé, et lui déléguer ainsi totalement la gestion du DEP. Le représentant choisi (p. ex. le représentant légal désigné ou le professionnel de la santé de Medic-Help) prend ensuite en charge la gestion des documents et les droits d'accès dans le sens du patient. Celui-ci peut toutefois consulter son DEP à tout moment. Si le requérant souhaite gérer lui-même son DEP et si un représentant n'est pas nécessaire, ce rôle peut être supprimé à tout moment.

4.3 Utilisation du DEP pour plus de continuité dans les soins de santé

Les interactions administratives des professionnels de la santé avec le DEP au niveau fédéral (p. ex. Medic-help) ou dans les cantons sont nécessaires surtout pour permettre une meilleure continuité des soins de santé aux trois principales interfaces.

1. Admission dans la procédure de la Confédération	2. Passage de la Confédération au canton	3. Sortie de la procédure d'asile et éventuellement passage dans une communauté d'habitation
<ul style="list-style-type: none"> – Information / obtention de l'autorisation du requérant d'asile et ouverture d'un DEP (le cas échéant, en demandant la création d'une eID) – Désignation du représentant du requérant et gestion des droits d'accès 	<ul style="list-style-type: none"> – Affiliation du personnel de santé à une communauté de référence (le cas échéant, en demandant la création d'une eID) – Désignation du représentant du requérant et gestion des droits d'accès 	<ul style="list-style-type: none"> – Reprise du DEP par le requérant et suppression du représentant / des droits <u>ou</u> – Clôture du DEP

Déjà au niveau fédéral, il serait possible d'apporter rapidement des améliorations importantes du flux d'information, de la disponibilité et de la clarté des données ainsi que de leur protection. Comme les applications et les infrastructures nécessaires au DEP sont gérées et développées par les communautés de référence certifiées et leurs fournisseurs de technologie, cela n'occasionnerait pas de tâches supplémentaires pour les services concernés. Un élargissement conséquent au niveau cantonal est souhaitable pour les mêmes raisons.

Au fil du temps, des développements et des adaptations spécifiques aux niveaux technique et organisationnel, voire au niveau du droit, pourraient générer d'autres éléments utiles et/ou des simplifications pour l'utilisation dans le domaine de l'asile. Il serait possible par exemple d'implémenter certaines fonctions de confort et fonctions spéciales sur les portails d'accès des plateformes DEP.

4.4 Situation visée par l'utilisation du DEP

Il est plus facile de visualiser l'utilisation pratique d'un DEP dans le contexte de l'asile et le gain en continuité dans le traitement des données si l'on subdivise le processus suivi par les requérants (*user-journey*) en quatre phases :

- **phase 1** : admission dans la procédure d'asile dans un centre pour requérants d'asile de la Confédération (CFA avec ou sans tâche procédurale) ;
- **phase 2** : traitement médical du requérant d'asile pendant son séjour dans un centre fédéral (ou après son transfert dans un autre CFA avec ou sans tâche procédurale) ;
- **phase 3** : passage du requérant du CFA avec ou sans tâche procédurale dans un centre cantonal et traitement médical pendant son séjour sous la responsabilité du canton ;
- **phase 4** : sortie du centre cantonal et passage à l'établissement dans une commune.

4.4.1 Phase 1 : admission dans la procédure d'asile dans un centre fédéral pour requérants d'asile (CFA)

Le requérant est hébergé dans un centre fédéral avec tâche procédurale. Dans le cadre de l'information médicale d'admission (IMA) organisée par les collaborateurs de Medic-Help, il est informé en plus de la possibilité d'ouvrir un DEP.

Durant l'étape d'information de l'IMA, qui prévoit déjà l'information sur divers droits, obligations et traitement des données, le requérant est dûment informé sur le DEP, sur la manière dont les données sont traitées et sur les conséquences qui en découlent, conformément à l'art. 3, al. 1, LDEP, et le personnel infirmier lui demande son consentement à l'ouverture d'un DEP.

S'il donne son consentement, Medic-Help ouvre un DEP pour lui (en demandant une eID).

Il « préconfigure » les rôles et les droits requis, ce qui permet d'attribuer directement les droits d'accès aux professionnels de la santé concernés par les autres soins médicaux, c'est-à-dire aux professionnels de Medic-Help ou aux médecins de premier recours partenaires.

Il est également possible de nommer des personnes choisies dans le rôle de représentants, ce qui leur permettra ensuite de gérer les documents et les droits au nom du requérant. Ce rôle important de représentation est également attribué à un ou plusieurs professionnels de Medic-Help. Par ailleurs, le représentant légal pourrait aussi être, en plus, le représentant dans le DEP et ainsi, au besoin, avoir

directement accès à la documentation médicale du requérant. De plus, de par la possibilité de passer en revue les accès au DEP inscrits au procès-verbal, il pourrait aussi veiller à ce que l'utilisation soit conforme au droit.

La première consultation médicale (optionnelle) est aussi l'occasion d'introduire dans le DEP les premiers documents et résultats d'examen (ce qui peut aussi se résumer à « pas de résultats »).

Si le requérant souhaite (aussi) utiliser et gérer lui-même son DEP, le personnel infirmier pourrait à ce stade le former et l'aider pour l'utilisation et le mode de fonctionnement.

Précision : l'information sur le consentement, tout comme l'aide et le soutien, ne doit pas nécessairement être assurée par le personnel médical, mais peut aussi être communiquée et soutenue par des tiers et du matériel d'information et de formation (multimédia p. ex.).

4.4.2 Phase 2 : traitement médical du requérant pendant son séjour dans un CFA ou son transfert dans un autre CFA

Le requérant est désormais hébergé dans un CFA. Son DEP est ouvert et son eID a été attribuée et activée. Il sait que la prise en charge médicale continue à fonctionner selon le modèle du gatekeeper : s'il a quelque chose à demander, il s'adresse au personnel infirmier de Medic-Help (1^{er} gatekeeper) qui, selon le cas, décide de l'adresser simplement à l'un des médecins partenaires contractuel du CFA (médecin de premier recours avec accès au DEP) ou directement à un professionnel de soins secondaires, tel qu'un spécialiste ou un hôpital.

L'infirmier de Medic-Help, dans le rôle DEP de professionnel de la santé, introduit directement dans le DEP les documents pertinents pour le traitement, ainsi que, par exemple, le formulaire de délégation au médecin partenaire. Dans le rôle de représentant, il s'assure ensuite que le médecin de premier recours ou de soins secondaires qui prend le relais dispose des droits d'accès requis au DEP. ²

Le requérant consulte alors le médecin partenaire (2^e gatekeeper). Celui-ci peut, par l'intermédiaire du DEP (via le portail d'accès ou le système d'information du cabinet), consulter directement, entièrement et sans perte de temps, les documents pertinents pour le traitement de tous les examens déjà pratiqués ainsi que les documents de délégation.

Après l'anamnèse, le diagnostic et le cas échéant d'autres étapes thérapeutiques, et après fourniture des documents pertinents pour le traitement et des documents administratifs (tels que la délégation), le médecin partenaire adresse si nécessaire le patient à un médecin de soins secondaires. Les médecins de soins secondaires affiliés au DEP et les collaborateurs de Medic-Help peuvent eux aussi consulter directement les documents figurant dans le DEP.

Digression : possibilités et droits d'accès des médecins de soins secondaires

Pour les médecins partenaires et ceux des centres du SEM – tout comme pour le personnel de Medic-Help –, il est possible par contrat d'imposer ou de s'assurer que ceux-ci se sont affiliés en tant que PSA à une communauté de référence certifiée. ³ Ils disposent ainsi – après le « onboarding » du PSA par la communauté de référence – de l'enregistrement nécessaire en tant que PSA dans le DEP et donc de l'accès au portail au moyen de l'eID. Mais pour les médecins de soins secondaires, cette règle ne peut pas constituer une condition préalable ni être imposée. Si la LAMal (art. 39, al. 1, let. f) oblige les hôpitaux à s'affilier à une communauté (de référence), cette obligation n'existe pas (encore) pour les médecins de soins secondaires ambulatoires (spécialistes p. ex.), de sorte que l'accès au DEP ne peut pas constituer une condition préalable. Dans ce cas, les documents pertinents pour le traitement doivent leur être transmis par les voies habituelles. Cette interruption possible du support est malheureusement inévitable tant que les fournisseurs de prestations ne sont pas tous affiliés au DEP. Mais les documents relatifs au traitement établis dans le cadre des soins secondaires peuvent au moins être déposés

² Soit tous les médecins partenaires potentiels sont d'emblée autorisés dans le cadre de l'ouverture du DEP, soit ils ne le sont qu'en cas de besoin et éventuellement par le représentant de Medic-Help.

³ Appartenant idéalement, mais pas nécessairement, à la même communauté de référence que le personnel de Medic-Help, car cela permet d'utiliser sans restriction les représentations et les droits d'accès, étant donné que les PSA autorisés ne peuvent désigner les représentants et transmettre les droits d'accès qu'au sein de la même communauté de référence que celle du patient.

ultérieurement dans le DEP via Medic-Help, de façon à ce qu'il n'y ait pas de lacunes dans la gestion du dossier.

Si le médecin de soins secondaires est également membre d'une communauté de référence, son rapport est introduit aussitôt dans le DEP ; dans le cas contraire, il est mis à la disposition du médecin partenaire délégué et de Medic-Help par les voies habituelles. Le médecin partenaire clôture le cas comme il le fait habituellement et introduit tous les documents dans le DEP du patient, ou le fait faire par le personnel de son cabinet dans le rôle DEP d'« auxiliaire ». ⁴

Par le rôle de représentant du requérant assumé par le personnel de Medic-Help, celui-ci peut gérer tous les droits d'accès requis en cas de besoin et en fonction des besoins, de façon à éviter les lacunes dans la documentation du dossier.

Si le requérant est transféré dans un autre CFA, il suffit d'adapter le représentant, de sorte que le personnel du nouveau centre reprenne ce rôle afin de garantir un transfert sans lacune.

4.4.3 Phase 3 : passage du requérant du CFA dans un centre cantonal et traitement médical pendant son séjour sous la responsabilité du canton

Pour le requérant d'asile, le séjour dans un CFA se termine et il doit être hébergé dans un centre cantonal.

Selon l'accord conclu avec le canton récepteur et la possibilité d'y utiliser le DEP, Medic-Help prépare le transfert du dossier médical et celui des rôles de représentants et des droits d'accès au DEP. Il établit aussi la feuille de sortie, qui constitue le dernier résumé, et l'ajoute aux documents déposés dans le DEP.

Les services du canton, suivant que celui-ci travaille aussi avec le DEP, impriment tous les documents pertinents (rupture de support) ou les exportent par voie électronique depuis le DEP. Si le centre cantonal utilise aussi le DEP, il suffit de lui transférer le rôle de représentant, ce qui évite la rupture de support. ⁵

A son admission dans le canton, le requérant est informé de la nécessité d'avoir un nouveau représentant et, le cas échéant, des nouveaux droits d'accès à attribuer pour les soins de santé fournis par les prestataires cantonaux (médecins partenaires du canton). Les droits du DEP peuvent être adaptés en fonction des conditions cantonales : le collaborateur spécialisé du centre cantonal reconfigure, dans le rôle de représentant du requérant, les droits d'accès au DEP de façon qu'à l'avenir ce ne soient plus les infirmiers et les médecins partenaires de la Confédération qui y aient accès, mais les professionnels de la santé du canton (médecins partenaires avec obligation DEP selon le contrat de prestations).

4.4.4 Phase 4 : sortie du centre cantonal et passage à l'établissement ordinaire dans une commune

Si la procédure d'asile au niveau cantonal aboutit à un titre de séjour, le requérant passe dans l'assurance obligatoire des soins ordinaire. Il est alors domicilié en dehors des centres cantonaux pour requérants d'asile. La gestion du dossier administrée et conduite par l'État se termine ici, de même que la documentation médicale dans le cadre de la procédure d'asile par la Confédération et les cantons.

Le requérant est informé qu'il peut soit conserver le DEP existant qu'il gérait jusque-là, soit le supprimer complètement, c'est-à-dire l'effacer. S'il souhaite le conserver, sa décision met totalement fin, de façon standard, à tous les rôles de représentation du personnel cantonal et aux éventuels droits d'accès des médecins de premier recours ou de soins secondaires. Ainsi, soit le requérant est le seul à conserver l'accès au DEP et continue à le gérer lui-même, soit il désigne son représentant (membre de sa famille ou représentant d'associations sociales, p. ex.).

⁴ Une autre possibilité serait que le personnel de Medic-Help, qui, de même que le représentant légal, reçoit toujours une copie de la documentation des soins secondaires, saisisse les documents après coup.

⁵ L'exportation des documents, y compris leurs métadonnées, est exigée par le ch. 10.2 de l'annexe 2 de l'ODEP-DFI comme condition à la certification et elle est donc disponible pour tous les utilisateurs du portail du patient (patient ou représentant) : « 10.2.1 Enregistrement hors ligne des données médicales et des métadonnées. Les patients doivent avoir la possibilité de télécharger les données de leur dossier électronique dans un format électronique usuel interopérable ou de se les procurer d'une autre manière. »

5 Étapes vers la mise en œuvre

Comme expliqué plus haut, une mise en œuvre par étapes et un élargissement pourrait d'abord commencer au niveau fédéral, et le SEM pourrait ainsi prendre la direction du projet de mise en œuvre. Il faudrait à cet effet que le SEM définisse de nouveaux contrats de prestations avec les contractuels de Medic-Help et les médecins partenaires, afin d'assurer l'affiliation des professionnels de la santé et des établissements mandatés à une communauté de référence certifiée.

Pour l'attribution d'une eID, il est nécessaire que les groupes d'utilisateurs correspondants (SEM, Medic-Help, éventuellement représentants légaux) se soumettent aux processus standard visant à obtenir des moyens d'identification électroniques (eID) de la communauté de référence choisie.

Les communautés de référence forment les professionnels de la santé (et les auxiliaires) qui traitent les données du DEP à se servir du DEP et du portail d'accès. Il en va de même si les représentants légaux doivent obtenir de manière standard l'accès (rôle de représentant des requérants) aux documents, droits et informations des procès-verbaux du DEP.

En collaboration avec la communauté de référence, les fournisseurs de technologie pourraient être chargés d'implémenter des fonctions de confort pour ce domaine d'application, en particulier la reconfiguration simplifiée des droits d'accès quand de nouveaux groupes d'utilisateurs sont impliqués dans le traitement (notamment après passage dans la compétence cantonale).

6 Questions ouvertes à clarifier

Comme indiqué plus haut, les conditions sont relativement simples pour les services de l'État en ce qui concerne les contrats et la gestion. Mais si l'on veut que le DEP soit un succès pour les soins de santé dans le domaine de l'asile, il faut surtout considérer l'acceptation par les requérants comme un élément clé de la réussite.

Les requérants d'asile constituant un groupe très hétérogène, des généralisations sont difficiles. On ne peut toutefois pas partir de l'idée que les migrants en général rejettent ou connaissent mal les médias numériques. Beaucoup, relativement jeunes et déjà familiarisés avec de nombreux outils numériques, se montrent ouverts et prêts à accepter des outils supplémentaires.

Pour qu'ils autorisent (consentement éclairé) l'ouverture de leur DEP personnel, il convient toutefois d'accorder une importance particulière à l'information sur l'utilisation d'un DEP, qui doit être soignée et adaptée aux différents groupes de requérants. Il est pour cela absolument nécessaire de faire appel à des interprètes spécialement formés au DEP. C'est le dialogue qui permet d'expliquer au mieux les avantages (qualité de traitement, sécurité des patients, autodétermination en matière d'information, protection des données et transparence de chaque accès) et de répondre au mieux aux réserves éventuelles.

7 Synthèse

Une plaque tournante de documents partagée – ce qu'est le DEP – pourrait déjà être disponible avec peu de changements dans le domaine de l'asile et ainsi améliorer nettement la disponibilité des données et la continuité des soins de santé pour tous les acteurs concernés. Les ruptures de support seraient nettement réduites, voire totalement éliminées. Un DEP utilisé en commun permettrait de simplifier et d'harmoniser à moyen terme les processus jusqu'ici très hétérogènes (en particulier au niveau des cantons). Mais contrairement à d'autres solutions de numérisation très individualisées (« *custom build software* »), il ne serait pas nécessaire de définir des processus (*workflows*) rigides et obligatoires pour tous. Ainsi, l'utilisation du DEP pourrait démarrer rapidement et par étapes, avec suffisamment de souplesse, sans qu'il soit nécessaire de pousser trop loin l'uniformisation des processus et des interfaces.