

# CMV

courrier  
du médecin  
vaudois

REVUE  
DE LA SOCIÉTÉ  
VAUDOISE  
DE MÉDECINE  
JUN 2020

## #3

SENIORS ET COVID-19

# Pouvait-on faire mieux?

**PRISE EN CHARGE DES AÎNÉS  
FACE À LA PANDÉMIE**

Sondage, interviews,  
témoignages et analyses

**HÔPITAL  
RIVIERA-CHABLAIS**

Chronique  
d'une débâcle

# ENSEMBLE

## PROMOUVONS L'AUTONOMIE DES SENIORS



**VOS PATIENTES ET PATIENTS ONT  
DES DIFFICULTÉS À RÉALISER  
LEURS ACTIVITÉS HABITUELLES ?**

Les centres médico-sociaux (CMS)  
sont à leur disposition sur tout le  
territoire vaudois.

**Soins infirmiers, soins de base,  
assistance sociale, ergothérapie,  
diététique, accompagnement  
psycho-social, aide à domicile,  
prestations d'évaluation et de  
conseil : toutes les compétences  
sont réunies pour soutenir vos  
patientes et patients dans la reprise  
de leurs activités de manière  
autonome.**

**0848 822 822**

[www.avasad.ch](http://www.avasad.ch)

ABSMAD | Payerne • APREMADOL | Renens • APROMAD | Le Mont-sur-Lausanne  
ASANTE SANA | Montreux • ASPMAD Nord vaudois | Montagny-près-Yverdon  
Fondation de La Côte | Morges • Fondation Soins Lausanne | Lausanne  
AVASAD - Services transversaux | Lausanne

  
AIDE ET SOINS  
À DOMICILE

Un article  
vous a fait réagir?  
Faites-le-nous savoir  
sur le blog de la SVM  
[svmed.ch/blog](http://svmed.ch/blog)

## sommaire

### 4 DOSSIER COVID-19

- 4 Introduction
- 5 Mesures barrières
- 6 Témoignage d'un médecin répondant en EMS
- 7 Lettre à un ami
- 8 Au cœur de l'EMS Les Lys
- 10 Témoignage d'une étudiante en médecine
- 11 Check-up humour
- 12 Sondages et chiffres-clés
- 14 Commentaire Héviva
- 15 Commentaire FEDEREMS
- 16 Commentaire GMEMS
- 18 Gestion de la crise en milieu hospitalier
- 20 Analyse juridique
- 22 Motion déposée
- 23 Le Covid-19 nous a-t-il fait perdre notre bon sens?
- 24 Directives ASSM-SSMI
- 26 Covid-19 et anticipation dans les soins
- 28 La pandémie et la mort
- 30 Point de vue éthique
- 31 Tribune libre, Jacques Pilet
- 32 Défi politique du Covid-19
- 33 Tribune libre, Dr Jean-Pierre Randin
- 34 Ce qu'en pense... Blaise Willa

### 35 DOSSIER HRC

- 35 Éditorial Hôpital Riviera-Chablais
- 36 Interview du Dr Philippe Saegesser
- 38 Quel avenir pour l'Hôpital Riviera-Chablais?
- 40 Tribune libre, SVM

### 41 INFO SVM

- 41 Actions entreprises par la SVM durant la crise
- 42 Hommage au Prof. Olivier Bugnon  
Clip SMSR

### 43 BON POUR LA TÊTE

### 38 PORTRAIT

Dr Stéphane Borloz

### 46 RENDEZ-VOUS

Les Jeudis de la Vaudoise

# Les EMS au cœur du tsunami!

**A** lors que nous déconfinons aussi bien que possible pour endiguer la résurgence du coronavirus, mais aussi mal que nécessaire pour permettre l'immunité grégaire, tirons à chaud quelques leçons de la pandémie. Notre système de santé a tenu. Fustigé de toute part, prétendu pléthorique et sclérosé, il a brillamment surmonté le tsunami Covid-19, là où d'autres ont eu et ont encore tant de peine à le faire.

## SARS-COV-2, PLUS JAMAIS ÇA!

Après avoir illustré la résilience du corps médical dans un numéro spécial en avril, le *CMV* donne la parole aux EMS meurtris par le tsunami. Nous sommes sans voix devant le courage et l'abnégation du personnel, qui a été confronté, à une situation unimaginable il y a quelques semaines. Certes, la plupart des résidents décédés étaient âgés et polymorbides, mais nous devons rapidement en tirer les conséquences et adapter les plans pandémie existants. C'est à eux, à leurs proches, et plus largement à nos concitoyens que nous le devons désormais.

## CIRCONSCRIRE LES RÉSURGENCES

Tous les acteurs sont déterminés à tirer les conclusions d'une mortalité élevée dans les établissements où il n'a malheureusement pas été possible d'empêcher l'introduction, puis la propagation du coronavirus<sup>1</sup>. Nous n'avons pas réalisé ou peut-être pas voulu reconnaître que, contrairement au SARS-CoV-1 et à d'autres virus respiratoires, le SARS-CoV-2 se transmet avant l'apparition des symptômes<sup>2, 3</sup>. Non seulement une partie du personnel, mais jusqu'à près de 50% des résidents en EMS et institutions de long séjour sont porteurs asymptomatiques du coronavirus et le concept sanitaire doit être rapidement adapté en conséquence<sup>4, 5</sup>. Parmi les mesures à prendre, outre le respect des règles d'hygiène en vigueur et le maintien d'un stock de matériel de protection suffisant, le dépistage systématique des résidents, et probablement du personnel des institutions, doit être considéré dès le premier cas identifié ou suspecté<sup>6</sup>. ■

<sup>1</sup> *Le Temps*, 29 mai 2020 ([www.letemps.ch/suisse/majorite-morts-vaudois-vivaient-ems](http://www.letemps.ch/suisse/majorite-morts-vaudois-vivaient-ems)).

<sup>2</sup> JAMA Presumed Asymptomatic Carrier Transmission of COVID-19. BAY Y. et al. JAMA. Publié en ligne le 21 février 2020 (<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762028>).

<sup>3</sup> Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. Xie X. et al.: *Nature Medicine*, 2020; 26(5): 672-5. [www.nature.com/articles/s41591-020-0869-5](http://www.nature.com/articles/s41591-020-0869-5).

<sup>4</sup> EMS Outbreak Investigation of COVID-19 Among Residents and Staff of an Independent and Assisted Living Community for Older Adults in Seattle, Washington. Roxby A.C. et al. *JAMA Internal Medicine*. Publié en ligne le 21 mai 2020. (<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2766448>).

<sup>5</sup> EMS Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility. Arons M.M. et al. *NEJM*, 2020; 382:2081-2090. Publié en ligne le 24 avril 2020.

<sup>6</sup> Asymptomatic Transmission, the Achilles' Heel of Current Strategies to Control Covid-19. Gandhi M. et al. *NEJM*, 2020; 382:2158-2160. Publié en ligne le 28 mai 2020. ([www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2008457](http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2008457)) ([www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe2009758?query=recirc\\_curatedRelated\\_article](http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe2009758?query=recirc_curatedRelated_article)).



**Dr PHILIPPE  
EGGIMANN**  
PRÉSIDENT  
DE LA SVM

CONTACTÉS EN PRÉVISION DE CE NUMÉRO DU CMV, LA DRE STÉFANIE MONOD, DIRECTRICE DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ (DGS) ET LE DR KARIM BOUBAKER, MÉDECIN CANTONAL, N'ONT PAS SOUHAITÉ RÉPONDRE À NOS QUESTIONS.



Retrouvez le **CMV**  
sur votre iPad

*«Le chef d'orchestre, c'est quelqu'un qui réceptionne tout ce que vont dire les musiciens, quelqu'un qui donne le ton, mais surtout qui s'inscrit dans un groupe. Ce n'est pas quelqu'un qui donne des ordres.»*

Renaud Capuçon, futur chef et directeur artistique de l'Orchestre de chambre de Lausanne (OCL) 19h30, 26 mai 2020

## Introduction

# Le médecin partenaire envers et contre tout

**La crise est toujours un révélateur dont il faut se servir pour apprendre et progresser. Ce dossier du CMV avait pour vocation première de faire le point sur la pandémie de Covid-19 dans les EMS vaudois, très fortement mais inégalement touchés. Cette problématique a été rattrapée récemment par une autre crise qui touche le nouvel Hôpital Riviera-Chablais à peine inauguré.**

**Q**uel rapport entre la gestion de la crise Covid-19 et la crise du HRC? Certainement le fait que les deux étaient largement prévisibles, voire attendues, et pourtant on n'était pas préparé.

### CRISES ÉVITABLES

S'agissant du Covid-19, le médecin cantonal admet que «l'arrivée de cette crise était quelque chose d'envisagé»<sup>1</sup>. Et l'article 7 de la loi sur la santé publique dispose que «le médecin cantonal est responsable de l'organisation et de la mise en œuvre des mesures à prendre en cas d'événement particulier ou de catastrophe (ORCA sanitaire)». Se préparer et «protéger les populations des menaces sanitaires», comme indiqué par le site officiel de la Direction générale de la santé (DGS), est donc une mission fondamentale de santé publique qui doit à nouveau émerger comme une priorité au vu des enjeux considérables qui en découlent. Sera-t-on mieux préparé une prochaine fois? Nous le verrons, mais nous ne connaissons pas pour le moment les premières conclusions qu'en tirent la Direction générale de la santé et le médecin cantonal, qui n'ont pas souhaité répondre à l'invitation du CMV à s'exprimer dans ce numéro.

Les médecins ont payé un prix élevé à ces crises, ce qui leur donne certains droits. La crise Covid-19 laissera des traces sur les plans humain et financier, pour les médecins aussi, du fait du brutal, durable et sans doute en partie évitable arrêt des activités. De son côté, la gestion de l'HRC avait déjà provoqué des

dizaines de départs de médecins-chefs pourtant attachés au service public. Les déficits financiers qui retiennent aujourd'hui davantage l'attention n'en sont que la résultante.

### REDONNER SA JUSTE PLACE AU CORPS MÉDICAL

Nous plaïdons ici pour que le corps médical soit pleinement associé au bilan qui sera fait des deux crises et nous demandons à être entendus par les instances chargées de rapporter sur ces questions. Le médecin est un partenaire incontournable de la santé hospitalière ou extrahospitalière, dont l'avis doit être pris en considération dans tous les processus de décision, y compris sur le plan stratégique. La construction et le développement d'un hôpital ou la gestion d'une crise sanitaire majeure se placent incontestablement à ce niveau.

Comme le stipule la résolution du Groupement des médecins hospitaliers (GMH)<sup>2</sup>, nous croyons aux vertus de la transparence appliquée aux organisations et pas seulement aux individus, comme le prévoit également la motion Feller/Thorens en matière d'assurance maladie<sup>3</sup>.

Pour y parvenir, la communication et la liberté d'expression sont indispensables. Les pressions sur les collaborateurs pour les contraindre au silence sont sans doute l'une des raisons qui ont contribué à masquer les dégâts désormais visibles à l'HRC.

Cela vaut aussi pour les procédures d'engagement de médecins cadres: bien que public, l'HRC est le seul hôpital vaudois et même intercantonal à n'avoir



**PIERRE-ANDRÉ  
REPOND**  
SECRÉTAIRE  
GÉNÉRAL  
DE LA SVM

jamais appliqué les directives relatives à l'engagement des médecins cadres<sup>4</sup>, qui lui imposaient de requérir le préavis de la Société Vaudoise de Médecine.

Il en va dans ces deux crises de la place des médecins, et indirectement de leurs patients, dans la gouvernance des hôpitaux et de la santé. Les deux crises ont montré chacune à leur manière qu'on ne peut conduire un projet médical sans les médecins et encore moins contre eux.

Faire avec eux sera sans doute la meilleure manière de préparer l'avenir et d'éviter de nouveaux

désastres, qu'ils soient humains, financiers ou les deux. Ils ne demandent que cela. ■

<sup>1</sup> Rapport de la Commission des finances, de la Commission de gestion et de la Commission thématique de la santé publique chargées d'examiner l'objet suivant: Crise relative à la pandémie du coronavirus, p. 13.

<sup>2</sup> Résolution du GMH du 11 octobre 2018, [www.svmed.ch/svm/wp-content/uploads/2019/03/resolution-du-gmh-111018.pdf](http://www.svmed.ch/svm/wp-content/uploads/2019/03/resolution-du-gmh-111018.pdf)

<sup>3</sup> [www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/amtliches-bulletin/amtliches-bulletin-die-verhandlungen?SubjectId=45603](http://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/amtliches-bulletin/amtliches-bulletin-die-verhandlungen?SubjectId=45603)

<sup>4</sup> Directives sur la nomination des médecins cadres dans les hôpitaux privés reconnus d'intérêt public.

## Mesures barrières

# Haut les masques!

**L'importance des mesures barrières étant une fois de plus mise en avant avec l'accélération du déconfinement et le retour à la normale de la plupart des activités, il faut insister sur le rôle crucial des masques.**

Il est clairement établi que le coronavirus se transmet déjà dans les 48 à 72 heures avant l'apparition de signes d'infection et que de 30 à 40% des porteurs resteront asymptomatiques<sup>1,2</sup>. De nombreux experts s'accordent sur le fait que le port généralisé de masques, dont on a tenté de nous justifier le rationnement<sup>3</sup>, aurait probablement permis d'éviter le tsunami et un confinement dévastateur nécessaire pour en aplanir la hauteur.

Dans ce contexte, même si les sujets vulnérables et à risque sont invités à porter un masque en public, l'absence d'obligation de son port par les autres leur fait courir un risque plus important de contamination<sup>4</sup>.



**Groupe de personnes portant des masques de protection, probablement durant l'épidémie de grippe espagnole de 1918. Une des femmes arbore le message suivant, traduit de l'anglais: «Portez un masque ou allez en prison».**

Les masques ultra-filtrants<sup>5</sup> protègent plus efficacement leurs porteurs, et il est temps de les leur recommander, voire de les leur prescrire lorsque la distanciation ne peut pas être garantie ou respectée. ■

<sup>1</sup> SARS-CoV-2 transmission from presymptomatic meeting attendee, Germany. Emerging Infectious Diseases. Publié en ligne le 11 mai 2020. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32392125/>

<sup>2</sup> Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. Xe X. et al. Nature medicine 2020;26(5): 672-5. [www.nature.com/articles/s41591-020-0869-5](http://www.nature.com/articles/s41591-020-0869-5)

<sup>3</sup> «Un déni persistant de réalité», Jacques Neiryck, L'Agefi, 20 avril 2020.

<sup>4</sup> «Masques, plus de cohérence», Michel Glauser et Patrick Francioli, Le Temps, 7 mai 2020.

<sup>5</sup> De type FFP2 ou NK95 sans valve pour protéger le porteur et ses voisins.



**Dr PHILIPPE EGGIMANN**  
PRÉSIDENT  
DE LA SVM

Témoignage d'un médecin répondant en EMS

## «Il faut **rester modeste** dans cette crise du coronavirus»

**Le Dr Dubi, médecin répondant à l'EMS Les Baumettes à Renens, a vécu la mort de 20 résidents sur 111 due au Covid-19. Un tiers des collaborateurs a été infecté et absent durant cette première vague. Il nous livre son expérience durant cette pandémie qui l'a marqué autant professionnellement qu'humainement.**

**Les mesures et le matériel de bio-protection pour les soignants et les résidents étaient-ils suffisants durant cette crise sanitaire?**

Nous nous sommes sentis très démunis et en colère contre le gouvernement au début de la crise. Le matériel – masques, surblouses, lunettes, visières – manquait cruellement. Et puis est venu le temps de la résilience: nous nous sommes débrouillés avec ce que nous avions, notamment en utilisant des chemises de nuit de patients comme surblouses... A partir du 15 mars, nous avons signifié la fermeture des Baumettes au médecin cantonal. Dès ce moment, nous avons enfin reçu du matériel du canton. Malheureusement, celui-ci, en provenance de Chine, était de mauvaise qualité.

**Avez-vous effectué des tests de dépistage systématiques sur vos résidents présentant des symptômes?**

Oui, nous avons testé dès le départ, et sans se soucier s'il y aurait remboursement ou pas, chaque patient qui présentait un état fébrile ou un problème respiratoire. Les mesures d'isolement étaient prises avant même d'avoir le résultat.



**Qui décidait si une hospitalisation était nécessaire?**

La décision a toujours été prise par le médecin, en accord avec l'équipe soignante. Je ne me suis jamais senti sous pression. La plupart des résidents en détresse respiratoire ont été placés sous respirateur sur place. Nous avons eu le cas d'un résident infecté qui voulait absolument être hospitalisé malgré ses directives anticipées. Il a été transporté à l'hôpital et est mort le lendemain.

**Quel regard portez-vous sur la situation en tant que médecin en EMS?**

Je me suis senti impuissant et désemparé devant une situation qui dégénère très vite. Il faut rester modeste dans cette crise du coronavirus. Personne ne peut faire la leçon à qui que soit. Certes, il n'y a pas toujours eu les bonnes décisions. Ce qui compte, c'est de tirer les leçons en cas de prochaine pandémie. Il serait utile de définir à l'intérieur même de l'établissement une task force regroupant le directeur, le responsable des épidémies et le médecin répondant, afin d'anticiper les mesures à prendre. ■

PROPOS RECUEILLIS PAR  
AURÉLIE MOERI MICHIELIN,  
FTC COMMUNICATION

Lettre à un ami

# Un soir d'avril 2020

Mon cher ami, cher Najib,

Merci d'avoir pris de mes nouvelles.

Aujourd'hui a été la pire journée de ma vie, puisque j'ai tout simplement battu mon record de constats de décès en un seul jour: quatre résidents s'en sont allés. Alors il faut beaucoup de courage pour affronter tout ce désespoir et cette réalité cruelle qui te met face à ton impuissance. Je savais qu'en choisissant la carrière de médecin de famille, j'aurais à vivre des moments tristes et décourageants, mais jamais à ce point. Ce scénario dépasse l'entendement, on se dit qu'on va se réveiller... mais non, le cauchemar continue comme dans un mauvais polar.

Cela fait plus de trente ans que je suis médecin responsable aux Baumettes, alors, des décès, j'en avais constaté par centaines, mais jamais dans ces conditions.

Souvent, la fin de vie prenait la forme d'une lente agonie que les soins palliatifs avaient rendue plus digne et supportable. Là, c'est d'une violence inouïe. Le résident commence par faire un peu de température, puis on le voit s'essouffler davantage, entrer en

détresse respiratoire et, malgré les mesures d'assistance, il est «fusillé» par un ennemi impitoyable. Et tu assistes impuissant et médusé à cette exécution.

Pire encore, vu le confinement, la famille n'a pu prendre congé de son parent et aura sans doute tellement de peine à faire le deuil.

Quelle misère épouvantable! Quelle désespérance! Quelle consternation! Bien sûr que, dans ces moments lugubres et funèbres, tu penses à ta propre finitude, puisque chaque fois qu'un patient s'en va, c'est un peu de toi qui part avec.

Hier soir, j'étais tellement tendu que je sentais mon cœur cogner comme jamais. J'ai alors appelé mon pote cardiologue à Renens et ça m'a fait du bien, il m'a rassuré et réconforté. C'est un type formidable, comme le sont toutes les infirmières qui bossent, soignent, consolent, adoucissent et apaisent les peines et les douleurs de nos patients. Merci à elles qui oeuvrent avec tant d'abnégation. Merci à toi pour ta proposition de nous occuper de nos abeilles samedi prochain. Prends bien soin de toi, Najib. ■

Jacques Dubi



Au cœur de l'EMS Les Lys

## «Les propositions d'aide étant arrivées trop tard, nous avons dû nous adapter»

**L'EMS Les Lys, à Prilly, a payé un lourd tribut à la pandémie, avec plus d'un tiers de ses résidents décédés du Covid-19. Son directeur, Christian Weiler, revient sur les différentes mesures prises par son établissement.**

### **Au 14 mai 2020, quel est le bilan des résidents de l'EMS Les Lys touchés par le Covid-19?**

Sur nos 59 résidents, nous avons eu 39 cas positifs Covid et nous déplorons 22 décès à ce jour. Concernant les collaborateurs, nous avons eu 70 absents sur 240, 15 personnes ont été testées positives et une dizaine a présenté des symptômes douteux.

### **Comment expliquer cette importante mortalité?**

La première raison est que nous hébergions des personnes présentant une très grande fragilité juste avant que le Covid-19 n'apparaisse. La seconde raison est que nous avons été massivement infectés par nos apprentis, dont sept ont été infectés au cours d'une soirée, la première semaine. Les 17 résidents qui ont attrapé la maladie en premier sont tous décédés. Enfin, les mesures barrières sont difficiles à appliquer avec des personnes souffrant de troubles démentiels.

### **Quelles mesures avez-vous prises?**

Nous avons très rapidement créé une unité extensive Covid-19 (de 2 à 18 patients), autonome, à l'accès direct et limité à des collaborateurs bien formés et équipés. Les mesures de prévention ont tout de



suite été mises en place, la température des résidents et des collaborateurs contrôlée tous les jours. Tous les résidents symptomatiques ont été isolés et testés. Nous avons compris trop tard que la température est un symptôme qui arrive tardivement chez les personnes contaminées. Durant la crise, nous avons arrêté toute admission de nouveaux résidents. La zone Covid, qui va bientôt fermer, sera utilisée dorénavant comme zone de quarantaine pour toute nouvelle admission.

**Durant cette première vague, avez-vous bénéficié de tout le matériel nécessaire pour la protection des soignants et des résidents?**

Les directives cantonales étaient peu claires au départ et peu adaptées au matériel disponible. Nous avons fait marcher notre bon sens et notre connaissance pratique du terrain pour mettre en place un système D en lien avec les informations qui nous parvenaient. Nous avons des masques chirurgicaux en réserve et je suis allé moi-même chez un paysan acheter de l'alcool distillé pour ensuite le faire transformer en solution hydroalcoolique chez notre pharmacien. J'ai aussi obtenu des lunettes de protection dans un magasin fermé et nous avons bricolé des visières pour effectuer sur place les tests nasopharyngés.

### **Avez-vous eu recours aux équipes mobiles pour vous aider?**

On les a fait intervenir lorsque c'était nécessaire. Nos besoins n'étaient alors pas de l'ordre de conseils de seconde ligne, mais de gestes concrets de soins directs de première ligne. Les tests ont été réalisés sur place et l'accompagnement en soins palliatifs fait partie des compétences essentielles à notre mission.

La décision tardive du médecin cantonal de rendre obligatoire la collaboration avec les équipes mobiles a été vécue à l'interne comme un manque de confiance et une humiliation. Cette forme de «contrôle» après plus de trois semaines de lutte était non seulement une perte de temps, mais aussi peu valorisante pour notre

compétence métier acquise durant cette crise. Enfin, pour l'anecdote, la venue d'un médecin assistant équipé d'un masque FFP2 et de gants pour entrer dans notre zone Covid a interpellé nos équipes, à qui on explique depuis des semaines que ces protections ne sont pas adéquates dans notre domaine!

#### **Avez-vous reçu un soutien logistique et psychologique de la part des autorités cantonales?**

On a ressenti depuis le terrain une certaine difficulté de nos instances cantonales pour mettre en place une organisation qui réponde à nos besoins. Notre faitière a été très active pour nous aider à nous retrouver parmi des informations parfois pléthoriques. Le soutien le plus important a été celui que nous a apporté le fantastique travail des étudiants en médecine et en soins infirmiers qui sont venus nous aider. L'armée et la protection civile nous ont également été d'un très grand secours.

#### **Les temps de réponse et l'adaptation du dispositif à la situation ont-ils été suffisamment rapides?**

Pour les hôpitaux, probablement oui, mais c'est venu un peu tard dans les EMS. Cette stratégie est probablement en lien avec ce qui s'est passé sur le plan international. On peut aussi craindre que notre secteur ne soit pas souvent une priorité de santé publique. L'organisation par régions est également complexe, avec des couvertures de population très variables. Pensez que la région Lausanne représente 47% de la population vaudoise et comprend bon nombre de ses structures cantonales. Au sortir de la crise, il sera probablement très utile de revisiter ces organisations à la lumière de ce qui s'est passé.

#### **Qui faisait le choix d'hospitaliser ou non le résident atteint?**

La personne elle-même ou ses représentants thérapeutiques. Avec tous les résidents, nous faisons aussi un travail en amont avec des directives anticipées. Nous avons l'habitude de ces situations, même hors pandémie.

#### **Certains résidents n'ont-ils pas pu être hospitalisés?**

Non, tous ceux qui en avaient besoin et le souhaitaient ont été hospitalisés au CHUV, soit cinq résidents. Tous sont malheureusement décédés.

#### **Certains résidents ont-ils refusé d'être hospitalisés?**

Une grande majorité a choisi une approche palliative, souvent déjà en place avant la crise.

#### **Quel effet le confinement a-t-il eu sur les résidents?**

Les résidents Covid n'en ont pas trop souffert, car ils étaient vite alités avec de fortes fièvres. Pour les résidents non Covid ainsi que pour les collaborateurs, nous avons dû gérer de fortes angoisses et la peur d'être contaminé.

#### **Le personnel soignant a-t-il bénéficié d'un soutien psychologique?**

Oui, nous avons notamment mis en place un soutien psychologique sous forme d'entretiens individuels ou par groupes de trois ou quatre personnes, sur demande et sur incitation des responsables. Plusieurs séances ont également été organisées avec le soutien du HPCi (unité d'hygiène, prévention et contrôle de l'infection du CHUV), qui a fait un super boulot!

#### **Comment votre EMS a-t-il géré la relation avec les familles des résidents touchés?**

En tout temps, les contacts ont été maintenus sous plusieurs formes:



visites au balcon ou derrière une vitre, par téléphone ou par visioconférence. Nous avons également maintenu avec le maximum de précautions les visites de patients en fin de vie. Nous avons d'ailleurs fait quelques photographies et vidéos de fin de vie pour les mettre à la disposition des familles qui le désiraient et qui, souvent, n'ont pas souhaité assister aux derniers moments de leur parent. Enfin, nous avons envoyé chaque semaine un courrier aux familles des résidents pour décrire la situation de la manière la plus transparente possible. Par ailleurs, nous avons érigé un mémorial à l'entrée de l'EMS sous la forme d'un grand pot noir garni de dipladénias pour chaque personne décédée, et chacun peut laisser un mot dans un livre du souvenir. ■



Chaque pot est dédié à une personne décédée du Covid-19.

## TÉMOIGNAGE D'UNE ÉTUDIANTE EN MÉDECINE

**Durant la période de crise sanitaire, j'ai eu l'occasion de travailler deux mois à l'EMS Les Lys dans le service Covid-19. L'expérience a été enrichissante au niveau personnel et m'a permis de combiner ma formation d'infirmière achevée à celle de médecine encore en cours.**

Toutefois, cela a été un challenge difficile, car j'ai eu peu de temps pour m'adapter à ce nouveau service d'isolement. Il s'agissait de s'occuper de patients en nombre toujours croissant, tant sur le plan somatique que psychologique, de les reconforter, mais également de soutenir leur famille qui ne pouvait pas leur rendre visite.

### PRISE EN CHARGE COMPLEXE

Les comorbidités que ces patients présentaient ont, à mon sens, rendu la prise en soins complexe. Le Covid-19 pouvait s'exprimer de façon variée : certains patients ne présentaient que peu de symptômes, d'autres souffraient de l'atteinte respiratoire classique et, enfin, plusieurs ont connu une péjoration clinique marquée, grevée de troubles neurologiques. Dans bon nombre

de cas, l'évolution clinique a rapidement conduit au décès sans prodrome, ce qui me donnait parfois l'impression d'avoir manqué quelque chose dans la prise en charge médicale.

Ma formation d'infirmière m'a alors aidée à me souvenir que le souhait de la majorité de ces patients ainsi que de leur famille était de se voir offrir une aide et un maintien de la dignité en tout temps, avec le moins de souffrance possible. Lorsqu'il le fallait, des soins palliatifs ont été apportés. Certains patients ont souhaité être conduits à l'hôpital, ce qui a été fait dans les meilleurs délais.

### PATIENTS ET PROCHES RECONNAISSANTS

La difficulté pour moi a été de composer avec l'ensemble des aspects précédemment

décrits tout en déléguant les soins en fonction de la formation de chacun (ASSC, ASA, animateur, étudiant infirmier/médecin ou soldat).

Enfin, l'expérience personnelle la plus riche que je retire de cette crise sanitaire réside dans la dimension humaine, qui m'a donné la force nécessaire dans les moments difficiles et qui m'a motivée au quotidien. J'ai reçu un soutien infailible de mes responsables, du médecin, qui se montrait toujours disponible, et également des équipes internes et externes, qui ont su faire preuve d'une énergie impressionnante. Cependant, le plus beau présent de cette expérience reste la reconnaissance des patients et de leurs proches. ■

**LARA CORTELLINI**

ÉTUDIANTE EN 4<sup>e</sup> ANNÉE DE MÉDECINE

# Check-up **humour**



## Sondage

# EMS prêts à affronter une éventuelle seconde vague, selon les médecins

**Le 22 mai dernier, la SVM a lancé un sondage à l'attention des médecins faisant partie du Groupement des médecins travaillant en établissement médico-social (GMEMS). Il en ressort un manque de matériel de bio-protection qu'il faudrait pouvoir combler pour affronter une éventuelle seconde vague.**

**L**a moitié des médecins répondants travaillent dans un ou deux EMS. Dans un tiers des cas, les résidents avec symptômes n'ont pas été systématiquement testés, suivant ainsi les recommandations HPCi. La proportion de décès parmi les personnes infectées est là aussi très variable, allant de 0 à 90%! Parmi les médecins ayant répondu, 12% ont été eux-mêmes infectés.

## DES RENFORTS BIENVENUS

De manière générale, les médecins travaillant en EMS déplorent le manque de masques professionnels, de surblouses et de lunettes/visières. La plupart considèrent qu'ils ont bénéficié de masques chirurgicaux, de gants et de solution hydroalcoolique en suffisance. Dans 70% des cas, une séparation entre espaces Covid/non-Covid avait été mise en place. Par contre, 42% des répondants estiment avoir manqué de personnel soignant durant la crise. C'est pourquoi l'EMS a fait appel à des renforts sous différentes formes: équipe mobile (25%), protection civile (66%), armée (23%) ou autres solutions comme des étudiants médecins et infirmiers (16%). Deux tiers des répondants considèrent que cette aide a été utile, pour des tâches très diverses (garde, aide aux soins, urgence, soins palliatifs, accompagnement des résidents, logistique, etc.). Dans 95% des cas, des mesures ont été prises pour empêcher l'admission au sein de l'EMS de résidents Covid ou suspects de l'être, comme le dépistage, la quarantaine, le refus des cas positifs ou le gel des admissions. Concernant ces différentes mesures visant à protéger résidents et personnel soignant, nous ne connaissons malheureusement pas leur date de mise en œuvre, ce qui peut expliquer la variabilité du nombre de cas.



## STOCK DE MATÉRIEL, QUARANTAINE ET INTERDICTION DES VISITES COMME MESURES PRIORITAIRES

Parmi les médecins qui se sont exprimés, 20% disent n'avoir pas systématiquement été consultés pour les décisions d'hospitalisation, mais la grande majorité d'entre eux reconnaît que les résidents souhaitent

être hospitalisés ou devant l'être l'ont été. Huitante-sept pour-cents des sondés ont reçu des directives de prise en charge pour traiter ces patients de la part de la Direction générale de la santé et/ou du médecin cantonal. Plus de la moitié des sondés estiment que les informations émanant de ces institutions ont été adéquates et suffisamment détaillées, même si certains considèrent qu'elles sont arrivées trop tard. Plus de la moitié d'entre eux également tiennent la communication pour satisfaisante, certains déplorant néanmoins son caractère maladroit. Plus de la moitié des sondés souhaite une évolution de leur statut impliquant, par ordre d'importance, une meilleure rémunération de la responsabilité, plus d'intégration dans l'institution, plus de temps dédié à la fonction et plus de pouvoir décisionnel.

Enfin, la grande majorité considère que l'EMS dans lequel ils sont répondants serait prêt à faire face à une nouvelle vague avec, comme mesures à privilégier, une quarantaine pour les admissions, l'interdiction des visites (en tenant compte néanmoins de la souffrance que cela peut engendrer pour les résidents) et un stock de matériel de bioprotection. Les avis sont partagés quant à un dépistage de tout le personnel et/ou de chaque résident dès le premier cas positif.

Enfin, nombreux sont ceux qui saluent l'engagement du GMEMS pendant la crise.

*NB: sur les 186 médecins du GMEMS, environ un tiers a répondu à notre questionnaire.*

**Sondage SMSR**

**GESTION DE CRISE PAR LES MÉDECINS EN CABINET**

Selon un récent sondage de la Société Médicale de la Suisse Romande (SMSR), sept médecins romands installés sur dix ont connu une baisse significative de leur activité en cabinet depuis le début de la pandémie. Les résultats de ce sondage, réalisé début mai, sont disponibles sur [svmed.ch/sondage-covid-cabinets](http://svmed.ch/sondage-covid-cabinets)

**COVID-19: QUELQUES CHIFFRES CLÉS**

Etat au 02.06.2020

Suisse	<b>30 818 cas</b>	<b>1920 décès</b>
Vaud	<b>5448 cas</b>	<b>406 décès</b>

**Vaud**

**N°1** en nombre de **cas** en Suisse en chiffres absolus

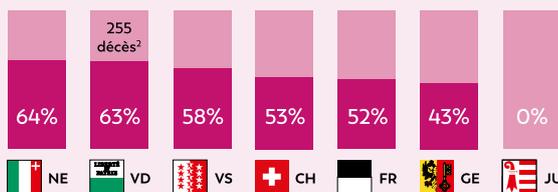
**N°1** en nombre de **décès** en chiffres absolus

**N°3** en **prévalence** après Genève et le Tessin

**EMS**

**N°1** en Suisse en chiffres absolus des décès survenus en EMS

**Taux de décès en EMS par rapport au nombre total de décès**



Selon les chiffres des différentes institutions, on estime à 43% le taux d'EMS vaudois touchés par le Covid-19.

Ces chiffres peuvent avoir plusieurs explications:

- une politique de maintien à domicile plus ou moins développée;
- des mesures de protection anticipées;
- du matériel de protection en suffisance;
- d'autres éléments stochastiques tels qu'une contamination large du personnel et/ou des résidents et/ou des visiteurs, sachant que la contagion est déjà possible lorsque la personne infectée n'est pas encore symptomatique;
- des résidents soignés sur place et non hospitalisés.

Curaviva a reconnu que l'un des problèmes majeurs a été le manque de matériel de protection. A noter que le 20 mai dernier, cette association nationale des EMS a élaboré, à l'intention des institutions, un document de base pour créer ou réviser des plans de protection. Elle a également mis en place un dispositif d'aide pour aborder les questions et dilemmes éthiques, notamment en ce qui concerne l'assouplissement de l'interdiction des visites<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Certains cantons comptabilisent les résidents EMS décédés en EMS ou à l'hôpital. Vaud inclut les EPSM dans ses chiffres.

<sup>2</sup> Cas confirmés et probables. Les autres décès sont survenus à l'hôpital - dont des résidents en EMS - ou à domicile. A noter que le CHUV comptabilise 28 patients provenant d'EMS sur les 534 patients Covid-19 pris en charge.

<sup>3</sup> [www.curaviva.ch/Home/Pdsob/?ID=3FC52B4C-B186-40E9-823B953E9282C09F&method=render.news](http://www.curaviva.ch/Home/Pdsob/?ID=3FC52B4C-B186-40E9-823B953E9282C09F&method=render.news).

Sources: corona-data.ch, GMEMS, Bulletins épidémiologiques des différents cantons romands, CHUV, Curaviva.

Commentaire Héviva

## Des résidents pris en charge dignement dans leur lieu de vie

**Les statistiques sont toujours à prendre avec précaution et ne doivent jamais occulter les tragédies qui se cachent derrière les chiffres.**

**L**e canton de Vaud, qui représente 10% de la population suisse, dispose de 7042 lits ou places d'hébergement et d'une politique de maintien à domicile parmi les plus poussées en Suisse. Les résidents vaudois, juste derrière les genevois, sont donc les résidents les plus atteints dans leur santé ou les plus fragiles; 255 personnes hébergées en EMS/EPSM – entre cas confirmés et cas avec symptômes compatibles – sont malheureusement décédées durant la phase aiguë de la pandémie. Dans le même temps, près de 1000 résidents atteints par le

Covid-19 ont survécu, malgré leurs polyopathologies et leur grand âge, qui en faisaient des victimes toutes désignées.

### ÉVALUATION DU MEILLEUR CHOIX THÉRAPEUTIQUE

Bien sûr, a posteriori, on peut s'interroger et polémiquer sur la date de fermeture au public des institutions, sur la politique restrictive des tests de dépistage, sur la limitation des stocks de matériel de protection disponibles, sur la propagation de l'épidémie dans les unités de psychiatrie de l'âge avancé ou encore sur le déploiement tardif des soldats sanitaires.

On peut aussi se demander si, à force de vouloir préserver le système de santé et ses capacités hospitalières, on a perdu de vue que les plus vulnérables d'entre la population à protéger résident en EMS/EPSM.

L'essentiel demeure que les résidents atteints par le Covid-19 en EMS/EPSM, y compris les cas aigus, ont pu être pris en charge dans leur lieu de vie par des professionnels qui leur étaient connus et qui leur ont fourni un accompagnement de qualité.

Dans chaque cas, les équipes – médecin, soignants et équipes mobiles – ont pris en considération les directives anticipées et ont procédé à une pesée d'intérêts pour déterminer le lieu du meilleur choix thérapeutique entre l'EMS/EPSM ou l'hôpital. Ainsi, une minorité seulement des résidents malades ont effectivement dû être hospitalisés et la vaste majorité de ceux qui sont décédés ont pu rester dans leur chambre, avec leurs objets personnels, la visite de leur famille et des soins adaptés et adéquats. ■



**FRANÇOIS SÉNÉCHAUD**  
 SECRÉTAIRE GÉNÉRAL HÉVIVA  
 (ASSOCIATION VAUDOISE DES INSTITUTIONS MÉDICO-PSYCHOSOCIALES)



Commentaire FEDEREMS

## «Il faut pouvoir tester et garantir les mesures de protection et de confinement»

**Le 24 mai 2020, le Covid-19 a atteint plus de 5400 personnes dans le canton de Vaud, un chiffre qui, rapporté au nombre d'habitants, le place en troisième position derrière Genève et le Tessin. Il faut préciser néanmoins que ce décompte considère les cas avérés positifs et les cas probables non testés.**

C'est dans les établissements médico-sociaux ou psychosociaux médicalisés vaudois que le plus grand pourcentage des décès est survenu. Faut-il en déduire que ceux-ci n'ont pas été en mesure de répondre aux «sévérités» du Covid-19? C'est aller vite en besogne, car il faut aussi mettre en évidence qu'à travers le formidable engagement des équipes, des médecins référents et des équipes mobiles, et les soutiens des acteurs du dispositif, la grande majorité des résidents atteints du Covid-19 sont aujourd'hui guéris.

Certes, cela n'a pas été facile, et nous avons tous rapidement appris que préserver la saturation des hôpitaux ne pouvait pas être le seul impératif du dispositif de crise. Dans le cas d'une deuxième vague aiguë, il importera de désigner une structure de soins dédiée à l'accueil temporaire de patients Covid, en préalable à tout transfert, et ce tout particulièrement pour le domaine de la psychiatrie de l'âge avancé.

Si nous avons réussi à maintenir la propagation du virus au sein de nos établissements, c'est en respectant quelques principes.

- Ne pas se tromper de règles: notre mission est de protéger notre population, justement qualifiée comme étant la plus vulnérable, et non de se substituer à une structure des soins aigus.
- Se méfier de ce virus: le SARS-CoV-2 est un malin, il se déguise sous de faux airs de tests négatifs et de patients asymptomatiques qui rendent d'autant plus complexe la gestion sanitaire.



- Tester, tester, tester: nos EMS/EPMS n'ont cessé d'inciter les autorités à leur permettre de bénéficier de l'accès aux tests à large échelle. Dans nos environnements, ces démarches de dépistage sont essentielles afin de circonscrire la propagation de manière ciblée, d'avoir une vision claire sur l'évolution du virus, d'isoler le résident si nécessaire et de mettre en quarantaine le personnel atteint.
- Etre en mesure de garantir les mesures de confinement en chambre simple et disposer du matériel de protection en suffisance: la contamination se réduit considérablement avec ces simples mesures. ■



**OLIVIER MOTTIER**  
SECRÉTAIRE  
GÉNÉRAL  
DE LA FEDEREMS  
(FÉDÉRATION  
PATRONALE  
DES EMS VAUDOIS)



Commentaire GMEMS

## Les EMS vaudois à l'heure du bilan

**Durant ces premiers mois de l'année 2020, les médecins d'EMS sont passés par tous les états d'âme: après l'étonnement et la surprise face à la diffusion de ce nouveau virus dans le monde, nous sommes rapidement passés à la phase de l'organisation et de l'action, sans négliger la recherche d'information et l'échange des pratiques, pour terminer par la phase des critiques et du questionnement.**

**L**a situation épidémiologique s'étant actuellement nettement améliorée, le moment est propice pour prendre un peu de recul et faire le bilan du cataclysme vécu.

La première question qui surgit à la lecture des chiffres est: pourquoi ce taux particulièrement élevé de décès dans les EMS vaudois? Parmi tous les facteurs de risque connus pour augmenter la mortalité liée au Covid-19, celui de l'âge est de loin le plus important: si vous êtes âgé de 70 ans et plus, vous avez jusqu'à 60 fois plus de probabilité de décéder des suites d'une infection à SARS-CoV-2! Les autres acteurs de risque comme l'hypertension, l'obésité, le cancer ou l'immunosuppression semblent jouer un rôle nettement moins important<sup>1</sup>.

L'âge moyen des résidents en EMS dans le canton de Vaud est de 87 ans. Or, si l'on tient compte du fait que ce virus est particulièrement meurtrier chez les personnes âgées, il n'est pas étonnant que 63% des décès aient eu lieu dans les EMS, car c'est justement dans ces institutions que l'on retrouve les personnes particulièrement vulnérables, très âgées et polymorbides.

La question que l'on devrait se poser est plutôt celle de savoir si on aurait dû prendre d'autres mesures pour mieux protéger nos aînés. La décision de fermer les EMS aux visites a été sûrement très efficace, mais aurait peut-être pu être prise plus tôt, car on sait qu'une fois que le virus entre dans l'institution, il s'y propage très rapidement et de façon inaperçue dans



un premier temps, à cause du temps d'incubation. Un autre problème souvent évoqué comme ayant pu être déterminant est celui du manque de matériel de protection pendant la phase aiguë de la pandémie, à cause des défaillances dans l'approvisionnement. Il est possible néanmoins que ce manquement n'ait pas été très significatif concernant le nombre de résidents atteints, mais plutôt concernant le nombre de collaborateurs contaminés sur le lieu de travail. Seule une analyse plus détaillée des données pourra nous permettre de comprendre si ce facteur a eu un impact déterminant sur le nombre de décès enregistrés dans les EMS. Mais la leçon que l'on peut déjà en tirer, c'est que la gestion des stocks de matériel doit être revue en profondeur aux niveaux cantonal et national, voire mondial.

Le respect des protocoles d'hygiène et des bonnes pratiques cliniques (comment se protéger, porter et enlever un masque ou une surblouse, etc.) par tous

les corps de métier intervenant auprès des résidents joue un rôle important dans la lutte contre la propagation du virus au sein des institutions. L'importance de ce point ayant peut-être été sous-estimée au début de la pandémie, il serait probablement utile d'organiser des cours de rappel des concepts de protection (via les référents HPCi) dans les EMS avant la prochaine vague.

Certains collègues ont évoqué la recommandation cantonale d'arrêter le dépistage par frottis nasopharyngé dès trois cas positifs dans l'institution comme une possible cause du nombre élevé de cas dans certaines institutions. Cette hypothèse est difficilement défendable du moment que la prise en charge du résident symptomatique devait être la même, indépendamment du résultat du test, qui pouvait être faussement négatif.

Enfin, plusieurs voix se sont élevées pour critiquer le manque d'interaction directe et de communication claire entre les instances sanitaires cantonales (DGS et médecin cantonal) et les médecins d'EMS. Ce point mérite effectivement une réflexion approfondie sur le meilleur canal de communication à développer avant la prochaine vague.

Comme c'est souvent le cas dans des situations d'urgence exceptionnelle, on peut toujours identifier a posteriori des points susceptibles d'amélioration, mais, de façon générale, je constate que l'ensemble des acteurs a su réagir de façon agile, mettant en œuvre des solutions pragmatiques et faisant preuve de collégialité interprofessionnelle, dans le but commun de garantir la meilleure prise en charge possible pour le résident. C'est aussi au nom des résidents et de leurs familles que je vous transmets mes remerciements les plus sincères pour le travail accompli. ■

<sup>1</sup> OpenSAFELY: factors associated with Covid-19-related hospital death in the linked electronic health records of 17 million adults NHS patients ([www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.06.20092999v1](http://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.06.20092999v1))



**Dre TOSCA BIZZOZZERO**  
PRÉSIDENTE  
DU GMEMS  
(GROUPEMENT  
DES MÉDECINS  
TRAVAILLANT  
EN ÉTABLISSEMENT  
MÉDICO-SOCIAL)

## impresum

**Société Vaudoise de Médecine**  
Chemin de Mornex 38 – 1002 Lausanne  
Tél. 021 651 05 05 – Fax 021 651 05 00  
info@svmed.ch – www.svmed.ch

**Rédacteur en chef**  
Pierre-André Repond, secrétaire général de la SVM

**Secrétariat de rédaction**  
Aurélië Moeri Michielin, ftc communication  
Fabien Wildi, ftc communication

**Collaboratrices externes**  
Adeline Vanoverbeke, Elodie Maître-Arnaud

### Comité de rédaction du CMV

Prof. Jacques Besson, Dr Louis-Alphonse Crespo, Dr Philippe Eggimann, Dr Henri-Kim de Heller, Dr Jean-Pierre Randin, Dr Patrick-Olivier Rosselet, Dr Patrick Ruchat, Dr François Saucy, Dr Adrien Tempia

**Conception et mise en page**  
Inédit Publications SA

**Régie des annonces**  
Inédit Publications SA Tél. 021 695 95 95 – [www.inedit.ch](http://www.inedit.ch)

**Photographies**  
Laurent Kaczor, Thibaut Bouvier, Niday Picture Library – Alamy Stock Photo, COM-CHUV 2020 – photo Eric Deroze, Yves Leresche, Rainer Sohlbank

Gestion de la crise en milieu hospitalier

# Adaptation de la prise en charge des seniors au CHUV

**Comment le CHUV s'est-il réorganisé pour prendre en charge la patientèle âgée, population la plus à risque face à la pandémie de Covid-19? Entretien avec le Prof. Christophe Büla, chef du Service de gériatrie et réadaptation gériatrique.**

**Des mesures spécifiques ont-elles été prises pour assurer les consultations de gériatrie ambulatoire durant la pandémie de Covid-19?**

Notre unité de gériatrie ambulatoire et communautaire compte deux types de patients. Pour ceux dont nous sommes le médecin traitant, nous avons poursuivi les consultations sous forme de visites à domicile. Des téléconsultations ont également été mises en place pour assurer un suivi. Quant aux patients que nous soignons conjointement avec un médecin traitant de ville, nous avons organisé des visites à domicile lorsque ce dernier n'était pas en mesure de le faire.

En parallèle, nous avons pris contact avec chacun de nos patients pour nous assurer que tout allait bien, dès le début de la crise. Tout l'enjeu était d'identifier d'éventuels cas de Covid-19 à domicile, ainsi que des situations de décompensation (dégradation de l'état de santé) hors Covid-19, où il fallait soit intervenir pour éviter une hospitalisation, soit l'organiser au mieux, en sachant que beaucoup de patients se sont montrés réticents à l'idée de se rendre à l'hôpital au vu des circonstances.

Enfin, nous avons également été sollicités à quelques reprises par les CMS pour les soutenir lors de situations difficiles au domicile de leur patientèle âgée.

**Le CUTR Sylvana, votre unité de réadaptation gériatrique, a été particulièrement touché par la maladie. Comment avez-vous fait face à cette situation critique?**

A la mi-avril, nous avons en effet connu une flambée du nombre de cas au CUTR Sylvana. Le virus s'est répandu sur un étage jusqu'alors épargné, qui a très vite été placé en isolement. Parmi les patients accueillis pour une réadaptation après une hospitalisation en soins aigus, certains ont aussi été testés positifs. Ceux d'entre eux qui étaient présents depuis plus de quatorze jours ont donc très certainement été infectés sur place. Le personnel a lui aussi

été touché. Cette hausse soudaine du nombre de cas s'explique sans doute par la présence d'un porteur asymptomatique qui aurait contaminé son environnement en se déplaçant dans le couloir, par exemple. Des mesures de protection avaient néanmoins été prises à partir du 9 mars, dès l'apparition des premiers cas. Les repas en commun avaient été remplacés par des repas individuels en chambre. Dès le lendemain, l'interdiction des visites avait aussi été prononcée. Les contacts interpersonnels étaient donc réduits au maximum.

Malgré ces précautions, nous avons déploré près d'une quarantaine de patients contaminés. Au plus fort de la crise, avec les patients admis depuis les soins aigus après Covid-19, cela a nécessité l'isolement de trois étages entiers. Pour ces secteurs, un isolement gouttelettes strict (port de masque, gants, blouse, lunettes de protection, etc.) a été mis en place pour le personnel soignant, afin de limiter au maximum tout risque de transmission du virus. Un superbe travail a été accompli par les équipes!

**L'unité de gériatrie aiguë a-t-elle dû faire face à une hausse du nombre d'hospitalisations?**

Non, au contraire. Notre unité de gériatrie aiguë, qui dispose de 28 lits occupés habituellement à 95%, a connu une baisse d'activité estimée entre 25 et 30% durant la pandémie. A ma connaissance, des résultats similaires ont été observés dans d'autres unités identifiées comme non Covid-19, ce qui est le cas pour la nôtre. Avec le report ou l'annulation de toutes les opérations de chirurgie électorale et des prises en charge non urgentes, cette tendance était relativement prévisible.

Nous avons jusqu'ici reçu quelques résidents d'EMS, mais hospitalisés pour d'autres raisons qu'une infection (ou suspicion d'infection) Covid-19. C'est en principe dans les autres unités de soins aigus spécifiquement dédiées au Covid-19 que serait transféré



un patient infecté de cette catégorie d'âge si une hospitalisation s'avérait souhaitable.

En fait, à ce jour, un seul patient positif au Covid-19 a été détecté. Il s'agit d'un résident d'EMS venu initialement à la suite d'une chute. C'est d'ailleurs un exemple à retenir. Comme observé par nos confrères français, l'infection au Covid-19 se manifeste chez les personnes âgées par d'autres symptômes que les traditionnelles toux, fièvre et dyspnée. L'un d'eux serait l'hypotension, typiquement susceptible d'occasionner des chutes. Il faut donc se méfier de ce type d'incidents dans la situation actuelle.

Nous avons aussi eu quelques patients présentant une clinique suspecte, mais un résultat de frottis négatif. Par précaution, ils ont aussitôt été isolés des autres patients.

#### **Comment expliquez-vous ce faible taux d'hospitalisation des résidents d'EMS?**

D'après les échos de nombreux collègues, cela s'explique essentiellement par la propre volonté de ces personnes, notamment via leurs directives anticipées. La plupart d'entre elles sont assez clairvoyantes sur leur état de santé et le degré d'intensité de prise en charge qui convient le mieux à leur situation.

Je tiens d'ailleurs à souligner que nous avons été très attentifs à ce qu'il n'y ait pas d'agisme, de restriction d'accès à certains types de soins pour qui-conque en avait l'utilité et exprimait le souhait d'en bénéficier. Cela implique une position très nuancée, car il ne faut pas non plus encourager des traitements avec des attentes irréalistes qui s'apparenteraient alors à de l'acharnement thérapeutique et iraient à l'encontre du bien-être du patient.

#### **Quelle relation avez-vous entretenue avec les EMS durant cette crise?**

La population âgée étant particulièrement à risque, d'autant plus celle résidant en EMS, nous nous sommes rapidement mobilisés avec nos collègues des soins palliatifs pour que la prise en charge de ces personnes puisse s'effectuer, le cas échéant, avec toutes les mesures de soins palliatifs et terminaux nécessaires. Ce fut heureusement le cas. A ce titre, nous tenons également à saluer l'excellent travail accompli dès les prémices de cette crise sanitaire par l'ensemble du personnel des EMS.

Une équipe mobile, composée de représentants de notre équipe de gériatrie ambulatoire et communautaire ainsi que des équipes mobiles de soins palliatifs et de psychogériatrie, a par ailleurs été créée courant mars pour soutenir les EMS. Une formation sur la prise en charge palliative de la dyspnée terminale (pathologie respiratoire) a notamment été proposée. En collaboration avec l'équipe d'Unisanté, cette équipe mobile a également été amenée à intervenir en renfort lorsque des flambées de cas sont apparues dans certains établissements. ■

## Analyse juridique

# Hospitalisation des résidents en EMS

**Cette étude évoque les situations qui peuvent se présenter en présence d'assurés qui, soit peuvent être soignés de façon ambulatoire, soit ne le peuvent pas et doivent être hospitalisés ou placés dans un établissement, agréé ou non, apte à les accueillir.**

*L'auteur n'a pas examiné si l'application des règles légales qui est faite en pratique est satisfaisante ou s'il ne serait pas opportun de modifier celles-ci.*

## LA NOTION D'HÔPITAL

Suivant l'article 39, alinéas 1 et 3 LAMal, les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis s'ils remplissent certaines conditions: garantir une assistance médicale suffisante; disposer du personnel qualifié nécessaire ainsi que d'équipements médicaux adéquats; et garantir la fourniture adéquate des médicaments. Ces conditions s'appliquent par analogie aux établissements médico-sociaux (EMS). Il s'agit là de conditions mises à la reconnaissance de la qualité de fournisseur de soins autorisé à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (article 35 LAMal).

Un EMS peut donc contenir une division prodiguant des soins, une assistance médicale et des mesures de réadaptation. Il détient dans cette mesure le statut d'hôpital agréé ouvrant droit aux prestations d'hospitalisation, et non pas à celles prévues pour un traitement ambulatoire au sens de l'article 50 LAMal.

## LE MÉDECIN FACE À DIVERSES SITUATIONS

- a) Un assuré en bonne santé qui peut se suffire à lui-même pourra, en cas de maladie, recevoir des soins ambulatoires ou hospitaliers au sens et aux conditions de la LAMal. Nous ne rappellerons pas les règles applicables dans une telle situation, en précisant cependant que la notion de traitement ambulatoire comprend les soins à domicile.
- b) Un assuré peut durablement ne plus pouvoir vivre de manière indépendante à cause d'une ou de plu-

sieurs atteintes à la santé. Cette situation doit être distinguée de celle d'un individu qui, bien qu'il lui serait possible de demeurer à domicile, choisit de séjourner durablement ou non dans un établissement qui n'est pas autorisé à lui fournir des soins à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Un tel assuré devra se contenter des prestations prévues en cas de traitement ambulatoire et l'on ne saurait, à notre avis, l'obliger à se faire admettre dans un établissement agréé pour bénéficier de soins à la charge de l'assurance obligatoire.

“ En cas d'entrée dans un EMS agréé, l'assureur devra assumer les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire. ”

- c) Un assuré peut être atteint d'une ou plusieurs affections qui ne lui permettent pas d'être soigné de façon ambulatoire et d'éviter soit une hospitalisation, soit une entrée dans un EMS. Son choix devra être porté sur un établissement «adéquat» apte à lui fournir au meilleur compte les soins dont il a besoin. En cas d'entrée dans un EMS agréé (sans que l'on se trouve dans le cas où il devrait être considéré comme l'hôpital adéquat le plus économique), l'assureur devra assumer les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire, qui devra être donné par des fournisseurs autorisés aux conditions (choix, tarif, etc.) prévues par la LAMal. La question sera alors notamment de



savoir si et dans quelle mesure le choix des fournisseurs autorisés est laissé à l'assuré par le règlement de l'établissement. Le choix porté sur un établissement non agréé aura pour conséquence l'application des règles régissant les soins ambulatoires.

Si l'assuré bénéficie dans cet EMS de prestations d'hospitalisation, il faudrait alors qu'un tel séjour dans le cas d'une indication d'hospitalisation mette fin à la prise en charge des frais hôteliers dès le moment où l'assuré pourrait se contenter de la prise en charge de soins ambulatoires et que son hospitalisation soit due à des facteurs relevant exclusivement de l'état de santé de l'intéressé<sup>1</sup>.

#### OBLIGATION DE RÉDUIRE LE DOMMAGE

Le fait qu'un assureur entende mettre fin au régime du traitement ambulatoire sous prétexte qu'un

séjour en EMS agréé serait moins onéreux ne résisterait pas à l'examen, dès lors qu'un tel établissement ne garantit pas la prise en charge de toutes les prestations ambulatoires auxquelles peuvent prétendre les assurés. Il ignorerait le but de soins à domicile (éviter une hospitalisation) et constituerait une atteinte illicite au libre choix de l'assuré.

La pratique consistant pour un EMS à facturer aux résidents le montant de l'allocation pour impotent dont ils sont bénéficiaires est à nos yeux contraire à la loi<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Voir l'excellente thèse de Guy Longchamp: «Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale en cas de séjour à l'hôpital, en établissement médico-social et/ou en cas de soins à domicile», Lausanne, 2003.

<sup>2</sup> Voir notre étude: «Confiscation de l'allocation pour impotent allouée à un rentier de l'AVS qui séjourne dans un EMS?», Plaidoyer 2/2010, pp. 36-39.



**JEAN-LOUIS DUC**  
PROFESSEUR  
HONORAIRE  
DE L'UNIL

PUBLICITÉ



**NOUVEAUTE - A LOUER - MORGES**

**SURFACES ADMINISTRATIVES & ARCADES COMMERCIALES DE 134 A 290 m<sup>2</sup>**

Excellente visibilité • à deux pas du lac • aménagés • parking disponible • nouveau quartier

www.residences-du-lac.ch • 021 310 72 35

Motion déposée

# L'autorité politique et l'EMS dans le tourbillon pandémique

**Le 28 février, le Conseil d'Etat (CE) entend le rapport du médecin cantonal et du chef de l'Etat-major cantonal de conduite (EMCC) sur la situation épidémique qui se profile et déclenche le plan pré-ORCA. Le 16 mars, il déclare l'état de nécessité.**

**P**uis, le 18 mars, suite aux décisions prises par le Conseil fédéral, le Conseil d'Etat prend une série de dispositions, dont l'article 13 qui interdit toute visite, en particulier dans les EMS, mais aussi, in fine, toute activité regroupant plus de cinq personnes. Les restaurants d'EMS ouverts au public sont fermés.

## DES CARENCES RECONNUES

Le CHUV organise sa première réunion de crise le 4 mars. Du 9 au 13 mars suivra la mise en place de mesures destinées à faire face à la préoccupation immédiate, soit la submersion des services d'urgence par les cas de Covid-19. Certains EMS comprennent très tôt – début mars – les enjeux et confinent leurs résidents. Ils auront peu de cas. D'autres en auront d'autant plus qu'ils prendront des mesures tardives.

Un entretien informel avec la cheffe du Département de la santé le 12 mars met en évidence le manque de moyens de protection, de désinfection, etc. Les carences sont reconnues, les mesures prises, mais les obstacles redoutables. La problématique des chambres à deux lits et, d'une manière générale, les problèmes d'isolement en EMS des cas déclarés sont évoqués.

## NÉCESSITÉ D'UNE STRATÉGIE COMMUNE

Les faitières œuvrant d'abord pour elles-mêmes, nous suggérons de les réunir pour définir une stratégie commune. La piste d'un hôpital de dégagement, souvent évoqué et réclamé, nécessite un déplacement de personnel et une logistique tels que le parti est pris de gérer, sauf exception, les cas survenant en EMS sur site. Sont créées des équipes mobiles et les régions de santé prennent les choses en main: la logistique suit enfin.

Le bureau du GMEMS, groupement de la SVM, se montre très réactif: il est, avec les médecins d'EMS,

l'interface entre le CHUV, les régions de santé et les directions d'établissement. Au fil des semaines, le nombre de cas en EMS diminue. Un premier bilan se doit d'être fait.

## MOTION DÉPOSÉE LE 12 MAI

Nous donnons ici notre appréciation de député fondée sur notre engagement dès le 12 mars et tirons les conclusions suivantes:

1. l'appréciation de la situation initiale et les mesures d'urgence doivent se prendre en même temps pour les hôpitaux, les EMS et les CMS;
2. les faitières des EMS, les régions de santé, l'AVASAD et le GMEMS doivent être alertés et réunis immédiatement par les autorités;
3. un hôpital de dégagement doit être planifié dès maintenant;
4. les chambres à plusieurs lits doivent disparaître et les critères architecturaux imposés par l'Etat revus;
5. un concept de prise en charge des maladies démentielles doit être mis en place, y compris la formation subséquente des équipes;
6. les mesures de confinement puis de déconfinement, et leur application par les directions et le personnel d'EMS, doivent être planifiées puis décidées d'un commun accord entre les faitières, le GMEMS et l'Etat, pour éviter que les peurs ne servent de critères de prise en charge;
7. la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires (LPFES) doit être modifiée dans le sens d'une nouvelle définition du statut et des missions des EMS.

Le 12 mai, nous avons déposé une motion en ce sens, car l'EMS est devenu, avec le grand âge de ses pensionnaires, d'abord un lieu de soins: les milieux concernés doivent s'y résoudre. ■



**Dr PHILIPPE  
VUILLEMIN**  
DÉPUTÉ VAUDOIS

**Le Covid-19 nous a-t-il fait perdre notre bon sens?**

## HISTOIRE D'ADRIANA, VICTIME D'UN CONFINEMENT CENSÉ LA PROTÉGER



**«Je jure par Apollon médecin, par Asclépios, par Hygie et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, les prenant à témoin, de remplir, selon ma capacité et mon jugement, ce serment et ce contrat. [...] J'utiliserai le régime pour l'utilité des malades, suivant mon pouvoir et mon jugement; mais si c'est pour leur perte ou pour une injustice à leur égard, je jure d'y faire obstacle.»**

Adriana Ricci, ma mère de 83 ans, est hospitalisée au CHUV en urgence le 18 février 2020 pour une intervention chirurgicale vasculaire. Les suites opératoires sont simples. Un retour à domicile n'étant plus possible en raison de troubles cognitifs importants et de l'épuisement de mon père, un transfert dans un établissement de réadaptation (CTR) est organisé, dans l'attente d'un placement en EMS. Je vois ma maman dans un état physique et psychique satisfaisant pour la dernière fois le 12 mars 2020.

### PROTÉGER OU LAISSER MOURIR?

Le lendemain, le Conseil fédéral actionne la loi sur les épidémies afin de «prévenir ou endiguer la propagation du coronavirus en Suisse» et «protéger les personnes vulnérables». Dans la foulée, le Conseil d'Etat du canton de Vaud décrète que «les visites dans les établissements hospitaliers et dans les EMS, privées ou publiques, ne sont pas autorisées» (arrêté du 13 mars 2020, art. 13, al. 1). Le 18 mars, ma mère est transférée au CTR. Comme fréquemment chez une personne de son âge et souffrant de troubles cognitifs, ce transfert est marqué par un état d'agitation face à un environnement médical «masqué», avec interdiction de sortir de sa chambre en raison de patients convalescents après une infection par le Covid-19 dans son étage. Chaque jour, mon père et moi l'appelons pour lui parler et essayer de la rassurer, mais aucun dialogue n'est possible. «Aiuto...» (au secours), telle est sa seule réponse.

J'ai senti monter en moi un désarroi immense. Je suis médecin, au service de mes patients depuis bientôt trente ans, et je me

trouve impuissante face à la détresse de ma mère, sans aucun moyen de pouvoir lui venir en aide... Je me suis heurtée à un refus catégorique de la part des médecins qui s'en occupaient, ceux-ci craignant les sanctions découlant de l'arrêté du 13 mars 2020 du Conseil d'Etat (art. 16, al. 1: «Les contraventions au présent arrêté ou à ses directives ou décisions d'application sont punies d'une amende de 20 000 francs au plus. En cas de récidive, l'amende peut être de 50 000 francs au plus»).

Refus également que nous communiquions avec ma mère par visioconférence, pas de possibilité non plus de la voir depuis son balcon ou à l'entrée de l'établissement. Toutes mes tentatives pour venir la voir, en mettant un masque, en me désinfectant les mains, en gardant les distances, se sont brisées contre un mur solidement ancré sur les directives du Conseil d'Etat censées protéger les personnes à risque et les plus démunies. Ma mère a commencé par refuser de prendre ses médicaments, puis de manger et enfin de boire, se sentant certainement abandonné de tous. Son état s'est lentement péjoré... Le 4 avril, on m'appelle afin que je vienne au plus vite. Je me suis trouvée en face d'une personne déshydratée, amaigrie, quasi mutique («Aiuto...»). Elle a été transférée aux soins palliatifs pour décéder après une lente agonie onze jours plus tard, sans avoir contracté d'infection au Covid-19.

### DEVOIR DE DÉSOBÉISSANCE

Nous sommes un couple de médecins installés en cabinet privé. Nous avons choisi ce métier pour venir en aide aux personnes

malades et nous sommes encore sous le choc et en colère suite aux incohérences de certaines mesures prises lors de cette pandémie. Notre rôle est de protéger nos patients, au risque de devoir «désobéir» si leur santé l'exige. Les visites auprès de ma mère auraient certainement adouci la fin de son existence, en lui permettant d'être entourée par sa famille et de ne pas se sentir abandonnée. En tant que médecin, je savais parfaitement le risque que je prenais en venant la voir et je savais aussi comment me protéger.

Combien d'autres êtres chers se sont laissés mourir faute de liens socio-affectifs indispensables avec leurs famille ou leurs proches? Avons-nous manqué la cible lors de cette pandémie? Les mesures de confinement ont évité le débordement des hôpitaux de soins aigus et des soins intensifs. Mais malgré l'interdiction des visites, le nombre de décès lié au Covid-19 a été très important dans les établissements médico-sociaux de notre canton.

Ce témoignage ne se veut pas accusateur, mais il doit servir d'exemple afin que cette situation ne se reproduise plus. L'interdiction des visites dans les établissements hospitaliers et dans les EMS pour la durée du confinement a été une mesure inefficace et inhumaine, dont Adriana a été la victime. Puissent nos autorités politiques en tenir compte si de telles mesures devaient à nouveau être mises en place. Si notre appel reste vain, il restera toujours le serment d'Hippocrate et notre devoir de désobéissance! ■

CLAUDIA RICCI BOVIER et PATRICK BOVIER  
MÉDECINS

Directives ASSM-SSMI

# Définir les **critères d'admission** aux soins intensifs en cas de saturation

**Face à un possible risque de surcharge des ressources et de pénurie de personnel aux soins intensifs durant la pandémie de Covid-19, l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) et la Société suisse de médecine intensive (SSMI) ont publié courant mars des directives nationales portant sur le triage des patients dans une telle situation. Explications.**

**E**n tant que président de la SSMI, j'ai contacté mon homologue de l'ASSM durant le week-end du 14-15 mars 2020, pour mettre en place un groupe de travail visant à compléter les directives sur les mesures de soins intensifs de 2013, applicables dans une situation de disponibilité normale des ressources de soins intensifs, mais probablement insuffisantes en cas de pandémie. Nous devions en effet à tout prix éviter que la situation alarmante vécue par nos confrères italiens et français ne se reproduise en Suisse, d'autant plus que l'afflux rapide de malades sévères au Tessin laissait entrevoir la possibilité de dépassement de nos capacités d'accueil. Il devenait dès lors indispensable de définir une base de décision commune pour le triage des patients, pour aider les médecins devant assumer cette responsabilité dans les unités de soins intensifs, et pour éviter des décisions trop inégales entre les services dans notre pays. Nous avons donc jugé qu'une annexe spécifique aux recommandations de 2013 devait être rapidement disponible.

## SAUVER AUTANT DE VIES QUE POSSIBLE

Les recommandations et directives sont habituellement établies sur la base des évidences disponibles dans la littérature médicale. C'est le cas également des directives éthiques de l'ASSM, qui sont ensuite approuvées par la chambre médicale de la FMH et intégrées dans le code de déontologie, ce qui leur donne force de loi. La situation était assez différente pour le Covid-19: aucune pandémie comparable n'étant survenue dans les dernières décennies, peu de données solides étaient disponibles dans la littérature. Notre groupe de travail a donc évalué les aspects

éthiques et médicaux soutenant les décisions de triage, en se basant sur les avis d'experts émis dans le contexte de la grippe saisonnière ou H1N1, ou du SARS-CoV-1 en 2003. Il a fallu prendre des décisions, basées sur les meilleures données disponibles, et assumer certains choix difficiles.

Les directives proposées ont donc pour but de sauver le plus de vies possible: il faut alors passer d'une logique de soins centrée sur le patient individuel à une logique centrée sur la collectivité, comme dans la médecine de catastrophe. Cela signifie que les patients dont le pronostic vital va être le plus favorablement influencé par une prise en charge intensive deviendront prioritaires, sur la base de critères les plus objectifs possible. Il est également fondamental d'offrir les mêmes chances à tous les patients, qu'ils soient infectés par le SARS-CoV-2 ou non!

Evidemment, ces directives ne doivent être appliquées que si la capacité d'accueil aux soins intensifs arrive à saturation. C'est dans ce but que deux niveaux de saturation ont été définis. Quand des places sont encore disponibles mais insuffisantes pour accueillir tous les patients, il faut décider quels patients admettre. Quand le système est complètement saturé, il faut alors décider également pour quels patients poursuivre le traitement. Ce sont des décisions très dures pour ceux qui trient, et évidemment pour les patients et les proches.

## UN PRINCIPE FONDAMENTAL D'ÉQUITÉ

Les principes éthiques de base doivent être respectés et, comme pour toute décision médicale, l'âge, le sexe, la nationalité ou encore le statut social ne doivent pas être des facteurs de discrimination. Les critères de



**Prof. THIERRY FUMEAUX**  
PRÉSIDENT  
DE LA SOCIÉTÉ  
SUISSE  
DE MÉDECINE  
INTENSIVE



trriage retenus sont ceux qui permettent d'identifier les patients qui auront les meilleures chances de survivre à leur séjour aux soins intensifs, avec la meilleure qualité de vie. Ces critères supposent évidemment des «valeurs limites» ou des catégories définies, qui vont permettre d'évaluer le pronostic individuel. Il faut reconnaître que ces paramètres ne sont pas tous parfaitement validés, et il a fallu prendre des décisions d'arbitrage (à distinguer de l'arbitraire!), et les assumer. Mais les réactions des sociétés médicales et de la collectivité à ces directives sont évidemment à prendre en compte, et pourront leur permettre d'évoluer. De même, si des données scientifiques publiées au cours de cette pandémie imposent des ajustements, cela sera naturellement fait.

L'âge est une question particulièrement délicate: il ne doit pas être discriminatoire, mais il est impossible d'ignorer que c'est un facteur pronostique essentiel, qu'il faut prendre en compte comme tel. La littérature médicale démontre qu'un patient de 85 ans a en effet nettement moins de chance de survivre à un syndrome de détresse respiratoire aiguë (ARDS) qu'un patient de

50 ans, que ce soit dans le contexte Covid-19 ou dans une autre situation. Ce même patient est également moins à même de pouvoir regagner sa qualité de vie initiale après le long séjour aux soins intensifs qui est souvent nécessaire pour ce public. De même, la présence de comorbidités et de maladies chroniques est également associée à un moins bon pronostic, et doit donc être considérée dans l'évaluation.

Une situation de surcharge lors de la pandémie de Covid-19 nous aurait forcés à prendre des décisions de triage difficiles. Heureusement, nous n'avons pas eu à appliquer ces directives, qui sont donc restées un outil de réserve, nécessaire mais dont tout le monde est heureux qu'il n'ait pas servi. C'est grâce à l'augmentation des capacités d'accueil des hôpitaux et des services de soins intensifs et au report ou à l'annulation des interventions chirurgicales électives ou non urgentes que nous avons pu accueillir tous les patients qui en avaient besoin, avec ou sans infection Covid-19. Le tout – il faut le souligner – sans qu'il y ait une quelconque diminution de la qualité des soins ou de la sécurité des patients ou du personnel. ■

Covid-19 et anticipation dans les soins

# La question des directives anticipées lors de maladies nouvelles

**Durant l'épidémie de Covid-19, l'anticipation a été la pierre angulaire du dispositif de soins cantonal et national. Cette volonté d'anticiper s'est traduite notamment par l'appel lancé aux personnes les plus à risque à réfléchir, à l'avance, aux soins qu'elles souhaiteraient recevoir si elles devenaient incapables de discernement. Mais dans une région où les directives anticipées sont relativement peu utilisées, nous avons été confrontés à de nombreux enjeux. Nous en discutons trois.**

## INFORMER ET CONSEILLER DANS LE CAS D'UNE MALADIE NOUVELLE ET AU COURS INCERTAIN

Le travail traditionnel du médecin consiste à co-construire un projet thérapeutique avec le patient. Il s'agit dans ce contexte de l'informer de l'évolution et de la prise en charge des maladies pour que le patient puisse se positionner, y compris en cas de perte de la capacité de discernement.

La situation liée au Covid-19 est particulière en ce sens. Au début de la pandémie, on craignait pour les patients âgés et fragiles une insuffisance respiratoire qui aurait nécessité une intubation aux conséquences incertaines. Au fur et à mesure, on a observé que l'infection pouvait également se manifester avec des symptômes plus légers, et être traitée par des mesures plus facilement abordables. Bon nombre de collègues ont donc rapidement dû reprendre ces discussions et souvent modifier ou compléter les informations préalablement documentées.

## CARACTÈRE DÉLICAT DES DIRECTIVES ANTICIPÉES DANS UN CONTEXTE DE TRIAGE

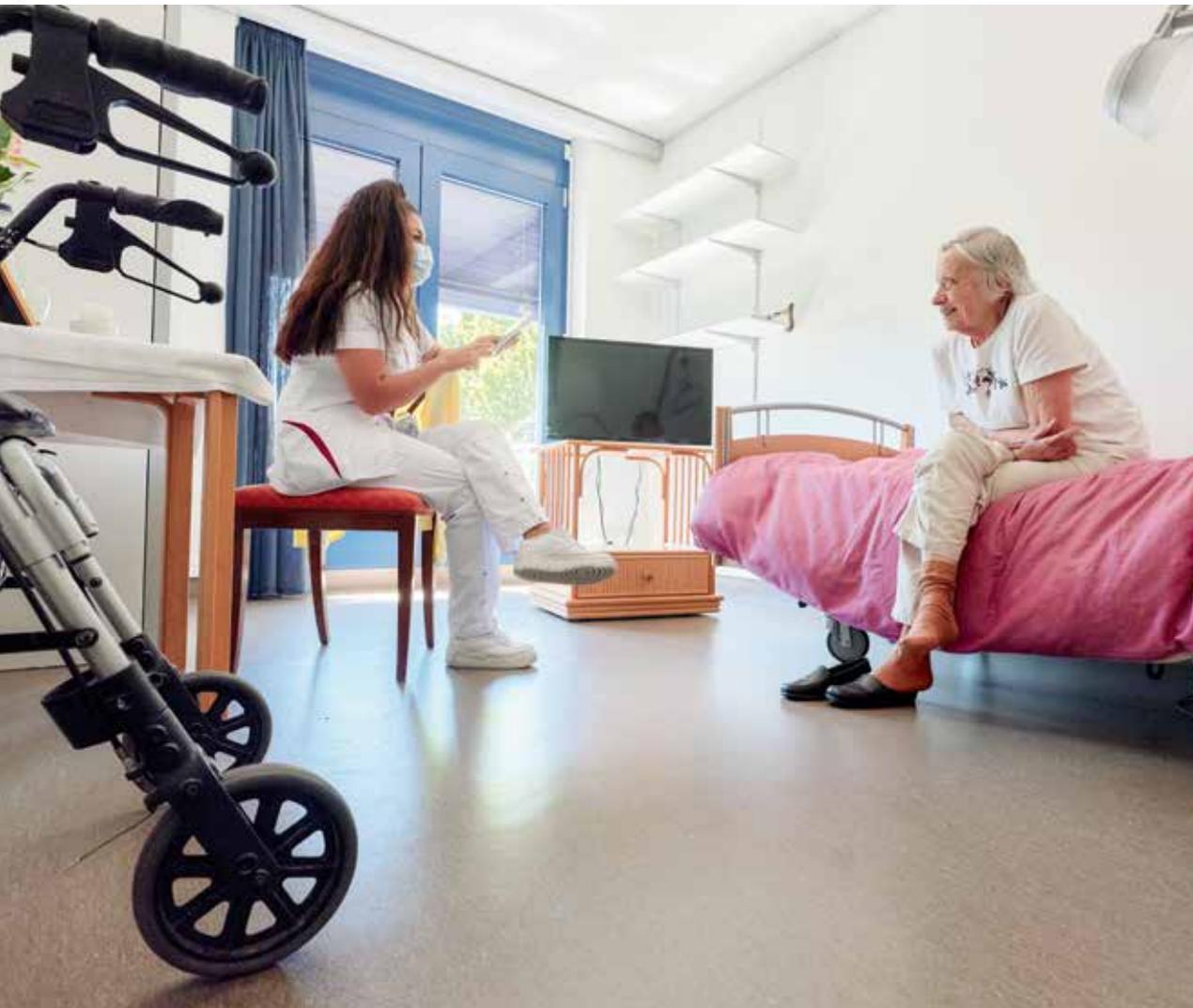
La situation dans quelques hôpitaux d'Italie du Nord a pu faire craindre une pénurie de lits de soins intensifs et de respirateurs. L'Académie suisse des sciences médicales et la Société suisse de médecine intensive ont conjointement publié des recommandations pour faire face à cette situation<sup>1</sup> (voir également pp. 24-25). Le risque d'un triage et les façons de l'éviter ont été beaucoup discutés dans les médias.

C'est dans ce contexte que la promotion des directives anticipées a parfois été mal interprétée. Or, il faut rappeler que le principe fondamental qui sous-tend toute forme d'anticipation en lien avec la santé est que celle-ci est volontaire et vise à soutenir l'autonomie du patient au-delà de la perte de sa capacité de discernement. Les directives anticipées ne servent en aucun cas comme élément déterminant d'un éventuel triage.

## DIFFICULTÉ DE METTRE EN ŒUVRE LES DIRECTIVES ANTICIPÉES DANS DES SITUATIONS NON PRÉVISIBLES

Tout au long de la pandémie, de nombreux cliniciens ont encouragé leurs patients à réfléchir à leurs directives anticipées. Le contexte de triage et l'incertitude liés au cours de la maladie menacent les conditions de l'expression de l'autonomie. Le semi-confinement, en outre, permet difficilement de réunir les conditions d'un dialogue suffisant pour bien préparer des directives anticipées.

Cette épidémie révèle la valeur du dialogue patient-professionnel, particulièrement lorsqu'il s'agit de parler de directives anticipées dans des situations difficilement prévisibles. En effet, il ne s'agit pas seulement de promouvoir l'autonomie, mais également de préparer proches, médecins et soignants à mettre en œuvre les directives anticipées du patient, en particulier dans les situations imprévues, telles que l'épidémie de Covid-19.



Le projet de soins anticipé (*advance care planning*<sup>2</sup>) constitue, dans ce contexte, une opportunité prometteuse. Cette démarche intègre en effet les directives anticipées dans un processus de communication structuré, facilité par un professionnel, qui implique le patient, ses proches, les médecins et soignants dans le but de définir les objectifs des soins plutôt que les soins eux-mêmes.

#### PROMOUVOIR LE PROJET DE SOINS ANTICIPÉ

Le projet de soins anticipé a fait ses preuves à l'étranger et a été

adopté sous la forme de projets pilotes dans le canton de Vaud dès 2017, sous l'impulsion de la Chaire de soins palliatifs gériatriques et du Réseau Santé Région Lausanne. La première vague de Covid-19 nous a montré les limites des directives anticipées. En prévision d'une éventuelle prochaine vague, il semble important de promouvoir le projet de soins anticipé afin de mieux préparer patients, proches, médecins et soignants et d'éviter ainsi les urgences décisionnelles. ■

Les signataires remercient Mme Corinne Rime pour sa relecture attentive et ses conseils durant la rédaction de cet article.

- 1 Directives ASSM: Soins intensifs : triage en cas de goulet d'étranglement. Berne, 2020.
- 2 Bosisio F., Fassier T., Rubli Truchard E., Pautex S. et Jox R.J. Projet de soins anticipé ou *advance care planning*. Proposition d'une terminologie commune pour la Suisse romande. *Revue Médicale Suisse*, 2019, 15, 1634-6.



**Dr<sup>e</sup> FRANCESCA BOSISIO**

CHARGÉE DE RECHERCHE, CHAIRE DE SOINS PALLIATIFS GÉRIATRIQUES, SERVICE DE SOINS PALLIATIFS ET DE SUPPORT ET SERVICE DE GÉRIATRIE ET RÉADAPTATION GÉRIATRIQUE, CHUV



**Prof. RALF JOX**

MÉDECIN ADJOINT ET PROFESSEUR ASSOCIÉ, CHAIRE DE SOINS PALLIATIFS GÉRIATRIQUES ET SERVICE DE SOINS PALLIATIFS ET DE SUPPORT, CHUV



**Dr<sup>e</sup> ÈVE RUBLI TRUCHARD**

MÉDECIN ASSOCIÉE, CHAIRE DE SOINS PALLIATIFS GÉRIATRIQUES ET SERVICE DE GÉRIATRIE ET RÉADAPTATION GÉRIATRIQUE, CHUV

«La plus grande peur de tout être humain, même de celui qui a choisi de vivre en ermite, n'est pas de mourir. C'est de mourir seul.» Donato Carrisi

La pandémie et la mort

# Etre vieux, mourir aux autres au temps du Covid-19

**L**orsque j'étais jeune assistant, j'ai vécu l'expérience de mourants laissés seuls par l'équipe soignante dans une chambre isolée. Une telle relégation était justifiée – me disait-on – par la volonté d'épargner les voisins de grandes chambres du spectacle de l'agonie. A l'époque, j'avais tout de même le sentiment d'une carence d'humanité liée à l'état d'abandon que la personne en fin de vie devait nécessairement éprouver.

Un demi-siècle a passé depuis mes débuts en médecine et la situation a beaucoup changé. Les soins palliatifs, l'attention à la qualité de la fin de vie ont permis aux personnes âgées et aux malades, le plus

souvent, de mourir entourés de leurs proches ou, à défaut, de soignants attentifs. Mais la question pourrait se poser différemment aux soins intensifs. Le Covid-19 a changé la donne.

## MOURIR SEUL, UNE FATALITÉ?

Dans les conditions d'urgence, de surmenage menaçant en cette période de pandémie, les malades finissent par mourir sans un moment d'adieu de la part de leurs proches, et ces derniers de rester seuls dans leur douleur. Pas forcément! Le 20 mars, au téléjournal de la RTS, un reportage montrait des réanimateurs discuter par portable avec la fille d'une



patiente dans des conditions graves; les soignants ont ensuite filmé la patiente, intubée et en sédation. Cela m'est apparu comme un acte d'humanité qui a permis un ultime geste de piété filiale.

A la toute fin de la vie, l'état de conscience est fortement altéré; en réanimation, la désafférentation est médicalement induite. Mais l'humain – conscient ou pas – n'affronte-t-il pas mieux l'épreuve si quelqu'un lui tient la main? Ou bien, au moment du trépas, est-on forcément seul? Les proches ne peuvent entrer dans les salles de réanimation, ni de toute façon accompagner leur malade au-delà du passage redouté. J'ai vu des reportages en Italie où un malade, partiellement conscient, criait pendant la nuit pour demander que quelqu'un vienne le soulager ou simplement mettre une main sur son épaule en lui disant «mon frère, je suis là».

## “ Un mort qu'on abandonne est mort deux fois. ”

Si l'expérience de la mort, si difficile à traverser, concerne en premier lieu l'individu en fin de vie, elle n'épargne pas l'entourage, qu'il soit présent ou pas. Nous mourons aux autres.

### LA «BONNE» MORT

L'homme, par nature, ne vit pas et ne survit pas seul. Notre mort interrompt pour nous ce lien essentiel que nous avons avec les autres. C'est précisément ce lien qui rend notre vie possible et l'expérience de vivre unique et riche. Ce lien est par définition limité dans le temps à partir de la fin de sa vie biologique. Mais cela ne s'arrête pas pour ceux qui restent. Pour eux, la séparation mérite donc un espace de soins, un rituel, le temps d'un congé. Pour Philippe Ariès<sup>1</sup>, la bonne mort consiste à s'entourer de proches, dans une atmosphère de pacification et d'adieu ritualisé qui offre un espace de mémoire et de recherche de sens. Mais ce rituel a été banni de l'épidémie: en Italie, il n'y a plus de cortège funèbre, les morts sont massés puis transférés par camions militaires vers des destinations lointaines. L'enterrement est reporté *sine die*, la consolation sociale n'existe plus dans la dimension de la présence, du toucher, de l'accolade, mais se déroule le plus souvent à distance.

Pour la première fois, dans cette conjoncture, je me sens appartenir de plein fouet à la classe grandissante des personnes âgées, donc à une catégorie à

risque... d'être délaissée. Comme le dit avec finesse, mais non sans une certaine ambiguïté, la récente recommandation de l'ASSM<sup>2</sup> par rapport aux limites potentielles de nos dispositifs de santé: «L'âge est indirectement pris en compte dans le cadre du critère «pronostic à court terme» [...]. Dans le contexte du Covid-19, l'âge est également un facteur de risque de mortalité qui doit être pris en compte.»

A mon avis, cette recommandation implique que la vie de l'individu prend de la valeur en fonction de son horizon futur, de sa durée. Non pas que cette perspective n'ait aucune justification. Mais des conclusions inquiétantes pourraient être tirées, dans le sens d'un certain désarmement de la pensée éthique. D'un autre côté, c'est bien connu, face à un risque vital total, c'est l'action qui compte et non la pensée. Nous devons agir rapidement pour être efficaces! Laisser les vieux mourir, parce ce qu'ils vont de toute façon mourir, soit, quoique. Mais seuls? Un mort qu'on abandonne est mort deux fois.

Laisser mourir les personnes âgées simplement parce que leurs perspectives de vie sont plus courtes pourrait s'avérer être une approche douteuse sur le plan moral. Ce serait comme nier la valeur ou l'intensité d'une existence car le temps alloué est réduit. Même nous, les personnes âgées, pensons que nous pouvons toujours apporter quelque chose et participer de plein droit à une société qui réfléchit sur le sens de la vie, sur la place de chacun, quels que soient son âge ou sa santé. ■

*NB: Cette contribution est une version modifiée par l'auteur de son article original paru le 22 avril dans la Revue Médicale Suisse, 2020, volume 16.*



**Dr MARCO VANNOTTI**  
PSYCHIATRE-  
PSYCHOTHÉRAPEUTE

<sup>1</sup> Philippe Ariès, *Essais sur l'histoire de la mort en Occident*. Seuil, Paris, 1974.

<sup>2</sup> Académie suisse des sciences médicales, 24 mars 2020.

Point de vue éthique

# Age, soin et vulnérabilité en temps de pandémie de Covid-19

**Les récentes mesures sanitaires prises face à la pandémie concernant les personnes de 65 ans et plus ont pu être perçues comme une forme de discrimination, qui interpelle la population concernée et les soignants, notamment en lien avec l'état de vulnérabilité qui y est associé.**

Cette réaction soulève la question de savoir ce que représente une situation de vulnérabilité pour une personne de plus de 65 ans. Qu'en est-il d'un point de vue éthique? Les recommandations fédérales conduisent-elles à une forme de discrimination?



**NADJA EGGERT**  
MAÎTRE  
D'ENSEIGNEMENT  
ET DE RECHERCHE  
(MER), DIRECTRICE  
DU CENTRE  
INTERDISCIPLINAIRE  
DE RECHERCHE  
EN ÉTHIQUE (CIRE)  
DE L'UNIL

**LES POINTS DE VUE DIVERGENT**  
Répondre à cette question dépend du sens donné à la notion de vulnérabilité. Ces recommandations ne sont pas source de discrimination serait la réponse donnée d'un point de vue du respect des droits fondamentaux de la personne, l'âge en soi n'étant pas un critère de sélection selon les directives de la Société suisse de médecine intensive (SSMI). Mais aussi d'un point de vue épidémiologique: les autorités sanitaires justifient un isolement strict en situation d'urgence à l'aune d'un principe de proportionnalité, dans la mesure où elles permettent d'assurer ainsi une protection à des personnes potentiellement fragiles sur le plan biologique en lien avec leur âge avancé, face à une très probable issue clinique défavorable, voire fatale. Ne pas protéger ces personnes constituerait, de ce point de vue, une forme de discrimination.



**LAZARE BENAROYO**  
PROFESSEUR  
HONORAIRE,  
CENTRE  
INTERDISCIPLINAIRE  
DE RECHERCHE  
EN ÉTHIQUE (CIRE)  
DE L'UNIL

Mais, d'un point de vue anthropologique et clinique, ces recommandations peuvent être source de discrimination. Ces mesures sanitaires se heurtent, d'une part, à une représentation étreinte des personnes âgées: se référer au seul critère de l'âge biologique traduit une vision réductrice de l'évaluation de la vulnérabilité d'une personne. D'autre part, ces mesures sont trop générales et ne peuvent suffisamment tenir compte des critères propres à l'état de santé individuel, ni du vécu singulier des personnes concernées, qui permettraient de nuancer leur mise en œuvre.

**ACCOMPAGNER ET SÉCURISER**  
Ainsi, une approche éthique qui aborde les défis d'un soin prenant en compte une vulnérabilité liée à l'âge en période de confinement ne peut se résumer à des mesures qui permettent d'éviter une issue fatale en assurant la sécurité des personnes. Elle consiste aussi à répondre à l'appel de ces dernières en les accompagnant dans leur existence afin de leur permettre de réaliser leur projet de vie tel qu'elles le conçoivent – qu'il s'agisse de résidents en EMS ou de personnes indépendantes et actives –, ceci d'autant plus en situation de crise sanitaire. Dans le champ de la clinique, cette perspective éthique ouvre la voie à des approches qui mobilisent des ressources et des dispositifs d'accompagnement, notamment en EMS, privilégiant l'écoute, l'information, la transparence (par le

biais, par exemple, d'un projet de soins anticipé ou *advance care planning*) et le maintien d'un lien avec les proches. Dans ce cadre caractérisé par une privation relationnelle et une perturbation des habitudes et des repères, une attention particulière mériterait d'être portée aux signes tels qu'une perte d'autonomie fonctionnelle, des manifestations anxieuses, des troubles du comportement ou encore un syndrome de glissement.

## ÂGE ET VULNÉRABILITÉ, LE SUJET MÉRITE UN DÉBAT

Sur le plan de la santé publique, une réflexion pourrait être menée par les instances politiques sur la manière de formuler la question des rapports entre âge et vulnérabilité. Cette question devrait faire l'objet de débats publics et professionnels, dans lesquels les questions de dignité et de justice dans le soin devraient servir de références morales. Les thématiques à l'ordre du jour pourraient par exemple être les suivantes: quel soin proposer aux personnes âgées? Comment réaliser et maintenir leurs capacités?

Une attention à la vulnérabilité liée à l'âge en période de pandémie, comprise à la fois comme protection de la vie et interpellation éthique, permet d'assurer une conduite responsable nourrie par les valeurs du soin. En ce sens, clinique et politique de santé publique pourraient être conçues comme les deux faces du soin apporté aux aînés, particulièrement en temps de crise. ■

Tribune libre

# La souffrance des vieux

**Ce paysan fribourgeois octogénaire qui s'accroche à sa terre était fâché: «Mais qu'ont-ils donc à nous regarder de travers? Qu'ont-ils à avoir si peur de la mort? Elle fait partie de la vie, non?» C'est en effet inédit. Le pouvoir politico-médical, nanti de compétences autoritaires hors du commun, a désigné les vieux comme un groupe à part, dit «à risque». Pour leur bien. Pour les protéger.**



JACQUES PILET  
JOURNALISTE

**M**ais un curieux retournement s'est produit. Dans la rue, on s'est mis à s'écarter d'eux, à se méfier d'eux: «Pourquoi ne restent-ils pas chez eux?» Malaise. Il est vrai aussi que la panique qui s'est emparée du monde montre combien la mort, au temps des performances médicales, est devenue scandaleuse. Une anomalie! Cela face à une pandémie qui a tué beaucoup moins que d'autres, de diverses natures, dans le passé.

## ÂÎNÉS INÉGAUX FACE AU CONFINEMENT

La plupart des «plus de 65 ans», en Suisse, ont cependant plutôt bien

vécu ces mois de confinement relatif. Presque normalement. Tout en regrettant de ne pouvoir rencontrer, pendant quelques semaines, leurs enfants et leurs petits-enfants, leurs amis. Rien de dramatique.

Il en est allé tout autrement pour les pensionnaires des EMS. On n'a pas assez dit leur souffrance. Leur enfermement fut d'une rigueur totale. Solitude par rapport à l'extérieur et aussi à l'intérieur de la maison. Des soins réduits, faute de personnel. La perspective d'une mort possible, avec ou sans virus, sans les étreintes des derniers moments. Aucune échappatoire. Sinon l'ultime.

Toute liberté de choix leur était refusée. Nombre de ces personnes sont pourtant en mesure de déterminer la part de risque qu'elles souhaitent assumer. Elles craignent moins la mort que les fonctionnaires de la santé. La rencontre réelle avec leurs chers est leur plus grand bonheur. Pourquoi n'a-t-on pas fait plus et plus tôt pour le rendre possible?

## EMS VAUDOIS FRAPPÉS DE PLEIN FOUET

Le dévouement du personnel hospitalier a été, à raison, maintes fois salué. Sur les balcons et dans les médias, qui ont diffusé une profusion d'images des hôpitaux. Il fut beaucoup moins question

des petites mains dans les EMS, moins formées, moins payées encore que les infirmières, soumises à la même surcharge de travail. D'autant plus aiguë que de nombreux établissements privés ont rogné tant que possible sur les effectifs dans un souci de profit.

Or, il est apparu que jusqu'à 80% des décès dus au Covid-19 ont été enregistrés dans ces établissements. Selon les cantons. Celui de Vaud s'illustrant par un taux particulièrement élevé. C'est donc dans ces maisons que la mort a frappé le plus fort. Pour maintes raisons. Au début de la crise, peu ou pas de précautions lors du va-et-vient du personnel domicilié à l'extérieur. Manque de matériel. Le virus a davantage prospéré dans ces milieux clos que dans les hôpitaux, bien mieux préparés.

Pour mesurer l'ampleur de la tragédie, il conviendrait cependant de comparer la mortalité dans les EMS avant et après la pandémie. Nombreux sont les pensionnaires décédés d'autres causes, avec et pas du Covid-19. Ce qui ne relativise nullement la souffrance morale provoquée par des mesures excessives.

Osons dire que trop de nos vieux ainsi reclus ont été soumis à une forme de torture mentale. Non volontaire, certes, mais réelle. ■



## Défi politique du Covid-19

# Age chronologique vs âge biologique?

**La famille des coronavirus est reconnue depuis longtemps comme étant responsable d'infections digestives et respiratoires, caractérisée chez les pédiatres dès 1960, puis touchant tous les âges avec des syndromes respiratoires aigus sévères (pandémie SRAS-CoV 2003-2004, épidémie au Moyen-Orient MERS-CoV 2012).**

**L**e nouveau SRAS-CoV-2, avec ses incertitudes scientifiques et politiques, a plongé le monde dans une situation chaotique face à laquelle peu de personnes étaient préparées, et ce malgré l'obligation des Etats membres de l'OMS de mettre en place un plan de préparation aux pandémies détaillé<sup>1</sup>.

## INCERTITUDES SCIENTIFIQUES COVID-19: UN DÉFI POLITIQUE

Les mesures préventives ont été communiquées sur la base de statistiques brutes administratives, sans compréhension des processus bio-métaboliques et cliniques du Covid-19 (par exemple, transmission de la contagion vs immunité, infection asymptomatique, symptomatologies diverses, contagiosité pré-/post-infection, etc.). Relayé par les médias, le Conseil fédéral a, comme de nombreux pays, asséné des statistiques grossières de «croque-mort», à savoir que les personnes de 65 ans et plus décèdent davantage, donc figurent dans le groupe à risque. Par conséquent, on les exhorte à suivre les mesures de confinement plus strictement quelles que soient leurs conditions. Une commission du National et de nombreux citoyens se sont offusqués et ont réclamé l'arrêt de la stigmatisation injustifiée se permettant de «réduire une personne à son âge». De plus, cette politique va à

l'encontre des directives européennes anti-discrimination de l'âge établie en 2000<sup>2</sup>, portant préjudices et conséquences nuisibles en condamnant collectivement un pan de la population à la «pestilence» sur la base de chiffres.

## GÉNÉRALISER ET DISCRIMINER LES 65 ANS ET PLUS: OÙ EST L'ERREUR?

- Statistiques lacunaires: nous ne disposons d'aucune donnée sur les personnes non testées (par exemple, infectées/guéries, 80-100 ans et plus guéries, immunisées, anticorps, etc.) et d'aucune précision concernant la polymorbidité ou la fin de vie.
- Amalgame retraite = vieillesse: les 65 ans et plus comprennent trois ou quatre générations hétérogènes, dont les baby-boomers (1946-1964), qui représentent la plus grande cohorte et sont en meilleure santé que leurs ancêtres. La retraite n'est qu'un marqueur administratif, non un marqueur médical.
- Epigénétique = le vieillissement pathologique n'est pas normal: les études longitudinales de jumeaux sont pionnières à démontrer que la génétique ne détermine que 25% du vieillissement en bonne ou mauvaise santé, 75% étant déterminés par l'épigénétique, (expression des gènes) qui peut être modifié chaque jour selon trois types de facteurs: subjectif,

style de vie et environnement. Chacun vieillit différemment, ce sont donc bien les biomarqueurs qui reflètent les risques, curseurs de l'âge biologique, et non l'âge chronologique.

- Fin de vie et fragilité: la dernière année de vie, en particulier les trois derniers mois, est la plus coûteuse pour le système de santé, quel que soit l'âge (cf. Zweifel, PNR 32)! Ce n'est donc pas l'âge lui-même mais le temps proche du décès qui est un facteur de risque élevé. La fragilité y étant un biomarqueur.

## UNE MÉDECINE DE PRÉCISION PERSONNALISÉE

Par conséquent, ni l'âge chronologique ni l'âge de la «retraite administrative» ne peuvent trouver une justification à être choisis comme critères de risque d'infection, mais bien un âge biologique comme le «statut de fragilité», le syndrome métabolique instable (par exemple, inflammaging), les comorbidités et la polymédication.

La pandémie Covid-19 pourrait bien être l'occasion de redessiner une nouvelle médecine (aussi en politique) précise et personnalisée qui se préoccupe non seulement de la maladie, mais aussi de la personne face à son niveau de santé et de forme souhaité en se basant sur de nouveaux panels de bio-neuro-marqueurs et la science épigénétique à tout âge et sans discrimination. ■

<sup>1</sup> A. Stuckelberger & M. Urbina (2020). WHO International Health Regulations (IHR) vs COVID-19 Uncertainty. Acta Biomed [11 May 2020];91(2): 113-7. [www.mattioli1885journals.com/index.php/octabiomedica/article/view/9626](http://www.mattioli1885journals.com/index.php/octabiomedica/article/view/9626)

<sup>2</sup> Directives européennes contre la discrimination de l'âge: [https://ec.europa.eu/info/policies/justice-and-fundamental-rights/combating-discrimination/age-discrimination\\_en](https://ec.europa.eu/info/policies/justice-and-fundamental-rights/combating-discrimination/age-discrimination_en)



**ASTRID STUCKELBERGER**  
PHD PRIVAT-  
DOCENT  
DE L'UNIVERSITÉ  
DE GENÈVE,  
CHARGÉE DE COURS  
À LA FACULTÉ  
DE BIOLOGIE  
ET MÉDECINE  
DE L'UNIVERSITÉ  
DE LAUSANNE,  
MEMBRE DE  
LA TASK FORCE  
COVID-19  
DE L'ASSOCIATION  
AMÉRICAINNE  
DE MÉDECINE  
DE PRÉCISION

Tribune libre

# Le virus de Bordurie

**Le 17 novembre 2019, un nouveau virus fait son apparition en Bordurie. Il semble très contagieux et se transmettrait d'homme à homme. Le dirigeant de la garde d'acier Müssstler<sup>1</sup> ordonne que cette nouvelle ne soit pas divulguée.**

**E**t pourtant, des fuites permettent à la Syldavie toute proche de se préparer et d'anticiper le pire. Il faut dire que la Syldavie avait tiré des enseignements précieux d'un exercice national ayant pour thème «Que faire en cas de pandémie grip-pale», en 2014 déjà: des stratégies pour entraver la propagation du virus ont été élaborées par des scientifiques et des épidémiologistes de haut vol, puis exercées; d'importants stocks de matériel de biosécurité sont à la disposition des soignants et du peuple syldave: 50 masques ont été distribués régulièrement à chaque citoyen. Une attention toute particulière a été portée aux personnes vulnérables.

## MESURES DE BIOSÉCURITÉ ET TESTS EN SYLDAVIE...

Ainsi, dès les prémices de l'épidémie affectant le pays, en février 2020, tout le personnel des établissements médico-sociaux (EMS) de Syldavie est sommé de se rendre sur le lieu de travail muni de masques, et est tenu d'adopter les principes de biosécurité, exercés régulièrement tant dans la vie privée qu'au travail. Les visites par des proches sont acceptées au comptegouttes, avec une obligation de porter systématiquement un masque et l'interdiction de tout contact physique avec le résident.



**Dr JEAN-PIERRE RANDIN**  
MÉDECIN RETRAITÉ  
ET MEMBRE  
DU COMITÉ  
DE RÉDACTION  
DU CMV



Les biologistes de Syldavie ont élaboré en janvier 2020 un test diagnostique sûr. Il est produit immédiatement en grande quantité. Ce test est dès lors pratiqué dans toute la population à la moindre suspicion de la maladie. En cas de forte suspicion clinique et d'un test positif, le citoyen syldave est mis en quarantaine pour quatorze jours et son entourage direct pour une durée de cinq jours, au moins. Le leadership et la conduite de l'épidémie sont confiés à la Société médicale syldave (SMS).

## ...FACE À UNE BORDURIE PRISE DE COURT

En particulier, la SMS ordonne que toute visite dans un EMS ne peut se faire sans le feu vert du médecin traitant, qui ordonne de cas en cas le test diagnostique. Depuis le début de l'épidémie d'ailleurs, tout patient hospitalisé est systématiquement testé. Après plusieurs mois, la Bordurie, qui n'avait rien préparé, en manque

de matériel diagnostique et de biosécurité, a été prise de vitesse. Elle doit déplorer une très forte mortalité de sa population âgée, tout particulièrement dans ses EMS; certains établissements ont été décimés: la moitié, voire les trois quarts de leurs résidents sont décédés en peu de temps.

La Syldavie était prête, a su anticiper et prendre de court le virus, et non l'inverse. Les autorités sanitaires ont écouté ses experts et se sont appuyées sur une SMS forte et inventive, qui s'est dépensée sans compter tant dans les hôpitaux que dans les établissements et les cabinets médicaux. Avec, pour récompense, les plus faibles morbidité et mortalité de toute l'Europe dues à ce nouveau virus. La presse et la *vox populi* de la Bordurie ont demandé une enquête indépendante. Müssstler s'est violemment opposé, l'enquête n'a jamais eu lieu. ■

<sup>1</sup> Le Sceptre d'Ottokar, Hergé, 1939.



# Ce qu'en pense...

**BLAISE WILLA**  
DIRECTEUR ET RÉDACTEUR EN CHEF DU MAGAZINE GÉNÉRATIONS

## Envisager le vieillissement différemment

**Au début, même surprises, même apeurées, elles n'ont rien dit: les personnes âgées acquiesçaient sans sourciller aux directives strictes du Conseil fédéral, s'engageant au confinement qui leur était dicté, par peur du virus et pour éviter d'engorger les services d'urgence. Le contrat qu'imposaient les autorités était clair: en échange de leur silence – bientôt de leur solitude – se jouait rien moins que la survie des aînés et celle du pays tout entier. Comment ne pas se soumettre à de tels oukases?**

**M**ais à force de s'y plier avec zèle, et tandis que les premiers mouvements de déconfinement s'opéraient, les personnes âgées ont réalisé que leur mise à l'écart, loin de s'alléger, se prolongeait. Agées de 60 à 90 ans, elles paraissent n'avoir plus qu'un âge: celui d'être vieux. Masse compacte et homogène, masse à surveiller et à punir. Payant cher l'addition de la pandémie, elles étaient en plus accusées d'être celles qui précipiteraient la nation dans le trou béant de la récession, des faillites et du chômage. On entendait même des insultes, d'aucuns s'enhardissant à voir dans la crise sanitaire une occasion de tri, une opportunité de se séparer de ces corps vieillissants, inutiles et coûteux. Ce fut insupportable; l'âgisme, ce mal

qui, comme tous les racismes, ronge le bien commun, était parmi nous.

Plus d'un million et demi de personnes âgées vivent aujourd'hui en Suisse; 450 000 d'entre elles ont 80 ans et plus. Demain, elles seront encore plus nombreuses et encore plus âgées. *Nous serons encore plus nombreux et encore plus âgés.* La crise du Covid-19, qui appelle solennellement aux changements tous azimuts – un monde plus vert, plus juste, plus beau –, doit aussi nous inciter à penser l'âge avec la même espérance: vivre plus vieux plus longtemps et heureux ne sera possible qu'en envisageant le vieillissement différemment. Avec plus d'estime, plus de solidarité, et pas seulement au travers du prisme des coûts et de la rentabilité qui, on l'a

vu, rompt le pacte intergénérationnel indispensable à notre cohésion sociale.

Le système de santé, bien sûr, aura aussi sa large part de responsabilité: miné par la question lancinante des ressources, d'ores et déjà insuffisantes pour affronter cette société de longue vie, il devra lui aussi se tourner vers d'autres modèles, plus humains, plus communautaires, peut-être plus justes. Et même s'il a fait preuve, sous la pression extrême de la pandémie, d'un engagement sans faille pour affronter la crise du Covid-19, il devra être capable, rapidement, de privilégier des systèmes d'entraide qui tiennent compte des ressources de chacun. On pense aux premiers intéressés, les personnes âgées, qui ont montré qu'elles étaient prêtes à jouer le jeu pour autant qu'on les écoute, pour autant qu'on les respecte, même dans un EMS. On pense aussi à tous les soignants, quel que soit leur grade ou leur fonction, à domicile ou à l'hôpital, qui sauront donner à la santé son enjeu véritablement public, favorisant l'intégration de chacun, sans exception. ■

## Editorial

# HRC, un modèle à la croisée des chemins

**A** lors que son personnel a admirablement fait face à la crise Covid-19, que de souffrances là aussi! Pour ce laboratoire d'une réorganisation hospitalière volontariste s'érigeant en garante de la bonne utilisation des fonds publics, le tsunami financier est à la hauteur des désillusions.

## LA VALSE DÉSENCANTÉE DES MILLIONS

Menée au pas de charge à coups de centaines de millions de francs, la fusion de cinq institutions au sein de l'HRC est une prouesse technico-administrative. Malheureusement, le fleuron chablaisien souffre d'un déficit structurel pérenne de plusieurs dizaines de millions.

Pour la SVM, ce n'est malheureusement pas une surprise. Alertés par les groupements régionaux et celui des médecins hospitaliers, cela fait plusieurs années que nous demandons que leurs points de vue soient pris en compte.

Le constat est cruel: il n'est pas possible pour une direction, même forte du soutien indéfectible de son autorité de tutelle, de pérenniser l'activité hospitalière sans un minimum de considération pour son personnel et de concertation avec son corps médical<sup>1</sup>. Puisse cette douloureuse expérience éviter à d'autres d'en passer par là.

## QUELLE GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE?

La LAMal prévoit que le financement de l'activité hospitalière par les forfaits DRG peut être complété par des prestations d'intérêt général (PIG) pour, entre autres, compenser les déséquilibres régionaux<sup>2</sup>.

Dans le canton de Vaud, les PIG représentent moins de 5% du budget des hôpitaux indépendants reconnus d'utilité publique, 10 à 15% de celui des hôpitaux autonomes de droit public, et elles dépassent 30% au CHUV, qui est un service de l'Etat<sup>3</sup>.

Pour la SVM, la démission du directeur général de l'HRC, Pascal Rubin, et la nomination ad interim du Prof. Pierre-François Leyvraz pour lui succéder, ne résolvent pas le problème de fond. C'est l'analyse détaillée des raisons de la survenue de difficultés financières importantes tant à l'HRC qu'à l'HIB, désormais sous audits, qui doit permettre d'alimenter le débat sur la gouvernance des hôpitaux vaudois et leurs statuts: maintien, voire retour de leur autonomie ou transformation en services de l'Etat, dont le budget global dépasserait alors celui de tous les autres réunis. ■



**Dr PHILIPPE  
EGGIMANN**  
PRÉSIDENT  
DE LA SVM

<sup>1</sup> «L'équation hospitalière: un système de soins en quête de sens», CMV, septembre 2018.

<sup>2</sup> B. Trezzini. «Plus de clarté dans l'opacité des prestations d'intérêt général». <https://bullmed.ch/article/doi/bms.2019.17983>

<sup>3</sup> [www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-spitaelern/kennzahlen-der-schweizer-spitaeler.html](http://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-spitaelern/kennzahlen-der-schweizer-spitaeler.html)

Interview du Dr Philippe Saegesser

## «Il faut revenir à **une gouvernance hospitalière** incluant ceux qui participent à son activité»

**Le Dr Philippe Saegesser, président du GMH, a exercé à l'Hôpital Riviera puis à l'Hôpital Riviera-Chablais (HRC) durant vingt-trois ans. Il nous livre son ressenti et ses explications face à la débâcle, qui va bien au-delà de l'aspect financier.**

**Quelle est votre première réaction face à la situation de l'HRC et quel jugement portez-vous sur le déficit actuel?**

Le sentiment d'un énorme gâchis et une grande frustration... La réalisation de Rennaz est un échec pour plusieurs raisons: d'abord par le fait que ce déficit s'inscrit dans le cadre des promesses non tenues à la population liées à l'ouverture du nouvel hôpital; ensuite par les graves erreurs stratégiques en matière de médecine de proximité. Revenons sur quelques aspects.

- La fonctionnalité: après les nombreux échecs de projets hospitaliers sur la Riviera en particulier, celui de Rennaz représentait une belle opportunité de consolider le rayonnement de l'hôpital public en regroupant les spécialités sur un site, alors qu'elles étaient dispersées sur cinq.
- L'élargissement des domaines d'activité: desservir un bassin de population de près de 200 000 personnes permettait de justifier l'élargissement du panel d'activités et de répondre à la mise en place de spécialités d'avenir nécessitant une masse critique et permettant le recrutement de spécialistes reconnus.
- L'économicité: la réalisation du nouvel hôpital était un gage d'économie sur le budget d'exploitation par rapport à une situation antérieure dispersée et consommatrice de moyens.
- La médecine de proximité: s'agissant de la composante ambulatoire, aucune solution pragmatique n'a été réellement engagée pour éviter de perdre tout ou partie de cette activité, en laissant les antennes de Vevey et de Monthey à l'objectif quasi exclusif d'y ouvrir des lits B. Cela a créé un gigantesque appel d'air et de nombreux projets de permanences.



**Selon vous, quelles sont les raisons de ce déficit?**

L'environnement professionnel et les relations calamiteuses avec une direction autoritaire et non partenariale depuis sa mise en place progressive depuis dix ans à l'Hôpital Riviera ont fait fuir plus de 25 médecins-chefs. Tous jouissaient d'une excellente réputation, étaient intégrés dans le réseau médical local et social et étaient pourvoyeurs d'une grande partie de l'activité. Cela représente près des trois quarts du nombre de médecins-chefs de l'Hôpital Riviera de l'époque et pas loin du tiers de l'effectif actuel. Ils ont entraîné avec eux une bonne part de l'activité, qui s'est ainsi déplacée dans des structures privées de la région. Ce manque de recettes ne permet logiquement plus d'équilibrer le budget, malgré le recrutement de nouveaux médecins en partie étrangers. Ce constat fait la preuve par l'absurde qu'un hôpital ne peut se développer sans un partenariat de qualité avec le corps médical hospitalier et de sa région.

L'autre aspect fait référence au système d'organisation, à l'hypertrophie d'un appareil administratif omniprésent et omnipotent, qui s'appuie sur une multitude de chefs de projet et qui construit un monde



normalisé à grands «coûts» de directives, de processus, de logigrammes de prise en charge hors sol, dont les technocrates sont si friands mais qui éloignent les médecins et les soignants de leur mission première et génèrent un surcoût de dépenses injustifiées.

#### **Quels motifs les médecins ont-ils invoqués pour expliquer leur départ?**

La réponse est délicate, considérant que chaque situation est individuelle. Le dénominateur commun tourne autour d'un manque de dialogue avec la direction qui, le plus souvent, se place au-dessus des arguments et de la logique exprimée par les médecins, mais aussi par les soignants. Une direction le plus souvent autoritaire, coupée de la réalité et peu ouverte à la remise en question de principes dogmatiques et d'une vision très technocratique et réductrice de la médecine. Par contre, je réfute catégoriquement l'argument réducteur et quasi diffamatoire selon lequel les médecins sont partis de l'HRC pour des questions financières.

#### **Quelles solutions voyez-vous pour l'avenir?**

Après une période durant laquelle nous nous sommes félicités de la capacité d'adaptation et de la réactivité du corps médical, il importe maintenant de revenir à une gouvernance hospitalière incluant ceux qui participent à l'activité et sont bien au fait de cette réalité.

L'hôpital doit pouvoir se construire prioritairement autour et avec une logique médico-soignante, et le modèle de gouvernance doit sortir du management d'entreprise industrielle pour revenir à celui d'un hôpital où l'on soigne.

Je suis également convaincu que si l'on souhaite redonner à la structure le dynamisme et la réactivité suffisants pour qu'elle soit à même de relever le défi d'assumer son rôle d'hôpital généraliste d'intérêt public tout en restant économiquement compétitif, assez réactif et innovant face aux structures privées, il faudra que le statut juridique permette une autonomie suffisamment éloignée de la tutelle de l'Etat pour le garantir.

#### **Que vous inspire le départ récent du directeur général?**

Huit longues années d'attente avant que la lettre signée par tous les médecins-chefs de l'époque décrivant le nouveau directeur comme n'étant pas l'homme de la situation soit enfin prise en considération... Avec son départ, il faudra être à même de reconstruire une confiance et une dynamique institutionnelles. C'est le souhait que l'on peut faire pour la qualité des soins prodigués aux patients, et pour les conditions d'exercice de la médecine dans un hôpital qui ne demande qu'à s'épanouir au bénéfice de la population de la région. ■

PROPOS RECUEILLIS PAR LA SVM

Quel avenir pour l'Hôpital Riviera-Chablais?

# Redonner sa place au corps médical dans la gouvernance

**Défenseur convaincu depuis le début des années 2000 de la nécessité d'une fusion hospitalière Riviera-Chablais et engagé dans le processus de construction d'un hôpital de soins aigus sur le site de Rennaz, je suis aujourd'hui choqué par la tournure des événements.**



L'hôpital est non seulement en grave crise financière (on nous faisait miroiter des économies annuelles de 5 millions de francs), mais aussi structurelle et fonctionnelle.

## DÉMISSIONS EN CHAÎNE

Bon nombre de collaborateurs à tous les niveaux sont en souffrance, déstabilisés et inquiets pour leur avenir. Leur remarques, légitimes exigences et demandes ne sont que très rarement prises en compte par la direction générale, avec, à la clé, absentéisme et burn-out.

Il est difficile pour eux de s'exprimer librement, par crainte de représailles. Malgré cela, l'ensemble du personnel, au prix d'ef-

forts considérables, réussit à maintenir un travail de qualité dans des conditions difficiles.

Les médecins qui sont et doivent rester la pierre angulaire de l'édifice ont été progressivement relégués par la nouvelle gouvernance au statut de simples employés. La verticalité pure et dure dans la hiérarchie a tué la transversalité garante d'un travail d'équipe et d'un fonctionnement efficace. Ceci explique la démission, ces dernières années, de près de 30 médecins cadres expérimentés et démotivés.

## POUR UN PARTENARIAT PUBLIC-PRIVÉ FORT

Nos hôpitaux publics se sont de tout temps appuyés sur un collège de médecins solide et soudé, avec

à la tête un doyen chargé de transmettre à la direction les décisions et orientations prises par le collège. Un collègue fort doit être rétabli et écouté. Il doit être représenté au sein du GMH, organe de la SVM, qui défend les intérêts des médecins cadres des hôpitaux publics. Les règles cantonales de nomination des médecins sont totalement occultées par la direction actuelle. Elles doivent aussi être rétablies. Il est grand temps de remettre le train sur les rails, sans oublier que l'hôpital n'est pas le seul acteur de la région. La collaboration avec les médecins de ville, les établissements et cliniques privés dans un partenariat privé-public fort est une condition incontournable, sans quoi l'avenir de l'HRC restera sombre. ■



**Dr JEAN-JOSEPH BOILLAT**  
MÉDECIN  
AGRÉÉ HRC.  
ANCIEN PRÉSIDENT  
GMH

Tribune libre

# La spirale des millions

**Les cantons du Valais et de Vaud ont dû accorder en urgence une garantie supplémentaire de 80 millions de francs pour que l'Hôpital Riviera-Chablais (HRC) puisse verser les salaires et honorer les fournisseurs jusqu'à fin juin. Le Conseil de surveillance, la Commission interparlementaire et les députés s'offusquent à juste titre de ce qui n'est malheureusement que la pointe de l'iceberg.**

Inaugurée en grande pompe le 29 août 2019 après plus de quatre ans de travaux, l'infrastructure hospitalière la plus moderne du pays, laboratoire du regroupement de structures de petites tailles et d'un modèle de gouvernance autoritaire et pyramidal sous contrôle direct de l'Etat, se révèle être un gouffre à millions.

## 50 MILLIONS DE FRANCS DE DÉFICIT STRUCTUREL

La réalité des chiffres est malheureusement cruelle. Aux 17,9 millions de francs de déficit officiel, il convient d'ajouter 4 millions de PIG (prestations d'intérêt général) supplémentaires accordées en janvier 2020 «en lien avec les frais de pré-exploitation»<sup>1</sup>. Alors que les charges totales sont restées stables autour de 300 millions de francs par an, les PIG ont régulièrement augmenté à l'HRC depuis sa création: 16,7 millions en 2016, 18,4 en 2017 et 20,5 en 2018. Et il est donc probable que les PIG totales de 2019 s'élèvent à près de 25 millions de francs<sup>2</sup>.

L'exposé des motifs et projet de décret du Conseil d'Etat vaudois qui table sur une augmentation de 8% des produits 2020 (310 millions de francs) par rapport à ceux budgétés pour 2019 (286,8) est optimiste, alors qu'ils étaient passés de 300,1 millions en 2016 à 305,5 en 2018 et qu'ils ont baissé à 269,6 millions en 2019. La hausse estimée des produits pour 2021 (+3,5% par rapport à 2020) et celles prévues pour les années suivantes paraissent fantasmagoriques.

En tablant sur un retour à l'activité moyenne réalisée depuis sa création avant 2019 (300 millions de francs par an, qui représenterait une augmentation de 11,3% par rapport à celle de 2019), ce n'est pas un déficit prévisionnel de 16,9 millions auquel il faut s'attendre, mais de près de 25 millions de francs.

Globalement, c'est donc bien un déficit structurel de 50 millions de francs par an avec lequel il faut désormais compter.



## 500 MILLIONS DE FRANCS DE GARANTIES ACCORDÉES PAR LES CANTONS

Il faut malheureusement inscrire ces perspectives peu réjouissantes dans celle des garanties totales accordées depuis la mise en chantier de l'HRC, qui franchiront le cap des 500 millions une fois que les 71,4 millions de francs déjà accordés par les Grands Conseils vaudois et valaisan à l'horizon du deuxième trimestre 2021 auront été comptabilisés<sup>2</sup>.

Les audits ordonnés par les Conseils d'Etat et une commission parlementaire en discussion ne seront pas de trop pour démêler l'écheveau. Ils doivent déboucher sur des mesures qui permettent enfin à la population et au corps médical de s'approprier l'HRC, auquel ils doivent pouvoir se référer et s'identifier avec autant de fierté que dans les autres régions du canton. ■

SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

<sup>1</sup> [www.vd.ch/fileadmin/user\\_upload/organisation/gc/fichiers\\_pdf/2017-2022/229\\_TexteCE.pdf](http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/gc/fichiers_pdf/2017-2022/229_TexteCE.pdf)

<sup>2</sup> [https://spitalstatistik.bagapps.ch/data/download/kzp18\\_publication.pdf?v=1588839306](https://spitalstatistik.bagapps.ch/data/download/kzp18_publication.pdf?v=1588839306), pp. 473-474

021 / 965 90 90 novavita.com

NOVA VITA  
Residenz Montreux



## Séjour médico-social à Nova Vita Montreux

### Un lieu unique pour vivre... et pour se soigner

Des soins innovants dans une ambiance chaleureuse au cœur de la ville de Montreux: qu'il soit de longue ou de courte durée, le séjour médico-social au sein de la Résidence Nova Vita Montreux favorisera l'autonomie et l'indépendance du résident - et lui réservera de nombreux moments agréables.

### Un accompagnement médico- thérapeutique de premier ordre

Formée aux techniques de soins et de réadaptation les plus modernes, notre équipe soignante est appuyée par un physiothérapeute et par un équipement médico-thérapeutique de pointe. La collaboration avec de nombreux professionnels externes (médecins, neuropsychologue, nutritionniste, hygiéniste dentaire etc.) permet de garantir à nos résidents une prise en charge véritablement interdisciplinaire et novatrice.

© AdfibeStock



SwissMedidactylo

Swiss Medidactylo est une jeune entreprise suisse dont l'activité est la **retranscription de rapports** médicaux à distance (télésecrétariat).

Externaliser **leur saisie** permet de fluidifier le fonctionnement de vos services tout au long de l'année.

Il nous paraît important d'insister sur le fait que notre **système informatique** est **hautement sécurisé et crypté** afin d'assurer, comme il se doit, la **protection optimale des données médicales et sensibles de vos patients**.

Hébergement et sauvegarde de vos données dans un data center sécurisé et protégé en Suisse.

Pour de plus amples informations, merci de contacter  
Sylvie Kehtari, directrice  
sylvie.kehtari@swissmedidactylo.ch



Espace publicitaire offert.

Du rire et du rêve pour nos  
enfants hospitalisés

Grâce à vos dons, les enfants hospitalisés reçoivent chaque semaine la visite des docteurs Rêves.

Merci pour votre soutien.  
CCP 10-61645-5  
theodora.org

Fondation  
THEODORA



## Actions entreprises par la SVM pour vous informer et vous soutenir durant la crise

RÉALISATIONS

### COMMUNICATION OFFICIELLE



E-mails pratiquement quotidiens avec les services de la DGS



**5** courriers aux conseillers d'Etat



Courrier aux députés vaudois le 11.05.2020



Courrier aux parlementaires fédéraux vaudois (avril 2020)

### COMMUNICATION INTERNE



Création et gestion d'un site **Infos Covid-19** pour les membres

**14**



newsletters aux membres

**12**



relais des communications du médecin cantonal



Publication de **Courrier du Médecin Vaudois spécial Covid-19**



Création d'un groupe Facebook pour les membres SVM



**3** sondages auprès des membres



**2** sondages auprès des groupements d'activité médicale spécifique

### INFORMATION PUBLIQUE



Clip vidéo **«Les cabinets sont ouverts, ne renoncez pas à votre santé»**



Présence médiatique (**6** interventions à la TV, **4** à la radio, **40** en presse écrite)



**3** articles dans la *Revue Médicale Suisse*



Campagne de prévention primaire avec MF Vaud



Information régulière sur le site internet SVM



Alimentation du Blog des médecins vaudois



Création d'une page Facebook



Information quotidienne sur les réseaux sociaux

PROPOSITIONS



#### Dépistage

- Demande d'inclusion de l'anosmie/agueusie dans les critères diagnostics de suspicion d'infection au Covid-19
- Demande de reconnaissance des centres de dépistage dédiés, reconnus le 23.03.2020



#### Télémédecine

- Comparatif de solutions de télémedecine sans engagement à long terme
- Demande d'extension des droits de facturation des téléconsultations



#### Protection sanitaire

- *Extension des recommandations de protection du personnel hospitalier à tous les professionnels de santé*
- *Port du masque dans les lieux publics si la distance sociale ne peut pas être respectée*



#### Déconfinement

- *Personnalisation des mesures de déconfinement (Déconfinachek)*
- *Suivi épidémiologique des cas cliniquement suspects (Coronella)*

■ Actions en cours



**Mesures économiques** Demande de soutien financier aux médecins indépendants

Homage

## Professeur Olivier Bugnon



Il y a plus de vingt ans, avec quelques pharmaciens et médecins fribourgeois, Olivier Bugnon ouvrait le chemin aux cercles de qualité médecins-pharmaciens; une méthode exigeante mais à la portée de tous pour un objectif ambitieux: se parler pour prescrire mieux et, pourquoi pas, moins cher. A ce jour, plus de 1000 médecins de famille romands, répartis dans une centaine de cercles animés par des pharmaciens, se réunissent plusieurs fois par an sur divers thèmes. Ils examinent leurs prescriptions à la lumière des données de la littérature pour aboutir à un consensus local d'amélioration

des pratiques. Les promesses sont tenues: les médecins des cercles adoptent une prescription plus rationnelle, plus sûre et moins coûteuse. Les liens professionnels sont resserrés et un regard critique est porté sur le discours des firmes pharmaceutiques. Merci à ton esprit pionnier, Olivier.

L'assistance pharmaceutique par les pharmaciens de ville, aujourd'hui généralisée à tous les EMS vaudois, porte aussi l'empreinte d'Olivier Bugnon, un des pères fondateurs de cette collaboration originale entre pharmaciens, médecins et infirmiers-cadres qui, bien au-delà de la seule gestion du circuit du médicament, vise à promouvoir des choix médicamenteux respectant les bonnes pratiques et à prévenir des erreurs. Constaté qu'un médicament prescrit sur deux n'est pas pris ne pouvait laisser indifférents Olivier Bugnon et ses collaborateurs, qui ont su développer un modèle de soutien à l'adhésion thérapeutique

(Siscare) ancré sur une collaboration soutenue entre patient, médecin et pharmacien. Le concept a fait florès; aujourd'hui, des dizaines de pharmacies romandes l'appliquent. Des résultats remarquables ont déjà été obtenus dans les domaines de l'oncologie, du HIV et du diabète de type 2.

Chercheur de renommée internationale, Olivier Bugnon savait rester simple, disponible, généreux. C'est ainsi tout naturellement qu'en octobre 2019, il fut l'un des principaux acteurs du Forum médecins-pharmaciens organisé par la SVM et la Société Vaudoise de Pharmacie (SVPh). Que demeure sa volonté d'établir un système de soins solidaire, renforcé par la collaboration des acteurs de santé de premier recours, partenaires du patient. Ses compétences et son amitié nous manqueront. ■

AU NOM DES MEMBRES DU  
CERCLE QUALITÉ LAUSANNE-1  
DRE PATRICIA HALFON,  
MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Clip SMSR

## Accompagner la population durant le déconfinement



Avec le soutien actif de la SVM, la Société Médicale de la Suisse Romande (SMSR) continue à se mobiliser afin d'accompagner la population romande dans cette phase cruciale de la lutte contre la pandémie qu'est le déconfinement.

Un nouveau clip de sensibilisation a ainsi été diffusé début juin, invitant tout un chacun à consulter son médecin en cas de question sur les mesures

de protection à prendre ou pour tout problème de santé. Il est en effet essentiel de veiller à ce que le déconfinement ne découle pas sur une baisse de vigilance collective, au risque de déclencher une nouvelle flambée du nombre de cas de Covid-19.

La vidéo est à (re)découvrir sur nos réseaux sociaux ainsi que sur [svmed.ch](http://svmed.ch). ■

# Vieillir et mourir en paix

**Pour le psychiatre communautaire, la pandémie actuelle évoque avant tout le spectre de la mort, de la mort contagieuse. Peur ancestrale, retour de l'archaïque dans notre société policée et organisée. La mort imprévisible dans nos systèmes où tout est prévu.**

Y a-t-il une vie après la mort? Mauvaise question. Il vaudrait mieux demander: y a-t-il une vie *avant* la mort? Et, si oui, laquelle?

## LA MÉDECINE ET LA MORT

Cette question fut l'argument d'un symposium avec le dalaï-lama à l'Université de Lausanne: «Vieillir et mourir en paix», en 2013. Toutes les connaissances scientifiques contemporaines sur la mort, tant au niveau biologique que psychologique ou social, y furent présentées au dalaï-lama pour un dialogue avec le bouddhisme. Ses réponses empathiques ont apporté un éclairage particulier sur la méditation et la préparation à la mort, dans ce que nous pourrions dénommer la santé spirituelle.

Car nous sommes dans une civilisation de la distraction, qui nous détourne de l'essentiel. Une société addictogène, de la fuite en avant. Le philosophe Martin Heidegger a défini l'existence comme de l'être jeté dans le temps: imperfection du monde, destinée individuelle, responsabilité, problème du mal et finitude. *What else?*

Face à ces questions, la psychiatrie et la psychothérapie se dérobent. Elles renvoient à la sphère privée et à l'«équation personnelle». Mais n'est-ce pas toute la médecine qui serait dans le déni? La mort, tache aveugle de la médecine? Un paradoxe. La médecine s'est donné la noble tâche de prolonger la vie, mission heureusement réussie, mais dans une temporalité «horizontale». Qu'en est-il du temps «vertical», le temps de l'accomplissement de la personne, de sa transcendance? Quid des valeurs, des relations à l'ultime? Ne serait-ce que le rôle délégué aux responsables de l'accompagnement spirituel des aumôniers des hôpitaux? La mort, point de butée des systèmes de santé, est-elle pensable en termes de système de santé? Pavé dans la mare? Chaque médecin se sait concerné dans sa pratique clinique.



**JACQUES BESSON**  
PROFESSEUR  
HONORAIRE,  
FBM/UNIL

## LE MÉDECIN, ACTEUR CENTRAL POUR DONNER DU SENS À LA VIE

Alors, comment aider les médecins à gérer la finitude



et la fragilité de la vie avec leurs patients avant le stade des soins palliatifs?

Viktor Frankl, psychanalyste rescapé d'Auschwitz, a rappelé que la question du sens de la vie est centrale pour toute personne. Sa logothérapie, complémentaire aux psychothérapies classiques, aide les patients, à tout âge de leur vie, à donner du sens à leur histoire de vie et à regagner liberté, dignité et responsabilité par l'autodistanciation et l'autodépassement de soi, en tout temps.

Le médecin, par sa position unique, est donc un acteur interdisciplinaire indispensable de la clinique du sens, surtout dans les périodes troublées, pour redonner l'espoir et la confiance à une population anxieuse et incertaine, en aidant son patient, à tout âge de la vie, à considérer l'essentiel. Le *spiritual care*, dans une approche globale en réseau, biopsychosociale et spirituelle intégrée, peut en être un levier puissant. ■

Docteur Stéphane Borloz

# Mens sana **in corpore sano**

**Le sport a toujours tenu une place essentielle dans la vie du Dr Stéphane Borloz. De son passé d'athlète de compétition, il a tiré une vocation. Et choisi une spécialisation qu'il exerce avec une sensibilité particulière.**

**S**écialiste en médecine physique et réadaptation et médecin du sport, le Dr Stéphane Borloz exerce depuis 2014 dans son cabinet privé lausannois. Une spécialisation qui s'est imposée à lui de façon assez évidente alors qu'il était jeune étudiant en médecine. En premier lieu parce qu'il adorait le sport et qu'il avait envie de graviter dans ce milieu, «mais aussi parce que cela me permettait de toucher à beaucoup de choses: la prévention et la réadaptation, la physiologie et la pathologie. Et puis la médecine du sport s'intéresse à des patients de tous les âges et de toutes les catégories sociales; cette mixité me plaît.»

## DES HAIES POUR SE VIDER LA TÊTE

Sportif, Stéphane Borloz l'a toujours été. C'est vers l'âge de 13 ans qu'il commence l'athlétisme, à

Vevey. Il passe aux «choses sérieuses» en 2000, quand il intègre le Lausanne-Sports. Il participe dès lors à de nombreuses compétitions nationales et internationales de 400 m haies et de relais 4x400 m. Une vie d'athlète qu'il mène en parallèle de ses études de médecine à l'Université de Lausanne.

Etait-ce difficile de tout concilier? «Le plus simple du monde! Un étudiant a plus de temps libre par rapport à quelqu'un qui travaille. J'étais assis toute la journée, et plein d'énergie pour aller m'entraîner le soir!» Il se souvient avoir particulièrement apprécié de pouvoir se vider la tête et se défouler dans les stades après s'être concentré sur les bancs des amphis. En avançant dans ses études, il met aussi à profit les blessures de ses camarades pour parfaire ses examens cliniques. Et les compétitions? «Je prenais mes livres avec moi quand on partait plusieurs jours, afin ne pas perdre le fil. Seul problème: les périodes d'examens, quand elles coïncidaient avec celles des championnats.»

## SAVOIR ARRÊTER AU BON MOMENT

C'est l'assistantat qui aura finalement raison de sa carrière de sportif. Stéphane Borloz achève ses études de médecine en 2004. Après une année sabbatique consacrée à l'athlétisme – suivie d'une convalescence pour cause de blessure au pied –, il est nommé médecin assistant à la Schulthess Klinik, à Zurich. «Ça devenait compliqué de tout mener de front.

Je m'entraînais la nuit, seul dans un stade.» En 2007, il poursuit son assistantat en médecine interne, à l'hôpital d'Yverdon-les-Bains, et parvient encore à concilier sa vie professionnelle et la compétition, participant notamment, fin 2007, aux Jeux mondiaux militaires. De retour à Zurich début 2008, il décide d'arrêter. «C'était le bon moment, j'étais au maximum de ce que je pouvais mener de pair, mieux valait me retirer dans ce contexte plutôt que de m'effondrer en enchaînant les blessures.»

## Clin d'œil

**Le Dr Stéphane Borloz au Jeux mondiaux militaires de 2007; le seul souvenir de son passé de sportif de compétition affiché dans son cabinet.**





### RIGUEUR ET EFFICACITÉ

Si Stéphane Borloz a définitivement tiré un trait sur le 400 m haies, le sport tient toujours une place centrale dans sa vie. Une passion qu'il concilie désormais avec son activité de médecin en cabinet privé et son rôle de papa de deux petites filles. Courses en montagne, ski de fond, golf ou encore vélo, il s'essaie aussi à tous les sports qui s'offrent à lui, pour le plaisir.

De son passé de sportif de compétition, Stéphane Borloz dit avoir

tiré une sensibilité particulière. «Avoir moi-même pratiqué le sport à ce niveau me donne parfois davantage de sensibilité vis-à-vis de mes patients. Je connais l'investissement que cela représente et je sais par exemple ce que peut ressentir un sportif quand on lui déconseille de participer à une compétition pour se remettre d'une blessure ou en éviter une. Au-delà des raisons médicales, cela apporte peut-être aussi un peu de légitimité dans des décisions difficiles.»

Cette expérience lui a également permis de développer une grande rigueur personnelle. «J'ai appris à être efficace, à faire les choses le mieux possible et sans attendre. J'ai aussi appris à serrer les dents et à aller de l'avant, quel que soit l'obstacle qui se dresse devant moi!» Et de conclure cette discussion avec une comparaison: «L'athlétisme est un sport individuel qui se pratique en groupe. C'est finalement très vrai aussi pour la médecine.» ■

ÉLODIE MAÎTRE-ARNAUD

# LES JEUDIS DE LA VAUDOISE

Sous réserve de modifications – Programme et inscription en ligne sur [svmed.ch](http://svmed.ch)

## Programme 2020-2021

**INSCRIPTION  
EN LIGNE SUR**

[www.svmed.ch/  
formation-continue-svm](http://www.svmed.ch/formation-continue-svm)

- 3 septembre 2020 Neurologie**
- 8 octobre 2020 Médecine du sommeil**
- 12 novembre 2020 Oncologie**
- 3 décembre 2020 Thème en cours de validation**
- 14 janvier 2021 Acquisitions thérapeutiques**
- 11 février 2021 Gastro-entérologie**
- 1<sup>er</sup> avril 2021 Gynécologie**
- 6 mai 2021 Médecine légale et droit médical**
- 10 juin 2021 Troubles fonctionnels**

### **Horaires:**

De 8h30 (accueil) à 12h15 à l'auditoire César-Roux, puis en salles de séminaire au CHUV à Lausanne.

### **Tarifs:**

**Un jeudi par mois:** membres SVM: CHF 65.-, non-membres SVM: CHF 75.-

**Abonnement:** membres SVM: CHF 345.-, non-membres SVM: CHF 395.-

### **Carte de parking du CHUV:**

- une carte à CHF 15.- (valeur: CHF 20.-)
- une carte à CHF 37,50 (valeur: CHF 50.-)

### **Commission pour la formation continue de la SVM:**

Dres I. Marguerat Bouché, A.-F. Mayor Pleines, S. Paul et F. Pilloud, Pr O. Lamy, Drs A. Birchmeier, Ph. Staeger, J. Vaucher et J.-L. Vonnez.

### **Accréditation:**

3 points par cours. Formation certifiée SSMIG.



### **TÉLÉCHARGEMENT DES CONFÉRENCES**

Les membres SVM peuvent visionner en tout temps les conférences sur [svmed.ch](http://svmed.ch) (formation continue), quatre jours après le déroulement d'un JVD.



La Clinique de La Source  
APPARTIENT À UNE  
fondation à but non lucratif



« PLUS DE 105'000 PATIENTS  
NOUS FONT CONFIANCE  
CHAQUE ANNÉE »

- 7 salles d'opération à la pointe de la technologie
- Plus de 540 médecins accrédités indépendants
- Quelque 600 collaborateurs à votre service

www.ecoblog.ch - Photo: Th. Zuffeney

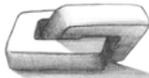
Clinique de  
**La Source**  
Lausanne 

La qualité au service de votre santé  
[www.lasource.ch](http://www.lasource.ch)

THE SWISS  
LEADING  
HOSPITALS  
2014

ESPRIX  
Prix d'Excellence 2014

EFQM  
Recognised for excellence

**AROMED**   
FONDATION DE PREVOYANCE PROFESSIONNELLE

**LA PRÉVOYANCE DES MÉDECINS**

Route des Avouillons 30 · 1196 Gland · Tél. 022 365 66 67 · [www.aromed.ch](http://www.aromed.ch)

# Cryoxperts

Notre froid, votre force



**IL EST  
TEMPS DE  
RENFORCER  
VOTRE SYSTÈME  
IMMUNITAIRE ?**

**EN 3 MINUTES À -90°**

## LA CRYOTHÉRAPIE

**VOUS PERMETTRA DE :**

- renforcer votre système immunitaire
- diminuer les douleurs
- retrouver un sommeil réparateur

*Comment ça marche ?*

Vous entrez dans une chambre maintenue à -90°, 100 % électrique et sans azote, pendant 3 minutes. En maillot de bain, les oreilles couvertes, la bouche et le nez protégés par un masque, des gants aux mains et des chaussons aux pieds. La durée d'exposition peut s'adapter à vos besoins entre 3 à 5 minutes.



**TÉMOIGNAGE :**

◀◀ Voilà maintenant 8 mois que je suis assidûment mes séances de Cryothérapie, grâce à elles, je peux enfin à nouveau plier mes jambes et marcher plusieurs heures sans douleur ! C'est une renaissance. ▶▶

# Cryoxperts

**LA FABRIQUE - 1424 CHAMPAGNE - 024 524 26 60  
WWW.CRYOXPERTS.CH - INFO@CRYOXPERTS.CH**



## ET SI VOUS PASSIEZ LA JOURNÉE AVEC NOUS ?

**PASSER UNE JOURNÉE SUR PLACE EN FAMILLE OU EN GROUPE ?  
FAIRE UNE SURPRISE POUR UN ANNIVERSAIRE ?  
DYNAMISER DES SÉANCES DE TRAVAIL ? C'EST POSSIBLE !  
NOUS VOUS ACCUEILLONS AVEC PLAISIR !**

**UN FITNESS, UNE ESTHÉTICIENNE,  
UN TEA-ROOM, UN MUSÉE, DES SALLES DE CONFÉRENCES  
ET UN RESTAURANT SONT À VOTRE DISPOSITION.  
DEMANDEZ UNE OFFRE "ALL INCLUSIVE" JUSQU'À 10 PERSONNES.**

## LA FABRIQUE

**LA FABRIQUE - 1424 CHAMPAGNE - 024 436 04 99  
WWW.LAFABRIQUECORNU.CH - CONTACT@LAFABRIQUECORNU.CH**