

Crise des réfugiés : une prise en charge interprofessionnelle

Auteur de contact :

P. Bodenmann

Patrick.bodenmann@hospvd.ch

La première partie de ce document reprend en partie le texte de l'article « Afflux des migrants : une responsabilité médicale et sanitaire » édité par la revue « Bulletin des médecins suisses », fin 2015.

P. Bodenmann¹ F. Ninane², B. Pahud-Vermeulen¹, E. Dory¹, M. Monnat³, J. Cornuz² E. Masserey³

1. Centre des Populations Vulnérables, Policlinique médicale universitaire, Lausanne
2. Policlinique médicale universitaire et Département Universitaire de Médecine et Santé Communautaire, Lausanne
3. Service de Santé Publique du Canton de Vaud

La suite du texte reflète la présentation faite en date du 21 juin 2016 dans le cadre du colloque « Comment réussir l'interprofessionnalité ? » par J. Blaser et B. Pahud Vermeulen, Centre des Populations Vulnérables, Policlinique médicale universitaire, Lausanne.

Introduction

Différents organismes internationaux (Eurostat, Organisation Internationale des Migrations, Frontex, Haut Commissariat des Réfugiés -CR-, National Geographic) estiment aujourd'hui qu'une personne sur 122 au niveau mondial est un déplacé interne, un requérant d'asile ou un réfugié statutaire, représentant la population du 24^{ème} pays le plus peuplé du monde ! Le nombre de personnes déracinées par la guerre est le plus important depuis la deuxième guerre mondiale selon le HCR. D'autres chiffres et données nous permettent de mieux comprendre pourquoi ces mouvements migratoires sont considérés comme historiques aujourd'hui : 42'500 personnes en moyenne se sont déplacées chaque jour en Europe en 2014, 3'000 sont décédées dans la mer méditerranée en 2015, les principaux pays d'émigration étant la Syrie (1,9 millions ont trouvé refuge en Turquie et 25% de la population du Liban est syrienne), le Kosovo, l'Afghanistan, l'Albanie et l'Irak (données janvier-juin 2015). Le retentissement médiatique est énorme. Le 19 octobre 2015, la revue TIME consacre plus de la moitié de son numéro (52 pages sur 96 !) à la crise migratoire européenne intitulant ce numéro spécial « Exodus. The epic migration to Europe and what lies ahead »¹.

Besoins sanitaires des migrants

Selon le British Medical Journal (BMJ), les migrants forcés actuels présentent une « clinique de la pauvreté » : déshydratation, fatigue extrême, lésions aux pieds, infections cutanées, traumatismes mineurs et atteintes de la santé mentale dans un contexte de chaos ; ainsi les médecins de famille, pédiatres, gynécologues et psychiatres seraient les acteurs nécessaires pour faire face à ces besoins sanitaires². Par contre, le risque de maladies infectieuses importées est mineur selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui souligne plutôt le risque de soins inéquitables à ces populations vulnérables dans les pays de transit ou d'accueil³. Le HCR plaide pour prise en charge des migrants forcés dans les systèmes sanitaires des pays d'accueil⁴. Concernant spécifiquement les réfugiés syriens, *the biggest refugee population from a single conflict in a generation*, le HCR souligne qu'au Liban où actuellement ¼ de la population est constituée de personnes fuyant le régime syrien, les principaux enjeux sanitaires sont les femmes enceintes et les quelques 142'000 enfants nés dans l'exode depuis 2011, ainsi que la gestion des maladies chroniques telles que le diabète et autres risques cardiovasculaires^{5 6}.

La première enquête sanitaire des migrations forcées de ces derniers mois est parue dans le NEJM récemment⁷ : elle fait mention de l'arrivée de plus de 410'000 migrants dont 25% au mois d'août et de 20'000 personnes en un seul week-end à Munich. L'adaptation sanitaire a nécessité la mise en place de tentes autour de la gare de Munich, avec un soutien interdisciplinaire d'équipes de médecins, infirmiers, psychologues et psychiatres dont un grand nombre a travaillé de manière bénévole ; la prise en charge s'est faite en 2 temps avec initialement un tri rapide pour dans un deuxième temps, une intervention plus soutenue dans des structures plus adaptées.

Ces différentes informations nous confortent dans l'idée de besoins sanitaires spécifiques nécessitant une réponse « généraliste » interdisciplinaire qui doit être rapide, adaptée aux besoins des nouveaux réfugiés, efficace et la plus efficiente possible.

Le dispositif vaudois : une réponse

Le canton de Vaud accueille 8,4% des requérants d'asile qui demandent l'asile politique à la Suisse. Pour répondre aux demandes sanitaires de cette population, le Canton a créé en 1998 un réseau -aujourd'hui appelé Réseau de Santé et Migration (RESAMI)- qui travaille conjointement avec les structures d'hébergement de l'Etablissement Vaudois d'Accueil des Migrants (EVAM). Ce réseau est constitué de 170 médecins de famille et pédiatres répartis sur l'ensemble du canton et de l'Unité de Soins aux Migrants (USMi), pilier et première ligne du réseau. Cette équipe interdisciplinaire composée de soignants, de médecins et de collaborateurs administratifs travaille sur mandat et en étroite collaboration avec le Service de la santé publique (SSP) et le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS). Les missions de l'USMi consistent en un bilan de santé pour chaque bénéficiaire (soit quelques 6'000 requérants d'asile actuellement), un programme de vaccination pour l'ensemble des requérants d'asile, de la prévention/promotion de la santé ainsi que des consultations de première ligne sous le format de *gate-keeping* infirmier ; sur les plus de 30'000 actes annuels effectués au cours des 3 dernières années, 60 à 70 % des patients n'ont été vus que par l'USMi, seuls 30% d'entre eux nécessitant une prise en charge médicale ou institutionnelle⁸. Au-delà de la consultation de première ligne, l'USMi poursuit sa prise en charge et son orientation pour une partie des patients les plus vulnérables en intervenant sur 7 sites distincts du canton de Vaud (Lausanne, Ste-Croix, Yverdon,

Nyon, Bex, Crissier, Vevey). Le réseau a été évalué à plusieurs reprises : la qualité des soins prodigués⁹, le vécu des soignants et des soignés¹⁰ et son efficacité¹¹ donnent satisfaction.

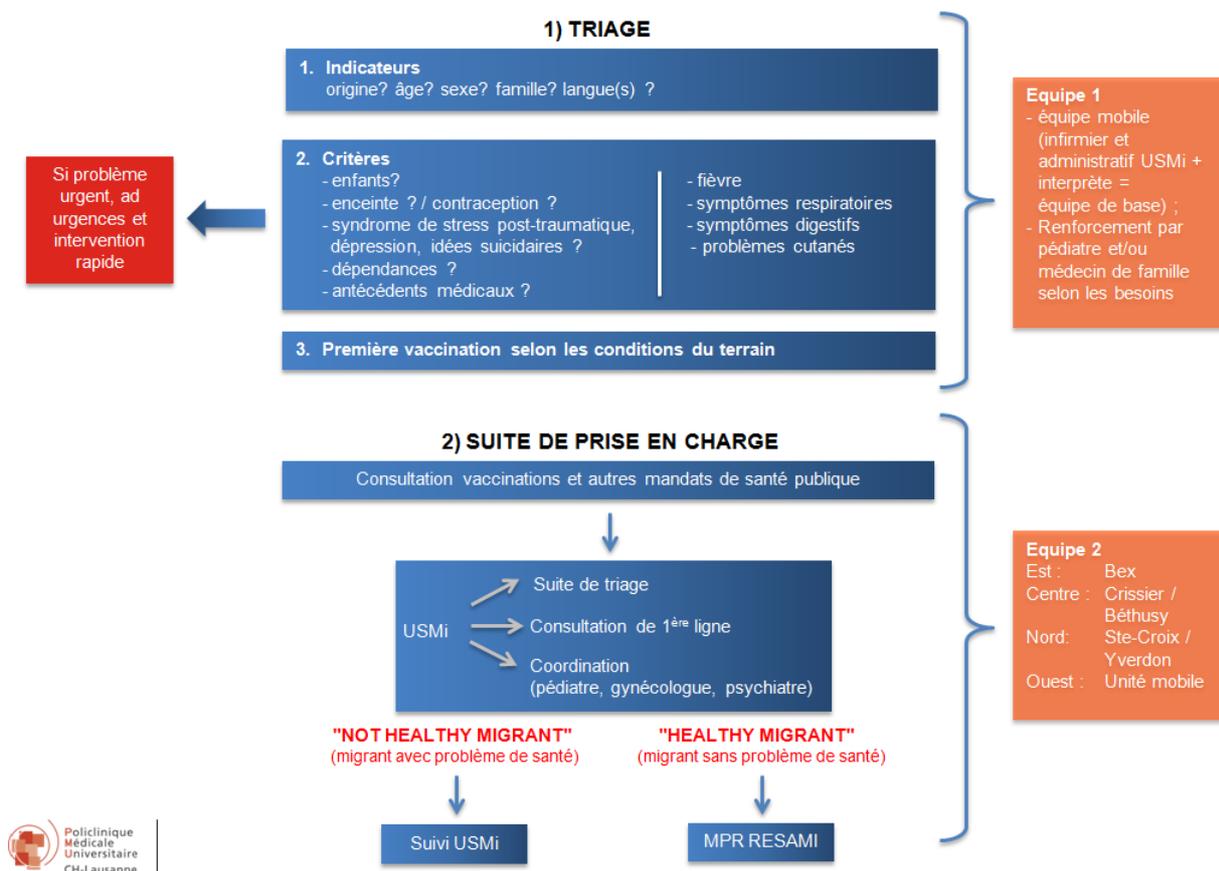
Fin 2015, cette équipe conçue pour prendre en charge 80 à 100 nouvelles arrivées par mois a dû faire face à des entrées supérieures à 300 personnes par mois (385 en septembre)¹². Afin de faire face à cette crise migratoire et l'afflux massif de réfugiés des derniers mois, un fonctionnement en « mode urgence » a été établi en redimensionnant l'ensemble des activités de l'USMi, avec notamment le temps alloué aux bilans de santé, et en suspendant toutes les activités spécifiques de prévention et promotion de la santé. Nous avons également fait appel à d'autres services de la PMU pour venir en renfort de l'équipe USMi. Cet effort d'adaptation à dispositif et personnel égaux s'est cependant avéré insuffisant face à l'importance des besoins. Après un travail de définition des prestations et d'organisation, travail regroupant praticiens et responsables de l'USMi, une augmentation d'un tiers des ressources pour répondre à un afflux trois à quatre fois supérieur a été proposée. Ce développement des capacités de l'USMi a fait l'objet d'un aval à la fois institutionnel et politique.

Sur base de l'analyse de la littérature récente, et en concordance avec les autorités sanitaires du canton, nous avons mis sur pied un dispositif de crise pour répondre à l'évolution des besoins (figure 1) :

1. L'équipe mobile (équipe 1) a pour tâche d'effectuer des consultations courtes sous forme de triage, orientation en cas de besoin et premières vaccinations sur les lieux d'hébergement EVAM pour tous les nouveaux arrivés. Cette équipe est constituée de deux infirmiers et d'un collaborateur administratif, si nécessaire d'un pédiatre et/ou d'un médecin de premier recours. L'approche se base sur des indicateurs et critères anamnestiques simples et une approche syndromique ciblant certaines pathologies : maladies pulmonaires infectieuses, atteintes du tractus digestif, problèmes dermatologiques. Au besoin, l'anamnèse est complétée par un bilan ciblé. Le but est d'identifier le plus rapidement possible les patients les plus fragiles pour garantir un maillage serré de sécurité sanitaire, et de les orienter vers les structures les plus adaptées à leurs besoins.

2. L'équipe fixe actuelle (équipe 2), assure le suivi des vaccinations, une consultation de suite de triage pour tous les bénéficiaires, la coordination avec les différents partenaires ainsi que des consultations de première ligne pour les patients les plus vulnérables. Les patients dont la situation médicale le permet sont dirigés vers les médecins de famille et pédiatres du RESAMI pour la suite de leur prise en charge (groupe *Healthy migrant*). Pour les situations plus complexes (groupe *Not healthy migrant*), il leur est proposé de poursuivre leur prise en charge au sein de l'USMi. Une veille sanitaire sur la base d'indicateurs informatisés permet de mieux cibler les interventions de l'USMi en fonction des besoins des réfugiés mais aussi de l'évolution des migrations.

Figure 1 : dispositif vaudois de crise face à l'afflux des migrants



Bilan

Aujourd'hui, avec une année de recul, nous pouvons dire que les mesures prises ont permis de faire face à l'arrivée massive, de maintenir des prestations de qualité et un filet sanitaire organisé tout en gardant nos patients au centre de nos préoccupations.

Plusieurs facteurs ont permis que cette mise en place se déroule avec succès et le soit encore à ce jour. Pour ne citer que les principaux éléments, nous dirons qu'une gouvernance interdisciplinaire, soutenue par la direction de l'institution et les organes de tutelle, a permis de rapidement mobiliser les expertises nécessaires et prendre des décisions transversales. En parallèle, des procédures et des algorithmes de prise en charge pour les différentes équipes terrain ont pu être élaborés ainsi que des indicateurs de suivi.

Des formations intégratives (54 personnes représentant 6 corps de métier différents réunis 4 fois par année) abordant des sujets communs à tous tels que l'asile, la traite des êtres humains ou les infections sexuellement transmissibles ont été mis sur pied. En parallèle, des colloques en plénières ont donné des espaces d'échange et de discussion et ont été des occasions de fêter les succès ou d'analyser les erreurs.

La supervision et le coaching en groupe (collaborateurs infirmiers et administratifs par un ethnopsychiatre) et individuel des infirmiers par les médecins ont permis d'offrir un accompagnement adapté, du debriefing et prendre du recul quand nécessaire. Finalement, des agents liant, à savoir des référents terrain, infirmières de liaison, infirmière cheffe d'unité, chefs de clinique ainsi que des liens étroits et basés sur la confiance avec nos partenaires tels que l'Etablissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM), les différents départements du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) ainsi que le SSP ont été des éléments facilitateurs pour le déploiement de la nouvelle organisation.

Une attention particulière a été portée à ces facteurs afin de lever tant que possible les éventuelles tensions, interrogations ou craintes des équipes, Cela a permis comme mentionné dans la « Charte de collaboration entre les professionnels de la santé » de non seulement travailler dans une optique interprofessionnelle centrée sur les besoins spécifiques des réfugiés, construite sur des bases communes mais également de définir le rôle et la responsabilité de chacun sur des situations concrètes (telles que les épidémies de maladies infectieuses).

Cette démarche n'a été possible que grâce à la volonté des professionnels du terrain relayée aux décideurs (bottom-up) mais aussi l'acceptation et la volonté de ces derniers (top-down). Avoir pris le temps nécessaire pour réfléchir et construire ensemble cette nouvelle organisation et en accompagner sa mise en place a été un ingrédient majeur de réussite.

Dans ce contexte, l'interprofessionnalité est un très bon antidote à la fatigue compassionnelle qui guette l'équipe de l'USMi au vu de son exposition répétée à la souffrance ou au traumatisme de ses patients.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Vick K. The migrant crisis is a major test for European identity- and unity. Time magazine 2015;5-6.
 2. Gulland A. The refugee crisis: what care is needed and how can doctors help? Bmj 2015;**351**.
 3. Gulland A. Refugees pose little health risk, says WHO. Bmj 2015;**351**.
 4. Abbasi K, Patel K, Godlee F. Europe's refugee crisis: an urgent call for moral leadership. Bmj 2015;**351**.
 5. Gornall J. Healthcare for Syrian refugees. Bmj 2015;**351**.
 6. Ben Taleb Z, Bahelah R, Fouad FM, et al. Syria: health in a country undergoing tragic transition. International journal of public health 2015;**60 Suppl 1**:S63-72.
 7. Nicolai T, Fuchs O, von Mutius E. Caring for the Wave of Refugees in Munich. The New England journal of medicine 2015;**373**(17):1593-5.
 8. Puig F, Ninane F, Bodenmann P. [A new role: the gate-keeping nurse]. Krankenpflege Soins infirmiers 2009;**102**(10):48-51, 70-1.
 9. Bodenmann P, Althaus F, Burnand B, et al. Medical care of asylum seekers: a descriptive study of the appropriateness of nurse practitioners' care compared to traditional physician-based care in a gatekeeping system. BMC public health 2007;**7**:310.
 10. Ilario R, Marion D-M, Geneviève P, et al. Professionnels infirmiers et usagers requérants d'asile dans un réseau de santé.
- Approche socio-anthropologique des politiques de santé., 2004.
11. Jean-Claude R, Laure C. Etude de solutions alternatives pour l'assurance des requérants d'asile 2004.
 12. EVAM. Demandes asile suisse, nouveaux séjours, VD. Secondary Demandes asile suisse, nouveaux séjours, VD 2015.
http://www.evam.ch/fileadmin/groups/1/documents_pdf/Stat/150801_demandes_asile_suisse_nouveaux_sejours_VD.pdf.

Groupe de travail ayant participé à l'élaboration du dispositif de crise

L. Bouche (infirmière, PMU)	B. Perrault (administratif, PMU)
Y. L'Hostis (infirmier, PMU)	A. Rosat (administratif, PMU)
C. Marteau (infirmière, PMU)	M. Grand (administrative, PMU)
G. Seroux (infirmière, PMU)	B. Pahud Vermeulen (administrative PMU)
F. Maillefer (infirmière, PMU)	M. Gehri (médecin, HEL-CHUV)
L. Wenger (infirmier, PMU)	S.-C. Renteria (médecin, DGOG-CHUV)
F. Ninane (infirmière, PMU)	S. Depallens-Villanueva (médecin, DISA-CHUV)
R. Marion- Veyron (médecin,PMU)	P. Rochat (administratif, EVAM)
E. Dory (médecin, PMU)	P. Constantin (administratif, EVAM)
J. Blaser (médecin, PMU)	M. Monnat (médecin, SSP)
P. Bodenmann (médecin, PMU)	E. Masserey (médecin, SSP)

PMU : Polyclinique médicale universitaire

HEL-CHUV : Hôpital de l'Enfance, Centre hospitalier universitaire vaudois

DGOG-CHUV : Département de Gynécologie et Obstétrique

DISA-CHUV : Division interdisciplinaire de santé des adolescents

EVAM : Etablissement Vaudois d'Accueil des Migrants

SSP : Service de la Santé Publique