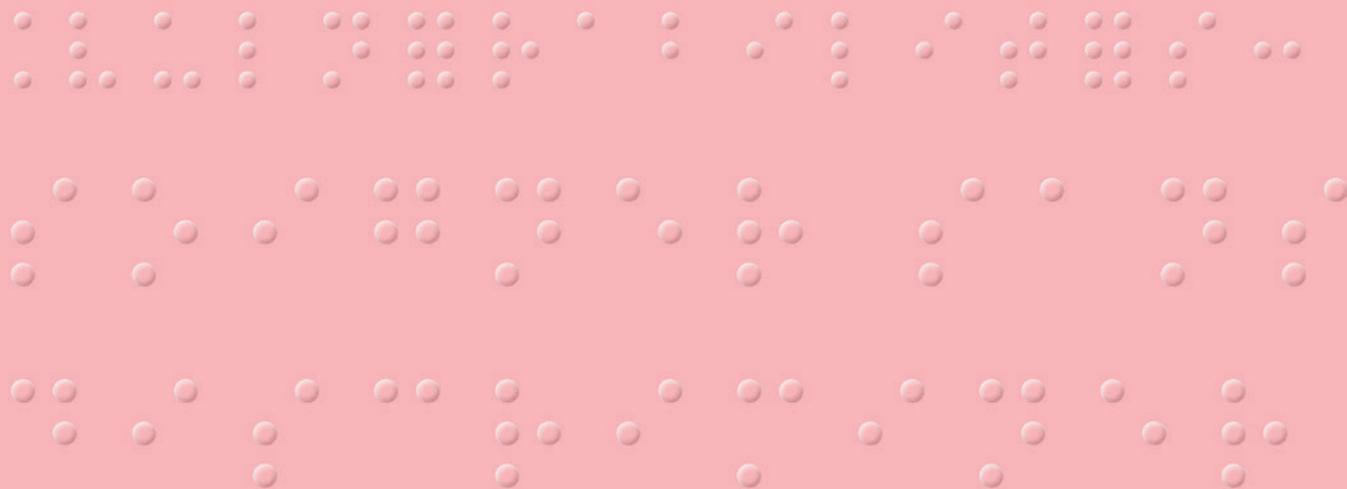


DOC
LE RENDEZ-VOUS
DES MÉDECINS
VAUDOIS

N° 14
PRINTEMPS
2025



LE DÉFI DE LA MÉDECINE
VAUDOISE EN 2025

LES MÉDECINS VAUDOIS
FAÇONNENT LEUR FUTUR

LES MÉDECINS VAUDOIS
S'ENGAGENT POUR LE BIEN-ÊTRE

**Vous vous sentez dérouté-e par cette page?
C'est leur quotidien face aux soins.**

(Retrouvez les titres dans le sommaire)



Avec le Fonds de prévoyance de la SVM, optez pour un 2^e pilier sur mesure et 100% garanti.

- Conseil neutre et professionnel
- Solutions de prévoyance modulaires
- Une gestion en ligne de vos affaires

Pour répondre aux besoins spécifiques des médecins, la Société Vaudoise de Médecine et Retraites Populaires ont créé le Fonds de prévoyance de la SVM. C'est pourquoi aujourd'hui plus de 900 médecins vaudois et leur personnel nous font confiance.

Contactez-nous, sans engagement

www.retraitespopulaires.ch/svm

021 348 26 27



**FONDS DE
PRÉVOYANCE**

Envie de vous installer? On vous aide à franchir le pas!

OÙ, QUAND, AVEC QUI?

EN VILLE OU À LA CAMPAGNE?



Installation en cabinet

Soirées de formation

Module 1: «J'aimerais m'installer»

Mardi 30.09.2025 à 18h30

Module 2: «Je vais m'installer»

Jeudi 09.10.2025 à 18h30

Module 3: «Je m'installe»

Mardi 28.10.2025 à 18h45

Lieu: Lausanne CHUV

Réservez votre place!



Partenaires



COMMENCER

La Société Vaudoise de Médecine, en collaboration avec Syrma et ELCASecurity, vous invite au :

Webinaires Cybersécurité au cabinet médical

Pour qui ?

Ces webinaires sont destinés aux médecins de cabinets, aux professionnels de santé et aux assistantes médicales.

Objectifs

S'initier aux bases et aux bons réflexes en cybersécurité grâce au "serious game" proposé

Quand ?

16 juin 12h15-13h45

9 septembre 12h15-13h45

18 septembre 12h15-13h45

Inscription

<https://www.svmed.ch/jeu-cybersecurite>



2 crédits - formation continue élargie par webinar





SYNDICALISTE OU HUMANISTE ?

Après plus de dix ans passés à défendre les intérêts des médecins vau-
dois, c'est un dessin de presse publié à l'occasion des funérailles du
pape François qui m'a inspiré ce titre. Croqué par Chappatte pour
Le Temps, il montre deux fidèles discuter lors de la cérémonie d'adieu :

- « Il prêchait un truc en voie de disparition... », dit le premier.
- « Le catholicisme ? », demande le second.
- « Non... l'humanisme ! »

Cela me renvoie à une réflexion personnelle sur mon rôle au sein du
comité de la SVM. Loin de moi l'intention de vouloir me comparer avec le
défunt Saint-Père, mais l'analogie avec la défense de la médecine libérale
n'est peut-être pas aussi vide de sens qu'il n'y paraît : c'est peut-être aussi
« un truc en voie de disparition ». Malgré une situation de pénurie pour la
plupart des spécialités médicales, de nombreuses mesures rendent l'exer-
cice de la médecine libérale toujours plus difficile, dans l'espoir de juguler
l'explosion des coûts de la santé en limitant l'offre.

En tant que membre du comité, je dois sans cesse me positionner vis-
à-vis des revendications des différents acteurs de notre système de santé
qui mettent en danger l'indépendance de notre profession, tant sur le plan
organisationnel qu'économique. Bien naturellement, le syndicaliste s'érige
contre ces pressions et essaie de les combattre par tous les moyens ! Mais
dans cette lutte, il faut aussi garder à l'esprit les valeurs qui fondent notre
profession. Et c'est là que l'humaniste pointe le bout de son nez, lui qui dé-
fend des valeurs telles que le respect de l'être humain et de l'environnement,
l'égalité, la liberté, l'esprit critique, la tolérance, la fraternité, le savoir, et
militant pour un monde meilleur, ouvert et respectueux.

Défendre les médecins de toutes les spécialités, créer des ponts entre
les personnes, convaincre plutôt que contraindre, rassembler plutôt que
diviser, tels sont les *mantras* qui m'ont animé dans le passé et qui devraient
continuer à dicter les décisions et actions futures de la SVM. Dans ses choix
stratégiques, cette dernière doit s'efforcer de concilier ces deux casquettes.
Les thématiques des deux dossiers de ce numéro soulignent cette dualité :
« Soigner sans discriminer », pour l'humaniste averti et dire « Stop aux vio-
lences contre les soignant-es » pour le syndicaliste.

Ce ne sont là que quelques facettes de cet équilibre entre engagement
humaniste et défense syndicale, que j'espère voir perdurer chez les collègues
qui reprendront le flambeau dans les années à venir.



Dr Patrick Bovier
Spécialiste
en médecine
interne générale
Membre du
comité de la SVM



06

EN BREF

08

INFOS SVM

10

Sébastien Kessler
Député au Grand Conseil vaudois

ENTRETIEN

12

DOSSIER VULNÉRABILITÉS
EN SANTÉ

14

Favoriser l'équité en santé

16

Proche aidant·e en gériatrie

17

Santé sexuelle et vulnérabilités

18

Adaptation du cabinet médical

19

CASO : soigner sans conditions

20

Solutions d'accessibilité

24

Enjeux éthiques

25

Consentement éclairé

26

Check-up humour

27

Ce qu'en pense

Stephan Hüsler,
Directeur de Retina Suisse



28

DOSSIER VIOLENCE ENVERS
LES SOIGNANT·ES

30

**Affronter la violence en psychiatrie
et aux urgences**

32

Violence dans les EMS

33

Violence en pédiatrie

34

**Centrale téléphonique des
médecins de garde (CTMG)**

35

Prévention de la violence

36

Enquête « Simplifions la santé »

MA PRATIQUE

37

Obligation de contracter

POLITIQUE

38

Programme Handicap des HUG

AILLEURS

39

Dre Yolanda Müller Chabloz

VISITE MÉDICALE

40

Le vide existentiel

BON POUR LA TÊTE

IMPRESSUM



**SOCIÉTÉ VAUDOISE
DE MÉDECINE**

Chemin de Mornex 38
1002 Lausanne
Tél. 021 651 05 05
Fax 021 651 05 00
doc@svmed.ch
www.svmed.ch/doc-mag

Rédacteur en chef

Gaël Saillen,
secrétaire général de la SVM

**Concept et secrétariat
de rédaction**

ftc communication SA
www.ftc.ch

Comité de rédaction

Prof. Jacques Besson
Dr Marc-Antoine Bornet
Dre Sabine Delachaux-Mormile
Dre Sandy Estermann
Dr Henri-Kim de Heller
Dre Catherine Léchaire
Dre Séverine Oppliger
Dr François Saucy

**Maquette et
mise en page**

ened, Nicolas & Mélanie
Zentner, Mathieu Moret
www.ened.ch

Illustration de couverture

Nicolas Zentner

Impression

PCL Print Conseil Logistique SA,
Renens

Régie publicitaire

Urbanic Régie publicitaire
Avenue de Cour 74
1007 Lausanne
Tél. 079 278 05 94
info@urbanic.ch

Le Comité de rédaction précise
que, sous réserve des articles
signés par des responsables
attitrés de la SVM, les articles
publiés ne reflètent pas
nécessairement la position
officielle de la SVM ou de
son comité, mais seulement
l'opinion de leurs auteur·es.

Pour tout changement
d'adresse, merci de vous
adresser à info@svmed.ch

60 ANS

C'est l'âge d'un médecin de famille sur trois.

Ce chiffre, tiré de la Statistique 2024 de la FMH, met en lumière un risque croissant de pénurie dans un secteur déjà sous pression (lire aussi ci-contre).

CORPS MÉDICAL : LA RELÈVE SOUS PRESSION

Avec 42 602 médecins en exercice, dont un tiers de médecins de famille âgés de 60 ans ou plus, la Statistique 2024 de la FMH dresse un état des lieux préoccupant: la densité médicale reste faible (0,8 EPT pour 1 000 habitants), les cabinets individuels diminuent (40 % en 2024 contre 57 % en 2014) et la relève peine à arriver. La profession continue parallèlement son évolution : elle compte 47 % de femmes, 41 % de diplômés de l'étranger et plus de la moitié des médecins exercent dans le secteur ambulatoire.

Plus d'informations sur [fmh.ch](https://www.fmh.ch)

TROIS PRIORITÉS POUR LA FMH

«Choose your battles wisely»: tel est le mot d'ordre de la FMH. L'organisation faitière a ainsi décidé d'affiner sa stratégie politique en se concentrant sur trois priorités majeures: garantir un personnel qualifié en nombre suffisant, réduire la charge administrative et réussir le virage ambulatoire.

PUBLICITÉ

LA LIGNIÈRE | 120 Ans

Votre partenaire santé au quotidien

CLINIQUE DE RÉADAPTATION
Cardiovasculaire - Orthopédie - Neurologie - Médecine Interne et Oncologie - Gériatrie

CENTRE PSYCHIATRIQUE
Psychiatrie hospitalière et ambulatoire - Psychothérapie - Art Thérapie

CENTRE MÉDICAL
Cardiologie - Endocrinologie et Diabétologie - Médecine Générale - Médecine du Voyage - Gériatrie - Neurologie

CENTRE DE THÉRAPIES
Physiothérapie - Diététique - Ergothérapie - Neuropsychologie - Logopédie - Douleurs du dos - Diafit/Diafood

BIENVEILLANCE
EXCELLENCE
RESPONSABILITÉ

**GLAND
CRISSIER**

[la-ligniere.ch](https://www.la-ligniere.ch)

CL+ Clinique de La Source
Propriété d'une fondation à but non lucratif

La Clinique de La Source a le plaisir d'annoncer l'arrivée d'un nouveau médecin accrédité indépendant

- Prof. Dr Méd. Constantin TULEASCA
Spécialiste en Neurochirurgie

Avenue Jomini 8
1004 Lausanne
Tél.: +41 21 641 39 00
c.tuleasca@lasource.ch

Depuis le 15 mai 2025

LA SOURCE, PARTENAIRE DE VOTRE SANTÉ TOUT AU LONG DE VOTRE VIE.



APC-Sieber

Karim Boubaker nommé à la tête d'Unisanté

Après treize ans comme médecin cantonal, le Dr Karim Boubaker a quitté son poste pour prendre la direction générale d'Unisanté dès le 1^{er} août 2025. Il succède ainsi à Jacques Cornuz qui part à la retraite.

Dr Dupraz, médecin cantonal ad interim

Nommé médecin cantonal ad interim par le Conseil d'État vaudois, le Dr Julien Dupraz est entré en fonction le 1^{er} mai 2025. Médecin cantonal adjoint depuis septembre 2023, le Dr Dupraz est formé en médecine générale et en santé publique. Il a exercé comme chef de clinique à Unisanté et a apporté son soutien à l'Office du médecin cantonal durant la pandémie. Le poste de médecin cantonal sera prochainement mis au concours.

EN BREF

Stéphanie Monod à l'OFSP

Le 1^{er} septembre 2025, Stéphanie Monod prendra la tête de l'Unité de direction Protection de la santé à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Médecin lausannoise de 55 ans, elle est également nommée vice-directrice de l'office. Forte d'une solide expérience en santé publique, elle apporte un large réseau issu des milieux scientifiques et académiques.



Marc Rouiller

PUBLICITÉ

CENTRAL
MALLEY

OÙ LA SANTÉ EST CENTRALE.

- ✓ Votre cabinet au cœur de l'Ouest lausannois
- ✓ À 3 minutes de Lausanne
- ✓ Surfaces semi-aménagées dès 200 m²

central-malley.ch

Découvrez les possibilités



ADHÉSION À LA SVM DEUX VOLÉES, UN MÊME ÉLAN

En ce début d'année 2025, la SVM a accueilli 173 nouveaux et nouvelles membres, dont 52 ont participé à la première des trois soirées annuelles d'accueil, le 13 février au Novotel de Bussigny, marquée par la prestation de serment. En mars, l'Assemblée des Délégués a par ailleurs validé 77 nouvelles adhésions, dont les membres seront conviés à la soirée d'accueil du 17 juin. Bienvenue à elles et eux!



M. GAËL SAILLEN, NOUVEAU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE LA SVM

La SVM a accueilli son nouveau secrétaire général le 1^{er} mai 2025. M. Gaël Saillen (41 ans) est titulaire d'un Executive MBA en Health Management de HEC Lausanne. Dernièrement responsable des affaires publiques pour le groupe Helsana, il dispose d'un large réseau dans le monde de la santé et des médias.

PUBLICITÉ



LE DR THIERRY AYMARD ET LE PROF. ALEXANDER KADNER

Spécialistes en chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique, membre FMH

ont le plaisir de vous faire part de leur installation en pratique privée ainsi que de leur collaboration avec la Clinique Cecil.

Clinique du cœur

Ch. des Croix-Rouges 12, 1007 Lausanne
T +41 21 310 51 30
cliniqueducoeur@hirslanden.ch
www.hirslanden.ch/cliniqueducoeur



PROFESSEUR NERMIN HALKIC

Spécialiste en chirurgie générale et chirurgie viscérale, membre FMH, chirurgie hépato-biliaire et pancréas

a le plaisir de vous faire part de son installation en pratique privée ainsi que de sa collaboration avec la Clinique Cecil.

Adresse du cabinet :

Chemin des Croix-Rouges 9, 1007 Lausanne
T +41 21 310 52 03
secretariat.halkic@hirslanden.ch



SUCCÈS RENOUVÉ POUR LA SOIRÉE DES SPÉCIALITÉS

Le 6 mars dernier, la Soirée des spécialités a rassemblé médecins et étudiant-es en médecine pour une nouvelle édition. Organisé conjointement par la SVM et l'AEML pour la troisième année consécutive, l'événement confirme son statut de rendez-vous incontournable pour aider et orienter les futur-es médecins vaudois-es dans leurs choix professionnels.

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2024: TOUT EST EN LIGNE !

Le rapport d'activités 2024 de la SVM est disponible en version 100 % digitale. Au programme : bilan de la présidente, temps forts de l'année, faits marquants, chiffres-clés, rapports des commissions (formation continue, honoraires, déontologie), composition des organes, liste des nouvelles et nouveaux membres et des membres honoraires. Ce document revient aussi sur les événements organisés en 2024.

À consulter sur svmed.ch/rapports-activites

83^e ÉDITION : LCA ET SURCHARGE ADMINISTRATIVE DANS LE VISEUR



Réunie le 27 mars 2025, la 83^e Assemblée des Délégués (AD) de la SVM a adopté trois résolutions concernant le dossier LCA : solidarité avec les patient-es, attachement à la transparence (séparation stricte entre LAMal et LCA) et remise en question des pratiques de certains assureurs privés, avec un appel à clarification adressé à la FINMA. Autre avancée : la création d'un groupe de travail cantonal sur la surcharge administrative, pour compléter les démarches engagées à l'échelle fédérale. L'Assemblée a également modifié son règlement interne et réélu le Prof. Olivier Lamy au comité, qui compte encore deux sièges à repourvoir. Retrouvez toutes les décisions sur le site de la SVM.

LCA : suivez le dossier en direct

Un fil d'information mis à jour en continu est à disposition des membres sur svmed.ch/fil-situation-lca

3241

En avril 2025, le nombre d'abonnés à notre page LinkedIn s'élevait à 3241 – une communauté qui ne cesse de grandir. En complément de cette page et du site svmed.ch, notre *Semainier* contribue lui aussi à garder le lien : 37 éditions ont été envoyées en 2024, avec chaque semaine une sélection d'actualités et d'infos pratiques. Merci à toutes celles et ceux qui nous suivent !

JEUDI
6 NOVEMBRE
DÈS 15H00

JOURNÉE DE LA SVM : SAVE THE DATE !

Cap sur le 6 novembre 2025 pour une nouvelle édition qui se déclinera sur le thème de l'innovation. Le Centre de recherche sur le cancer AGORA du CHUV accueillera un cycle de mini-conférences dès 15 h, en parallèle de visites guidées du nouvel Hôpital des enfants. En soirée, place aux échanges informels et aux rencontres enrichissantes. Un événement pour s'informer, partager... et bâtir l'avenir ensemble !

« REPENSER LA SANTÉ AVEC LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP »

Conseiller communal socialiste à Lausanne puis député au Grand Conseil vaudois en 2023, Sébastien Kessler est une personne profondément engagée. En situation de handicap depuis la naissance, il a fondé son propre bureau de conseil id-Geo, s'implique dans la faîtière suisse Inclusion Handicap et forme des professionnel·les. À l'occasion de notre dossier sur l'accessibilité aux soins, il partage sa vision du système de santé et les pistes concrètes d'amélioration qui bénéficieraient d'ailleurs à toutes et tous.

Retrouvez l'interview
complète sur
www.svmed.ch/doc-mag

Quel est votre rapport avec le système de santé ?

Les personnes en situation de handicap représentent près d'un quart de la population suisse, soit l'une de nos plus grandes minorités ! Ce chiffre, souvent ignoré, montre que cela nous concerne toutes et tous à un moment de notre vie. Ce groupe hétérogène – avec des handicaps visibles et le plus souvent invisibles – entretient souvent un rapport ambigu avec notre système de soins qui est pensé pour la maladie, pas pour une approche globale de la santé. Chaque jour, je « coûte » à la LAMal, même sans être malade. Il faudrait d'abord redéfinir ce qu'on entend par « être en bonne santé ».

Quels sont les principaux obstacles à l'accès aux soins ?

Ils sont nombreux. D'abord, la formation du personnel de santé est souvent insuffisante ou inadaptée. Le corps infirmier avance, mais les médecins restent en retard. Ensuite, la sidération face au handicap : certain·es professionnel·les ne voient rien d'autre que le fauteuil roulant. S'y ajoute le manque de temps, aggravé par des financements mal répartis. L'accessibilité physique et sensorielle des lieux (infrastructures, signalétique, bruit, lumière) est

encore insuffisante. Enfin, il y a un manque de protocoles pour des soins adaptés, que ce soit par exemple aux urgences, chez le dentiste ou pour les soins à domicile qui sont essentiels. En corollaire, la communication – avant, pendant et après le moment de soin – freine souvent l'accès aux soins. La plupart de ces obstacles concernent finalement l'ensemble de la population, mais se révèlent particulièrement aigus pour les personnes en situation de handicap.

Quelle est votre vision de notre système de soins ?

Il n'est pas aussi solidaire qu'il le prétend. Il y a des refus de soins et une forme de maltraitance à traiter différemment des individus. On oublie de poser la question essentielle : qu'est-ce que la bonne santé ? Autrement dit, de quoi avez-vous besoin pour bien vivre, « fonctionner » ? Adapter les horaires des soins à domicile à une personne qui travaille, ce n'est pas du luxe. Minimiser la santé sexuelle auprès de résident·es d'une institution, c'est atténuer une thématique de santé publique. Ignorer un possible lien entre un décès évitable et une déficience, c'est une horrible injustice. On doit passer d'un système de soins à un véritable système de santé, équitable.



Julie Masson

Âge
51 ans

Formation
MSc en physique et
MA en économie et
administration de la santé

Parcours professionnel
23 ans au CHUV
dans les Finances et
la Direction générale
Fondateur d'id-Geo Sàrl
en 2011

Votre remède anti-stress
Un vermouth
entre amis sur une
terrasse à Madrid

Un sujet de santé
publique dont on
ne parle pas assez
La diversité et la beauté
des corps et, en corollaire,
une meilleure acceptation
des individus et de leurs
différences

Un progrès médical
qui vous fascine
La médecine
régénérative

Existe-t-il des cantons plus avancés ?

Oui, Genève est citée en modèle. Le programme handicap des HUG intègre une admission facilitée, des formations, des référent-es, des protocoles en ambulatoire et à l'hôpital (voir pages 21 et 38). La consultation Handiconsult offre des soins adaptés, notamment dentaires. Proche de nous, en Valais, un guide d'accessibilité universelle a été élaboré avec l'appui d'id-Geo en 2016 déjà. Ces deux cantons ont une volonté politique plus affirmée.

Et dans le canton de Vaud ?

Le CHUV a mis en place un dispositif pour les personnes avec un trouble du spectre autistique (DAC-TSA), soutenu par des fonds privés et un effort associatif. On assiste déjà à des retombées positives, mais cela a trop tardé ! Il y a aussi l'Hôpital adapté aux aîné-es, mais pourquoi ne pas l'élargir aux personnes handicapées ? Le programme *ici-TSA* de l'Institut et Haute Ecole de la Santé de la Source, aussi soutenu par des fonds privés et auquel je collabore comme formateur, a notamment édité des *pocket cards* que les médecins utilisent lors de leurs consultations avec des patient-es dans le spectre autistique. Enfin, je salue un mandat en cours issu du DSAS – « Accessibilité aux soins : démarche

participative » – et mené avec les associations qui vise à recueillir les besoins les plus urgents. Les initiatives existent, mais manquent de coordination et de financements.

Quelles mesures prioritaires recommanderiez-vous ?

Je vois trois pistes : premièrement, renforcer le lien avec les médecins de premier recours, également dans les institutions pour personnes handicapées qui peinent à les recruter ; deuxièmement, former les professionnel·les à améliorer la communication et à considérer les patient-es comme acteur et actrices de leur santé ; et troisièmement, développer les consultations pluridisciplinaires et mettre en place des protocoles ambulatoires et hospitaliers co-construits.

Quels leviers politiques et financiers mobiliser pour accélérer l'inclusion dans le système de soins ?

La loi sur l'égalité pour les personnes handicapées (LHand) en révision n'aborde pas la santé. Pourtant, l'article 25 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées ainsi que les conventions internationales de l'ONU exigent un accès équitable aux soins.

En Suisse, les assurances perte de gain, accidents, vie et les complémentaires restent souvent inaccessibles : on peut me refuser une couverture sous prétexte que je suis en fauteuil, alors que je n'ai pas plus de risques qu'un·e autre. À l'échelle cantonale, depuis 2020, nous attendons une réponse aux motions de Cuérel et à celle de Bouverat qui demandent une révision de la loi sur les mesures d'aide et d'intégration pour les personnes handicapées (LAIH) pour en faire une vraie loi sur l'inclusion. Une évolution qui serait bienvenue, comme le demande, au niveau fédéral, l'initiative pour l'inclusion déposée fin 2024.

Quel rôle peuvent jouer les médecins dans la promotion d'un système de santé plus inclusif et accessible ?

Ils/elles sont des acteurs et actrices clés du changement. Si mon médecin de famille me comprend, il/elle transforme ma santé. Le corps médical doit oser reconnaître que certain-es patient-es, comme moi, en savent plus sur leur santé que la moyenne. Cela demande un équilibre entre expertise et écoute. Accueillir les différentes expertises, de part et d'autre, constitue la clef pour une meilleure santé.

• • • • • • • •
• • • • • • • •
• • • • • • • •

• • • • • • • •
• • • • • • • •
• • • • • • • •

• • • • • • • •
• • • • • • • •
• • • • • • • •

• • • • • • • •
• • • • • • • •
• • • • • • • •

• • • • • • • •
• • • • • • • •
• • • • • • • •

• • • • • • • •
• • • • • • • •
• • • • • • • •

Lorsque j'étais étudiante en médecine, mes collègues et moi-même avons participé à une expérience de sensibilisation au handicap, pendant laquelle il nous était demandé, par exemple, de passer un appel téléphonique en portant des lunettes simulant un rétrécissement tubulaire du champ visuel et un casque antibruit, ou de sortir d'une baignoire avec des poids attachés aux jambes et un bras entravé. Cet intéressant exercice d'immersion, qui peut être effectué à n'importe quel stade de la formation médicale, permet de se mettre à la place, bien que pour une courte durée, des personnes vivant avec des limitations.

Il s'agit d'un élément fondamental, celui de « se mettre à la place de... », ou mieux encore, de demander « quel est votre besoin », comme le suggèrent plusieurs articles de ce numéro. Car personne mieux que le ou la patient-e en situation de vulnérabilité ne peut nous expliquer, à nous les soignant-es, comment rendre les soins plus inclusifs.

VULNÉRABILITÉS : SOIGNER SANS DISCRIMINER

De nombreux termes et concepts ressortent de ce dossier consacré à l'accessibilité : équité, solidarité, combat contre les préjugés et les stéréotypes, mais aussi écoute, respect, confiance, co-construction. Interprofessionnalité et intersectorialité également, car les réponses aux besoins des personnes concernées proviennent d'elles-mêmes, mais aussi de toutes les catégories de soignant-es, des intervenant-es sociaux et sociales, des spécialistes de l'interculturalité, et bien sûr des proches aidant-es.

Il reste certes du chemin à parcourir, mais à la lecture des articles qui suivent, vous découvrirez des projets, des consultations, des outils déjà opérationnels ou en phase de développement, des tendances qui méritent d'être saluées et reproduites.

Au mois d'avril 2025, j'ai participé à un événement réunissant ophtalmologues et spécialistes de la prise en charge des personnes avec un handicap visuel (ergothérapeutes, opticien-nes et optométristes) dans le Nord vaudois. J'aurais pu vous parler ici de solutions d'accessibilité innovantes, mais j'aimerais surtout partager avec vous l'enthousiasme de toutes et tous ces professionnel-les qui sont tous les jours en contact avec les personnes malvoyantes, leur fierté et leur bonheur d'avoir pu rendre accessible ce qui ne l'était pas. Puisseons-nous toutes et tous connaître cette joie.

« Nous devons être traités sur un pied d'égalité – et la communication est le moyen d'y parvenir », disait Louis Braille : son message résonne encore aujourd'hui et a guidé la réalisation de ce dossier.

INTRODUCTION

DOSSIER VULNÉRABILITÉS EN SANTÉ



**Dre Sabine
Delachaux-
Mormile**
Spécialiste en
ophtalmologie
Membre du
comité de
rédaction

Prof. Patrick Bodenmann
Chef du Département
Vulnérabilités et
médecine sociale,
Unisanté

À RETENIR

L'accès aux soins reste inégal pour les populations vulnérables. L'équité en santé exige d'adapter les soins aux déterminants socio-économiques et culturels. Former les soignant-es aux compétences transculturelles, recourir à des interprètes et évaluer ces déterminants sont essentiels pour garantir une prise en charge inclusive et respectueuse.

VERS UNE MÉDECINE PLUS JUSTE

L'accès aux soins reste inégal et inéquitable pour les populations en situation de vulnérabilité. Barrières linguistiques, précarité, stéréotypes: autant d'obstacles qui compromettent l'équité en santé. Comment favoriser une prise en charge adaptée et inclusive?

Parmi les 200 mots et concepts bannis par la nouvelle administration Trump figure, en tête de liste, le mot accessibilité... Tout un symbole pour ce dossier! Suivent, dans le désordre, le genre, l'équité/les disparités en santé, les biais implicites, les minorités, les stéréotypes, les populations vulnérables... Un programme inquiétant!

ACCÈS UNIVERSEL AUX SOINS : UN DROIT ENCORE INACHEVÉ

Pourtant, la notion d'accès universel aux soins, défendue par l'OMS, implique que chacun-e doit pouvoir bénéficier des services de santé nécessaires et de qualité, où et quand il/elle en a besoin, sans difficulté d'accès, notamment financière, y compris pour les médicaments. Cela couvre l'ensemble des services essentiels, de la promotion de la santé aux soins palliatifs, et vise à améliorer la santé de toutes et tous sans discrimination.

L'enjeu peut se résumer ainsi: les soins demeurent inéquitables pour les personnes en situation de vulnérabilité, qui se heurtent à des obstacles limitant leur prise en charge.

UNE ÉQUITÉ À TOUS LES NIVEAUX

À l'opposé, l'équité en santé désigne l'absence de différences systémiques - et potentiellement remédiables - dans un ou plusieurs aspects de la santé définis socialement, économiquement, démographiquement, géographiquement ou selon toute autre dimension des inégalités (éducation, revenu, sexe, genre, orientation sexuelle, ethnie, handicap, etc.). L'équité doit être:

▷ clinique: le ou la clinicien-ne doit se mettre au niveau du/de la patient-e en

situation de vulnérabilité. Il ou elle tient compte de ses besoins spécifiques et des déterminants socio-économiques, environnementaux et culturels de la santé et de la maladie comme, par exemple, un faible niveau de littératie en santé (soit un-e patient-e sur deux en Suisse).

▷ institutionnelle: la structure de soins s'adapte aux besoins spécifiques et aux compétences des patient-es (mise à disposition d'interprètes communautaires, par exemple).

▷ structurelle: la société doit être prête à réaliser des adaptations pour atténuer les différences (via une assurance accessible à toutes et tous, malgré le coût élevé de la franchise, les primes et la quote-part).

UN IMPACT DIRECT SUR LES PATIENT-ES LES PLUS VULNÉRABLES

Les iniquités en santé touchent plus fréquemment les patient-es en situation de vulnérabilité. Pendant la pandémie de COVID-19 en Suisse, par exemple, les 10% les plus pauvres issu-es d'un panel de 2,5 millions de personnes ont dû se rendre aux soins intensifs deux fois plus souvent que les 10% les plus riches. En outre, le taux de mortalité était corrélé au niveau socio-économique.

Par ailleurs, les personnes en situation de vulnérabilité méconnaissent ou font souvent un mésusage du système sanitaire. Elles renoncent aux soins pour des raisons économiques - soit 10 à 22% selon les enquêtes, en particulier pour les soins dentaires et de médecine générale - ou recourent régulièrement aux urgences (en moyenne 4% des personnes consultant les urgences mais pouvant représenter jusqu'à 20% des consultations).

PRISE EN CHARGE : MARCHE À SUIVRE

De multiples études démontrent que les clinicien·nes ayant de bonnes compétences cliniques transculturelles communiquent mieux avec leurs patient·es et obtiennent une meilleure adhésion au traitement et de meilleurs résultats. L'acquisition de compétences transculturelles, d'attitudes, de connaissances et de savoir-faire permettant aux professionnel·les de santé de fournir des soins adaptés a été amplement documentée.

1

Contexte

Demander: « En ce moment, qu'est-ce qui est le plus important pour vous? ». Cette question vise à identifier les priorités du/de la patient·e en matière de soins et à contextualiser la demande. Elle permet de personnaliser les soins, de faciliter la prise de décision partagée et d'élaborer un plan de traitement respectant les valeurs et préférences de la personne.

2

Communication

S'assurer que la communication est possible, notamment en cas d'allophonie, de faible littératie en santé, de malentendance ou de surdité, et recourir à un·e interprète si nécessaire (voir dossier « Bien communiquer pour mieux soigner » sur www.svmed.ch/doc-mag).

3

Déterminants socio-économiques de la santé

Les études ont démontré que des déterminants socio-économiques défavorables sont corrélés à un mauvais état de santé. Ils devraient être intégrés dans l'anamnèse lors de la première rencontre (enfance, possibilité de travail, présence d'un entourage, possibilités de transport, dépendances, alimentation, etc.).

4

Stéréotypes

Les soignant·es sont aussi à risque d'avoir des stéréotypes et des préjugés, voire de discriminer. Un exercice d'introspection semble dès lors essentiel. L'outil *Implicit Association Test* (IAT), accessible en ligne sur implicit.harvard.edu, peut être utile et ... surprenant!

5

Modèle explicatif de la maladie selon le ou la patient·e

Ce modèle développé par Arthur Kleinman permet au médecin de déterminer rapidement comment les choses sont perçues en quelques minutes seulement à travers une série de questions (voir article en ligne, via le QR code ci-contre).



Voir l'article en ligne
« Médecin-patient·e:
comment se mettre
au diapason? »

En cette période de turbulences, où la nouvelle normalité est l'incertitude et la polarisation, il est essentiel que le cabinet du médecin de première ligne demeure une terra firma (littéralement « terre ferme » en latin) pour garantir des soins équitables et de qualité.

Dre Daphné Märki
Spécialiste en
médecine interne
générale et gériatrie
Consultation de
gériatrie ambulatoire
(Réseau Santé la
Côte – Ensemble
Hospitalier de la Côte)

UN RELAIS CLÉ DU PARCOURS DE SOINS

*Lors des consultations de gériatrie, le-la proche aidant·e est souvent un·e partenaire central·e. Quand les tensions s'invitent dans la relation familiale, comment prendre soin de chacun·e sans effacer l'autre ?
Témoignage d'une consultation à deux voix.*

Ce matin-là, Madame K., 85 ans, vient pour la première fois à la consultation de gériatrie ambulatoire. Nous la recevons avec ma collègue infirmière. Elle se présente seule, apprêtée, très élégante dans son fauteuil roulant. Elle a récemment subi un AVC. Son fils, occupé, n'a pas pu l'accompagner ce jour-là.

L'ÉQUILIBRE FRAGILE DU QUOTIDIEN

La patiente revient d'une longue hospitalisation avec mise en place d'aide à domicile de la part du CMS (Centre médico-social), notamment pour la toilette et les transferts. D'emblée, elle précise ne pas souhaiter voir les médecins trop souvent. Les soignant·es à domicile l'agacent : ils et elles parlent trop vite et pas assez fort pour elle. Elle souhaite réduire leur passage, mais faire plus de physiothérapie pour « aller mieux ». Nous ajoutons une séance hebdomadaire. Elle refuse les autres prestations. Sa vivacité nous impressionne.

Six mois plus tard, le CMS trouvant la situation fragile et complexe, la patiente revient, cette fois-ci avec son fils qui est aussi son proche aidant. Il vit avec elle depuis qu'il a perdu son emploi. Il répond souvent à sa place. Plus simple, certes. Mais la patiente, c'est elle. On sent une affection mutuelle, mais aussi de l'épuisement et des tensions anciennes. Madame K. parle même de relation toxique.

Quand il n'est pas présent, tout devient compliqué : oubli des rendez-vous, confusion des messages, erreurs dans la médication. Elle reconnaît donc sa chance : sans lui sans lui, elle serait peut-être déjà en EMS. Il est le chef d'orchestre de ses semaines.

UN ESPACE-TEMPS POUR AJUSTER LES SOINS

Ma collègue infirmière l'invite à s'exprimer seul. Il évoque la charge qu'il porte, les aides nécessaires pour assurer la sécurité de sa mère. Il accepte un rendez-vous à la consultation proche aidant. Pendant ce temps, j'aborde avec Madame K. la relation avec son fils, ce qu'a changé l'AVC, ses pertes de mémoire, sa fatigue, ses émotions. Ensemble, nous redéfinissons les prestations nécessaires et en discutons avec son fils.

Cette double écoute, ensemble puis séparément, mais en toute transparence, a permis de faire émerger une nouvelle dynamique. En binôme médecin-infirmière, ces consultations créent un espace pour chacun·e : le ou la patient·e gériatrique - qui peut très vite se sentir peu entendu·e et mis·e à part du fait de difficultés sensorielles, motrices ou cognitives - et son·sa proche. Elles allient des compétences purement médicales (diagnostic des comorbidités gériatriques, évaluation de la médication, etc.) et infirmières (par exemple discussion des prestations à domicile, thématiques sociales), en consacrant le temps nécessaire, afin d'assurer l'accessibilité à des soins adaptés à chaque situation.

En gériatrie, le suivi annuel ou bimensuel permet aussi de refaire le tour de la question régulièrement. Ce jour-là, mère et fils sont repartis tout sourire. Leur réalité reste difficile, mais quelques interventions et ajustements concrets leur ont permis d'espérer une amélioration de la situation.

QUAND LES INÉGALITÉS SE SUPERPOSENT

Médecin responsable d'un centre de santé sexuelle communautaire pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) durant 12 ans, j'ai constaté combien l'accès aux soins pouvait être difficile pour certaines populations cumulant plusieurs facteurs de vulnérabilité.

Dre Vanessa Christinet

Spécialiste en médecine interne générale et en santé sexuelle

La nécessité de consulter pour sa santé sexuelle témoigne déjà d'une vulnérabilité, car la sexualité demeure un sujet tabou dans le milieu médical, faute de formation adéquate. Bien qu'une orientation sexuelle non hétérosexuelle soit de mieux en mieux acceptée, les sexualités hors des normes de la monogamie exclusive (multipartenariat, sex-clubs, etc.) sont encore très stigmatisées. De fait, les personnes ayant été exposées à la moralisation développent une anticipation du jugement, ce qui peut constituer un frein ou entraîner un renoncement aux soins.

UNE ACCUMULATION DE BARRIÈRES

Pour une grande partie de ces personnes, un vécu culturel différent, des barrières linguistiques, ainsi que des obstacles financiers et/ou administratifs peuvent s'ajouter et rendre l'accès impossible. On parle alors d'intersectionnalité, concept issu de l'afroféminisme apparu aux États-Unis, pour illustrer la situation de personnes subissant des discriminations croisées.

Par ailleurs, les personnes issues de groupes stigmatisés sont souvent atteintes dans leur santé mentale. En outre, comprendre les rouages du système d'assurance suisse représente une barrière importante, y compris pour des personnes sans difficultés financières et maîtrisant la langue. Ces démarches administratives éprouvantes engendrent un stress qui impacte la santé mentale, créant un cercle vicieux difficile à briser. J'ai souvent constaté que proposer un accompagnement administratif personna-

lisé sur place constitue un premier pas essentiel. Sans les ressources dédiées à disposition, j'ai moi-même accompagné proactivement ces personnes. Ce soutien permet de réduire le niveau de stress et facilite l'accès aux autres structures de soins.

VERS UN MODÈLE PLUS INCLUSIF

Le modèle idéal repose sur des maisons médicales et des structures dédiées subventionnées, qui intègrent des équipes multidisciplinaires formées spécifiquement pour répondre aux besoins médicaux, sociaux et administratifs des populations vulnérables (migrant-es, LGBT+). Ce modèle permettrait une continuité des soins grâce à une approche personnalisée, sur site. Un chapitre dédié paraîtra prochainement à ce sujet dans le cadre d'un projet mené par l'Institut des humanités en médecine sur les *Exclu-es de la santé*, publié par la maison d'édition Médecine & Hygiène.

ADAPTATION DU CABINET MÉDICAL

Dr Bao Khanh Tran
Spécialiste en
ophtalmologie et
ophtalmochirurgie
Co-fondateur du
centre Y-Vision

DES ESPACES DE SOINS PENSÉS POUR CHAQUE SPÉCIFICITÉ

L'accessibilité aux soins ne dépend pas uniquement de la disponibilité des soignant-es. Pour les patient-es présentant un trouble du spectre autistique ou un trouble neurodéveloppemental, l'environnement joue un rôle déterminant. Adapter les espaces de soins permet de réduire l'anxiété et d'améliorer la relation thérapeutique.

Dans notre centre d'ophtalmologie à Yverdon-les-Bains, les locaux sont conçus pour améliorer l'expérience des patient-es, en portant une attention particulière à celles et ceux ayant des besoins spécifiques. Ces ajustements vont bien au-delà de considérations esthétiques : ils ont un réel impact sur la qualité des soins.

UN CABINET INCLUSIF ET RASSURANT

Nous avons privilégié des espaces ouverts et lumineux plutôt que des salles cloisonnées, et instauré une ambiance sensorielle apaisante : une musique douce accompagne les patient-es, tandis qu'un parfum spécialement conçu est diffusé

pour réduire le stress. Un espace séparé et personnalisable est également disponible pour celles et ceux qui en ont besoin : il peut être obscurci, insonorisé ou aménagé pour offrir davantage de tranquillité.

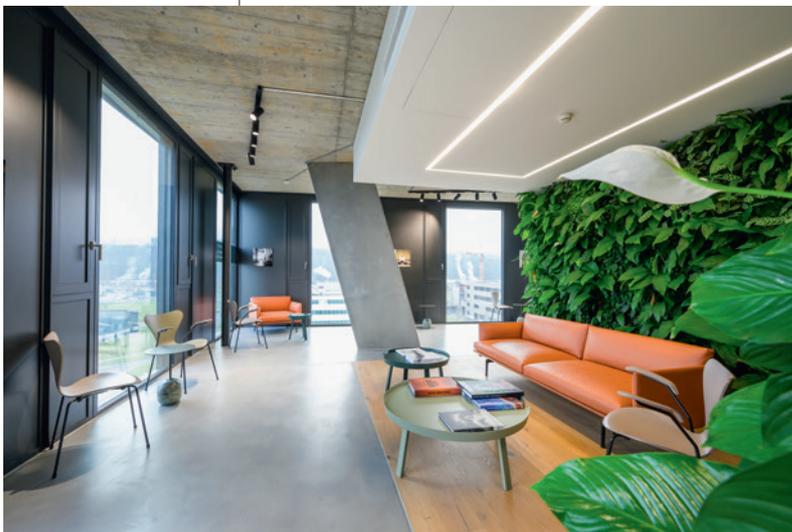
Pour les cas plus complexes, nous avons mis en place un processus de préparation progressive en amont de la consultation. Grâce à des photos, des vidéos et des mises en situation, les patient-es peuvent se familiariser avec le déroulement des soins avant leur rendez-vous. Ces aménagements réduisent l'anxiété et rendent la visite plus prévisible.

LE CAS DES PATIENT-ES AUTISTES

Notre expérience montre qu'un cadre apaisant favorise la concentration et l'expression des besoins des patient-es autistes. En limitant les facteurs de stress, le ou la patient-e est plus réceptif ou réceptive, et le médecin peut mieux ajuster son approche. L'utilisation d'outils de communication adaptés, comme des pictogrammes, renforce la compréhension et la collaboration entre patient-e et soignant-e.

Adapter un cabinet médical ne nécessite pas de gros investissements, mais demande une prise de conscience et des ajustements bien pensés. Il est également essentiel que toute l'équipe soit sensibilisée à ces spécificités, car chaque interaction avec un-e patient-e peut avoir un impact significatif sur sa prise en charge.

En réduisant les obstacles environnementaux, cette démarche favorise une médecine plus inclusive, au bénéfice de toutes et tous les patient-es. En repensant nos espaces médicaux, nous œuvrons pour un système de santé plus adapté à chaque personne.



Dre Lisa Sosolic-Zumschlinge
Cheffe de clinique
responsable
Permanences eHnv

Dr Julien Ombelli
Médecin chef et
directeur médical
des eHnv

LE PARI DU CASO D'YVERDON-LES-BAINS

À Yverdon-les-Bains, le Centre d'Accueil en Santé et Orientation (CASO) et les Établissements hospitaliers du Nord-vaudois (eHnv) aident les personnes exclues du système à retrouver un accès aux soins.

Géré par Médecins du Monde, le CASO a ouvert en septembre 2024, sous l'impulsion de la Commune d'Yverdon-les-Bains. Grâce au bouche-à-oreille, ce centre est devenu un lieu d'écoute et de soins pour des personnes (en majorité des femmes) qui se sont retrouvées marginalisées aux portes de notre système de santé et n'allaient plus consulter, pas même leur médecin généraliste.

PREMIER LIEN SOCIAL...

Au CASO, les personnes peuvent bénéficier d'un entretien avec un-e intervenant-e social-e pour clarifier leur situation, connaître leurs droits et être orientées vers des structures spécialisées, comme OASIS ou Caritas. Un coup de pouce pour ces personnes, parfois sans assurance ou ligotées par leur franchise, qui ne consultent ni pour un check-up à 60 ans ni pour une toux accompagnée de fièvre qui les terrasse depuis 10 jours, en se disant que cela ira mieux demain... jusqu'à la désaturation. C'est aussi un véritable appui pour nous médecins qui n'avons pas de bachelor ès « comment aiguiller mes patient-es dans la jungle asséculogique et vers des aides qui existent pourtant ».

... AVANT LA CONSULTATION MÉDICALE

Il n'y a pas de médecin au CASO. Si la première consultation infirmière gratuite ne suffit pas, les patient-es sont adressé-es à la permanence des eHnv. Un appel et une fiche de liaison établie par le CASO permettent d'assurer la transmission avec les médecins du centre ambulatoire, où les patient-es sont attendu-es sur rendez-vous et invité-es à se présenter aux admissions. Cette fiche permet au personnel d'accueil



d'éviter un surplus de questions gênantes (« Carte d'assurance? Pièce d'identité? »).

Le médecin prend le temps d'une vraie consultation, conscient des réalités de ces patient-es et sensibilisé par son passage à Unisanté ou par ces récits de personnes qui, un jour, ont sombré. Certaines se retrouvent parfois sans papier ni adresse, leur dignité s'effritant comme leur santé au fil des années (comme ce patient qui a passé l'hiver dans sa voiture... 20+10 minutes TARMED pour affronter cette dure réalité).

Le CASO offre un premier pont vers le monde médical et un point d'ancrage. Cette collaboration rapprochée permet de réinsérer des personnes vulnérables dans le système de soins, par une voie facilitée. Pour nous médecins, c'est l'opportunité d'une pratique humble et efficace auprès de ces patient-es qui retrouveront un suivi médical... ou, hélas, disparaîtront peut-être des radars après une ou deux consultations.

Dre Felicia Dutray

Psychiatre –
psychothérapeute
FMH
Médecin responsable
de la Consultation
Psychothérapeutique
pour Migrant-es
(CPM),
Association
Appartenances

Plus d'informations
www.appartenances.ch

INTERPRÉTARIAT COMMUNAUTAIRE : UN PONT ENTRE LANGUES ET CULTURES

Dans toutes les spécialités médicales, la communication entre praticien-ne et patient-e repose principalement sur la composante verbale. Les échanges, qui permettent au ou à la patient-e d'exprimer ses plaintes et aux professionnel-les de poser des questions pour orienter le raisonnement médical et les examens, sont conditionnés par la possibilité de trouver une langue commune. Si ce n'est pas le cas, le médecin peut recourir à des intermédiaires pour l'aider à sortir de l'impasse : les interprètes communautaires. Les 200 interprètes d'Appartenances, qui travaillent dans 86 langues, participent aux consultations

sur site ou par téléphone pour assurer la traduction, mais aussi pour expliciter des notions spécifiques liées à la culture médicale, d'une part, et à la culture du ou de la patient-e, d'autre part. Le recours à l'interprétariat communautaire permet d'établir une relation de confiance avec les patient-es allophones et d'éviter les errances diagnostiques et thérapeutiques.

Les interprètes communautaires sont au bénéfice d'une formation qualifiante reconnue en Suisse et disposent de leur propre code professionnel. Ils et elles sont des facilitateurs et facilitatrices de la compréhension tant sur le plan culturel qu'en matière de littératie en santé.

PUBLICITÉ

Partenaire des médecins

Pour vous ou votre activité,
un accompagnement sur mesure



www.bcv.ch/medecins



Ça crée des liens

URGENCES : BabelDr BRISE LA BARRIÈRE DE LA LANGUE AUX HUG

Pour améliorer l'accès aux soins des patient-es allophones, la Faculté de traduction et d'interprétation de l'Université de Genève et les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) ont développé BabelDr, un outil de traduction médicale innovant. Focus sur ce logiciel avec le Dr Hervé Spechbach, médecin adjoint aux HUG.

Dr Hervé Spechbach
Spécialiste en
médecine interne
Médecin adjoint, HUG



BabelDr est un outil de traduction médicale issu d'une collaboration entre la Faculté de traduction et d'interprétation de Genève et les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), que je représente, visant à améliorer la prise en charge des patient-es allophones et malentendant-es. Fortement soutenu par la Fondation privée des HUG, BabelDr permet aux soignant-es de poser des questions fermées débouchant sur des pictogrammes, dont la traduction est sélectionnée parmi 12'000 phrases préétablies. Les patient-es répondent par oui ou non ou à l'aide des pictogrammes, garantissant une communication fiable et ra-

pide, tout en intégrant le contexte culturel. Une extension en langue des signes, avec un avatar traduisant les questions médicales, est en phase de test et de développement. En complément, PictoDr, un projet basé sur des pictogrammes et soutenu par le Fonds national suisse pour la recherche, vise à faciliter le dialogue avec les patient-es illettré-es ou en situation de handicap cognitif. Ces outils ne remplacent ni les interprètes ni la relation humaine, mais favorisent un meilleur accès aux soins. Intégrés aux formations universitaires, ils contribuent à faire évoluer les pratiques médicales et à améliorer l'accessibilité dans le domaine des soins.

Retrouvez l'interview
complète sur
[www.svmed.ch/
doc-mag](http://www.svmed.ch/doc-mag)

BabelDr
babeldr.unige.ch

PictoDr
[propicto.demos.
unige.ch/pictoDrClient/
translate](http://propicto.demos.unige.ch/pictoDrClient/translate)

Dre Martine Jacot-Guillarmod

Médecin cadre au
Département femme-
mère-enfant du CHUV
Vice-présidente
de l'Association
BoulevardSanté

Corinne Béran

Psychologue-
psychothérapeute FSP
Fondatrice de
BoulevardSanté
Directrice de
l'Association
BoulevardSanté

Plus d'informations :
www.boulevardsante.ch

FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS POUR LES PERSONNES SOURDES OU MALENTENDANTES

La société BoulevardSanté réunit dix professionnel·les indépendant·es en santé mentale, physique, sexuelle et psychosociale qui offrent un suivi accessible aux personnes sourdes ou malentendantes. L'association du même nom organise des formations ainsi que des actions de prévention et de promotion de la santé. Ces initiatives visent à améliorer la littératie en santé des personnes sourdes ou malentendantes et à renforcer leur autonomie à travers des conférences sur des thèmes de santé, des cours sur la gestion du stress ou autres prestations. Les professionnel·les de BoulevardSanté se forment à la langue des signes française

(LSF), à la langue parlée complétée (LPC) et à l'utilisation de moyens auxiliaires de communication. Ils et elles connaissent bien le « réseau surdité » et sont formés-es aux différences culturelles et au vécu de cette population vulnérable.

La maternité du CHUV prévoit par ailleurs une consultation dédiée aux femmes sourdes ou malentendantes, certaines d'entre elles étant aussi accompagnées par un·e professionnel·le de BoulevardSanté. Cette consultation est assurée par une équipe composée d'une gynécologue, d'une sage-femme et d'une secrétaire, toutes sensibilisées à la LSF et à la culture sourde. La prise de contact se fait par écrit.

PUBLICITÉ

ASSYMBÀ
ENTREPRISE INFORMATIQUE AU SERVICE DES PME

NOUS SOMMES SPÉCIALISÉS DANS LA
**Cybersécurité dans le
domaine de la santé**

SELON LES RECOMMANDATIONS DE LA
CONFÉDÉRATION

- 1 Gestion des correctifs et du cycle de vie, suivi des données concernant le périmètre de sécurité (niveaux organisationnel et technique).
- 2 Authentification, blocage des fichiers dangereux, contrôle de l'exécution des fichiers et segmentation du réseau.
- 3 Copies de sauvegarde hors ligne et rétablissement après un sinistre.

EXPLICATIONS ET AUDIT

NOUS SOMMES QUALIFIÉS POUR APPLIQUER
CES MESURES DANS VOTRE CABINET

ASSYMBÀ SÀRL - RUE DE L'INDUSTRIE 66 - 1030 BUSSIGNY - 021 626 00 10
SUPPORT@ASSYMBÀ.CH



Les Docteurs Steve Aellen, Adrien Tempia et Cédric Vallet ont le plaisir d'accueillir le **Prof. Maurice Matter**, spécialiste en chirurgie et chirurgie viscérale, membre FMH, Fellow of the European Board of Surgery - Endocrine Surgery & Surgical Oncology, au sein de leur cabinet de groupe **CabChir** à partir du 3 mars.

CabChir

Chemin des Croix-Rouges 9, 1007 Lausanne
T +41 21 648 81 25
cabchir@svmed-hin.ch

DES OUTILS POUR AMÉLIORER LA COMMUNICATION

Les barrières linguistiques peuvent entraver l'accès aux soins et affecter la qualité des diagnostics et des traitements. Pour y remédier, de nombreux outils ont été créés comme des textes au format BD, à l'instar de *SantéBD* (<https://santebd.org>), des livrets de santé multilingues ou des pictogrammes spécialisés. Bien que de nombreuses applications de traduction aient également été développées, comme *Google translate* ou *DeepL* par exemple, la qualité des traductions dans un domaine aussi pointu reste sujette à caution. De plus, les lois qui régissent ces applications, particulièrement en

termes de protection des données, restent floues.

Cette diversité d'outils permet de trouver des solutions adaptées aux besoins et aux ressources disponibles, en tenant compte du lieu et du type de consultation (urgence ou consultation planifiée). L'utilisation combinée de ces différentes alternatives permet souvent d'appuyer un message de manière simple et sans ambiguïté. Enfin, il est essentiel d'intégrer la problématique des barrières linguistiques dans les formations afin d'améliorer durablement les attitudes, les connaissances et les compétences du personnel soignant.

Dre Nathalie Tebib
Cheffe de clinique
Département
Vulnérabilités et
médecine sociale,
Unisanté



Retrouvez
l'intégralité de ces
articles dans notre
dossier en ligne sur
[www.svmed.ch/
doc-mag](http://www.svmed.ch/doc-mag)

PUBLICITÉ

Confort-lit

DEPUIS 1989

36
ans

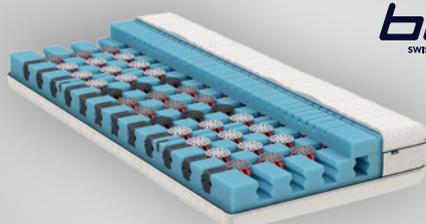
Nous vous conseillons avec soin pour trouver la literie idéale



roviva



TEMPUR



bico
SWISS SINCE 1861

YVERDON	Av. de Grandson 60	024 426 14 04
LAUSANNE	Rue Saint-Martin 34	021 323 30 44
GIVISIEZ	Route des Fluides 3	026 322 49 09

www.confort-lit.ch

Dre Samia Hurst-Majno
Professeure d'éthique
biomédicale
Faculté de médecine,
Université de Genève

GAGNER LA CONFIANCE DES PERSONNES VULNÉRABLES : UN DÉFI FACE AUX STÉRÉOTYPES

Les patient-es vulnérables se présentent souvent avec un déficit de confiance. Nous, médecins, n'échappons pas aux stéréotypes : il est essentiel de reconnaître nos biais et de les tenir à distance.

D'après la philosophe britannique Onora O'Neill, avoir confiance signifie croire qu'une personne ou un groupe agira de manière compétente, honnête et fiable. La confiance naît dans les attentes, qu'elles soient justifiées ou non, réalistes ou non. Une personne accorde sa confiance lorsqu'elle pense que ces attentes seront remplies.

Comprendre cela, c'est comprendre ce qui peut fragiliser la confiance envers la médecine. Avoir accès sans discrimination aux soins, être respectée comme une personne à part entière dont la valeur égale est reconnue : telles sont les attentes auxquelles la médecine doit être capable de répondre. Or, lorsque les vulnérabilités s'accumulent, ces attentes sont menacées.

IDENTIFIER ET CONTRÔLER SES BIAIS

Les médecins, comme tout individu, évoluent dans un environnement véhiculant des stéréotypes qui leur sont transmis. Si notre société tient certains groupes ethniques à l'écart, réprouve l'obésité, peine à comprendre la transidentité ou attend des patient-es qu'ils ou elles acceptent les traitements sans discuter, alors nous entrerons en médecine avec ces stéréotypes intégrés dans nos réflexes et notre pensée.

Malgré l'apprentissage d'une médecine équitable, l'entraînement à l'accueil des besoins médicaux de chacun-e et le développement de l'autonomie dans la prise de décision, ces stéréotypes restent têtus. Si les médecins cherchent en vain des moyens efficaces de les amoindrir, les plus expérimentés n'en sont pas plus libres que les débutants. Seule lumière à

« Il ne nous suffit pas d'être dignes de confiance, nous devons aussi le démontrer et veiller à ce que nos patient-es en soient conscient-es. »

l'horizon : les médecins aguerris, même biaisés, parviennent mieux à tenir leurs biais à distance de leurs décisions cliniques. Pour être digne de confiance, la première étape consiste donc à en prendre conscience pour les tenir à l'écart de nos décisions.

MONTRER NOS EFFORTS

Pour gagner leur confiance, nous devons aussi faire connaître nos efforts car nos patient-es ont aussi intégré ces stéréotypes. Si vous étiez victime de stigmatisation, de discriminations, de dénigrement au quotidien, comment sauriez-vous dans quelle mesure la médecine échappe ou non à cette logique ? J'ai perdu un patient il y a des années, après qu'il avait tardé à consulter par manque de confiance dans le secret professionnel.

Lorsqu'elles viennent consulter, et ce n'est pas toujours le cas, les personnes vulnérables se présentent souvent avec un déficit de confiance. Pour le combler, il ne nous suffit pas d'être dignes de confiance, nous devons aussi le démontrer et veiller à ce que nos patient-es en soient conscient-es.

Fanette Sardet
Avocate chez Allia SA
CAS en droit
de la santé

LE DÉFI DES BARRIÈRES LINGUISTIQUES

Toute intervention médicale suppose en principe le consentement éclairé du ou de la patient·e. Toutefois, les barrières linguistiques, comme d'autres limitations, peuvent compliquer cette exigence. En l'absence de consentement, l'acte médical sera illicite et pourra engager la responsabilité civile et pénale du médecin.

Le consentement doit être éclairé, ce qui a pour corollaire, d'une part, que le médecin s'assure de la pleine capacité de discernement de la personne concernée pour consentir à l'acte envisagé et, d'autre part, qu'il l'informe de manière complète: diagnostic, thérapie, pronostic, alternatives thérapeutiques, risques, chances de guérison, aspects financiers. Les informations doivent être claires, intelligibles et aussi complètes que possible.



LA LANGUE, UN DÉFI MAJEUR

Dans ce contexte, les barrières linguistiques représentent un véritable défi. Le recours à un·e interprète professionnel·le s'avérera parfois indispensable pour garantir un consentement éclairé. La traduction par un·e proche, par exemple, ne sera pas toujours possible ni appropriée selon les cas.

Ce besoin pratique, qui découle à la fois des obligations professionnelles du médecin et du droit des patient·es, se heurte à l'absence de financement des prestations d'interprétariat. Les interprètes professionnel·les ne sont en effet pas reconnu·es comme fournisseurs de prestations au sens de la LAMal. Si leur présence s'avère indispensable, leur intervention peut néanmoins être considérée comme faisant partie intégrante de la prestation médicale. Dans le domaine stationnaire, ces coûts sont intégrés au calcul des forfaits par cas. En revanche, dans le domaine ambulatoire, cette problématique n'a toujours pas été réglée par les partenaires tarifaires. Le Conseil fédéral a déjà rejeté plusieurs motions à ce sujet – la

dernière en date du 7 mars 2025 (motion 25.3013) –, estimant qu'il appartenait aux partenaires de régler la question.

DES SOLUTIONS LIMITÉES

Des initiatives cantonales existent sans qu'elles ne permettent de couvrir ces frais dans tous les cas de figure. Dans le Canton de Vaud, par exemple, l'État les prend en charge pour les patient·es de l'Établissement Vaudois d'Accueil des Migrants (EVAM) ainsi que pour les bénéficiaires d'un centre social d'intégration des réfugié·es (permis B ou F statutaire).

En conclusion, le médecin doit adapter son information aux besoins de chaque patient·e et utiliser les ressources à disposition pour garantir un consentement réellement éclairé (voir ci-contre). Toutefois, l'absence de financement systémique des services d'interprétariat illustre les limites pratiques de cette exigence. Cette carence ne peut être compensée par le seul corps médical; une réforme du cadre légal s'avère indispensable.

FAVORISER LA COMMUNICATION

Pour améliorer la communication, plusieurs outils sont à disposition. Les pictogrammes, par exemple, facilitent la compréhension des consignes médicales et contribuent à l'obtention d'un consentement éclairé (talkingpictures.ch ou santebd.org). Par ailleurs, INTERPRET, un service d'interprétariat, propose un guide d'aide à la décision permettant aux médecins d'évaluer quand et comment recourir à ces aides (voir aussi articles "Solutions" pages 20 à 23).



Illustration:
Caro



CARO



CE QU'EN PENSE

Stephan Hüsler
Directeur de
Retina Suisse
retina.ch

APRÈS UN DIAGNOSTIC, C'EST COMME VIVRE DANS UNE MAISON ÉTRANGÈRE

Obtenir un traitement pour une maladie rare de la rétine est souvent complexe. À un long parcours vers le diagnostic, s'ajoute l'attente interminable de mise sur le marché d'un médicament : une épreuve supplémentaire pour les patient·es.

L'œil est un organe complexe pouvant être atteint de nombreuses pathologies, dont certaines sont d'origine génétique et rares. Si les maladies couramment rencontrées disposent de traitements éprouvés, les options restent limitées pour les maladies rares.

C'est pourquoi le Conseil fédéral a lancé, en 2014, son *Concept national des maladies rares*. Sa mise en œuvre repose en grande partie sur les centres de référence travaillant en réseau, notamment en ophtalmologie, qui assurent un diagnostic adapté.

Mais trois défis majeurs subsistent avant d'accéder à un traitement :

1. LE TEST GÉNÉTIQUE

Plus de 325 gènes sont liés aux maladies rétinienne. Un test génétique est donc indispensable pour poser un diagnostic précis. Les patient·es doivent se rendre dans un centre de référence (Bâle, Berne, Lausanne, Zurich), où la demande de remboursement du test est soumise à l'assurance de base. Celle-ci l'accepte dans 80 à 90 % des cas, mais un recours est souvent nécessaire. Le refus est parfois motivé par l'absence de traitement existant. Pourtant, dans le cas de la rétinite pigmentaire, par exemple, le Luxturna est déjà autorisé et remboursé dans des centres spécialisés.

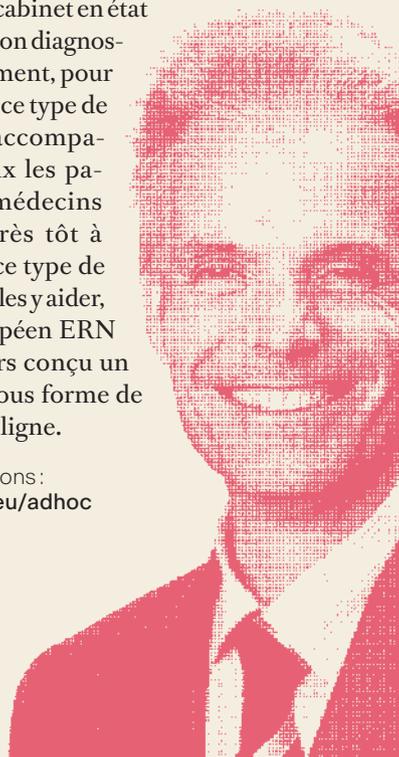
2. LA RÉHABILITATION VISUELLE

« Je dois emménager dans une maison que je n'ai pas choisie. Je ne m'y sens pas bien, mais je n'ai pas le choix. » Ces mots, confiés par une patiente atteinte d'une dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), illustrent la difficulté d'accepter un tel diagnostic. Aux États-Unis, deux médicaments ralentissent l'évolution de la forme sèche de la maladie. En Suisse, leur autorisation est en cours auprès de Swissmedic – espérons qu'elle aboutisse ! Et quand bien même le traitement serait disponible, il ralentirait mais ne guérirait pas la maladie. La réhabilitation visuelle (entraînement, aides techniques) est donc une étape essentielle pour préserver l'autonomie ; elle mérite d'être intégrée au parcours de soins le plus tôt possible.

3. L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC

Cette même patiente m'a confié avoir quitté le cabinet en état de choc après son diagnostic. Heureusement, pour tenter d'éviter ce type de situation et accompagner au mieux les patient·es, les médecins se forment très tôt à l'annonce de ce type de nouvelle. Pour les y aider, le réseau européen ERN Eye a d'ailleurs conçu un outil gratuit sous forme de simulateur en ligne.

Plus d'informations :
www.ern-eye.eu/adhoc



© kurachusphotographygmbh - Damiano Imhof



Souvent silencieuse, la violence envers les soignant-es est une réalité vécue par certain-es professionnel·les de santé au quotidien. L'état d'esprit et la tolérance à son égard ont changé. La violence n'est pas uniquement liée à une pathologie, mais s'inscrit dans un climat plus large, marqué peut-être aussi par des tensions sociales et une perte de repères. Elle peut être verbale, psychologique, voire physique, et émane non seulement des patient-es, mais aussi de leurs proches. Des facteurs sociétaux, tels que des attentes élevées envers les soins, le stress ou l'usage de substances viennent compliquer les échanges. Ces situations peuvent créer un climat propice aux malentendus et, dans certains cas, conduire à des propos ou des gestes déplacés.

STOP À LA VIOLENCE ENVERS LES SOIGNANT·ES

Conscientes des conséquences que peuvent avoir ces comportements sur le bien-être des professionnel·es, les institutions encouragent le signalement des épisodes de violence à l'égard des soignant-es, et des mesures concrètes sont mises en place : développement de protocoles de prévention, renforcement de la formation à la gestion des conflits et présence de cellules d'accompagnement après des incidents. L'objectif est clair : désamorcer les tensions avant qu'elles ne dégèrent et maintenir un climat serein pour toutes et tous.

Il est également essentiel de rappeler que ces actes, même s'ils restent marginaux, ont un impact réel : la violence, même larvée, fragilise la relation de soin, complique la prise en charge et génère un climat de méfiance. Encourager le dialogue, favoriser l'écoute mutuelle et sensibiliser à la réalité du métier de soignant·e, c'est contribuer à un cadre de soins plus respectueux, humain et sécurisant pour chacun·e.

Je remercie chaleureusement les rédactrices et rédacteurs de ce dossier, issu-es de différentes spécialités et professions, d'avoir partagé leur regard et leur expérience avec la volonté commune de mieux comprendre la violence et d'y répondre de manière adaptée. C'est dans cet esprit qu'ils et elles ont élaboré ce dossier passionnant qui, je l'espère, nourrira vos réflexions.

INTRODUCTION

DOSSIER VIOLENCE ENVERS LES SOIGNANT·ES



Dre Catherine Léchaire

Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie
Membre du comité de rédaction

AFFRONTER LA
VIOLENCE EN
PSYCHIATRIE ET
AUX URGENCES

Prof. Philippe Conus
Chef du service de
psychiatrie générale
du CHUV

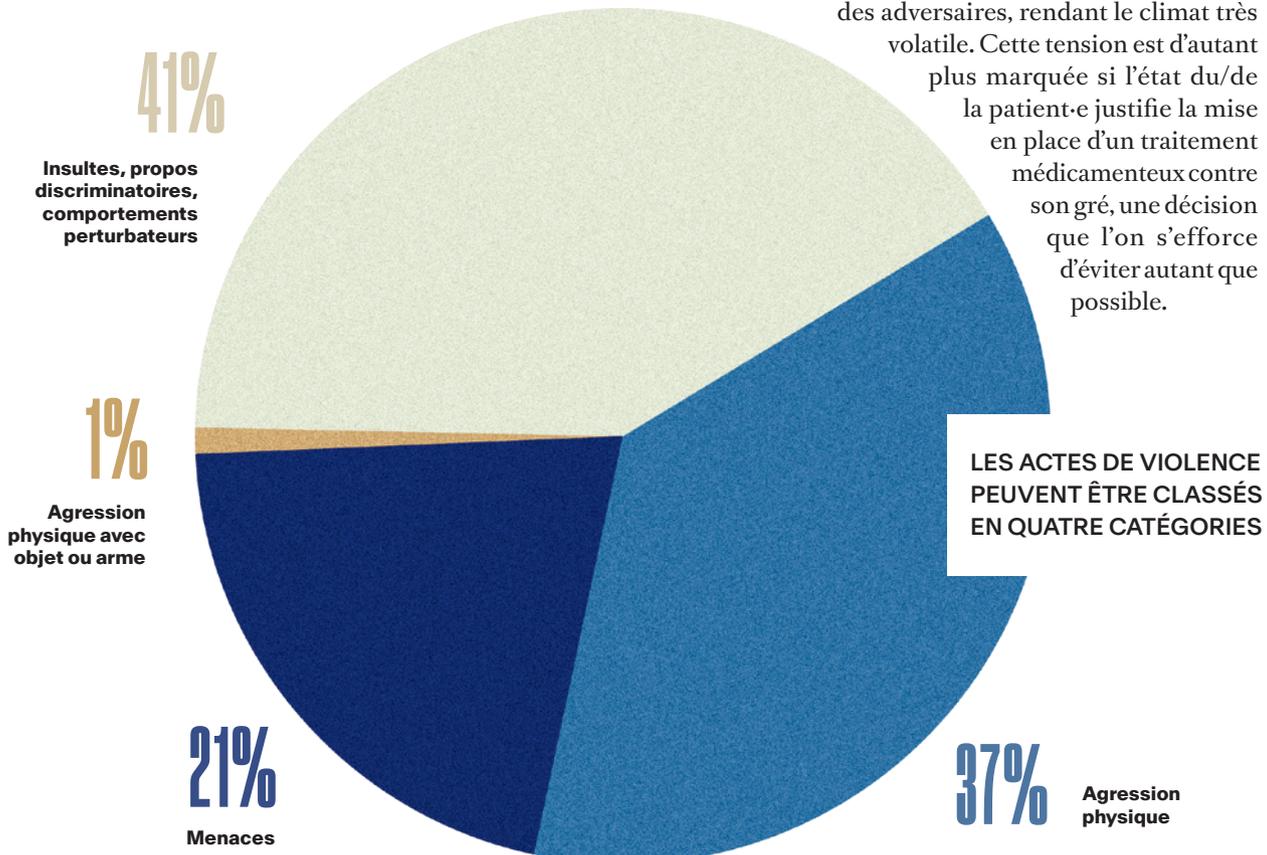
UN ENJEU DE SOIN ET DE SÉCURITÉ

La violence envers les soignant-es est une réalité, en particulier dans les hôpitaux psychiatriques, et sa fréquence semble augmenter ces dernières années. En 2024, 362 situations jugées problématiques et nécessitant une analyse ont été signalées au CHUV, contre 266 en 2023, dont près de 100 à l'hôpital psychiatrique de Cery.

Le personnel est principalement exposé à des agressions verbales, telles que dénigrement, propos racistes, insultes et menaces. Il est également confronté à de la violence physique, incluant crachats, bousculades, coups et blessures. Une proportion importante d'agressions, notamment verbales, n'est probablement pas signalée. Grâce aux compétences de nos collègues de terrain, seul un faible nombre de ces situations dérive vers des comportements violents plus graves.

POURQUOI PLUS D'AGRESSIVITÉ EN PSYCHIATRIE?

Plusieurs facteurs expliquent la prévalence de la violence en psychiatrie. En plus des actes liés à la symptomatologie psychotique, maniaque ou aux troubles cognitifs, le fait que de nombreux et nombreuses patient-es arrivent à l'hôpital sous l'emprise de substances augmentant l'impulsivité joue un rôle déterminant. D'autre part, les patient-es hospitalisé-es sous contrainte en PLAF (placement à des fins d'assistance, soit 30% des cas) peuvent percevoir les soignant-es comme des adversaires, rendant le climat très volatile. Cette tension est d'autant plus marquée si l'état du/de la patient-e justifie la mise en place d'un traitement médicamenteux contre son gré, une décision que l'on s'efforce d'éviter autant que possible.



RECENSER ET PRÉVENIR

L'augmentation de la violence en milieu psychiatrique s'explique aussi par une évolution du point de vue de la direction à l'égard de la violence contre les soignant-es. Si, par le passé, certain-es considéraient que l'exposition à la violence « faisait partie du métier » en psychiatrie, le Département de psychiatrie du CHUV adopte aujourd'hui une attitude bien différente, très éloignée de cette banalisation. L'impact de la violence sur les soignant-es et sur leur capacité à effectuer un travail de qualité a conduit à la mise en place d'un système de recensement de ces événements. L'objectif est double : mieux soutenir les équipes et développer des stratégies préventives, notamment par le biais de formations spécifiques. La moindre réticence des soignant-es à signaler ce type d'événement explique probablement une part de l'augmentation observée. Pour permettre aux soignant-es de se concentrer pleinement sur leur mission de soin, le

CHUV a engagé des agents de sécurité spécifiquement formés, en plus du dispositif de signalement. Des formations en prévention et gestion de la violence ont également été mises en place pour l'ensemble des professionnel·les. La supervision étroite par les cadres, les discussions cliniques et la formation permettent de mieux saisir les enjeux de chaque prise en charge, d'aider le ou la patient·e à mieux comprendre sa situation et d'éviter le recours à la violence.

Face à un système surchargé et aux risques de violence liés aux pathologies psychiatriques, les stratégies mises en place réduisent les événements graves, apaisent de nombreuses situations et préservent la qualité des soins. La formation des collaboratrices et collaborateurs reste une priorité, comme le renforcement des approches préventives en santé mentale, afin d'éviter que la violence ne devienne le seul mode d'expression lorsqu'une hospitalisation s'impose.

QU'EN EST-IL AU SERVICE DES URGENCES SOMATIQUES DU CHUV ?

Nous observons également une recrudescence d'actes d'incivilité, de violence verbale ou physique aux urgences du CHUV. Un grand nombre de ces situations est lié à un contexte psychiatrique ou à un abus de substances. Plus inquiétantes sont les manifestations d'agressivité ou de violence liées à la détresse, l'angoisse ou la frustration des patient-es ou de leurs proches, qui s'inquiètent ou doivent attendre durant leur prise en charge.

ADAPTER LES URGENCES À UNE RÉALITÉ EN MUTATION

Le Service des urgences a mis en place plusieurs stratégies pour s'adapter à cette évolution. Il dispose d'agents de sécurité

24h/24, formés à la prise en charge de patient-es. Le personnel médico-soignant est également sensibilisé et formé à la prise en soins des patient-es à risque de violence ou violent-es. Un travail est fait pour informer les patient-es sur le parcours de soins ou les délais d'attente, et disposer de conditions d'accueil et d'attente favorables : accès au wifi, chargeurs de smartphone, espace de collation. Pour les patient-es présentant dès le préhospitalier un état d'agitation majeur, nous disposons depuis fin 2021 d'une filière dédiée, permettant de les accueillir de manière sécurisée (170-200 cas/an). Le service des urgences est le reflet de notre société : si la violence augmente, les médecins en cabinet, comme l'ensemble des professions en contact avec des patient-es, en font également l'expérience. L'incertitude et l'angoisse face à l'avenir sont des catalyseurs de comportements violents. Une partie de ces éléments peut être améliorée et nous poursuivons nos efforts en ce sens.

Dre Maryline Foerster
Médecin associée,
Service des urgences,
CHUV

**Tosca Bizzozzero-
Foletti**

Spécialiste en
médecine interne
générale et gériatrie
Présidente du
Groupement des
médecins travaillant
en établissement
médico-social
(GMEMS)

Retrouvez l'article
intégral et les
références sur
[www.svmed.ch/
doc-mag](http://www.svmed.ch/doc-mag)

QUAND LES TROUBLES DE LA COMPRÉHENSION GÉNÈRENT UNE ATTITUDE DÉFENSIVE

*Si les services d'urgence et la psychiatrie sont souvent cités,
la violence en EMS reste méconnue.*

Une étude de l'UNIL et du CHUV (2018) révèle que 57,6 % des soignant-es en établissements médico-sociaux (EMS) ont été victimes d'insultes, menaces ou agressions physiques, principalement de la part des résident-es (98,6 % des cas).

Les établissements spécialisés en psychiatrie de l'âge avancé (PAA) sont les plus touchés. La violence des résident-es, souvent atteint-es de troubles neurocognitifs, n'est ni gratuite ni préméditée, mais résulte d'une incompréhension ou d'un mal-être (douleur, surstimulation, effets secondaires, etc.). La perte d'autocontrôle liée à la maladie renforce ces réactions, perçues comme une réaction de défense plutôt que comme de l'agressivité.

Face à cela, l'administration de psychotropes reste courante, bien que déconseillée en raison des effets secondaires et du risque de dépendance. L'aménagement de l'environnement et les approches non médicamenteuses, comme *Humanitude* ou *Montessori*, offrent des solutions efficaces, mais nécessitent des ressources et une formation adaptée.

Un engagement fort des directions d'EMS est indispensable. Trois axes sont prioritaires : prévention des comportements agressifs, formation du personnel et soutien aux soignant-es victimes de violence. Enfin, sensibiliser les résident-es et leurs proches au respect mutuel reste un levier essentiel pour prévenir les actes agressifs.

PUBLICITÉ

HUGUENIN
Orthopédie
Depuis 1955

Nos spécialités :

- Supports plantaires sur mesure
- Bas de compression et de contention
- Exoprothèses de sein
- Ceintures lombaires ou herniaires
- Chaussures adaptées pour supports plantaires
- Protections d'orteils en silicone sur mesure

Rue de la Louve 5
1003 Lausanne
021 312 60 50

Av. du Servan 21
1006 Lausanne
021 616 23 43

www.huguenin-orthopedie.ch

Dre Magaly Jacquier-Goetschmann

Spécialiste en
pédiatrie
Membre du comité
du Groupement des
pédiatres vaudois

LES ÉQUIPES SOUS PRESSION FACE AUX PROCHES

La violence envers les soignant-es en pédiatrie est un problème croissant. Parents stressés, tensions liées aux soins et incompréhensions peuvent générer des conflits et nuire à la qualité des soins.

La violence peut être verbale, physique ou psychologique. La plus fréquente, la violence verbale, découle souvent du stress parental face à la maladie de l'enfant. La violence physique, bien que plus rare, survient parfois en situation de tension extrême. Par ailleurs, un stress parental excessif peut détériorer le climat général et rendre l'environnement de travail pesant pour les soignant-es.

Les consultations sous pression, la surcharge de travail et un manque de communication favorisent ces débordements. Un retard dans la consultation ou un malentendu sur un traitement peut engendrer des réactions agressives. À long terme, cette violence peut provoquer un épuisement professionnel nuisant ainsi à la qualité des soins.

Pour prévenir ces situations, plusieurs solutions existent. Former les soignant-es à la gestion des conflits et à la communication non violente permet de désamorcer les tensions. Le renforcement de la sécurité, via des dispositifs adaptés, constitue une autre mesure, bien que plus facile à mettre en œuvre en milieu hospitalier qu'en cabinet médical. Un accompagnement psychologique des équipes est également essentiel pour prévenir l'épuisement professionnel. Sensibiliser les familles à l'impact de leurs réactions peut également contribuer à un climat plus serein.

La violence en milieu médical ne doit pas être banalisée. Elle reflète souvent une souffrance des patient-es et de leurs proches. Les enfants, témoins de ces violences, doivent comprendre que ces

comportements ne sont acceptables ni en milieu médical ni ailleurs. Employeurs et soignant-es doivent agir ensemble pour garantir un cadre sécurisé et maintenir une relation de confiance avec les familles, indispensable à des soins de qualité.

Retrouvez l'article
intégral et les
références sur
www.svmed.ch/doc-mag



Nicolas Zentner

Mélanie Bermudez
Infirmière régulatrice
à la CTMG

Propos recueillis par
Emilie Berger

LA CTMG - UNE ÉQUIPE DE 1^{re} LIGNE CONFRONTÉE À LA VIOLENCE AU TÉLÉPHONE

La CTMG traite 250 000 appels par an, avec des pics en fin d'année dépassant 1 500 appels quotidiens, selon Brigitte Jacquat-Bitsch, Cheffe de secteur CTMG. L'attente peut engendrer impatience et comportements inappropriés, cependant, les régulateurs et régulatrices comprennent que les situations perçues comme urgentes par les patient-es génèrent de l'anxiété. Formé-es à la communication téléphonique, les collaboratrices et collaborateurs peuvent débriefer entre pairs après les appels « difficiles » et/ou avec l'équipe d'encadrement. Tous les appels sont enregistrés et réécoutables si nécessaire. En cas d'insultes ou de non-respect avéré, un courrier de recadrage peut être envoyé à la patient-e concerné-e, mais cela reste une mesure exceptionnelle.

ENTRE DÉTRESSE ET AGRESSIVITÉ : LE QUOTIDIEN D'UNE INFIRMIÈRE RÉGULATRICE

Infirmière depuis 22 ans, je suis actuellement en poste à la Centrale téléphonique des médecins de garde (CTMG), où tout repose sur l'écoute et la détection de la souffrance à distance. Si elle ne menace pas mon intégrité physique, la violence verbale existe et n'en reste pas moins marquante.

Auparavant infirmière de transfert, j'évoluais dans les 12 mètres cubes d'une ambulance, impliquant une proximité accrue avec le ou la patient-e et des débordements physiques pouvant surgir en route. C'est une réalité que je devais d'autant plus anticiper – un quotidien très différent de celui que je vis aujourd'hui ! En tant que régulatrice sanitaire à la Centrale téléphonique des médecins de garde, il m'arrive aussi d'être confrontée à l'agressivité des appelant-es. J'aime dire que l'urgence est subjective et qu'il faut savoir écouter chaque situation.

ENTRE ATTENTES ET RÉALITÉS

Je remarque qu'une source non négligeable de violence verbale émane d'une frustration liée à l'inadéquation entre attentes et réalité. Contrarié-es par un temps d'attente parfois important au téléphone, surtout durant les congés, les patient-es peuvent manifester leur mécontentement, voire leur colère, au bout du fil. Beaucoup pensent qu'ils ou elles seront pris-es en charge immédiatement une fois le tri vital effectué, ce qui n'est pas le cas.

En outre, lors des fermetures des cabinets médicaux, la patientèle est redirigée vers la Centrale pour toutes les questions de santé perçues comme urgentes, ce qui peut aussi générer, selon les périodes, de la frustration. Les patient-es expriment une lassitude du système et leur agacement lié au prix élevé des primes d'assurance-maladie, ce que je comprends, étant moi-même patiente.

Le service à la CTMG est assuré en première ligne par du personnel administratif formé pour évaluer l'urgence vitale, suivi des infirmiers et infirmières en deuxième ligne qui évaluent les situations, avant de

dispenser des conseils ou orienter vers la ressource la plus adéquate sur la base de l'heure, du jour et de la situation médicale. Le nom « Centrale téléphonique des médecins de garde » peut prêter à confusion et susciter de l'incompréhension.

L'IMPACT DE LA VIOLENCE VERBALE SUR LA PRISE EN CHARGE

M'appuyant sur les protocoles et mon expérience professionnelle, je conseille et/ou j'oriente les appelant-es vers les ressources les plus adaptées. Certain-es, espérant un rendez-vous, sont orienté-es vers un service d'urgences, ce qui peut générer de l'agressivité. J'apaise la discussion en expliquant le raisonnement selon la situation médicale et les limites des ressources. Selon les besoins, en cas d'urgence vitale, de danger pour la personne ou autrui, ou pour faire « au mieux » dans les circonstances, j'adapte la prise en charge : rappel, ambulance, police ou encore intervention d'un CMS dont l'équipe, parfois déjà familière du ou de la patient-e, peut gérer la situation différemment une fois sur place.

L'importante responsabilité que je porte lors de ces prises en charge exige parfois que je recadre la discussion, tout en faisant preuve d'écoute, en paraphrasant ou même en haussant le ton. Vouloir aider sans être entendue ou subir des agressions verbales engendre une certaine frustration que j'ai apprise à canaliser en parlant avec un-e collègue, en le partageant avec mes proches, ou surtout en faisant une pause. Nous pouvons également signaler les débordements à notre hiérarchie.

Cependant, quand je constate qu'une personne a été bien conseillée, adéquate-ment orientée et apaisée à l'issue d'un appel, cela apporte du sens à cette approche dans ma profession.

L'EHC S'ENGAGE À ANTICIPER

Pour gérer les situations de violence, l'Ensemble Hospitalier de la Côte (EHC) s'est doté d'un dispositif complet de mesures comportant trois volets complémentaires : la prévention primaire pour éviter la survenue de la violence ; la prévention secondaire pour détecter les signes avant-coureurs et agir en conséquence ; et la prévention tertiaire centrée sur la prise en charge des victimes.

Sylvie Praplan
Responsable du service Santé et Sécurité au travail, EHC

Ibrahim Murseli
Responsable sécurité des infrastructures, EHC

Caroline Boesch
Responsable de la communication, EHC

Dans ce dispositif, la formation tient une place centrale. Une formation de deux jours intitulée « Communication, gestion des conflits et des situations difficiles » permet de mieux comprendre les facteurs de risque susceptibles de générer ou de renforcer un comportement agressif. Elle enseigne également à détecter les signes précoces, à estimer le risque de violence, à s'approprier des techniques de désescalade, de négociation, ainsi qu'à les mettre en pratique sous forme de jeux de rôle. Certains comportements violents trouvent leur origine dans des troubles cognitifs liés à l'âge avancé. Des formations spécifiques sont proposées aux soignant-es afin de leur apporter les compétences essentielles pour une prise en soins adaptée à la personne âgée.

DES MESURES SPÉCIFIQUES POUR CHAQUE NIVEAU DE PRÉVENTION

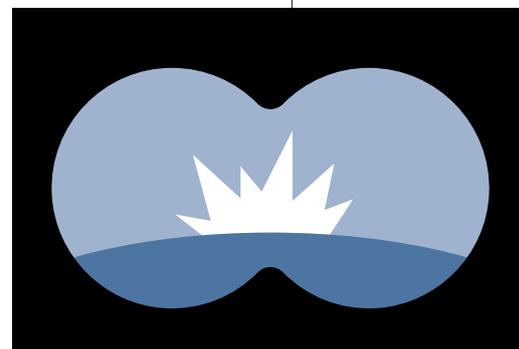
La prévention primaire inclut également l'aménagement de l'environnement physique : configuration de l'espace, éclairage, choix des couleurs et du mobilier, présence de voies de fuite, etc.

En prévention secondaire, un système d'appel à l'aide est mis en place. Il peut s'agir de boutons poussoirs ou autres dispositifs permettant de faire intervenir les collègues des services voisins et/ou l'agent-e de sécurité. Des protocoles spécifiques décrivent les comportements à adopter selon l'échelle de la violence et son évolution.

Lorsque, malgré les mesures mises en place, des actes de violence surviennent, la prévention tertiaire consiste à accom-

pagner et soutenir les victimes avec la possibilité de consulter des spécialistes de manière confidentielle. Il s'agit des infirmiers et infirmières de santé au travail formé-es au soutien psychologique, de la psychiatrie de liaison ou encore d'un service de psychologues d'urgence externe (ICP, intervention de crise et prévention). Des entretiens structurés permettent d'atténuer les symptômes immédiats de stress et de mobiliser les ressources pour prévenir les problèmes de santé sur le long terme, comme un syndrome de stress post-traumatique. Tous les actes de violence sont répertoriés et analysés, tout comme les incidents, certains pouvant être reconnus comme accidents professionnels. Le phénomène de la violence est ainsi documenté, et le dispositif de prévention évalué et amélioré en continu. Certains actes peuvent faire l'objet d'une plainte pénale.

« En conclusion, la meilleure réponse à la violence consiste à en comprendre les causes et à améliorer notre modèle de prise en soins avec empathie, car elle est souvent l'expression d'une souffrance. Nous avons, par exemple, créé une unité dédiée qui permet aux personnes âgées de se retrouver dans un environnement plus rassurant et ainsi éviter des actes qualifiés de violents », ajoute le Dr Mikael de Rham, Directeur Général.



Nicolas Zentner

Dre Patricia Halfon
Spécialiste en
médecine interne
générale

Mary-Laure Nicolier
Assistante de
direction, SVM

MOINS DE CERTIFICATS, PLUS DE TEMPS POUR LES PATIENT·ES

La Société Vaudoise de Médecine (SVM) a mené une enquête anonyme auprès d'un échantillon de médecins. Son objectif: mettre en lumière la surcharge administrative liée à des documents médicaux souvent exigés sans justification médicale pertinente, entraînant des coûts superflus.

L'enquête « Simplifions la santé », menée par la SVM sur trois périodes de deux mois afin de tenir compte des variations saisonnières, révèle des résultats édifiants: 978 documents sont considérés comme inutilement remplis par les médecins, dont 69% destinés aux assurances, 15% au domaine des soins et un peu moins de 10% aux employeurs. Ces trois secteurs représentent plus de 90% des certificats jugés superflus. Il est temps de repenser les pratiques et d'alléger le fardeau administratif qui entrave la mission première du corps médical: soigner.

remplacer de nombreuses demandes de certificats et permettre des économies substantielles. Un autre levier essentiel réside dans la limitation des demandes émanant des assurances. Pour y remédier, il conviendrait de faciliter les échanges directs entre médecins traitants et médecins-conseils.

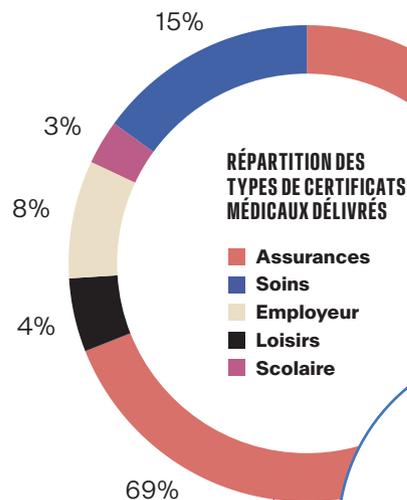
Dans le domaine des soins, une option consisterait à permettre aux infirmier·ères de renouveler certains soins de longue durée ou des dispositifs médicaux sans l'intervention d'un médecin, et à réévaluer le nombre ou la durée des prescriptions pour les affections invalidantes chroniques. Des solutions technologiques pourraient être mises en place: dématérialisation des certificats via des plateformes numériques sécurisées, pré-remplissage automatique grâce à l'intelligence artificielle, interopérabilité des systèmes pour améliorer la communication.

COMMENT RÉUSSIR CETTE TRANSFORMATION ?

L'action symbolique « lapin bleu » menée en 2024 par la SVM – consistant à apposer un logo reconnaissable sur les certificats jugés superflus (voir ci-contre) – visait à attirer l'attention des émetteurs de demandes. La communication doit se poursuivre afin de rendre visible la démarche et de susciter une prise de conscience collective. Enfin, un groupe de travail a récemment été constitué au niveau fédéral, auquel participe un membre de Médecin de famille Vaud (MfVaud) pour représenter la voix des médecins. La SVM lui fournira un argumentaire solide et structuré pour guider ce processus.

LES SOLUTIONS

Une première action consisterait à établir une liste officielle des documents exigibles et non exigibles. Un simple système de déclaration sur l'honneur pourrait



Logo de l'opération « lapin bleu » apparaissant sur les certificats

« IL N'Y A AUCUNE URGENCE À RESTREINDRE LE LIBRE CHOIX DU MÉDECIN »

Alors que le débat sur l'obligation de contracter refait surface, le Dr Philippe Eggimann, vice-président de la FMH, alerte sur les dangers d'une réforme précipitée.

Est-ce que la fin du libre choix du médecin est déjà programmée ?

Absolument pas. Le Parlement a chargé le Conseil fédéral d'élaborer un projet de loi dans ce sens, mais le processus, soumis à consultation puis au débat parlementaire, est long. S'il devait aboutir, un référendum est probable car ce projet remet en cause un pilier du système de santé: le droit fondamental pour chaque assuré-e de choisir librement son médecin et son hôpital. Une telle restriction ouvrirait la porte à une médecine à deux vitesses, dictée par des critères économiques plutôt que médicaux: un changement de paradigme toujours refusé par la population jusqu'à présent. Les conseillers nationaux vaudois s'y sont d'ailleurs opposés avec 11 voix contre 6 pour et 2 abstentions.

Pourquoi la FMH s'oppose-t-elle si fermement à cette réforme ?

Parce que l'obligation de contracter est le seul rempart contre la sélection des patient-es par les assureurs. Nul doute que les caisses favoriseront les affilié-es leur coûtant le moins cher. Cela exclurait des professionnel-les prenant en charge des patient-es onéreux/onéreuses: les personnes âgées ou atteintes de maladies chroniques ou complexes. Outre la question de l'équité, c'est aussi une question de sécurité des soins. Limiter l'obligation de contracter pousserait les médecins à rationner les prestations par crainte d'un non-remboursement. Or, cela péjore la qualité des soins et l'espérance de vie. Cette réforme risquerait aussi de dissuader la relève: si le remboursement n'est plus garanti, comment espérer que les jeunes médecins s'installent ou reprennent un cabinet ?



Que peuvent faire les médecins et les citoyens dans ce contexte ?

Informers la population suisse: c'est ce qui lui permettra de défendre ses droits en cas de référendum. Beaucoup ignorent les conséquences d'un assouplissement de l'obligation de contracter. Il existe déjà des modèles d'assurance alternatifs que chacun-e peut choisir librement. Or, un tel assouplissement reviendrait à imposer un système restrictif par défaut. Nul doute que les assurances complémentaires ambulatoires (les fameuses mutuelles en France) se développeraient rapidement. Il n'y a aucune urgence à limiter le libre choix: deux objets votés en 2024 vont influencer les coûts de la santé et les primes ces prochaines années. Attendons déjà d'observer leurs effets.

OBLIGATION DE CONTRACTER

POLITIQUE

Propos recueillis par la rédaction

**Dre Anne-Chantal
Héritier Barras**

Spécialiste en neurologie
Coordinatrice du
Programme
Handicap, HUG

Marie Emery

Infirmière spécialiste
clinique, HUG

Plus d'informations
[www.hug.ch/
programme-handicap](http://www.hug.ch/programme-handicap)

RENDRE L'HÔPITAL PLUS ACCESSIBLE ET ACCUEILLANT

Le Programme Handicap des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) œuvre depuis 2012 à faciliter l'accès aux soins des patient-es adultes présentant une déficience intellectuelle et/ou motrice, un polyhandicap ou des troubles du spectre de l'autisme.

Selon le rapport mondial sur le handicap de l'OMS de 2011, les personnes dites « handicapées » ont « une grande probabilité de se voir refuser les soins de santé dont elles ont besoin ». Environnement architectural mal adapté, communication inappropriée ou identification erronée des symptômes sont autant d'exemples d'iniquité d'accès aux soins hospitaliers, ambulatoires ou stationnaires.

Pour tenter d'y remédier, l'équipe du Programme Handicap travaille depuis sa création à améliorer la prise en charge globale et à promouvoir l'équité des soins. Intervenant en deuxième ligne et de manière transversale, elle est composée d'une neurologue, d'une infirmière spécialiste clinique, d'une secrétaire de coordination et d'un commis administratif en emploi adapté.

EN QUOI CONSISTE LE PROGRAMME ?

Aux urgences, l'équipe veille à faciliter l'admission des personnes en situation de handicap, qu'il s'agisse de les installer dans un box isolé avec possibilité d'hypostimulation sensorielle ou de réduire leur temps d'attente, selon les possibilités. Durant l'hospitalisation, elle intervient pour soutenir les patient-es, proches et équipes médico-soignantes et répondre à leurs besoins, notamment grâce à l'utilisation d'outils de communication et de moyens auxiliaires adaptés, l'aménagement de l'environnement, l'anticipation de la sortie et sa préparation, en collaboration avec les proches et le réseau de ville. Notre équipe intervient également dans la gestion de situations complexes, avec l'organisation de réseaux interprofessionnels et la mise en place de protocoles de soins spécifiques. Par ailleurs, le programme prend en charge la coordination des soins électifs : préparation de l'accueil en amont, organisation de plusieurs examens en une unité de lieu et de temps. Des consultations dédiées avec le médecin et l'infirmière du programme permettent de rencontrer les patient-es hors situation d'urgence, d'établir un lien de confiance et de faciliter la transition de l'âge pédiatrique vers l'âge adulte.

LA FICHE « ADMISSION HANDICAP »

Outil créé par l'équipe du Programme Handicap, la « fiche admission handicap » est complétée en amont de l'hospitalisation et insérée dans le dossier médical informatisé des HUG. Elle permet d'identifier les besoins liés à la situation de handicap propre à chaque patient-e.



UN ENGAGEMENT POLITIQUE POUR AGIR SUR LA SANTÉ AU SENS LARGE

DRE YOLANDA MÜLLER CHABLOZ

VISITE MÉDICALE

Hésitant entre la philosophie et la biologie, j'ai opté pour des études de médecine par curiosité plutôt que par vocation, ce qui me semblait un bon compromis. Ce qui me plaît fondamentalement, c'est que cette discipline est au cœur de la condition humaine, en lien avec l'ensemble de la population. Dans ce monde qui tourbillonne de plus en plus dans le virtuel, cet ancrage dans la réalité est très précieux.

Pourquoi avoir choisi de devenir médecin



En fait, je crois que je suis assez nulle pour évacuer le stress. Avec le temps, j'ai accepté que j'avais besoin d'un certain niveau de tension pour rester stimulée – sinon, je m'ennuie vite. Et quand la frustration devient trop forte, je trouve un certain réconfort à dégommer quelques monstres sur ma console de jeu.

Avec toutes ces responsabilités, quel est votre échappatoire pour évacuer le stress



Qu'est-ce qui vous a donné envie de faire de la recherche, et dans quels domaines travaillez-vous ?



J'ai vite compris que mon moteur était davantage la volonté de comprendre le monde que de soigner. La santé publique s'est imposée comme voie, me permettant d'agir sur la santé des populations. J'ai d'abord travaillé dans le domaine humanitaire, y menant des enquêtes en lien avec des projets de santé concrets. Plus tard, j'ai rejoint le département de médecine de famille d'Unisanté, où je développe des projets de recherche ancrés dans la pratique médicale au cabinet, notamment en lien avec la prescription antibiotique.



Avez-vous d'autres engagements professionnels

Je suis engagée politiquement au niveau communal depuis 2015 et, depuis 2022, je siége au Grand Conseil vaudois au sein du groupe des Vert-e-s. Cela me permet d'agir sur les déterminants de la santé au sens large, via la promotion de la santé, la planification territoriale et la lutte contre les inégalités.



Que faites-vous à contrecoeur dans votre travail

Globalement, j'ai la chance d'éprouver beaucoup de plaisir dans mon travail et j'apprécie la variété des activités que je mène.



Bigline Besnon

BIO EXPRESS

Âge

48 ans

Diplôme

Diplôme fédéral de médecine (2000), Doctorat en médecine (2008), Spécialiste en prévention et santé publique (2014), PhD en Sciences de la vie (2020)

Lieu de travail

Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Lausanne

Situation familiale

Mariée, 2 enfants

Hobbies

Engagement politique et chant choral



Prof. Jacques Besson
 Professeur honoraire,
 Faculté de biologie et
 de médecine, UNIL
 Membre du Comité
 de rédaction

LE VIDE EXISTENTIEL

Les troubles de santé mentale figurent en tête des enjeux de santé publique dans le monde. Dépression, agression et addiction occupent le haut du podium. Il semble bien que nous soyons dans une crise de civilisation.

Cette crise avait été diagnostiquée par Viktor Frankl, psychanalyste viennois contemporain de Freud, qui s'était laissé déporter à Auschwitz par solidarité avec ses deux vieux parents, sa femme enceinte et son frère. Après que toute sa famille fut gazée, il survécut dans le camp en observant, comme psychanalyste, la vie des détenu-es.

Viktor Frankl publia ses mémoires et rapporta ses conclusions : les humains ont une volonté de sens et il existe un inconscient spirituel. Il est en accord avec Freud sur la question de l'inconscient individuel qui, s'il est refoulé, produit les névroses individuelles. Mais selon lui, lorsque la société refoule l'inconscient spirituel, on assiste à une névrose collective, une névrose de civilisation, caractérisée par le vide existentiel.

UNE SOCIÉTÉ EN QUÊTE DE SENS

Le vide existentiel se caractérise par trois symptômes : la dépression, l'agression et l'addiction. Nous y sommes ! En effet, notre société de consommation ne répond pas aux besoins fondamentaux de l'être humain : le surplus ne comble pas le manque ! Le matérialisme scientifique réductionniste a engendré un individualisme forcené, rendant la population de plus en plus intolérante aux contraintes de la vie en société.

Ce phénomène n'épargne pas notre système de santé et notre médecine. Mais sommes-nous exemplaires dans notre manière de donner du sens aux besoins de santé de la population ? Sommes-nous en accord avec nos valeurs pour établir une hiérarchie cohérente face à l'infinité des demandes sociales ?

Nous devons revenir à une médecine humaniste qui intègre les dimensions biomédicale, psychosociale, mais aussi spirituelle. Nous contribuerons ainsi, à notre modeste échelle, à atténuer le vide existentiel ainsi que la dépression, l'agression et l'addiction qui rongent notre modernité.





PROGRAMME FORMATIONS JVD 2024-2025

22.05.2025 Médecine des addictions

19.06.2025 «Smarter medicine»: faire mieux avec moins en médecine de premier recours

Programme sous réserve de modifications

Commission de Formation Continue (CFC): Prof. Olivier Lamy (Président), Dre Sanae Mazouri, Dre Sophie Paul, Dre Francine Pilloud, Dr Alain Birchmeier, Dr Marc-Antoine Bornet, Dr Serge Félix, Dr David Gachoud, Dr Philippe Staeger, Dr Jean-Luc Vonnez

TARIFS TTC	Membre SVM	Non membre SVM
Session*	CHF 65.00	CHF 75.00
Abonnement**	CHF 345.00	CHF 395.00

*Session unitaire, valable pour un seul JVD. Facture à 30 jours net.

**Abonnement valable pour toutes les sessions JVD de la saison (8X)

INFORMATIONS, HORAIRES, ACCRÉDITATION

Formation en présentiel à l'Auditoire César-Roux (CHUV) et / ou en visioconférence.

Inscription obligatoire pour chaque session. Les conférences peuvent être visionnées sur le site de la SVM (valable uniquement pour les membres SVM).

HORAIRES: 9h00 - 12h00. Accueil à 8h30 si présentiel.

ACCRÉDITATION: Une session JVD donne droit à 3 crédits certifiés SSMIG.

Renseignements et inscriptions - Formation continue SVM

email: formationcontinue@svmed.ch

Tél. 021 651 05 05

www.svmed.ch/jvd



L'organisation de cette offre de formations JVD est rendue possible grâce à nos partenaires:

 **Clinique de
La Source**

AstraZeneca 

HIRSLANDEN 
CLINIQUE BOIS-CERF
CLINIQUE CECIL

CLF Clinique de La Source

Propriété d'une fondation à but non lucratif



7 SALLES D'OPÉRATION

à la pointe de la technologie



PLUS DE 600 MÉDECINS

accrédités indépendants



QUELQUE 630 COLLABORATEURS

à votre service



PLUS DE 130'000 PATIENTS

nous font confiance chaque année

THE SWISS
LEADING
HOSPITALS
Best in class.

ESPRIX
Lauréat ESPRIX 2022

EFQM
RECOGNISED
BY EFQM 2022
★★★★★

LA SOURCE, PARTENAIRE DE VOTRE SANTÉ TOUT AU LONG DE VOTRE VIE.