

CMV

courrier
du médecin
vaudois

REVUE
DE LA SOCIÉTÉ
VAUDOISE
DE MÉDECINE
SEPTEMBRE 2021

#4

DOSSIER

Les médecins et la mort

FIN DE VIE

A l'hôpital,
en EMS ou
à domicile?

VALEUR DU POINT VD

Résolution
adoptée en
Assemblée
des délégués

3R – Réseau Radiologique Romand regroupe 12 centres de radiologie de proximité dans les cantons du Valais, de Vaud, de Fribourg et de Genève. Equipés des dernières technologies de pointe, les centres sont tous interconnectés, offrant aux patients et aux médecins prescripteurs un accès rapide et à distance aux meilleures compétences diagnostiques. 3R fournit également son expertise à des cabinets de médecine générale dotés d'installations de radiologie numérique. 3R emploie quelque 160 professionnels de la santé, dont 33 radiologues et une cardiologue.

3R recherche pour ses centres Vaudois et Valaisans deux :

Médecins Radiologue (H/F) (80 ou 100%)

Vos missions

- > Garantir la prise en charge de qualité des patients en collaboration avec l'équipe
- > Superviser la création des images et les interpréter
- > Réaliser des actes interventionnels
- > Participer aux travaux nécessaires à la bonne marche du centre et du Réseau 3R (participation à des colloques, réunion du personnel, rencontre avec les médecins prescripteurs, administration, etc.)

Votre profil

- > Titulaire d'un diplôme de médecin fédéral ainsi que d'un titre postgrade en radiologie ou de formations équivalentes reconnues par la MEBKO
- > Radiologue généraliste
- > Spécialisation en échographie ostéo-articulaire ou en radiopédiatrie est un atout
- > Au bénéfice d'un droit de pratique cantonal ou éligible pour l'obtenir : 3 ans d'expérience professionnelle dans un établissement suisse de formation reconnu par l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM)

Vos compétences

- > Personne polyvalente, dynamique, flexible
- > Esprit d'entraide et de collaboration
- > Bonnes aptitudes à vous intégrer dans une équipe

Notre offre

Nous vous offrons une activité variée au sein d'équipes pluridisciplinaires et dynamiques. Vous bénéficierez d'un cadre de travail agréable et travaillerez avec des équipements modernes. Si vous vous reconnaissez dans ce profil, merci d'envoyer votre candidature complète (lettre de motivation, CV, diplômes et certificats) par email à l'adresse: **candidature@groupe3r.ch** d'ici au 30.09.2021. Personne de contact: Essivi Mally

Lieux de fonction

Centres Vaudois et Centres Valaisans

Date d'entrée

De suite ou à convenir

www.groupe3r.ch



LE DOCTEUR GUILLAUME MUFF

Spécialiste en médecine physique et réadaptation, membre FMH

Médecine du sport et de l'exercice – SSMES

Médecin superviseur au Centre Actif+

Échographie Appareil Locomoteur SSUM

a le plaisir de vous faire part de son installation en pratique privée ainsi qu'au Centre Actif+ à la Clinique Bois-Cerf.

Adresse du cabinet :

Avenue d'Ouchy 31, 1006 Lausanne

T 021 619 69 57, F 021 619 69 56,

guillaume.muff@hirslanden.ch



Votre adresse e-mail est-elle sécurisée?

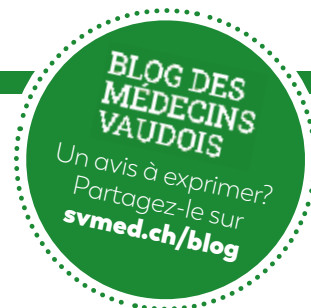
La SVM propose gratuitement à ses membres d'obtenir un e-mail sécurisé dans le domaine @svmed.ch, hébergé en Suisse sur le serveur de la SVM.

Ce dernier est reconnu par tous les partenaires de la santé, à la différence de la plupart des autres domaines d'usage privé.

Pour en savoir plus:

www.svmed.ch/e-mail-securee





sommaire

5 DOSSIER

- 5 Introduction
- 6 La place de la mort en psychiatrie
- 8 Les médecins et la mort
- 9 Témoignages de médecins
- 12 Formation des médecins
- 13 Enseignement postgradué de la communication clinique
- 14 Mort et spiritualité
- 15 Fin de vie: quelle mort souhaite-t-on et où?
- 16 Mourir à l'hôpital
- 17 La mort à domicile
- 18 Mourir en EMS
- 19 Check-up humour
- 20 Ce qu'en pense... Bernard Crettaz

21 INFO SVM

- 21 Assemblée des délégués du 24 juin 2021
- 21 Appel du Comité de rédaction
- 21 Webinaire SVM
- 22 Enquête RoKo

22 RENDEZ-VOUS

- 22 Formation GMEMS 2021
- 23 Les Jeudis de la Vaudoise

24 HISTOIRE D'EN PARLER

Le souci de l'au-delà passe d'abord par le soulagement des maux

26 OPINION

Une école médicale lémanique, est-ce possible?

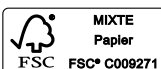
27 REPÉRAGES

Recommandations de lecture

30 PORTRAIT

Dre Véronique Chaudet Briaux

CE MAGAZINE
EST IMPRIMÉ
SUR DU PAPIER



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

Vieillir et mourir en paix

C'est le titre d'un symposium avec le dalaï-lama qui s'est tenu à l'UNIL en 2013, pour un dialogue entre le bouddhisme et la science. Rencontre contrastée entre l'Orient et l'Occident.

Aujourd'hui, à l'occasion de la pandémie, les médecins ont été confronté·e·s à la mort, à la mort contagieuse. La mort est-elle la tache aveugle de la médecine occidentale? Entre lutte acharnée et déni, avons-nous trouvé notre équilibre? Ni transhumanisme, ni négation, comment la médecine intègre-t-elle la souffrance et la mort? Au quotidien, pas un seul domaine de la médecine n'est épargné par ces questions.

C'est pourquoi le Comité de rédaction du CMV vous propose un numéro dédié aux médecins et à la mort. Vous y trouverez des contributions interdisciplinaires, indispensables au vu de la complexité du sujet. La mort en soins intensifs, en neurologie, en psychiatrie, en psychologie de la religion, en théologie, dans la formation des médecins, au cabinet du praticien, mais aussi et surtout à l'hôpital, à domicile et en EMS.

Du point de vue anthropologique, dès que l'humain accède à la conscience réflexive, il est marqué par l'horreur et le risque de la mort, à la différence de l'animal. De là naissent très tôt des mythes originaires de renaissance et de survie, avec leurs rituels. La spiritualité et la religion ont été écartées de la médecine scientifique, mais l'humain a une volonté de sens: les sciences de la nature expliquent, mais les sciences humaines comprennent.

Aujourd'hui, la science produit de l'incertitude: il y a le connu, l'inconnu et l'inconnaissable. Einstein a dit: «Ce qu'il y a d'incompréhensible dans l'univers, c'est qu'il est compréhensible.» Vrai-ment? Et Mère Teresa d'affirmer: «Nous serons jugés sur l'amour.» Et, en médecine, humilité scientifique et bonheur relationnel sont-ils au rendez-vous?

La pandémie nous l'a rappelé: tout est impermanent et tout est interdépendant.

Puisse la lecture de ce numéro vous ramener à l'essentiel et vous guider sur les pas de la médecine de la personne.

Bonne lecture! ■



Prof. JACQUES BESSON
MEMBRE DU COMITÉ
DE RÉDACTION
DU CMV



Téléchargez l'app
Courrier du Médecin
Vaudois et retrouvez
le CMV sur tous
vos écrans!



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

La Clinique de La Source a le plaisir d'accueillir,
depuis le 1^{er} juillet 2021, le

Dr Julien Boileau

Spécialiste en médecine interne générale,
en qualité de médecin interniste hospitalier.

Leader dans son domaine et à la pointe de la technologie médicale, notamment en chirurgie robotique, la Clinique de La Source est un établissement privé de soins aigus pluridisciplinaires (Chirurgie - Médecine - Maternité) de 150 lits qui dispose d'un plateau technique d'avant-garde. Elle est reconnue pour la qualité des soins et les prestations de premier ordre qu'elle offre à ses patients et plus de 560 médecins accrédités indépendants.

La Clinique de La Source

La qualité au service de votre santé
www.lasource.ch



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

Suite au développement de son activité, la Clinique de La Source, l'Institut de radiologie et ses médecins spécialistes en radiologie ou en médecine nucléaire, les Docteur-e-s

S. Artemisia, A. Boubaker, M. Chalaron, L. Chapuis, S. Duc, Y. Lachenal, B. Mayor, C. Picht, A. Pomoni, M. Roux

ont le plaisir d'annoncer au sein de leur équipe l'arrivée, depuis le 1^{er} juillet 2021, du

Docteur Mahmoud Hussami

Spécialiste en radiologie et imagerie ostéoarticulaire
diagnostique et interventionnelle

Leader dans son domaine et à la pointe de la technologie médicale, notamment en chirurgie robotique, la Clinique de La Source est un établissement privé de soins aigus pluridisciplinaires (Chirurgie - Médecine - Maternité) de 150 lits qui dispose d'un plateau technique d'avant-garde. Elle est reconnue pour la qualité des soins et les prestations de premier ordre qu'elle offre à ses patients et plus de 560 médecins accrédités indépendants.

La Clinique de La Source

La qualité au service de votre santé
www.lasource.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



labellisé fren
**100%
pro**

eco²net
Nettoyage & Facility Services

ANS 50
depuis 1968

**Devis gratuit et sans engagement
pour vos abonnements de nettoyages**



**7 départements
+30 services**

Rendez-vous sur notre site internet



www.eco2net.ch

Yverdon-les-Bains: 024 425 30 00 - Lausanne: 021 784 37 56 - Vevey: 021 921 00 33 - Domdidier: 026 675 30 03

Introduction

«Ma plus belle histoire, c'est la mort d'un enfant»

Cette phrase volontairement provocatrice lâchée par le seul médecin présent, pédiatre de surcroît, à la fin d'une réunion de politique professionnelle il y a bien longtemps a jeté un froid chez ses interlocuteurs. Après un instant de silence, il a expliqué son propos et décrit l'attitude de ce tout jeune enfant qui a pris tous les adultes par la main, à commencer par ses parents, sur le chemin de sa fin prochaine. Le médecin s'est laissé toucher par la beauté de ces instants d'émotion et par la grâce de cet enfant déjà tourné vers un au-delà et qui l'accepte. Chacun dans son rôle n'a pu que le suivre sans protester et garder intacte l'image de ce petit héros sans peurs et sans reproches. Cette proximité avec la mort dont parle Axel Kahn est ce lien intime et ultime que le médecin partage avec celui ou celle qui va

“ On n'a pas à apprendre à mourir. C'est inné. Apprendre à vivre à proximité de la mort est un superbe défi. Je le relève. ”

AXEL KAHN, MÉDECIN GÉNÉTICIEN ET ESSAYISTE
(1944-2021), PUBLICATION TWITTER, 20 JUIN 2021

mourir. Parfois, il pressent cette frontière invisible que son ou sa patiente va bientôt franchir pour ne plus revenir. Il ne la rejette pas. Il doit savoir à quel moment toute agitation devient vaine et doit céder la place à la seule présence. ■



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



Ataa Oko,
sans titre, 2010,
mine de plomb et crayon
de couleur sur papier.
Photo: Sarah Baehler

La place de la mort en psychiatrie

A l'horizon, une véritable médecine de l'esprit

Comment le psychiatre-psychothérapeute est-il confronté à la mort?

Au niveau des représentations, et c'est la place de la psychanalyse.

Au niveau clinique, et c'est la place de la psychopathologie.

Au niveau métapsychologique, et c'est la place de l'interdisciplinarité avec le *spiritual care*.

EN PSYCHANALYSE

Pour mémoire, la psychanalyse s'inscrit dans le matérialisme scientifique. Pour elle, à la suite de Freud, la religion est une scorie de l'infantile, et la spiritualité est une des dimensions de la psyché. Dans l'inconscient, la mort n'existe pas, il n'y en a pas de représentation; mais les représentations de la mort sont à interpréter dans le registre des trois types d'angoisses fondamentales, liées à la structure de la personnalité:

- angoisse de morcellement dans les structures psychotiques;
- angoisse de séparation dans les états limites;
- angoisse de castration dans les structures névrotiques.

Tout le travail des psychothérapeutes va dès lors s'exercer sur le sujet vivant et ses peurs, la mort étant un non-sujet en soi.

EN PSYCHOPATHOLOGIE

Dans le champ des psychoses, de la schizophrénie et de graves troubles de l'humeur, l'épreuve de réalité est altérée surtout dans les phases aiguës. Dans les délires paranoïdes, la mort peut être perçue comme un état à atteindre, libération, toute-puissance (voir l'aventure de Tintin *Le Lotus bleu!*), mais sur un mode où l'angoisse

de destruction prédomine, d'où une suicidalité élevée.

Dans les graves troubles de l'humeur alternent des états maniaques et mélancoliques. Dans les états maniaques, la mort est déniée, le patient se croit capable de voler en sautant par la fenêtre. Dans les états de dépression mélancolique, le patient est habité par la culpabilité et la mort: le temps s'est arrêté, ses organes sont morts, il est condamné (par exemple, syndrome de Cotard).

Dans le champ des névroses et des troubles anxieux, nous retiendrons les préoccupations obsessionnelles autour de la mort, mais surtout la pathologie psychotraumatique. En effet, le cerveau n'est pas équipé pour voir la mort en face: en l'absence de représentation, la vision de sa propre mort possible est insupportable. Pourquoi moi? En résultent des troubles chroniques, avec anxiété, douleurs, cauchemars, retrait social.

CLINIQUE PSYCHIATRIQUE DE LA MORT

La mort est omniprésente en psychiatrie, tant pour le risque homicide que suicidaire.

Dans l'alcoolisation aiguë, le jugement est gravement altéré, avec de grands risques de passage à



Laure Pigeon,
7 mars 1956, 1956,
encre sur papier.
Photo: Marie Humair



l'acte violent. Cela est aussi valable pour l'intoxication aux psychostimulants (drogues de synthèse, cocaïne). Le risque est bien sûr aggravé chez les personnalités antisociales.

Le suicide est la maladie mortelle en psychiatrie. C'est pourquoi des directives strictes sont édictées dans toutes les institutions psychiatriques pour la détection et la prévention du risque suicidaire avec l'instrument RUD: Risque (bio-psycho-social), Urgence (ruminations, scénario, projet précis), Danger (nature des moyens envisagés). Un cas particulièrement grave concerne le suicide collectif, où le sujet entraîne son entourage dans la mort.

INTERDISCIPLINARITÉ ET SPIRITUAL CARE

Un diagnostic émergent, issu des travaux en soins palliatifs, concerne la détresse spirituelle. Il s'agit d'une crise au sens d'un changement subit se caractérisant, entre autres, par l'éclatement de l'identité spirituelle. Elle remet en cause les valeurs et la transcendance vécues jusqu'au moment de la crise et interrompt toute recherche d'un sens pour sa vie. Elle met également en question les valeurs que le-la patiente donne à sa propre dignité.

C'est à un psychiatre contemporain de Freud, Viktor Frankl, rescapé d'Auschwitz, que l'on doit la naissance de la logothérapie, une thérapie par le sens. Pour Frankl, l'humain a une volonté de sens et il existe un inconscient spirituel. Son refoulement produit une névrose de civilisation, caractérisée par le vide existentiel, dont les symptômes sont la dépression, l'agression et l'addiction. La logothérapie permet une auto-transcendance par l'auto-distanciation et le dépassement de soi; c'est une thérapie existentielle, pas plus religieuse qu'irreligieuse, accessible à toutes et tous dans toutes les circonstances de la vie.

Cette forme de psychothérapie permet de dépasser le clivage entre une psychiatrie humaniste mais matérialiste et l'aumônerie des hôpitaux, aujourd'hui dénommée accompagnement spirituel. Des espaces d'intervision sont apparus, permettant un dialogue interdisciplinaire entre «spi et psy».

PERSPECTIVES

Ainsi, la clinique du sens permet d'entrevoir un avenir de la psychiatrie en médecine autour de la mort et de la finitude dans une véritable médecine de l'esprit. ■



**Prof. JACQUES
BESSON**
PROF. HONORAIRE
FBM-UNIL

Les médecins et la mort

Une lecture **théologique**

Lorsqu'il s'agit de discuter du ressenti des médecins face à la mort, la lecture est généralement double: psychosociologique (peur, indifférence, embarras, déception) et relationnelle (compassion, (in)adéquation, distance). Cette lecture, dans une perspective de (re)humanisation, est utile pour concevoir des formations afin que les médecins soient, dans des postures et des paroles culturellement adaptées, «dans la peine avec ceux qui sont dans la peine».

Mais cette lecture permet-elle de comprendre l'entier de ce qui se joue pour le médecin dans la fin de vie, aussi lorsque surgit une pression pour que la spiritualité du mourant soit prise en compte? Je propose de considérer ce qu'apporte une analyse théologique en lien avec la place de la spiritualité du mourant et la situation du médecin face à la mort, dans un contexte où la médecine allopathique moderne est non seulement très puissante, mais est également un incontournable facteur de régulation du champ social.

PLACE DE LA SPIRITUALITÉ DANS L'ACCOMPAGNEMENT MÉDICAL À LA MORT

La transformation récente d'une médecine du réconfort en une médecine du salut en parallèle de celle d'une religion du salut en une religion du mieux-être détermine la place de la spiritualité dans l'accompagnement médical à la mort, à savoir principalement une ressource pour aider à supporter ce qui arrive (adjuvant au soin). C'est pourquoi la manière dont la personne mourante répond à ses questions existentielles en fin de vie peut difficilement faire l'objet d'une discussion, sauf si son système de croyance risque de créer une difficulté pour la prise en charge. Par suite, il est également rare que le système personnel de croyance du médecin soit convoqué dans la rencontre; tout au plus la littérature anglo-américaine montre-t-elle que les praticiens ayant une appartenance religieuse sont plus enclins à considérer l'importance des croyances de leurs patient-e-s.



ÉTIENNE ROCHAT
RESPONSABLE
DE LA PLATEFORME
MÉDECINE,
SPIRITUALITÉ,
SOINS & SOCIÉTÉ
(MS3), IHM / CHUV

ET LA PLACE DU MÉDECIN?

Cette même transformation positionne le médecin en tant qu'héritier du «דָּבָר / Davar», la parole créatrice du dieu de la Genèse. Le médecin a une parole qui construit la réalité de son vis-à-vis; autrement dit, on



Maria Wnek,
sans titre,
entre 1990 et 1996,
peinture sur pavatex.
Photo: Claudine Garcia

meurt sur «avis» médical. Là se vivent pour le médecin des tensions existentielles entre la (toute-)puissance projetée du système technico-scientifique qui l'agit et sa conscience souvent aiguë des limites de son action. Ce «combat» en est un spirituel, reflet d'une lutte cosmique entre au moins deux dieux.

Ce qui précède amène à comprendre pourquoi un travail avec la spiritualité du mourant exige un déplacement considérable du médecin et pourquoi être un «présent apaisé» parmi d'autres sur le chemin de mort d'un-e patient-e est très difficile. En fait, cette analyse montre que les paroles du médecin sont contraintes et ne peuvent être reçues par le mourant et ses proches que comme des balises pour le passage et des signes de son engagement dans cette orchestration du mourir et de la mort.

Donc, et paradoxalement, les professionnel-le-s non médecins qui se préoccupent de l'attitude et de l'agir des médecins face à la mort devraient d'abord considérer ces derniers, au même titre que le mourant et ses proches, comme des personnes requérant attention et souci. ■

Témoignage

La mort avant la vie

Mon métier, spécialiste en médecine fœto-maternelle et plus particulièrement échographiste de la grossesse, permet d'annoncer la plupart du temps que la grossesse est normale. Mais, parfois, je dois aussi annoncer de mauvaises, voire de très mauvaises nouvelles.

Parfois, c'est le lieu d'accouchement ou le timing d'accouchement qui sera modifié, mais, dans certains cas plus rares, ce sera le devenir de la grossesse qui se modifiera, avec la possibilité d'une interruption de grossesse. Et si cette interruption est tardive, elle pourrait s'accompagner d'un fœticide.

DES ANNONCES LOURDES D'ÉMOTIONS

De mon côté – j'insiste sur ce point – et non du côté du patient, ce n'est pas le fœticide en lui-même qui est difficile, mais l'annonce et le fait que je vais engendrer chez les parents une douleur, une sidération, un arrêt de la représentation de l'enfant parfait. C'est l'orage dans le ciel bleu.

La plupart du temps, je ne connais pas le couple, car il m'est référé et c'est la première fois que je le vois. L'annonce a lieu directement après l'échographie et ne permet pas de se préparer; c'est une situation à chaud. On ne peut jamais anticiper la réaction des parents et la nôtre en miroir. C'est un flot d'émotions chez eux qui se répercute chez moi. Un moment parfois lourd et parfois plus léger à vivre. Chaque annonce, chaque couple, chaque événement diffère des autres. Dans des cas heureusement peu fréquents, je dois même annoncer cette mauvaise nouvelle une deuxième fois...

UNE FORMATION LACUNAIRE POUR LES PRATICIENS

Lors de mes études, il n'y avait pas de cours sur la façon d'annoncer une mauvaise nouvelle. Les jeunes médecins en formation ont actuellement des cours dits de «psychosocial» avec des simulations (jeux de rôle). Ces simulations ne sont pas encore destinées aux praticiens installés. J'ai bénéficié pendant un temps d'un psychiatre pour me «superviser», à l'instar de la supervision des psychiatres, obligatoire lors de leur formation postgraduée. Cet accompagnement m'a beaucoup aidée, notamment

pour apprendre à séparer mes émotions de celles des parents.

En plus, la société, voire le corps médical, peut faire pression sur les parents, et donc sur nous aussi. Un jour, une patiente ayant gardé son enfant lourdement handicapé m'a rapporté qu'elle avait demandé à une amie de l'aider en lui gardant son enfant quelques heures. La réponse a été: «Tu l'as voulu, tu peux le garder toi-même.» Quelques fois par année, je me demande si mes actes relèvent de «l'eugénisme». Puis cette idée s'estompe, même si elle reste un peu au fond de moi.

L'ACCOMPAGNEMENT PLUS IMPORTANT QUE L'ISSUE

L'accompagnement de ces parents jusqu'à leur propre décision, la moins mauvaise décision (il n'y a jamais de bonne décision quand le handicap majeur est l'enjeu), est la partie la plus dure de ce processus, mais aussi la plus «satisfaisante» si elle a pu se dérouler dans les meilleures conditions possibles: la partie pratique, avec l'organisation des différentes consultations qui suivront chez moi ou en deuxième avis; et aussi et surtout la partie «sociale», avec le temps accordé, l'écoute, l'aide par des tiers comme les psychologues. Sans oublier le soutien de la famille.

Mais combien d'annonces a-t-il fallu pour trouver les mots justes, les mots qui apaisent, qui calment la douleur, la déchirure que vous venez de créer? L'important est d'être présent, à l'écoute, d'apporter son soutien simplement en donnant son numéro de téléphone, afin d'offrir aux parents une possibilité d'écoute.

Ce parcours long et douloureux est la partie difficile et éprouvante du travail. Un fois la décision prise sur la poursuite ou non de la grossesse, le fœticide n'est plus le plus important (je le redis, pour moi). Ce n'est donc pas la mort qui est difficile, mais le chemin pour y arriver. ■



Dre ANNE-CLAUDE MULLER-BROCHUT
MÉDECIN
SPÉCIALISÉE
EN GYNÉCOLOGIE
ET OBSTÉTRIQUE
ET MÉDECINE
FOETO-MATERNELLE

Témoignage

La mort aux soins intensifs

Les personnes prises en charge en soins intensifs sont dans une situation aiguë préoccupante et très probablement ou possiblement fatale. Mourir aux soins intensifs, c'est une réalité pour 12 à 15% d'entre elles.

Les décès surviennent pour la majorité (> 80%) suite à une décision d'abstention ou de retrait thérapeutique. Lorsque, après examen complet et minutieux, observations et analyses détaillées, l'évidence s'impose qu'il n'y a plus de possibilités curatives et que l'issue sera fatale, la décision est prise de ne plus poursuivre dans une visée curative, mais d'opter pour une médecine intensive palliative.

UNE PRISE EN CHARGE HOLISTIQUE, INCLUANT LES PROCHES

Ces décisions, prises lors de réunions pluridisciplinaires, sont guidées par les principes éthiques de faire du bien et de ne pas faire de tort, d'éviter la futilité ou l'obstination déraisonnable. Bien que courantes, ces procédures sont toujours uniques. Les équipes médico-soignantes ne sont pas face à la mort, mais face à une personne, considérée dans sa globalité, traitant en priorité le plus urgent, à savoir la défaillance somatique ou psychique, la détresse des proches, le besoin spirituel, sans négliger aucune de ces dimensions. A l'approche de cette finitude, le besoin spirituel se fait plus intense, portant un questionnement fondamental sur le sens de la vie, sur le devenir après la mort.

Le médecin doit être attentif à ce besoin fondamental, et pourra y répondre en le validant et en étant «présence». Sa posture d'acteur et de décideur se transforme en témoin et accompagnant, en humain fragile. Le recours à un-e aumônier-ère, dont c'est la spécialité, peut être proposé. Pour autant, l'équipe médico-soignante doit rester attentive à cette quête spirituelle ou au besoin religieux. Les proches, dans cette situation d'angoisse, de souffrance et de stress, sont à inclure dans la prise en charge. Il est essentiel pour eux d'être informés régulièrement, de venir et de voir le patient ou la patiente et les équipes médico-soignantes, d'établir des liens de confiance. Informé-e-s de l'inéluctable, ils et elles ont besoin d'être rassuré-e-s quant au confort et à l'absence de souffrance ou de détresse de tout ordre, et souhaitent parfois, en plus de l'accompagnement intensif de l'équipe, celui d'un-e aumônier-ère.

NE PAS PRIVER LES PROCHES DES DERNIERS INSTANTS

Les soins intensifs sont alors accessibles pour tous les proches, sans restriction horaire, et deviennent en quelque sorte «le domicile». La fin de vie se déroule idéalement en présence de la famille, qui est témoin et accompagne, qui est informée en temps réel. La technologie se fait discrète, avec l'extinction des alarmes et des écrans de monitoring, avec une atmosphère calme et respectueuse dans l'ensemble du service.

Ces instants, intenses et irréels, douloureux, sont très importants pour entamer le deuil. Pouvoir assister, voir, toucher et pleurer, exprimer et échanger autour de la personne qui meurt appartient aux proches, et cette possibilité ne devrait idéalement pas leur être enlevée. Le médecin va informer du décès au moment de sa survenue, poursuivre avec l'équipe le soutien des proches, écouter et communiquer, aborder le rituel des funérailles, reconnaître l'importance de la souffrance, qui reflète l'intensité des liens affectifs. C'est une étape nécessaire, à accepter sans médication, en découvrant qu'un peu de soutien vient des autres, de leur sympathie.

Et même s'ils n'en sont pas toujours conscients, les soignant-e-s et les médecins doivent également partager et vider leurs émotions, faire leur deuil. ■



Prof. MARIE-DENISE SCHALLER
PROFESSEURE
HONORAIRE
À LA FBM, ANCIENNE
MÉDECIN-CHEFFE
DANS LE SERVICE
DE MÉDECINE
INTENSIVE ADULTE
AU CHUV

Témoignage

Quand la vie ne tient qu'à un fil

«On a débranché le patient.» Une affirmation qui pourrait donner une impression de pouvoir du corps soignant. Un pouvoir qui semble facile. Et, selon la perception des situations, ce pouvoir peut être critiqué, accepté, voire admiré.

Le CHUV est reconnu dans le domaine de la MHS (médecine hautement spécialisée) comme «Trauma Center» pour la prise en charge des patient·e·s traumatisé·e·s sévères, et il est également un des premiers Stroke Centers en Suisse. Cela nécessite la formation de tous et toutes les intervenant·e·s impliqué·e·s face à des prises de décision rapides qui vont déterminer la survie du·de la patient·e. La condition est une interaction et une communication interprofessionnelle vélocité entre les spécialistes parfaitement organisé·e·s. Ainsi, les progrès des interventions et évaluations de la réanimation, des spécialités chirurgicales, médicales et neuroradiologiques augmentent la chance de survie.

UN DÉFI CONSTANT MALGRÉ LES LIGNES DIRECTRICES

En mai dernier, en tant que membres d'une sous-commission de l'ASSM (Académie suisse des sciences médicales), nous avons révisé les directives médico-éthiques quant aux décisions de réanimation. Par rapport à d'autres pays, la Suisse a la chance d'avoir une marge de manœuvre et une grande liberté dans la prise de décisions liées aux projets thérapeutiques. Ceci dans le but d'augmenter les chances des patient·e·s de retrouver une qualité de vie décente et un maximum d'autonomie, même si des séquelles persistent. Tout cela semble évident et scientifiquement régi par des lignes directrices et des échelles d'évaluation des états de conscience altérée. Pourtant, chaque situation est un nouveau défi et chaque décision est individuelle.

Concrètement, la mission d'une équipe de neuro-rééducation aiguë est de contribuer au diagnostic du·de la patient·e en éveil pathologique du coma (après la phase de neuro-réanimation), d'évaluer le pronostic et le potentiel de rééducation, de mettre en place – en collaboration avec les équipes des soins aigus – les approches de neuro-rééducation aiguë et d'offrir des propositions d'orientation.

SE CONCERTER POUR FAIRE LE BON CHOIX

Toutefois, même avec ces éléments supplémentaires, en précisant le diagnostic et le pronostic du·de la patient·e, nous restons confronté·e·s, dans la majorité des cas, à la décision, non pas d'«arrêter la machine», réservée aux situations extrêmes, mais à celle de continuer le projet thérapeutique avec une trachéotomie et une neuro-rééducation intensive.

Ce choix nous confronte aux conséquences de maintenir en vie des personnes susceptibles de souffrir de séquelles neurologiques majeures définitives. La loi confie ce pouvoir décisionnel au·à la représentant·e thérapeutique, mais, en réalité, certaines familles ne souhaitent pas ou ne sont simplement pas prêtes à assumer une telle responsabilité. Dans la majorité des cas, c'est donc notre évaluation des séquelles et des lésions probables, de l'état du·de la patient·e quant à son autonomie, ses facteurs de contexte, sa capacité de réinsertion socio-professionnelle et la possibilité de retrouver une qualité de vie décente qui motivent les décisions. Dans ces situations, la responsabilité décisionnelle principale est assumée par le corps médical des soins intensifs. Notre façon de communiquer influence également les familles et le·la représentant·e thérapeutique. C'est pourquoi ces discussions doivent se faire de manière interprofessionnelle, entre les divers types de soignant·e·s concerné·e·s par le·la patient·e (thérapeutes, infirmier·ère·s, médecins). Il convient parfois de laisser du temps aux familles et de remettre en question le projet en cas de complication. Les équipes éthiques, spirituelles et palliatives jouent un grand rôle: celui d'entourer les équipes et les proches du·de la patient·e. Elles cherchent à évaluer si nos actions sont en harmonie avec le confort et le projet présumé de vie du·de la patient·e, un objectif individuellement adapté. ■



**PD MER Dre KARIN
DISERENS**
RESPONSABLE
DE L'UNITÉ
DE NEURO-
RÉÉDUCATION
AIGUË AU CHUV

Formation des médecins

Tenir compte de la finitude pour mieux accueillir les patient·e·s

Affronter la question de la mort dès le début du cursus est nécessaire, et les différent·e·s acteur·trice·s de la formation médicale l'ont bien compris. L'enjeu ne s'arrête pas au bon accompagnement de la fin de vie, il va bien plus loin.

Découvrir le métier de médecin est un cheminement riche et varié pour les étudiant·e·s en médecine et les médecins en formation, durant lequel ils et elles acquièrent tant un savoir-faire qu'un savoir-être. Un aspect singulier de ce cursus est la confrontation avec la mort, qui affecte, questionne et parfois même bouleverse. Les universités et les hôpitaux l'ont maintenant bien compris: depuis une dizaine d'années, parfois en lien avec des associations d'étudiant·e·s, ils intègrent des cours traitant de la mort. Ces cours permettent aux participant·e·s de mieux apprendre à accompagner les patient·e·s en fin de vie, mais également de prendre du recul concernant leur propre vécu face à la mort.

UN ENSEIGNEMENT CATALYSEUR D'UNE PRATIQUE HUMANISÉE

Tout l'intérêt de ces cours est qu'ils ne s'arrêtent pas à ces deux objectifs, mais apportent bien d'autres enseignements. Aborder la mort explicitement, considérer cette question comme faisant partie de la formation médicale peut influencer les participant·e·s de manière globale dans la manière dont ils et elles exerceront et se positionneront face à la pratique médicale. Le Prof. Didier Sicard affirmait que la médecine est un métier où «le sens est dans l'impuissance». Face à la difficile réalité de la finitude humaine, le défi pour les apprenant·e·s est de faire sens de ce qu'ils et elles traversent. Cette réflexion influe sur les valeurs et les motivations, et l'apprenant·e peut grandir en humanité dans sa pratique. Relevons au passage qu'il existe d'autres thématiques dans la formation ayant probablement aussi cet effet catalyseur, comme le fait de traiter du genre, de spiritualité ou de vulnérabilité sociale. Cette multiplicité des approches est bénéfique, car elle enrichit le regard des apprenant·e·s.

LE VÉCU SUBJECTIF DES PATIENT·E·S AU CŒUR DE LA PRATIQUE MÉDICALE

Toutes ces initiatives vont dans le même sens: elles permettent aux apprenant·e·s de développer une attention poussée au vécu subjectif des patient·e·s rencontré·e·s. La finalité est bien de comprendre, d'accueillir chaque patient·e au plus proche de qui il ou elle est, était et vit au moment de la rencontre.

En cette période de complexification grandissante de la médecine, apprendre à articuler technique et subjectivité du·de la patient·e est essentiel pour aider au mieux la personne souffrante. Comme l'écrivait Michel Serres: «Les médecins doivent développer et entretenir parallèlement deux têtes: l'une scientifique, l'autre empirique.»

UNE VISION POSITIVE

Cette évolution de la pédagogie ne traduirait-elle pas un changement de paradigme? Sans doute passons-nous d'une médecine cherchant la vie à tout prix à une médecine accompagnant chaque patient·e dans ce qui fait sens pour lui ou elle. Au cours de cet accompagnement, oser aborder les sujets difficiles est parfois nécessaire pour identifier et mobiliser les ressources des patient·e·s. Et peut-être aussi nos propres ressources de soignant·e·s? ■



Dr MARC-ANTOINE BORNET
SPÉCIALISTE EN MÉDECINE INTERNE GÉNÉRALE, CHAIRE DE SOINS PALLIATIFS GÉRIATRIQUES, CHUV

Enseignement postgradué de la communication clinique

Quoi de neuf?

«La communication, ça ne s'enseigne pas. Certain·e·s sont doué·e·s, d'autres pas.» Cette idée était répandue il y a trente ans, quand l'enseignement de la communication clinique en était à ses balbutiements. Nous retraçons rapidement ici son évolution telle qu'elle nous apparaît comme enseignant·e et chercheur·e¹.

Une première période a été marquée par la tendance à transmettre des aptitudes (*skills*) et techniques d'entretien. L'utilisation de jeux de rôle, de feedback-vidéo avec patient·e·s simulé·e·s et de supervisions a ensuite montré que 1) la communication ne peut être envisagée seulement comme une série de *skills*; 2) les difficultés observées sont souvent liées aux angoisses et défenses des clinicien·ne·s; 3) les aspects relationnels déterminent largement la qualité de l'entretien.

Une deuxième période a vu l'émergence et l'installation d'un enseignement repensé

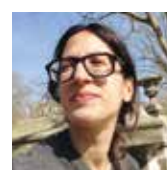
– traitant plus spécifiquement du monde interne du·de la clinicien·ne et de l'interaction avec le·la patient·e – et la définition de standards (*position papers*).

L'enseignement est récemment entré dans sa troisième période, laquelle se caractérise par un élargissement de la perspective au contexte institutionnel et sociétal et à ce qui (pré)occupe le·la clinicien·ne, un accent mis sur la réflexivité et un apport des sciences humaines et sociales. ■

¹ Stiefel F., Kiss A., Salmon P. et al. Training in communication of oncology clinicians: a position paper based on the third consensus meeting among European experts in 2018. *Ann Oncol* 2018; 29:2033-36.



Victor Simon,
Christ-Roi, 1941,
huile sur toile.
Photo: Claudine Garcia



**PD Dre CÉLINE
BOURQUIN**
RESPONSABLE
DE RECHERCHE
AU SERVICE
DE PSYCHIATRIE
DE LIAISON, CHUV



**Prof. FRIEDRICH
STIEFEL**
CHEF DU SERVICE
DE PSYCHIATRIE
DE LIAISON, CHUV

Mort et spiritualité

Se confronter à l'ultime

«J'ai 18 ans. Je m'inscris en médecine. J'ai choisi ma faculté. Elle affiche un seul objectif: faire de chacun de ses étudiant·e·s un médecin compétent et adapté aux besoins des patient·e·s. Je sais dans quelle vie je m'engage. Combattre les maladies et la mort, aider les malades dans leur souffrance sont des engagements sans répit.»

Ainsi s'exprime Bernard Guiraud-Chaumeil en entrée de son article intitulé «La formation idéale d'un médecin», paru dans *Les Tribunes de la santé* en 2007¹.

«Combattre les maladies et la mort», écrit-il. Dans le choix de la profession de médecin, il doit y avoir, d'une manière ou d'une autre, le désir plus ou moins avoué de faire reculer la mort. Pour certain·e·s, cela peut prendre l'allure d'un bras de fer. Pour d'autres, il s'agit peut-être plus de trouver à lui ôter son aspect terrifiant en apprenant à l'intégrer dans les composants de l'existence humaine.

Pour le psychologue de la religion que je suis, il y a ainsi dans la posture caractérisant la profession de médecin une dimension spirituelle, voire religieuse, qui ne peut être complètement ignorée. La pratique soignante pose inlassablement au médecin la question de savoir comment «vivre face à la mort», selon le bel intitulé d'un cours optionnel proposé aux étudiant·e·s de médecine de Lausanne (Tamchès *et al.*, 2017)². Cette posture relève en fin de compte d'une confrontation avec l'ultime. Impossible de ne pas aborder, avec l'un·e ou l'autre patient·e ou soignant·e, la question des limites et de l'au-delà. Il y a, certes, l'au-delà du champ des connaissances: la profession de médecin confronte continuellement aux limites du savoir. Mais il y a surtout l'au-delà de ce qui est en notre pouvoir: le médecin dispose de moyens pour combattre les maladies et retarder l'inéluctable. Ces moyens permettent d'accompagner le ou la malade jusqu'au seuil de la mort; mais ensuite, il y a l'au-delà de la vie.

que l'urgentiste. Pourtant, toutes et tous doivent quotidiennement faire l'aveu de leurs limites; toutes et tous font l'expérience de la finitude humaine et de la confrontation aux réalités ultimes. Et toutes et tous, lorsqu'ils et elles portent un regard rétrospectif sur leur carrière professionnelle, peuvent s'interroger sur leurs responsabilités suite à la mort de tel·le patient·e.

Alors je pose la question: pourquoi choisir la profession de médecin si ce n'est pour mettre la confrontation à l'ultime au centre de sa propre existence ou, pour le dire plus crûment, si ce n'est pour placer la question de la mort au cœur de sa vie?

Pour cette raison, nous dirons donc que le choix de la profession de médecin oblige à un questionnement spirituel au sens large, car il oblige à se poser pour soi et avec les patient·e·s les questions du sens de la vie, de ce qui en fait la qualité et la valeur. Elle oblige aussi à s'interroger sur le sens de la mort, sur la place qu'on peut lui donner dans un parcours de vie. Ces questions mobilisent une vision du monde, situent la pratique du soin dans une approche globale qui dépasse le geste technique et ouvre l'accompagnement du·de la patient·e sur ce que nous appelons la dimension spirituelle de l'existence, parce que située dans son rapport aux réalités ultimes. ■



Prof. PIERRE-YVES BRANDT
PROFESSEUR
DE PSYCHOLOGIE
DE LA RELIGION
À L'UNIL

PLACER LA MORT AU CŒUR DE SA VIE

Certes, tous les médecins ne sont pas exposés avec la même intensité à ces questions. La médecine sportive a d'autres perspectives sur la santé que les soins palliatifs. Le médecin de famille est moins souvent en contact avec la brutalité de la mort inattendue

¹ Guiraud-Chaumeil Bernard, «La formation idéale d'un médecin», *Les Tribunes de la santé*, 2007/3 (n° 16), p. 35-43. DOI: 10.3917/seve.016.0035. URL: www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2007-3-page-35.htm.

² Tamchès E., Benaroyo L., Bornet M. A., Hornung J. P., Borasio G. D. (2017). «Vivre face à la mort: faire prendre du recul à des étudiants de médecine lausannoise», *Revue Médicale Suisse* 2017; volume 3, n° 564, 1118-1121.

Fin de vie

Quelle mort souhaite-t-on et où?

Idéalement, nous souhaitons tous mourir paisiblement et sans souffrance entourés de nos proches. «Mourir, la belle affaire», nous dit Jacques Brel. Mais mourir seul, en souffrance, quelle mauvaise affaire!

C'est pourtant ce qui s'est produit dans certains EMS pendant la première ET la deuxième vague de la pandémie de Covid-19. Plus jamais ça! C'est l'un des principaux enseignements à tirer de cette cruelle pandémie.

Permettre à l'entourage d'être présent au bon moment, assurer des soins palliatifs de qualité (rapelons que la SVM a produit des guides de soins palliatifs¹) par des soignant·e·s formé·e·s et en suffisance: est-ce vraiment réalisable en dehors du milieu hospitalier, à domicile ou dans certains EMS, insuffisamment dotés en personnel qualifié et en médecins disponibles de jour comme de nuit?

Il faut de la formation continue en soins palliatifs et des moyens humains en suffisance. Où que cela soit, à domicile, en EMS, en milieu hospitalier. Permettant à tout un chacun de choisir le lieu de son départ, sereinement.

Il s'agit d'un vrai débat de société. Le politique et les assureurs doivent répondre à cette incontournable et légitime exigence. Il leur appartient de garantir les moyens nécessaires et leur financement honorable. Et ce n'est ni en abaissant abruptement le valeur du point de 4%, ni en laissant telle quelle la position TARDOC «visites à domicile». Car mourir seul et dans la souffrance, c'est mourir deux fois. ■

¹ www.svmed.ch/association/publications-svm/publications-thematiques



Dr JEAN-PIERRE RANDIN
MEMBRE DU COMITÉ
DE RÉDACTION
DU CMV

Sondage SVM

LES MÉDECINS AUSSI SOUHAITENT MOURIR À DOMICILE!

En juin dernier, la SVM a soumis un questionnaire à ses membres actifs pour mieux connaître leur lien avec la mort. Comment la considèrent-ils? Se sentent-ils bien préparés et/ou formés pour en parler avec leurs patient·e·s et les proches? Comment évacuer cette charge émotionnelle? Et qu'en est-il de leur formation en soins palliatifs?

Quelque 450 médecins ont répondu à nos questions, dont une majorité de médecins généralistes et psychiatres/psychothérapeutes qui pratiquent en cabinet (privé, groupe ou centre médical). Parmi elles et eux, 40% sont confrontés à la mort d'un·e patient·e plusieurs fois par an et 14% plusieurs fois par mois, voire chaque jour. Un quart des répondant·e·s a noté une augmentation des décès dus au Covid-19 parmi leur patientèle. Les deux tiers se sentent suffisamment formés pour aborder le sujet de la mort avec cette dernière. Ils ne sont plus

qu'une grosse moitié lorsqu'il s'agit de l'accompagnement de la famille en deuil. Au final, 70% estiment que la formation n'est pas suffisante dans ce domaine lors des études en médecine.

Pour évacuer la charge émotionnelle liée au décès d'un·e patient·e, les répondant·e·s n'hésitent pas à en parler de manière informelle avec des collègues médecins ou en intervision/supervision (65%), avec leurs proches (45%), avec des collègues non médecins (27%), mais aussi en sollicitant des spécialistes formé·e·s dans ce domaine (16%). En ce qui concerne les soins palliatifs, près de la moitié des répondant·e·s estiment que leur formation n'est pas suffisante. Pour pallier ce manque, 42% d'entre elles et eux misent sur la formation continue, alors que près d'un quart utilise le *Guide des soins palliatifs* de la SVM et un autre quart n'utilisent aucun outil. Enfin, 62% des répondant·e·s souhaitent mourir à domicile, 12% à l'hôpital et seulement 3% en EMS. ■

Mourir à l'hôpital

Elargir les compétences palliatives à tous les services

En Suisse, 80% des décès ont lieu à l'hôpital ou en EMS, alors qu'une importante majorité de la population souhaite décéder à domicile. Mourir à l'hôpital n'est donc généralement pas un choix consenti.

Si l'hôpital peut être perçu comme un lieu sécuritaire, il n'est plus ce lieu qui offre «l'hospitalité» et il est plus souvent considéré comme un milieu hostile. Il incombe donc aux soignant·e·s d'être à l'écoute des patient·e·s et de leurs proches afin que ceux-celle-ci puissent accueillir la mort avec sérénité. Si, dans notre société, la mort est cachée, elle reste également, trop souvent encore, vécue comme un échec par les médecins, ces derniers restant éloignés de la mort dans la plupart des services.

NE PAS LIMITER L'APPROCHE PALLIATIVE AUX SERVICES SPÉCIALISÉS

Dans notre environnement hospitalier, les soins palliatifs sont considérés comme les spécialistes de la mort. Cette approche, limitant les soins palliatifs aux services spécialisés, a montré ses limites durant la pandémie de Covid-19, d'où la nécessité d'élargir les compétences palliatives à l'ensemble des services hospitaliers.

Les unités de soins palliatifs accueillent 80% de leurs patient·e·s en provenance des soins aigus et 10% du domicile. Bien que les soins palliatifs ne se limitent pas à l'oncologie, 80% des patient·e·s en sont issu·e·s, et 80% décèdent à l'hôpital. Un retour à domicile reste rare, malgré l'accompagnement possible par les équipes mobiles.

Les soins palliatifs hospitaliers sont devenus plus techniques au cours des vingt dernières années, au risque de perdre leurs valeurs premières d'accompagnement et de soulagement des souffrances dans l'empathie et la dignité. Les soins palliatifs sont également contraints par les règles de financement DRG, peu incitatives à humaniser la prise en soins en limitant la durée des séjours.

CÔTÉ PATIENT·E, ANTICIPER POUR BÉNÉFICIER DE SOINS PERSONNALISÉS

Chaque fin de vie à l'hôpital représente une situation particulière. Bien mourir à l'hôpital devrait se préparer avant l'hospitalisation par des directives anticipées¹, discutées chaque fois que cela est possible avec le médecin traitant. Cette planification anticipée des soins faciliterait le travail des soignant·e·s dans leur accompagnement. Ils et elles pourraient ainsi mieux personnaliser leurs soins, en étant au plus près des besoins et des attentes des patient·e·s. L'individualisation des soins de fin de vie est facilitée par un vrai travail interdisciplinaire, seul à même de gérer, en l'absence d'un protocole idéal et universel, le cheminement vers la mort.

Accompagner une fin de vie à l'hôpital, c'est aussi savoir renoncer à proposer un nouveau traitement pour aborder sereinement et

ouvertement la réalité de la mort. C'est aussi utiliser toutes nos compétences et notre expérience en communication, afin de respecter les diverses représentations culturelles de la mort. C'est également, lors du décès, savoir la rendre supportable aux proches et aux soignant·e·s.

CÔTÉ SOIGNANT·E, NE PAS CONSIDÉRER LA MORT COMME UN ÉCHEC

Ces compétences, propres à tout accompagnement de fin de vie, représentent un vrai défi en milieu hospitalier, y compris en soins palliatifs, en raison des contraintes économiques fixées par nos modèles tarifaires.

L'avenir d'une mort digne à l'hôpital, quel que soit le service où cette mort survient, requiert des soignant·e·s l'acceptation de la mort comme un terme naturel de la vie, et non comme un échec professionnel. En plus des moyens technologiques à disposition, il passe d'abord par le développement de notre capacité d'écoute du·de la patient·e et le développement d'une sensibilité palliative au-delà des structures spécialisées. ■



Dr GÉRARD PRALONG
DIRECTEUR
MÉDICAL, HÔPITAL
DE LAVAL, FMH
MÉDECINE INTERNE,
FORMATION
APPROFONDIE
INTERDISCIPLINAIRE
EN SOINS PALLIATIFS

¹ Vaud: www.vd.ch/themes/sante-soins-et-handicap/patients-et-residents-droits-et-qualite-de-soins/les-droits-des-patients/mesures-anticipees/
FMH: www.fmh.ch/fr/prestations/droit/directives-anticipees.cfm

La mort à domicile

Une leçon d'humilité

Aucun doute: mourir à domicile fait partie de la notion d'une belle mort. Et c'est fréquemment que les patient·e·s, lorsqu'on les interroge à ce sujet, relèvent ce point comme étant l'un de leurs souhaits.

Le-la patient·e n'est du reste pas le-la seul·e à le souhaiter, parce que les soignant·e·s, toutes professions confondues, ont la même ambition d'accompagner leur patient·e jusqu'au bout. Les politicien·ne·s l'ont bien compris, puisque le développement de la prise en soins en fin de vie à domicile fait partie des objectifs du Conseil d'Etat pour cette législature.

L'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) n'est pas en reste. Dans son bulletin 01/2020, elle mentionne que «les projets consacrés à la prise en charge palliative à domicile sont d'une importance majeure dans la réflexion concernant l'avenir de la médecine et ses répercussions sur la société. Huitante pour cent des personnes interrogées dans notre pays souhaitent mourir chez elles. Huitante pour cent d'entre elles meurent actuellement dans des hôpitaux et des EMS. Il est urgent de trouver de nouvelles approches en adéquation avec ces aspirations.»

Il faut admettre que, sur le plan pratique, un tel projet reste grevé de nombreux obstacles, dont l'aboutissement est trop souvent une hospitalisation précipitée pour les derniers jours de vie. Au final, seul·e·s les patient·e·s qui choisissent de partir avec Exit ont la certitude de mourir à domicile. Il faut faire mieux.

Le thème est une leçon d'humilité pour toutes et tous les intervenant·e·s, car si l'appui actif de chacun·e d'elles et eux est une condition indispensable, elle n'est de loin pas suffisante: l'entourage reste un élément beaucoup plus sensible et souvent décisif. En outre, il peut s'avérer difficile d'avoir des veilleurs à disposition ou une disponibilité suffisante des soignant·e·s. Le TARMED porte sa part de responsabilité, lui qui hésite à comprendre ce que sont les soins d'un·e patient·e chronique complexe et qui ignore tout d'un·e patient·e mourant·e.

BESOIN D'UNE IMPULSION FORTE POUR PROGRESSER

L'expérience d'hospitalisation à domicile de la fin des années 1990 dans notre canton est précieuse: elle rappelle l'importance capitale du soutien des proches aidants, la satisfaction des patient·e·s et des intervenant·e·s, mais aussi la lourdeur administrative et parfois les difficultés de communication. Une fin de vie peut être l'occasion de découverte de petits bijoux: tout récemment, l'un de mes patients, mourant, s'est vu offrir l'aide bénévole de sa famille, des voisin·e·s de son immeuble et même de son ancien médecin traitant, à la retraite depuis peu d'années, pour une présence et des veilles. C'est cela, avec l'appui du CMS et de l'équipe mobile de soins palliatifs, qui a permis à ce patient de mourir paisiblement, entouré des siens, à la maison. Mais cette situation idéale n'est guère la règle.

Alors que faire? Il n'y a dans ce domaine aucune réponse simple, tant sont diverses les situations et les besoins. Pour avancer, cette question a besoin d'une impulsion forte, avec une aide de l'Etat, dont les contributions doivent pouvoir compléter le strict cadre assécurologique. Grâce aux expériences passées et aux compétences multiples des professionnel·le·s engagé·e·s, les moyens sont réunis pour que les vœux pieux décrits dans le rapport sur la politique de santé publique deviennent des réalités du quotidien. ■



Stanislaw Zagajewski, sans titre, s.d., sculpture en terre cuite. Photo: Danielle Caputo



Dr STÉPHANE DAVID
MÉDECIN
DE FAMILLE

¹ Bulletin ASSM 1/2020, éditorial du Prof. Daniel Scheidegger, www.samw.ch

Mourir en EMS

Agir pour nos aînés aujourd'hui, c'est agir pour nous demain

Hors pandémie de Covid-19, 44% des Suisses décèdent en EMS. Durant sa dernière année de vie, un·e résident·e sur trois sera hospitalisé·e au moins une fois. Seulement un tiers de ces hospitalisations sont dues à une chute.

Il a été démontré que l'hôpital n'est pas un lieu adéquat pour nos résident·e·s. Durant la dernière année de vie, ils et elles nécessitent 152 minutes de soins quotidiens en moyenne, que l'hôpital ne peut pas leur prodiguer. Ce qui amène à un déconditionnement, un impact important sur leur qualité de vie suivi d'une hausse de la mortalité pendant ou après l'hospitalisation. Sans compter les coûts pour la santé, en devant rétribuer à la fois l'EMS et l'hôpital.

La majorité des soignant·e·s ne savent pas où les Suisse·sse·s aimeraient mourir. Dans 81% des cas, c'est parce que la question n'a pas été posée. Quand le lieu est connu, dans 50% des cas, il n'est pas respecté. Comme médecin en EMS, je constate que la grande majorité de mes résident·e·s aspirent à mourir dans un cadre familial, entouré·e·s d'un personnel familial et de leurs proches. Ces derniers souhaitent faire de leur mieux pour leur parent·e et ils pencheront instinctivement vers une prise en charge hospitalière. Les résident·e·s sont nombreux·ses à indiquer toutefois dans leurs directives anticipées ne souhaiter aucun acte qui ne servirait qu'à prolonger la vie. Ce qui les inquiète le plus, c'est de souffrir.

Il y a souvent un amalgame entre prise en charge palliative et accom-

pagnement en fin de vie. Ce sont pourtant deux choses très différentes. L'une est basée sur la qualité de vie plutôt que sur sa prolongation. Elle n'exclut pas des investigations médicales. L'autre est un accompagnement vers la mort.

En ce qui concerne l'accompagnement en fin de vie, un nombre encore à définir d'EMS du canton de Vaud ne bénéficient pas de personnel sur place, la nuit, habilité à injecter des médicaments. Cela revient à dire que, dans certains EMS, nous pouvons mourir accompagné·e·s et soulagé·e·s la journée, mais devons gérer nos souffrances et nos angoisses la nuit, sans aide médicamenteuse adéquate. De surcroît, la dotation de nuit qui prévoit un·e soignant·e pour 30 résident·e·s est insuffisante pour assurer un bon accompagnement en fin de vie.

COMMENT RENFORCER LA QUALITÉ DE LA PRISE EN SOINS?

Afin de diminuer les hospitalisations évitables, maintenir une qualité de vie décente le plus longtemps possible et accompagner correctement nos résident·e·s vers la mort, il faudrait, entre autres:

1. lancer une démarche palliative bien plus tôt, avec, dans les directives anticipées, un questionnement sur les objectifs des

traitements, examens ambulatoires et hospitalisations;

2. poser la question du lieu du décès souhaité et le mettre en balance avec les objectifs d'une hospitalisation;
3. que l'Etat exige la présence de personnel sur place la nuit dans chaque EMS, habilité à injecter des médicaments;
4. mettre en place un système de piquet afin de doubler les veilleurs les nuits qui précèdent le décès.

Dans un pays où presque un·e Suisse·sse sur deux meurt en EMS, nous devrions assurer, dans tous nos établissements, une qualité de vie et une mort la plus sereine possible, pour les résident·e·s d'aujourd'hui et pour nous, résident·e·s de demain. ■



DRE SANDY ESTERMANN
MÉDECIN
GÉNÉRALISTE
EN CABINET
ET MÉDECIN EN EMS

Check-up **humour**





Ce qu'en pense...

BERNARD CRETTAZ
SOCIOLOGUE ET ETHNOLOGUE

La mort sortie du silence retourne-t-elle à son enfermement?

Je suis originaire d'une société traditionnelle de montagne où la mort était omniprésente et où, depuis l'enfance, nous étions initiés à la totalité du processus mortuaire. Les morts de mon village, je les ai vus et touchés; c'était une tâche des enfants de tenir compagnie au mort pendant la journée et de nous effacer lorsque commençait la veillée mortuaire.

Lorsque je suis arrivé en ville et après mes études de sociologie, j'ai fait partie des personnes sollicitées par le syndicat des entreprises mortuaires pour créer la Société d'études thanatologiques. Nous avons alors commencé à parler publiquement de la mort, hors des églises et du cercle médical. Cette expérience a été contrebalancée par plusieurs développements de colonisation de la mort. Parmi ces derniers, on peut citer les efforts de médecins réduisant la mort à un simple processus biologique, d'autres entre médecine et science parlant de victoire définitive sur la mort et de la mort de la mort. Parallèlement, dans le sillage du médical et du paramédical, toute une série de pouvoirs et de savoirs sur le processus du deuil sont nés. La Dre Kübler-Ross en est la pionnière.

Face à ces tentatives d'évacuer la mort, deux expériences, entre 1999 et 2002, ont orienté mon activité. La première a eu lieu lors d'une exposition réalisée à l'annexe de Conches du Musée d'ethnographie de Genève intitulée *La mort à vivre*. Quant à la seconde, il s'agissait de cours consacrés à la mort, que j'ai dispen-

sés durant deux semestres à l'Université de Genève. Des événements bouleversants pour moi. A ces occasions, j'ai découvert la tyrannie des secrets liés à la mort. Elle concerne tout autant des personnes âgées que des jeunes.

A l'issue de ces deux expériences, j'ai décidé d'ouvrir un espace pour parler librement de la mort. J'ai choisi le café, le bistrot ou le restaurant pour organiser des Cafés mortels, un concept qui a ensuite émigré dans 78 pays sous la forme de *Death Cafe*. Cela m'a permis de tout entendre de la mort durant une grossesse, de celle des enfants, des adolescents. Tant de personnes âgées n'attendaient que ce moment pour parler de leur propre mort. Les préoccupations sur la manière de mourir ont souvent été évoquées: Exit ou pas Exit, jeûne définitif... D'autres venaient parfois de loin pour faire des aveux: «De l'avis médical, je sais que je suis condamné à court ou à moyen terme, mais je ne peux en parler ni à ma famille, ni à mes proches.» A propos du suicide enfin, j'ai senti une lente libération de la parole et découvert comment cette mort-là habite de très nombreuses familles.

La conscience et l'actualité de la mort agissent par vagues, entre soulèvement et abaissement. L'expérience du coronavirus a suscité à ses débuts une conscience de la mort et la vague a atteint certains sommets lorsqu'elle s'est approchée de nous en Italie du Nord. Mon identité mortelle de personne à risque, je l'ai abondamment perçue. Chaque jour, le nombre de morts s'affichait sur nos écrans avec ostentation et signifiait l'urgence de nous préparer à la mort, y compris, pour certains, dans la solitude. Puis, par étapes, avec le lent processus de déconfinement, la mort s'est peu à peu éloignée. Dans ce laps de temps extrêmement court des années 2020-2021, la crise en tant que phénomène anthropologique a saisi chacun de nous. Nul ne peut dire aujourd'hui s'il y aura un monde d'après et ce qu'il sera: vivrons-nous la folie meurtrière ou des années folles comme après la grippe de 1914-18? ■

Voir livre *Cafés mortels* en p. 27.

Assemblée des délégués du 24 juin 2021

Résolution adoptée

à l'attention du Conseil d'Etat

Lors de la 71^e Assemblée des délégués de la SVM, qui s'est déroulée le jeudi 24 juin 2021 à l'hôtel Mövenpick à Lausanne, une grande partie de l'après-midi a été consacrée à une discussion sur la volonté exprimée ce printemps par le Conseil d'Etat vaudois de faire baisser dès 2022 la valeur du point TARMED pour tous les médecins installés. Et ce via un mécanisme dont la non-conformité a été stigmatisée dans un arrêt récent du Tribunal administratif fédéral (TAF) sur recours de la SVM. L'AD a finalement adopté massivement une résolution à l'attention du Conseil d'Etat lui demandant, outre le respect du droit fédéral, davantage de considération pour le corps médical et surtout une prise en compte de l'intérêt des patients à disposer d'un accès à une médecine de proximité, au surplus dans un contexte annoncé de fragilisation et de croissance de la population. S'en est suivie une conférence du conseiller national Olivier Feller intitulée «L'Etat malade de ses données sur la santé?». ■



PLUS DE DÉTAILS SUR
www.svmed.ch/assemblee-des-delegues-du-24-juin-2021/

Appel du Comité de rédaction

Bienvenue aux femmes médecins!

Malgré le souci permanent du Comité et du secrétariat de rédaction du CMV de donner la parole de manière équilibrée aux femmes et aux hommes, il nous est parfois encore difficile de trouver des femmes médecins qui acceptent de prendre la plume dans cette publication, qui est pourtant aussi la leur. Nous invitons donc les docteuses et professeures intéressées à écrire dans le CMV sur l'un ou l'autre thème spécifique à nous le faire savoir (cmv@svmed.ch). Avec une plus grande diversité de points de vue et d'auteur-e-s, la qualité du CMV n'en sera que renforcée! Nous en profitons pour remercier les Dres Sophie Barcelo et Sandy Estermann, qui ont récemment rejoint le Comité de rédaction du CMV. ■

Webinaire SVM

Se mettre à son compte, quels impacts sur la prévoyance?

Vous vous installez et ne maîtrisez pas toutes les questions de prévoyance professionnelle? Le webinaire de la SVM, diffusé le 10 juin dernier, répond à toutes vos questions sur les 2^e et 3^e piliers, et sur vos avantages fiscaux. Vous y découvrirez également les points forts du fonds de prévoyance de la SVM. ■

POUR (RÉ)ÉCOUTER PATRICK OYON
ET CHRISTOPHE CAVIN, DES RETRAITES
POPULAIRES, SCANNER LE QR CODE



Enquête RoKo

Donnez à la SVM les moyens de **vous soutenir** dans les négociations tarifaires

A l'heure où le Conseil d'Etat envisage une baisse de la valeur du point vaudois (VPT) pour le 1^{er} janvier 2022, seules des données fiables sur la réalité des charges peuvent permettre à la SVM de continuer à défendre une VPT juste.

Le relevé annuel RoKo nous permet de déterminer l'évolution des charges des médecins comparativement au chiffre d'affaires. Ces informations sont capitales pour mener à bien les négociations avec les différents partenaires tarifaires! Plus la participation est élevée, plus les données sont représentatives. Cette année encore, nous appelons tous nos membres concernés à apporter leur contribution dans les meilleurs délais. Bien entendu, toutes les données personnelles sont strictement confidentielles et anonymisées.

Les membres admis à la SVM avant le 1^{er} janvier 2020 ont reçu ou vont très prochainement recevoir l'enveloppe contenant tout le matériel nécessaire. Si le temps vous manque pour vous en charger personnellement, vous avez la possibilité d'envoyer quelques documents comptables anonymisés à la Caisse des médecins, qui fera gratuitement la saisie pour vous. Vous pouvez également transmettre vos codes d'accès à votre fiduciaire en lui déléguant la saisie. Merci de votre participation! ■



SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE



Formations GMEMS 2021

Sous réserve
de modifications -
svmed.ch

Je participe (merci de cocher)

**VISIO-
CONFÉRENCE**

Judi 30 septembre à 17h – formation: Dr Tony Tai – médecin interne généraliste FMH avec une formation approfondie en médecine palliative ISFM, accompagné de Mme Gaëlle Krummenacher, infirmière spécialisée
☐ **«Soins palliatifs en EMS: entre souhait et réalité»**

Judi 11 novembre à 16h30 – Assemblée générale suivie d'une formation (Fondation La Rozavère): Mme Nadja Eggert, maître d'enseignement et de recherche au Centre interdisciplinaire de recherche en éthique, et Me Micaela Vaerini, avocate spécialiste FSA droit de la famille

«La maltraitance et les mesures de contention»

- ☐ **16h30-17h30, Assemblée générale du GMEMS**
☐ **17h30, formation,** Mme Nadja Eggert et Me Micaela Vaerini
☐ **Cocktail**

INSCRIPTION GMEMS

En ligne : www.svmed.ch/formation-pratique/formation-continue-svm
 ou à faxer au **021 651 05 00**
 EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

Prénom

Nom

Rue

NPA

Localité

Tél.

E-mail

Date

Signature

Cachet du cabinet

LES JEUDIS DE LA VAUDOISE

Sous réserve de modifications – Programme et inscription en ligne sur svmed.ch

Programme 2021-2022

Suivez
les formations
en
visioconférence

INSCRIPTION EN LIGNE SUR

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

Abonnements :

■ **membres SVM: CHF 345.-**

■ **non-membres SVM: CHF 395.-**

- **16 septembre 2021 Néphrologie**
- **7 octobre 2021 Chirurgie viscérale / Proctologie**
- **11 novembre 2021 Dermatologie**
- **2 décembre 2021 Urgences et garde domiciliaire**
- **13 janvier 2022 L'avenir de la médecine interne générale au cabinet**
- **10 février 2022 Infectiologie**
- **10 mars 2022 Covid-19: quels enseignements pour la médecine interne générale après deux ans?**
- **5 mai 2022 Nutrition: mythes et réalité**
- **16 juin 2022 Approches manuelles dans les douleurs musculo-squelettiques**

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

Cours en présentiel à l'auditoire César-Roux ou en visioconférence selon l'évolution de la crise sanitaire.

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, Prof. 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 (formation continue), quatre jours après le déroulement d'un JVD.

Le souci de l'au-delà passe d'abord par le soulagement des maux

Le médecin est depuis toujours au carrefour entre la vie et la mort: il la vit, il la subit, il la combat, il s'interroge, et ce, depuis des siècles. Le présent article essaie modestement de l'illustrer.



Dr PHILIPPE VUILLEMIN
MÉDECIN
GÉNÉRALISTE

Mis à part la médecine hospitalière et les pédiatres, le médecin de famille est de nos jours relativement peu confronté à la mort de l'enfant et encore moins à celle in utero. Au XVIII^e siècle et quelles que soient les spécialités, la gynécologie-obstétrique occupe une grande place dans l'activité médicale. Dans la France très catholique de cette époque, se pose la question du baptême d'un enfant dont le médecin subodore qu'il pourrait mourir in utero ou à la naissance. Non baptisé, il n'ira pas en enfer, certes, mais au paradis non plus: il finira dans les limbes. «Que faire?» se demande Jean Astruc, professeur royal de médecine et consultant du roi, qui rédige un livre sur «l'art d'accoucher» en 1766. En accord avec la Sorbonne et après un vif débat sur la validité du baptême, seul moyen de renaître en Jésus-Christ, il est admis que le médecin ou la sage-femme introduira une canule dans l'utérus gravide et injectera de l'eau bénite, si possible en présence d'un prêtre, qui récitera les formules sacramentelles du baptême. Si l'enfant naît malgré tout vivant, la cérémonie sera répétée. Evidemment, cette manipulation nous interroge... sur ses effets secondaires! Dans un tout autre domaine, le XVIII^e siècle se passionne pour la «suffocation», terrain de prédilection du risque de mort apparente, avec la terreur de l'enterrement ante-mortem. Le Dr Prévinare, médecin à Bruxelles, publie un ouvrage sur les asphyxies en

1788, et s'intéresse en particulier à la noyade, citant les travaux de Tissot et De Haller. La noyade est un problème médico-légal grave, dans le sens où personne ne veut porter secours de peur de se faire accuser d'homicide. Cela contraint Berne à ordonner de «sortir de l'eau les personnes qui se noyent, sans que pour ce qu'il soit nécessaire de la permission du juge» (*sic*). Les Hollandais préconisent pour leur part d'insuffler de la fumée de tabac dans le colon. Dans la foulée, De Haller invente une machine ad hoc.

VIVRE AVEC LA MORT, LE QUOTIDIEN DU MÉDECIN

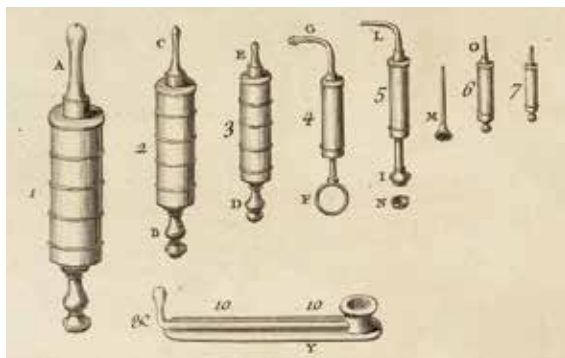
La noyade pose un autre problème médico-légal aux médecins du XVIII^e siècle. Car, comme le relèvera le Conseil d'Etat plus tard dans ses rapports de 1841 et 1861, la noyade est de loin, avec la strangulation, le premier instrument de suicide. Or, jusqu'en 1798 – et le Coutumier du Pays de Vaud de 1776 l'atteste –, le droit en matière de procès judiciaires se base sur le code criminel de Charles Quint, qui oblige le médecin à poser ce diagnostic pour que le corps du suicidé soit «enterré au lieu du supplice accoutumé par l'exécuteur de Haute-Justice». Ce même code punit le médecin responsable de la mort de son patient, et «si le médecin avait agi avec la volonté de tuer, il sera condamné de même qu'un assassin volontaire». Il en reste quelques traces contemporaines autour du suicide assisté.

La mort, le médecin la vit au quotidien avec la population qui l'héberge. Cette proximité le faisant réfléchir, cela lui permet de trouver des solutions novatrices. La «petite vérole» est un désastre de santé publique au début du XVIII^e siècle, sa réponse sera la vaccine. Les guerres et leur cortège de blessures et de maladies tuent plus que les balles. Sa réponse sera de panser, amputer et évacuer pour empêcher le typhus de se répandre.

Nos prédécesseurs vivaient la mort, et donc la leur, comme étant dans l'ordre des choses. Il leur importait de soulager et de soigner; le reste était l'affaire du clergé. ■

Divers types de seringues répertoriés par Salmon à la fin du XVIII^e siècle. Les n^{os} 4 et 5 sont des seringues à baptiser in utero, dotées de trois canons différents.

Source gallica.bnf.fr/
Bibliothèque nationale de France.
Extrait de Salmon, Pierre-Alexandre.
Art du potier d'étain. Première et seconde parties. Paris, Moutard, 1788, planche XI.





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

130 ans
1891 - 2021

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

- 7 salles d'opération à la pointe de la technologie
- Plus de 560 médecins accrédités indépendants
- Quelque 600 collaborateurs à votre service

www.etcdesign.ch - Photo: Th. Zülfrey

 **Clinique de
La Source**

La qualité au service de votre santé
www.lasource.ch

THE SWISS
LEADING
HOSPITALS

ESPRIX
Prix d'Excellence 2014

EFQM
Recognised for excellence

AROMED

LA FONDATION DE PRÉVOYANCE
PROFESSIONNELLE

- Un médecin indépendant sur quatre nous fait confiance en Suisse Romande
- 100% des versements défiscalisés
- 2.6% de rémunération moyenne sur 10 ans

Fondation AROMED, Route des Avouillons 30, 1196 Gland

T +41 (0)22 365 66 67 | info@aromed.ch | www.aromed.ch

Une école médicale lémanique, est-ce possible?

«Fusionnons nos deux hôpitaux universitaires», écrit le Dr Philippe Eggimann dans le dernier numéro du CMV. «Il y a un nouveau réseau à inventer: le premier est venu d'en haut, celui-là viendra d'en bas», ajoute Charles Kleiber.

J'ai participé à toutes les séances de la commission interparlementaire et j'ai voté, le 23 septembre 1997, en faveur du Réseau hospitalo-universitaire de Suisse occidentale (RHUSO). J'avais l'intime conviction qu'il s'agissait d'un projet novateur, voire révolutionnaire, pour le développement d'une médecine globale au service de la science et de la santé des citoyen·e·s de l'Arc lémanique, permettant de créer aussi une école médicale lémanique à terme. J'ai relu tous les débats de commission, ceux du Grand Conseil et le texte lui-même. Cela reste d'une totale actualité. Au temps où la pandémie a démontré l'esprit d'indépendance des cantons, on peut oublier la fusion. Si l'on parle de rassembler les forces et les connaissances pour une médecine ambitieuse voulue



par la «base», le «venir d'en bas» se heurte au débat très concret des salaires, de l'ego et des revendications des professionnel·le·s d'être reconnu·e·s dans leur spécificité. La commission avait reçu tous ceux «d'en bas» qui s'étaient manifestés, et ils étaient nombreux: assureurs, sociétés médicales, syndicats, etc. Ils ont modelé la Convention et les politiques les ont

suivis plus qu'ils n'ont imposé leur vision. Le politique doit néanmoins définir le cadre, la légalité et la praticabilité de la Convention. Les luttes de pouvoir ont coulé le projet. Il a fallu en tirer les conséquences. Il y eut une plateforme Vaud-Genève et un Conseil des hospices avec plusieurs Genevois. Tout s'est délité. Mais tel un chêne qu'on abat, la jeune pousse qu'il cachait a engendré l'Hôpital intercantonal Riviera-Chablais, Vaud-Valais. Il fallait relancer le débat vingt-cinq ans après, avec des générations différentes et dans un contexte qu'on imagine différent. Une convention de type HES-SO pourrait être une piste à explorer. Je leur souhaite plein succès en méditant la conclusion de Charles Kleiber: «Le combat sera sans fin», *bottom up ou top down!* ■

DR PHILIPPE VUILLEMIN, DÉPUTÉ

impressum

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
Aurélien Moeri Michielin, ftc communication
Fabien Wildi, ftc communication

Collaboratrices externes
Adeline Vanoverbeke, Elodie Maître-Arnaud

Comité de rédaction du CMV
Dre Sophie Barcelo, Prof. Jacques Besson,
Dr Philippe Eggimann, Dre Sandy Estermann,

Dr Henri-Kim de Heller, Dr Jean-Pierre Randin,
Dr Patrick-Olivier Rosselet, Dr François Saucy

Conception et mise en page
Inédit Publications SA

Régie des annonces
Inédit Publications SA
Tél. 021 695 95 95 – www.inedit.ch

Illustrations
Couverture: Collection de l'Art brut,
Michel Nedjar, sans titre, ca 1981 – chiffons, ficelles,
enduits de terre séchée. Photo: Arnaud Conne.
Félix Imhof (p. 14), Elisabeth Crettaz-Stürzel (p. 20),
Bibliothèque nationale de France – gallica.bnf.fr
(p. 24)



Giovanni
Battista Podestà,
L'inferno, s.d.,
technique mixte
Photo: Danielle Caputo

Les illustrations du dossier «Les médecins et la mort» nous ont été généreusement prêtées par la Collection de l'Art brut. Ne manquez pas la prochaine exposition:

**5^e Biennale de l'Art brut: Croyances,
du 17 décembre 2021 au 24 mai 2022.**

Plusieurs auteurs d'Art brut illustrent des sujets mystiques en les réinterprétant ou en s'appropriant des rites religieux. D'autres inventent une doctrine pour leur propre usage et intègrent leurs productions à leur nouvelle confession, en les utilisant comme support à des prophéties. Quant aux nombreux spirites ou médiums, ils créent sous la dictée d'esprits et se soustraient ainsi à la paternité de leurs travaux.
www.artbrut.ch



La mort: une inconnue à apprivoiser

Des étudiants en médecine se sont questionnés en découvrant l'anatomie humaine au début de leur cursus. Confrontés au corps mort, ils ont voulu réfléchir au sens à donner à leur vécu de cette expérience. Rapidement, ils ont compris que ce n'était que la première marche d'un face-à-face avec la mort qui les accompagnera durant toute leur carrière médicale. Ils ont décidé de mieux se préparer à soigner et à accompagner jusqu'au bout de la vie en partageant des vécus singuliers. Leur réflexion s'est traduite par la création de ce recueil de textes. Etudiant en médecine, aumônier, infirmière, médecin, professeur: ici, chacun est devenu être humain. ■

Editions Favre (2013) – 132 pages. 16 francs. Pour l'obtenir: www.payot.ch

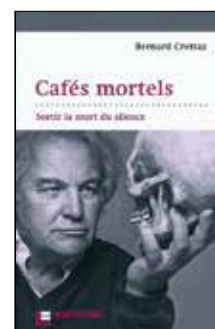
Cafés mortels – Sortir la mort du silence

Dans la foulée des cafés philo, des Cafés mortels réunissent en Suisse dès 2004 des assemblées de personnes autour de la mort, pour l'extirper du ghetto dans lequel la plongent les secrets de famille, le mythe de «la bonne fin» et notre société consumériste qui a peur de la voir en face. Dans ces réunions de bistrot, les participants s'expriment à bâtons rompus sur des deuils vécus et qui souvent ne passent pas. En six ans, soit jusqu'en 2010, 40 Cafés mortels ont mobilisé plus de 3000 participants, sous la conduite de Bernard Crettaz, qui dresse dans ce livre un bilan de cette expérience et de cet engouement uniques. Au-delà des témoignages dont il se fait l'écho, Bernard Crettaz explique les règles à suivre pour que la parole sur la mort se libère des discours exclusivement thérapeutiques ou institutionnels. Pour l'auteur, il est en effet vital de restituer à la mort sa réalité irréductible, sauvage, brutale et scandaleuse, cette dimension qui ouvre sur la vie et sur la vérité. ■

Editions Labor et Fides (2010) – 129 pages. 28 francs. Pour l'obtenir: www.payot.ch

Découvrez également le dernier ouvrage de Bernard Crettaz intitulé *Et comme l'espérance est violente* (Editions Monographic, 2021), qui aborde largement le thème de la mort. A commander sur www.livres.ch (29 francs).

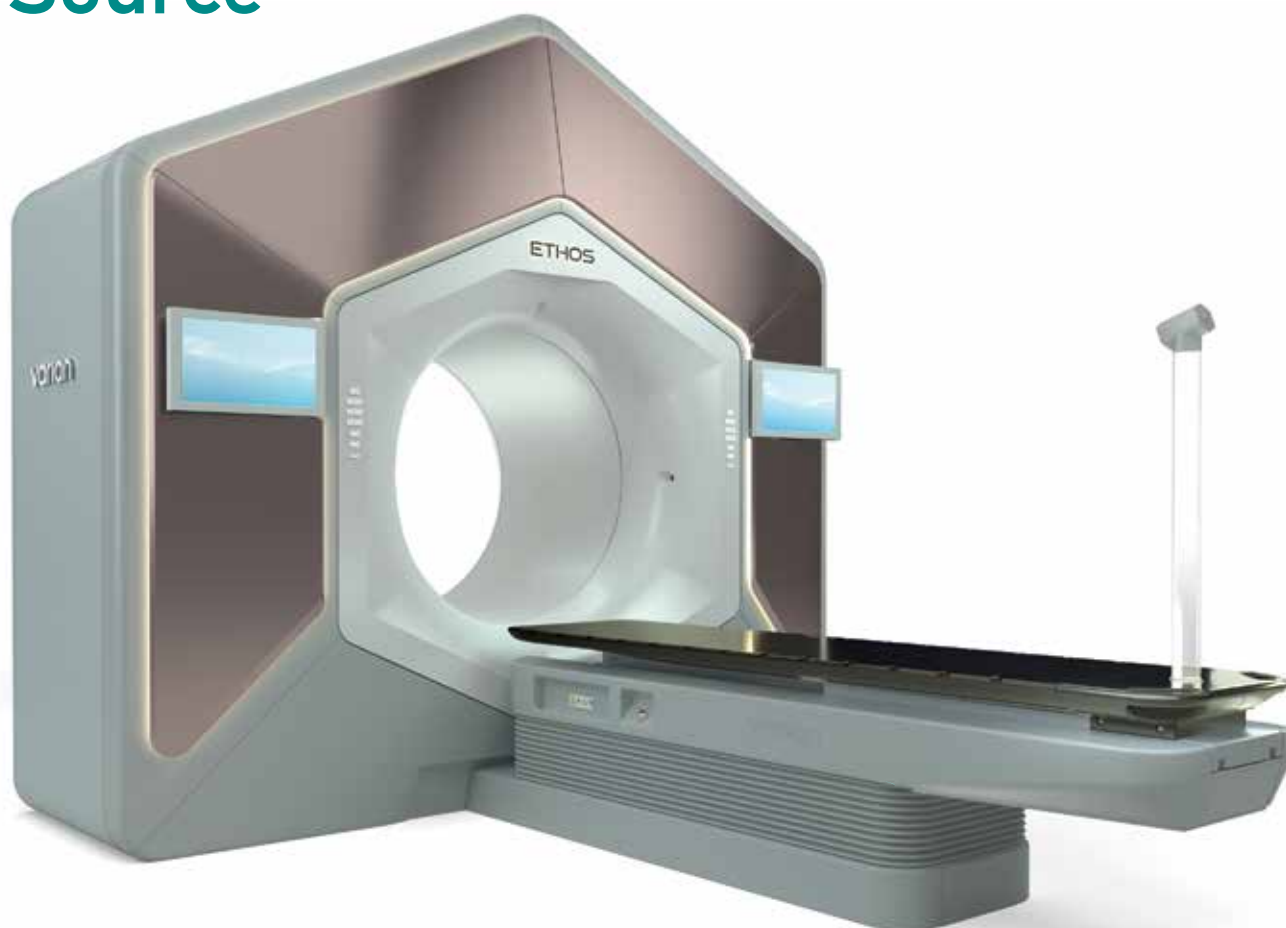
Voir également article en p. 20.



Mourir – Ce que l'on sait, ce que l'on peut faire, comment s'y préparer

La peur de souffrir, celle de ne plus se sentir respecté comme individu et celle de la perte de contrôle sont parmi les plus grandes préoccupations des malades en fin de vie. A travers cet ouvrage, Gian Domenico Borasio, professeur ordinaire de médecine palliative au Centre hospitalier universitaire vaudois, voudrait nous aider à porter un regard lucide et serein sur la finitude de notre existence. Critique envers les excès d'une médecine «techniciste» qui parfois s'acharne à rallonger artificiellement la vie, refusant la banalisation de l'assistance au suicide, il défend la voie tracée par la médecine palliative, qui combine l'apaisement des souffrances physiques et l'accompagnement spirituel et social du mourant et de ses proches. ■

Presses polytechniques et universitaires romandes (2020) – 155 pages. 17 fr. 50. Pour l'obtenir: www.payot.ch



L'intelligence artificielle révolutionne la prise en charge en radiothérapie

UNE PREMIÈRE EN SUISSE ROMANDE

Le Centre de radio-oncologie de La Source investit toujours plus afin d'offrir des traitements de plus en plus précis à ses patients atteints de cancer.

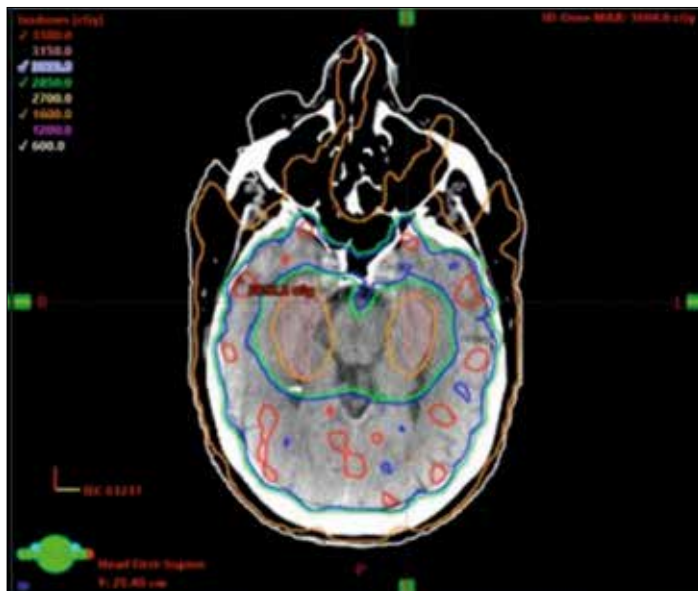
Dès cet automne, le Centre de radio-oncologie de la Clinique de La Source sera la première institution de soins romande à offrir à ses patients un traitement de radiothérapie adaptative basé sur l'intelligence artificielle. Le Centre de radio-oncologie de La Source vient de faire l'acquisition de l'accélérateur de nouvelle génération Ethos™ qui révolutionne la prise en charge en radiothérapie oncologique. Explications avec le Dr Abderrahim Zouhair, Médecin spécialiste en radio-oncologie, Privat docent et Directeur du Centre de radio-oncologie de La Source.

UNE NOUVELLE ÈRE POUR LA RADIOTHÉRAPIE ADAPTATIVE

Premier système de radiothérapie au monde piloté de bout en bout par l'intelligence artificielle, Ethos™ est équipé d'un algorithme qui lui permet de modifier le traitement en fonction de l'anatomie du jour du patient, lorsqu'il est sur la

table d'irradiation. Son logiciel est ainsi capable de calculer la dose de rayons optimale à délivrer, en direct, en fonction des images acquises pendant la séance, de l'évolution de la tumeur et des modifications de positionnement des organes adjacents. « C'est là que se situe l'avancée révolutionnaire de ce système et que le terme de radiothérapie adaptative prend tout son sens » indique le Dr Zouhair. « Ethos™ nous permet de résoudre deux problèmes : le changement de forme et de

Le recours à l'intelligence artificielle permet au système d'adapter le traitement d'une séance à l'autre.



Exemple de la précision des délimitations d'anatomie d'un cerveau avec l'imagerie Ethos™

Référence :

Reynoso FJ, Pryser E, Hugo GD, et al. Semi-Automated Hippocampal Sparing Avoidance Whole-Brain Radiotherapy Using a Commercially Available Artificial Intelligence Toolkit. *American Society of Radiation Oncology. Online. 2020.* Washington University, St. Louis, MO

Cette technologie garantit une meilleure protection des tissus et des organes sains situés autour de la tumeur.

taille de la tumeur en cours de traitement, ainsi que les mouvements et la variation de volume des organes avoisinants (les seins, la vessie ou le rectum qui gonflent par exemple). »

Le recours à l'intelligence artificielle permet au système d'adapter le traitement d'une séance à l'autre selon la situation anatomique du patient le jour J. Lors de chaque nouvelle séance, le logiciel va donc recalculer la cible et la dose de rayons à délivrer de façon à ce que le traitement soit administré avec une meilleure précision. Mais si l'appareil permet un gain de temps considérable pour le radiothérapeute, il n'en reste pas moins que la présence de ce dernier reste obligatoire pour valider le traitement proposé ou l'ajuster si nécessaire.

MIEUX PROTÉGER LES ORGANES ET TISSUS SAINS

En permettant un ciblage plus précis des rayons, cette technologie garantit une meilleure protection des tissus et des organes sains situés autour de la tumeur. De plus, l'adaptation du calcul de la dose en temps réel, en fonction de la taille de la structure à traiter, donne au patient l'assurance de recevoir chaque jour uniquement la dose strictement nécessaire à son traitement. Ceci contribue à diminuer les effets secondaires. Et il en va de même pour les coûts de la santé puisque



Dr Abderrahim Zouhair
Directeur médical
Médecin spécialiste en radio-oncologie



Dre Laetitia Porta
Médecin spécialiste en radio-oncologie

l'efficacité du système permet de réduire la durée des séances et le nombre de scanners de planification. «Ethos™ met l'intelligence artificielle au service de nos patients en radiothérapie. Il représente un réel progrès dans la personnalisation des soins à laquelle nous sommes particulièrement attachés à La Source» conclut de Dr Zouhair.

Toutes les prestations ambulatoires proposées au sein du Centre de radio-oncologie de La Source sont accessibles avec une assurance de base, aux mêmes tarifs que ceux des hôpitaux publics.



La Source
RADIO-ONCOLOGIE

Centre de radio-oncologie La Source

Avenue Vinet 30 - 1004 Lausanne
Tél. : +41 (0)21 642 70 00
accueil.radio-oncologie@lasource.ch

Docteure Véronique Chaudet Briaux

Des cabinets aux parchets

Jeune retraitée, la Dre Véronique Chaudet Briaux n'en demeure pas moins une femme très active. Depuis son domaine viticole familial de Rivaz en Lavaux, elle multiplie les projets. Ici et ailleurs.

Issue d'une famille de vignerons de Lavaux, la Dre Véronique Chaudet Briaux n'a jamais quitté la région. «Je n'ai pas été une grande migratrice», s'amuse-t-elle. Retraitée depuis trois ans de son activité médicale, elle a repris en 2007 le domaine viticole familial. «Mon frère n'a pas souhaité prendre la suite de mon père et je ne voulais pas laisser disparaître ce patrimoine.» C'est donc en «ajoutant des heures aux heures» qu'elle a mené de front pendant une dizaine d'années sa profession de gynécologue obstétricienne et la gestion administrative et commerciale du Domaine Chaudet à Rivaz, avec l'aide de son mari. Pas de quoi effrayer cette mère de cinq enfants et grand-mère de trois petits-enfants, qui se qualifie volontiers de «multi-casquette».

ENDURCIE PAR SON MILIEU

C'est «sur le tard» – à 24 ans – que la Dre Véronique Chaudet Briaux commence ses études de médecine à l'Université de Lausanne, après avoir suivi une première formation d'infirmière. La gynécologie obstétrique s'impose à elle au fil des stages. Elle en fera sa spécialité. Après une formation au CHUV, à Yverdon-les-Bains et à l'Hôpital Riviera, elle ouvre, à Vevey en 2002, son cabinet privé de gynécologie obstétrique, «sans accès à l'hôpital». «On m'avait clairement signifié qu'il n'y aurait jamais de place pour moi», raconte-t-elle. «C'était il y a vingt ans et c'était vraiment une autre époque. Aujourd'hui, on compte 80% de femmes dans la profession, et c'est très bien ainsi.»

Cette misogynie qu'elle évoque à mots à peine couverts, la Dre Véronique Chaudet Briaux l'a ressentie très tôt: «Mes trois premiers enfants sont nés pendant mes études, les quatrième et cinquième alors que j'étais assistante. Autant vous dire que j'étais considérée comme une extraterrestre!» Qu'à cela ne tienne. Elle encaisse les remarques et les propos dénigrants de certains collègues ou chefs de service. «Il faut dire que le milieu terrien dont je viens n'est pas tendre non plus avec les femmes; ça m'a endurcie», explique-t-elle.

FÊTE DES VIGNERONS ET EAST VILLAGE

Quand elle remet son cabinet veveysan en 2018, c'est pour préparer sa troisième Fête des vignerons. «Je m'étais engagée dans le chœur, ce qui demandait beaucoup de répétitions, et je voulais m'y consacrer pleinement», raconte-t-elle. «J'ai donc pris un peu d'avance sur ma retraite.» De sa carrière de gynécologue obstétricienne, la Dre Véronique Chaudet Briaux regrette surtout le relationnel avec ses patientes: «J'ai compensé mon absence de pratique à l'hôpital en prenant largement le temps d'échanger avec elles lors de mes consultations.» Elle avoue à l'inverse que la pratique médicale ne lui manque pas. «Le côté médico-légal avait même fini par peser. Dans la mesure où je n'opérais pas et n'ac-

Clin d'œil

Ce tableau m'a accompagnée durant toute ma carrière en cabinet. C'est un autoportrait d'une amie sage-femme rencontrée à l'hôpital Riviera avec laquelle j'ai eu la chance de collaborer de façon excellente. Ce tableau m'accompagne toujours à l'heure de la retraite me rappelant ces moments exceptionnels de partage de l'intimité de mes patientes enceintes.





couchais pas mes patientes, les risques étaient limités – et je n’ai heureusement pas eu de soucis –, mais j’étais de moins en moins sereine de ce point de vue.»

Retraitée mais active, elle a récemment suivi une formation en phytothérapie et ouvert une consultation. Parallèlement, elle réfléchit à l’utilisation de la phy-

tothérapie dans la vigne et fait d’ores et déjà des tests dans son jardin. Et en ce qui concerne le Domaine Chaudet, elle passe progressivement la main à son fils, lequel foisonne d’idées. «Nous avons même ouvert un bar à New York en octobre 2020, en plein Covid», ajoute-t-elle. Situé dans l’East Village, The Lavaux Swiss

Wine Bar sert des fondues gruyériennes, accompagnées des vins du Domaine Chaudet et de ceux de Terre de Lavaux avec le Dr Jean-Charles Estoppey, un autre médecin vigneron... ■

ÉLODIE MAÎTRE-ARNAUD



20^e JOURNÉE SVM

7 OCTOBRE
2021
DÈS 15H00
BEAULIEU
LAUSANNE

FÉMINISATION DE LA MÉDECINE

Evolution, enjeux actuels et à venir

Modération:

Sylvie Logean

journaliste de la rubrique
Sciences & Environnement,
Le Temps

En partenariat avec

LE TEMPS

 Clinique de
La Source

Sponsor
principal

Avec le
soutien de

HIRSLANDEN
HIRSLANDEN LAUSANNE
CLINIQUE BOIS-CERF
CLINIQUE CECIL

 Retraites
Populaires

ALFASIGMA 