

**RAPPORT DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE
chargée d'examiner l'objet suivant :**

Postulat Jean-Michel Dolivo et consorts - Quel traitement réserve l'EVAM aux personnes vulnérables, en particulier sur le plan médical ?

1. PREAMBULE

La commission s'est réunie le 8 septembre 2014.

Présent-e-s : Mmes Sonya Butera, Christa Calpini, Brigitte Crottaz, Céline Ehrwein Nihan (en remplacement de Vassilis Venizelos), Catherine Roulet (présidence). MM. Michel Desmeules, Pierre Grandjean, Rémy Jaquier, Axel Marion, Michel Miéville, Jacques Perrin (en remplacement de Philippe Vuillemin), Werner Riesen, Filip Uffer. Excusé-e-s : Mme Catherine Aellen. MM. Jacques-André Haury, Vassilis Venizelos, Philippe Vuillemin.

Participe de même : M. Jean-Michel Dolivo.

Représentants du Département de l'économie et du sport (DECS) : MM. Philippe Leuba, Conseiller d'Etat, Erich Dürst, Directeur de l'Etablissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM).

2. AUDITIONS

En préambule et afin que les commissaires reçoivent les mêmes informations du terrain, nous avons invité trois médecins : un pédiatre, un psychiatre pour enfants/adolescents et un médecin pour adultes de la PMU.

Audition du Dr Mario Gehri, médecin chef à l'Hôpital de l'enfance de Lausanne (HEL)

L'HEL exerce le rôle de médecin traitant des enfants hébergés dans le cadre de l'EVAM. C'est à ce titre que le Dr. Gehri témoigne de son expérience. Il estime que les faits relatifs à la détresse et aux problèmes de santé des migrants s'avèrent exacts et cela sans entrer en discussion sur les jugements de valeurs qui émaillent le postulat concernant l'EVAM et ses collaborateur-trices. Les conditions d'accueil des migrants accentuent leurs souffrances. Ce constat se vérifie particulièrement dans le cas des enfants en bas âge ; plusieurs études reportent d'ailleurs de graves problèmes de développement (sous-stimulation donnant lieu par exemple à un diagnostic erroné d'autisme). Le stress que vivent les mères seules, ayant subi des violences sexuelles, placées dans des centres avec des hommes célibataires, se répercute inévitablement sur leurs jeunes enfants. De même, malgré la bonne volonté du personnel de l'EVAM pour trouver des solutions acceptables, les enfants plus grands, souffrant d'une maladie ou en situation de handicap, pâtissent de conditions d'hébergement inadaptées.

Ainsi ce médecin préconise, un renforcement des moyens afin d'assurer de meilleures conditions de vie aux populations vulnérables et en particulier quand il y a des enfants en bas âge.

Après ce court exposé, plusieurs questions surviennent au sujet des séquelles suites à une sous-stimulation, des conditions d'hébergement qui péjorent une guérison et sur le nombre d'enfants pris en charge par l'HEL.

De nombreuses données médicales (évidences biologiques et psycho-sociales) démontrent que plus le développement précoce de l'enfant est perturbé (y compris *in utero*) plus les difficultés s'accumulent à

l'adolescence et à l'âge adulte. A propos des conditions d'hébergement, un exemple frappant est celui de cet adolescent paralytique, logé avec ses parents dans une seule pièce exiguë, dans l'impossibilité d'accéder avec sa chaise roulante aux sanitaires situés dans le couloir. Alors que cet adolescent était en phase de récupération après une longue hospitalisation, ces mauvaises conditions ont conduit à sa réhospitalisation. Quant à EHL, il suit entre 10 et 15 familles migrantes par semaine en polyclinique. Le bénéfice d'une prise en charge, d'une hospitalisation parfois longue dans les cas les plus lourds, pour la santé des enfants et des familles concernées s'avère incontestable.

Quelques questions encore au sujet d'une dégradation des conditions d'hébergement et du suivi médical par l'EVAM ainsi que sur la collaboration avec les médecins installés et la problématique des mineurs non accompagnés.

Les conditions d'hébergement se dégradent en raison de l'afflux de réfugiés et du manque de place. Il serait indispensable de sortir ces populations vulnérables des centres EVAM pour les placer dans des lieux plus adaptés.

En médecine des migrants, comme en médecine des populations autochtones, les soins finissent par être donnés hors de l'hôpital. Dès ce moment, les moyens dont dispose l'EVAM apparaissent clairement insuffisants, tout particulièrement en ce qui concerne les espaces utilisables.

Les médecins en cabinet, les pédiatres en particulier, font partie du réseau de prise en charge médicale, mais pour les cas les moins lourds.

Quant aux mineurs non accompagnés, ils sont suivis prioritairement par l'Unité multidisciplinaire de santé des adolescents (UMSA) du CHUV. C'est à travers les urgences que l'HEL peut être amené à prendre en charge ces mineurs et qu'elle peut constater leur détresse.

Audition du Dr Jean-Claude Métraux, psychiatre pour enfant-adolescent, privat-docent et chargé de cours à l'UNIL, fondateur de l'Association Appartenances

Le Dr. Métraux travaille depuis une vingtaine d'années avec des migrants de tous âges. Il constate :

- une dégradation de la santé psychique des migrants ;
- de mauvaises conditions de mise en œuvre du travail psychothérapeutique, que ce soit en cas de problème psychique antérieur (traumatisme...) ou de deuil du projet migratoire (refus d'octroi de l'asile) ;
- l'absence d'espace de pensée pour des personnes stressées en permanence par des conditions d'existence précaires ;
- l'impact délétère de la situation familiale sur la santé psychique de certains enfants (retards cognitifs dus à l'insécurité constante, difficultés à construire des liens d'amitié et de confiance en raison de déplacements fréquents...) ;
- des cas de reviviscence traumatique (femmes abusées confrontées en foyer à une majorité d'hommes célibataires) pouvant conduire à des automutilations ou des tentatives de suicide ;
- l'épuisement de professionnels dévoués (intendants des centres d'accueil, infirmières de la PMU), rongés par un sentiment d'impuissance face à l'ampleur de la tâche par rapport aux moyens limités.

Dans ce contexte, ce médecin préconise un meilleur travail en réseau des différents intervenants (travailleurs sociaux de l'EVAM, personnel soignant, etc.) et insiste sur la nécessité d'entreprendre un travail psychique lorsqu'il n'y a pas d'autre solution que le retour des migrants dans leur pays d'origine.

Cette intervention appelle des questions, notamment à propos du soutien psychique, psychologique ou du traitement psychiatrique. La question est également posée de savoir si les personnes en stress post-traumatique (dû à un emprisonnement ou de la torture) sont placées elles aussi dans des abris anti-atomiques. De plus, il est demandé s'il existe des soignant-e-s de la même origine ethnique.

Toute la gamme des interventions existe. Avec beaucoup d'enfants, le travail effectué se situe à cheval entre le préventif et le thérapeutique (logopédie, psychologie scolaire, prise en charge psychiatrique en cas de besoin). En parallèle, y compris pour ce qui concerne les adultes, sont traitées des situations psychiatriques d'urgence (automutilations, tentatives de suicide...) qui peuvent se greffer sur un trouble psychotique grave et/ou une crise plus circonstancielle.

Pour ce qui est des stress post-traumatiques, s'il est tenu compte de certains certificats de vulnérabilité délivrés, d'autres n'atteignent apparemment pas le Groupe de travail « hébergement et vulnérabilité », renforçant par là le sentiment d'impuissance des praticiens.

Pour ce qui est de la langue, les choses varient de cas en cas. La PMU consent des efforts remarquables en la matière, en particulier à travers la création d'espaces de rencontres et d'échanges mis en place avec les centres d'accueil.

Un commissaire se demande s'il serait mieux de placer les enfants en internat pour éviter des conditions d'hébergement difficiles, même si cela impliquerait un éloignement de leur famille.

Cette solution est à éviter autant que possible. Même si les parents arrivent peu à offrir un espace de sécurité à leurs enfants, les liens tissés entre enfants et parents sont les seuls à peu près stables dans un contexte excessivement changeant. En conséquence, pour venir en aide aux enfants, une démarche indirecte de soutien aux parents s'avère indispensable.

Et enfin une question est posée au sujet des personnes migrantes dont l'orientation sexuelle est minoritaire, pour savoir si cette orientation donne lieu à de la stigmatisation, voire à des brimades, dans leur environnement de vie.

Certaines situations de ce type sont à déplorer, sans toutefois qu'il soit certain que les conditions d'accueil puissent être incriminées. Il reste que les conditions d'hébergement ont un lien avec l'état de survie et le sentiment de qui-vive permanent dont souffrent les migrants. La problématique des conditions d'hébergement se révèle cependant redoutablement complexe. Par exemple, la vie en collectivité peut parfois être préférée au placement en appartement. Chaque cas revêt des spécificités qui appellent, à travers un dialogue, des solutions individualisées.

Audition du Dr Patrick Bodenmann, responsable de l'Unité des populations vulnérables, Policlinique médicale universitaire (PMU)

Le Dr. Bodenmann concentre son intervention sur le rôle de la PMU, évoqué à plusieurs reprises dans le postulat.

Une des missions de la PMU, qui dépend du DSAS, consiste en la prise en charge des populations dites vulnérables. La PMU travaille au sein du réseau de santé FARMED (prise en charge médico-sanitaire des requérants d'asile dans le canton de Vaud). En 2002, la PMU a intégré en son sein le Service de santé infirmier pour les requérants d'asile, devenu le CSI, Centre de santé infirmier. Ce centre comprend une quinzaine d'infirmier-ère-s et prend en charge environ 5200 requérants d'asile dans le canton. Opérant dans les quatre grandes zones (nord, ouest, est, centre) et au sein des structures de l'EVAM (une dizaine de sites), le CIS fait face à une charge de travail énorme : 15'000 actes en 2013 (urgences, vaccinations, bilans de santé, mandats de santé publique). La PMU travaille en tandem avec le corps médical qui supervise les consultations infirmières, mais aussi avec des partenaires externes comme l'Association Appartenances, la Fondation de Nant, etc. Alors que les besoins augmentent, les moyens à disposition stagnent.

PMU et EVAM collaborent dans le Groupe de travail « hébergement et vulnérabilité » de la PMU, actionné selon la procédure suivante : le médecin traitant d'un patient requérant d'asile qui considère que les conditions d'hébergement de son patient doivent changer en raison de son état de santé complète un formulaire contresigné par le patient. Ce formulaire est envoyé à l'EVAM qui décide si le document est envoyé ou non à la PMU pour un deuxième avis médical. Mais, en cas de problème impliquant une solution de bon sens et ne nécessitant pas de deuxième avis médical (cas du requérant en chaise roulante dont le logement doit se situer au rez-de-chaussée plutôt qu'au deuxième étage), l'EVAM ne transmet pas le formulaire. En conséquence, la PMU ne connaît pas toutes les demandes. Depuis le début de cette pratique en 2009, la PMU a traité environ 500 demandes reçues de l'EVAM

(= environ 1'000 requérants concernés). Sur les 500 demandes évoquées ci-dessus, l'EVAM n'a pas suivi le préavis médical de la PMU dans 40 cas, et 195 situations n'ont donné lieu à aucune réponse de la part de l'EVAM. Ce dernier chiffre pose problème quant à la qualité du suivi des dossiers par l'EVAM. En plus de ces demandes de changement d'hébergement, la PMU a traité environ 290 demandes de sortie d'abri de protection civile. Entre le préavis positif émis par la PMU et le moment où l'EVAM est en mesure de procéder au changement d'hébergement, donc de suivre l'avis de la PMU, il s'écoule en moyenne 77 jours (médiane : 46 jours).

Au vu de ces différents problèmes, le responsable de l'Unité des populations vulnérables préconise :

- l'élaboration en collaboration avec l'EVAM, d'une vision complète de la problématique ;
- un renforcement du travail en tandem entre les infirmier-ères du CSI et les assistants sociaux de l'EVAM ;
- une clarification et une meilleure communication concernant le rôle et les contraintes des divers acteurs du système.

Cette intervention suscite également plusieurs questions, en particulier à propos des tâches respectives des assistants sociaux et des infirmier-ère-s et à propos d'une surcharge de travail.

L'infirmier-ère du CSI est le premier intervenant que le requérant d'asile rencontre en matière de santé. Un bilan de santé est établi à l'arrivée dans le canton de tout requérant. A cette occasion, des éléments importants sont examinés comme les maladies contagieuses, la tuberculose en particulier, et la vaccination. L'autre rôle de l'infirmier-ère est de prendre en charge les requérants qui se présentent à la consultation pour un ennui de santé (mise en œuvre de certaines démarches diagnostiques et remise de certains médicaments). Dans 70% des cas, la consultation ne va pas au-delà de l'infirmier-ère. L'absence de recours au médecin dans la majorité des situations représente une économie importante. Quant à l'assistant social, il s'occupe notamment des conditions d'hébergement, des problèmes de violence, etc. La présence permanente des assistants sociaux sur les sites en fait des interlocuteurs privilégiés.

On assiste à une surcharge généralisée dans le domaine de l'asile (cas difficiles, moyens limités). Il semblerait ainsi que les assistants sociaux de l'EVAM traitent en parallèle un nombre plus élevé que les 30-35 dossiers actifs généralement préconisés dans la profession. Une telle situation ne facilite pas le travail en tandem avec les infirmiers.

Un commissaire se demande si la PMU peut faire face à un afflux soudain de réfugiés et si un pool de soignants de réserve pourrait être envisagé pour répondre à de brusques variations du flux migratoire.

Le système actuel est prévu pour accueillir 60-70 requérants par mois. Ces derniers temps, il est contraint d'en recevoir trois fois plus. Pour l'instant, il n'existe aucun mécanisme d'accroissement automatique des moyens en fonction de l'augmentation des besoins. Quant à un pool de réserve d'intervenants, cette piste a été évoquée, mais cela implique de trouver suffisamment de professionnels qualifiés ou de former des personnes dans un domaine complexe, processus nécessairement long.

Question enfin au sujet de la réorganisation du CSI, pour savoir si celle-ci a abouti à une diminution du personnel.

Le CSI s'adapte à l'évolution des structures d'accueil de l'EVAM ; ainsi il travaille aussi dans les abris de protection civile, même si les conditions de travail y sont plus difficiles. La réorganisation du réseau de santé FARMED vise, entre autres, une meilleure circulation géographique du personnel à travers une structuration en équipes mobiles. La diminution observable du personnel résulte de circonstances ponctuelles (maladies, burn out, accidents...) et ne relève pas d'une volonté de réduire la dotation en personnel.

3. POSITION DU POSTULANT

L'auteur du postulat remercie la commission d'avoir entendu ces trois médecins. Pour lui, il s'agit avant tout d'améliorer la prise en charge des requérants d'asile. S'ils représentent une petite part de la population du canton, c'est une part qui souffre tout particulièrement de graves atteintes à sa santé physique et psychique.

Le postulant demande non seulement de fournir un état des lieux du traitement réservé par l'EVAM à ces personnes vulnérables mais aussi de faire des propositions en vue d'améliorer leur prise en charge.

Il précise qu'il n'est nullement dans son intention de mettre en cause le personnel de l'EVAM.

4. POSITION DU CONSEIL D'ETAT

Sur la forme, le chef du DECS considère le postulat comme une charge extrêmement violente et infondée contre l'EVAM. Violente car le postulat prétend par exemple que « l'EVAM met en danger la santé et la sécurité des migrants » ou qu'il « fait prévaloir la logique punitive sur les besoins sociaux et médicaux des personnes ». Infondée car deux des médecins auditionnés ont fait état du comportement adéquat du personnel de l'EVAM. De plus, selon le chef du DECS, le postulat relate, en partie du moins, des faits erronés : une personne présentée comme paralysée après avoir sauté du toit du centre de Vevey ne le serait en réalité pas ; en outre, cette personne aurait chuté en raison d'un état d'alcoolisation. Surtout, il conviendrait de bien différencier ce qui relève de l'accueil des requérants d'asile par l'EVAM et ce qui relève de la procédure d'asile proprement dite (Office fédéral des migrations, Tribunal fédéral, Service cantonal de la population), procédure qui peut malheureusement conduire certains demandeurs au désespoir total, sans que l'EVAM puisse en être tenu pour responsable. En conséquence, le chef du DSAS recommande le rejet du postulat.

Sur le fond, le chef du DECS n'est pas en mesure de se prononcer sur l'adéquation de la prise en charge médicale des requérants d'asile (dotation suffisante en personnel soignant, représentation appropriée des différentes spécialités médicales, pertinence des procédures mises en place...), cette prise en charge relevant de la PMU, donc du DSAS. Si la commission souhaite un rapport sur ce sujet, c'est un rapport interdépartemental DSAS-DECS qui doit être demandé. A ce stade, le chef du DECS ne peut que souligner que la prise en charge des requérants d'asile en Suisse, et dans le canton de Vaud, s'avère nettement supérieure par rapport à ce qui se fait à l'étranger, même si cette prise en charge peut être améliorée. Actuellement, l'accueil des requérants d'asile dans le canton représente un coût de l'ordre de 110-120 millions par an. Si le chef du DECS estime ces dépenses justifiées, il pense qu'une augmentation est loin d'obtenir un consensus politique. Dans la même veine, le souhait de fermer les abris de protection civile, de réduire l'hébergement en foyer et d'accroître le placement en appartements des requérants pourrait être combattu, au vu du manque de logements actuellement.

Quant à la couverture d'assurance de base, le chef du DECS relève que l'affirmation du postulant, selon laquelle « les personnes déboutées qui trouvent à se loger chez une connaissance sont aussitôt privées des prestations de l'aide d'urgence, en particulier de la couverture maladie » s'avère fausse.

5. DISCUSSION GENERALE

L'auteur du postulat réplique aux propos du chef du DECS. Il maintient que, mis à part une faute de frappe relative à une date (2003 au lieu de 2013, bas de la page 1 du postulat), les cas évoqués dans le postulat ne présentent pas d'erreurs, du moins pour ce qui concerne les exemples cités sous tiret et dûment documentés. En aucun cas le postulat n'accuse les collaborateurs de l'EVAM ; il dénonce une violence institutionnelle qui s'exerce malgré l'action d'un personnel souvent admirable. Enfin, le postulant regrette l'absence de représentants du DSAS et rappelle la teneur de la demande des co-signataires du postulat (dernier paragraphe du postulat : un rapport sur l'accès aux soins physiques et psychiques des personnes prises en charge par l'EVAM et sur les moyens d'améliorer cet accès).

Le directeur de l'EVAM donne les précisions suivantes :

- le Groupe de travail « hébergement et vulnérabilité » de la PMU fournit à l'EVAM des préavis médicaux relatifs à des situations spécifiques. L'EVAM tient compte de ces préavis mais n'arrive pas toujours à les suivre pour des raisons de contraintes matérielles ;

- les rencontres régulières entre la direction de la PMU, les collaborateurs de l'Unité des populations vulnérables de la PMU et la direction de l'EVAM sont dédiées à la coordination et à l'amélioration de la prise en charge des requérants d'asile sur le plan médical. La dernière réunion, qui s'est déroulée récemment, a porté sur la consolidation des échanges d'informations ainsi que sur le renforcement du travail en réseau concernant les cas difficiles ;
- le comité de pilotage du réseau de santé FARMED qui guide l'organisation de la prise en charge médicale des requérants d'asile est présidé par le Secrétaire général du DSAS. Y participent la PMU, le Médecin cantonal, le Service de la population, l'EVAM, etc.

Plusieurs commissaires regrettent le ton du postulat et ses attaques contre l'EVAM. Ils soulignent toutefois l'intérêt de la problématique et des questions soulevées en séance. Ils relèvent, par exemple, l'importance à :

- clarifier et améliorer les relations entre l'EVAM et la PMU, et notamment régler le problème de l'absence de réponse de l'EVAM à certains préavis de la PMU ;
- évaluer l'adéquation de la dotation en personnel dévolu à la prise en charge médicale des requérants d'asile ;
- éviter autant que possible les réhospitalisations qui découlent de conditions d'hébergement inadaptées
- viser à un perfectionnement du système ;
- développer les perspectives d'intégration des migrants pour le bénéfice de l'ensemble de la collectivité.

Aussi, ces commissaires proposent le rejet du postulat et, dans le même temps, le dépôt par la commission d'un autre postulat reprenant la thématique sous une forme moins polémique.

Dans une optique constructive, l'auteur du postulat se dit prêt à retirer son postulat, pour autant que le nouveau postulat déposé par la commission en reprenne la substance et demande, en plus d'un état des lieux, des propositions d'amélioration.

6. VOTE DE LA COMMISSION

Compte tenu de la discussion et de son issue, l'auteur du postulat retire son postulat.

A l'unanimité des membres présents, la commission dépose à la place un postulat dont la teneur est la suivante : « *La commission demande au Conseil d'Etat de rédiger un rapport permettant de faire le point sur la prise en charge socio-médicale des requérants d'asile hébergés dans le cadre de la mission de l'EVAM, ainsi que sur les moyens à mettre en œuvre pour leur garantir l'accès aux soins physiques et psychiques* ».

La commission demande la prise en considération immédiate de son postulat.

Le Mont-sur-Lausanne, le 24 octobre 2014.

La présidente :
(Signé) Catherine Roulet