



PRIMARY AND HOSPITAL CARE

Le journal de médecine interne générale à l'hôpital et au cabinet médical

Numéro 8
2 août 2023



239 Urgence pédiatrique: Consulta-
tion avant et après la fin des lignes
téléphoniques payantes

Maren Tomaske

242 Impact de l'introduction
de Medical Scribes

Urs Zimmermann, Giannina Buzzi,

253 Après la pandémie,
c'est avant la pandémie

Interview avec Jan Fehr

255 Syndrome post-COVID/
COVID long

Interview avec Elisabeth Weber

The times, they are a-changing (Bob Dylan)



Marc Müller
Past-président et
membre honoraire mfe

Les plus âgés parmi les lectrices et lecteurs se souviennent peut-être de l'époque où l'ancien président de la SSMG Hansueli Späth et moi-même essayions de nous surpasser mutuellement dans nos éditoriaux du Primary Care en citant des titres de Bob Dylan.

La chronique de Martin Fey (pour la semaine de 80 heures) et la réplique du président de l'ASMAC Angelo Barrile (pour des modèles de travail partenariaux) m'ont désormais mis au défi de reprendre la plume pour un éditorial après des années.

Nous, les anciens, sommes en effet responsables de la misère actuelle dans le domaine de la médecine de famille:

Nous savions que la pénurie de médecins de famille allait arriver et nous l'avons répété à la moindre occasion aux représentant-e-s politiques – mais apparemment pas assez fort et pas assez souvent.

Nous avons massivement amélioré la situation des médecins de premier recours grâce à un article constitutionnel – mais apparemment pas de manière suffisamment attractive.

Nous avons transformé nos cabinets en centres médicaux ouverts au temps partiel – mais apparemment pas toujours aux bons endroits, la périphérie reste sur la touche.

Nous essayons, par le biais de l'assistantat au cabinet, de donner le goût de notre profession à la relève, heureusement plus nombreuse – mais apparemment pas de façon suffisamment convaincante.

Nous résolvons près de quatre-vingt-dix pour cent des problèmes de santé (et autres) de nos patientes et patients directement dans nos cabinets – mais cela ne suffit apparemment pas.

Nous restons dans nos cabinets au-delà de l'âge de la retraite, souvent aux dépens de nos partenaires – mais apparemment pas assez longtemps.

Mais notre pire erreur est d'essayer désespérément, par notre persévérance, de maintenir en vie un système de santé qui s'effondrerait immédiatement si les 15 ou bientôt 20% de médecins de famille qui ont dépassé l'âge de la retraite cessaient de travailler.

Chers médecins de famille seniors: nous faisons obstacle au changement, c'est de notre faute si les soins de santé ambulatoires ne se renouvellent pas, parce que nous ne pouvons et ne voulons pas lâcher prise. Parce que nous n'avons pas confiance dans le fait que nos successeurs trouveront le moyen de reprendre et d'assurer les soins de santé de notre population avec un meilleur modèle de médecine de premier recours, adapté à leurs besoins – innovant, interprofessionnel, différent!

Lâchons prise: The times, they are a-changing!

mfe

**Responsabilité
rédactionnelle**

Sandra Hügli-Jost
Chargée de communication
mfe Médecins de famille
et de l'enfance Suisse
Secrétariat administratif
Effingerstrasse 2
CH-3011 Berne
Sandra.Huegli[at]
hausarzt Schweiz.ch



239

225 **Éditorial: The times, they are a-changing (Bob Dylan)**
Marc Müller

227 ACTUALITÉS

227 **SSMIG: Congrès de l'automne 2023**

228 **SSMIG: Implémentation des indicateurs qualité en milieu stationnaire: l'Hôpital de la Tour à Genève**
Omar Kherad, Dorsaf Steiner, Hugo Bothorel, et al.

232 **SSMIG: Les membres de la SSMIG bénéficient de 20% de réduction sur l'abonnement «HealthyTravel PRO»**

233 **SSMIG: Parachutes – prévenir les chutes dans la pratique quotidienne**
Maria Wertli, Ursula Käser, Ursula Meier Köhler

237 **mfe: La sécurité au travail et la protection de la santé ont une grande importance au cabinet médical**

238 **ASMPP: Symptôme corporel fonctionnel?**

239 ARTICLE ORIGINAL

239 **Urgence pédiatrique: Consultation avant et après la fin des lignes téléphoniques payantes**
Maren Tomaske

242 **Impact de l'introduction de Medical Scribes sur les médecins spécialistes et les étudiant-e-s**
Urs Zimmermann, Giannina Buzzi, Georg F. Bauer

246 PERFECTIONNEMENT

246 **Les infections chez les personnes âgées**
Olivier Petitat, Matthias Berger, Eugénie Colin-Benoit, et al.

250 **Together for better care: lutter ensemble contre la pénurie de personnel qualifié**
Céline Désirée Fäh

252 AU QUOTIDIEN

252 **Quels enjeux pour la médecine de famille demain?**
Nicolas Senn, Christine Cohidon

253 RÉFLEXIONS

253 **«Nous n'imaginions pas à quel point Wuhan pouvait être proche»**
Interview avec Jan Fehr

255 **«Les personnes qui sont encore malades au bout d'un an ne vont pas mieux au bout de deux ans»**
Interview avec Elisabeth Weber



Online only:

D'autres articles sont disponibles en ligne sous <https://primary-hospital-care.ch/fr/magazine-en-ligne/list>

Impressum

Primary and Hospital Care

Organe officiel de la Société Suisse de Médecine Interne Générale SSMIG, de mfe Médecins de famille et de l'enfance Suisse, du Collège de Médecine de Premier Recours CMPR, de la pédiatrie suisse, de l'Académie Suisse de Médecine Psychosomatique et Psychosociale ASMPP, des Jeunes médecins de premier recours Suisses JHaS et des Swiss Young Internists SYI. Il est membre du «Committee on Publication Ethics» (COPE) et est répertorié dans le «Directory of Open Access Journals» (DOAJ), ce qui lui permet de répondre aux exigences de l'ISFM concernant les revues à comité de lecture (peer review).

Contact: +41 61 467 85 52, office@primary-hospital-care.ch, www.primary-hospital-care.ch. Soumission de manuscrits en ligne: www.manuscriptmanager.net/phc

Rédaction scientifique: Prof. Dr méd. Stefan Neuner-Jehle, Zurich (rédacteur en chef); Prof. Dr méd. Thomas Dieterle, Arlesheim; Prof. Dr méd. Jacques Donzé, Neuchâtel; Dr méd. Moa Haller, Berne; Dr méd. Alexandra Rölli Odermatt, Berne; Dr méd. Alexandre Ronga, Lausanne; Dr méd. Manuel Schaub, Berne. Responsabilité éditoriale de la rubrique de politique professionnelle «Actualités»: Sandra Hügli-Jost (mfe), Sascha Hardegger (SSMIG), Claudia Baeriswyl (SSP), Dr méd. François Héritier (CMPR), PD Dr méd. Niklaus Egloff (ASMPP), Dr méd. Regula Kronenberg (JHaS), PD Dr méd. Tobias Tritschler (SYI).

Rédaction interne à la maison d'édition: Jasmin Hell (managing editor); Caroline Murphy (assistante de rédaction).

ISSN: version imprimée: 2297-7171 / version en ligne: 2297-721X. Paraît tous les mois.

© EMH Editions médicales suisses SA (EMH), 2023. «Primary and Hospital Care est une publication libre (open access) des EMH sous la licence CC BY-NC-ND 4.0, qui accorde aux utilisateurs le droit illimité de reproduire, distribuer et communiquer l'œuvre au public sous les conditions suivantes: (1) le nom de l'auteur

doit être mentionné, (2) l'œuvre ne doit pas être utilisée à des fins commerciales et (3) l'œuvre ne doit en aucun cas être adaptée ou modifiée. L'utilisation commerciale n'est permise qu'avec l'autorisation explicite et préalable des EMH et sur la base d'un accord écrit.

Maison d'édition: EMH Editions médicales suisses SA, Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttenz. Tél. +41 61 467 85 55, www.emh.ch

Annonces: Philipp Lutzer, Tél. +41 61 467 85 05, philipp.lutzer@emh.ch

Abonnements: Service à la clientèle EMH, abo@emh.ch, +41 61 467 85 45

Remarque: Toutes les données publiées dans ce journal ont été vérifiées avec le plus grand soin. Les publications signées du nom des auteurs reflètent avant tout l'opinion de ces derniers, pas forcément celle de la rédaction. Les posologies, indications et formes d'application mentionnées doivent en tous cas être comparées aux notices des médicaments utilisés, en particulier pour les médicaments récemment autorisés.

Concept créatif: Agence Guido Von Deschwanden

Production: Vogt-Schild Druck AG, www.vsdruk.ch

Photos: toutes les photos sont mises à disposition, sauf indication contraire.

Photo de couverture: © Oleksandr Lutsenko | Dreamstime.com



SGAIM SSMIG SSGIM

Herbstkongress

Congrès de l'automne

23

Science and the Art of Medicine

21. bis 22. September 2023

21 au 22 septembre 2023

Kongresshaus Zürich**Register
now!**

In Kooperation mit

Schweizerischer Verband
Medizinischer Praxis-FachpersonenVereinigung Allgemeiner und Spezialisierter
Internistinnen und Internisten ZürichEine Fortbildungsveranstaltung der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin
Une formation continue de la Société Suisse de Médecine Interne Généralesgaim.ch/hk23
sgaim.ch/ca23

Rapports de sortie, nouvelles prescriptions de BZD, chutes, transfusions, CIRS, vaccinations contre l'hépatite B

Implémentation des indicateurs qualité en milieu stationnaire: l'Hôpital de la Tour à Genève

Omar Kherad^{a,f}, Dorsaf Steiner^b, Hugo Bothorel^c, Ezra Bottequin^d, Rodolphe Eurin^e, Axelle Alibert^{b,c,e}

^a Service de médecine interne, Hôpital de la Tour, Meyrin-Genève; ^b Département qualité et expérience patient, Hôpital de la Tour, Meyrin-Genève; ^c Département de recherche clinique, Hôpital de la Tour, Meyrin-Genève; ^d Unité de business intelligence, Hôpital de la Tour, Meyrin-Genève; ^e Direction générale, Hôpital de la Tour, Meyrin-Genève; ^f Membre de la Commission de qualité de la SSMIG

Introduction

La qualité en médecine s'est invitée dans l'agenda politique de la santé. Le Conseil fédéral a en effet fixé des objectifs en matière de garantie de la qualité des prestations avec l'entrée en vigueur d'une nouvelle ordonnance de la LAMal. Le Parlement suisse a donné l'obligation à tous les médecins exerçant dans le pays de participer aux mesures de développement et aux évaluations de la qualité que les associations de fournisseurs de prestations et d'assureurs auront définies dans leurs conventions de qualité.

La qualité des soins revêt en effet de plus en plus d'importance non seulement au sein du corps médical, mais aussi auprès du public et des assureurs.

Aussi, la FMH et la Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG) ont décidé de s'atteler de manière proactive à la mise en œuvre de cette nouvelle exigence légale pour s'assurer que ces activités qualité obligatoires sont bien applicables dans la pratique, qu'elles s'intègrent dans les activités qualité menées jusqu'ici et qu'elles apportent le plus grand bénéfice possible aux patients. Dans le cadre du projet pilote «Publication des activités qualité des médecins du secteur ambulatoire», mené en collaboration avec la FMH et les assureurs, la SSMIG a sélectionné quatre activités qualité (tab. 1). Elle a aussi invité tous les membres actifs dans le secteur ambulatoire à publier de manière transparente les activités qualité que les médecins mettent en œuvre dans leur pratique quotidienne.

La Commission qualité de la SSMIG a également joué un rôle pionnier en présentant pour la première fois les nouveaux indicateurs de qualité pour le traitement stationnaire en médecine interne générale [1]. Ce travail a été récompensé par l'Académie suisse pour la qualité en médecine (ASQM) en lui décernant le prix Innovation Qualité qui récompense des projets éprouvés dans la pratique et susceptibles de faire évoluer le système de santé.

Indicateurs qualité

La SSMIG a émis six recommandations pour la médecine stationnaire en expliquant comment ils peuvent être utilisés et où se situent leurs avantages et inconvénients [1]. L'équipe de projet de la SSMIG a illustré, à l'aide d'exemples concrets, l'utilisation d'indicateurs qualité dans un cycle d'amélioration de la qualité visant à promouvoir le diagnostic centré sur le patient et à optimiser le traitement.

Quatre indicateurs s'intéressent à la qualité des soins centrés sur les besoins du patient.

1. Proportion de rapports de sortie provisoires transmis dans les 24 heures au médecin chargé

du suivi ambulatoire, comprenant les informations sur les diagnostics, les procédures et les médicaments. Cet indicateur a pour objectif de transmettre rapidement les principales informations au médecin chargé du suivi afin de garantir la coordination du traitement lors de la transition en assurant la continuité des soins et de réduire le nombre de réadmissions évitables.

2. Proportion de personnes âgées (≥65 ans) chez lesquelles une nouvelle benzodiazépine (BZD) a été introduite durant l'hospitalisation. Cet indicateur a pour objectif de réduire les nouvelles prescriptions de BZD au cours d'une hospitalisation afin d'éviter les effets secondaires inhérents à ces traitements.

3. Proportion de personnes âgées (≥65 ans) à qui l'on a demandé si elles ont chuté au cours des 12 derniers mois, et le cas échéant, le nombre de chutes et le déroulement de la chute. Cet indicateur a pour but d'identifier les patients présentant un risque accru de chute, chez lesquels une intervention préventive s'avère judicieuse.

4. Proportion de patientes et patients recevant une transfusion lorsque le taux d'hémoglobine (Hb) est supérieur à 8 g/dl. Cet indicateur a pour objectif de réduire le nombre de transfusions potentiellement non indiquées.

Un indicateur reflète la qualité générale des soins.

5. Proportion de rapports d'incidents («Critical Incidence Reporting System» [CIRS]) chez les personnes hospitalisées en médecine interne générale, analysés et discutés par l'équipe

Tableau 1: Activité qualité sélectionnées par la SSMIG

1. Participation à des cercles de qualité
2. Top five liste smarter medicine
3. Hygiène
4. Critical Incident Reporting System

soignante. L'objectif de l'indicateur est de stimuler une culture active de l'erreur en analysant et discutant les cas de CIRS.

Un autre indicateur se réfère à la santé des collaboratrices et collaborateurs.

6. Proportion de collaboratrices et collaborateurs en contact potentiel avec du sang ou des matériaux contaminés par le sang et présentant une protection vaccinale suffisante contre l'hépatite B. Cet indicateur a pour objectif de prévenir la transmission de l'hépatite B et d'améliorer la sécurité sur le lieu de travail.

L'objectif de ces indicateurs est d'accompagner un cycle d'amélioration de la qualité et ainsi de déterminer si les mesures mises en œuvre produisent l'effet souhaité. Pour la commission qualité de la SSMIG, il était primordial que les indicateurs puissent être utilisés au quotidien, afin de renforcer des mesures d'amélioration de la qualité en médecine interne générale.

La condition préalable essentielle est toutefois de créer des méthodes de mesure fiables. Pour que de nombreux indicateurs puissent être récoltés, les systèmes d'information électronique hospitaliers doivent être adaptés et les résultats collectés de manière systématique et uniforme. Il est par ailleurs impératif que les ressources humaines et financières nécessaires à la mesure de la qualité soient pleinement prises en compte. Nous vous donnons ci-dessous l'expérience vécue à l'Hôpital de la Tour à Genève dans l'implémentation de ces indicateurs dans le service de médecine interne stationnaire.

L'Hôpital de la Tour

L'Hôpital de la Tour est un hôpital privé situé sur la rive droite de Genève. Il comprend 172 lits, dont 64 sont attribués au service de médecine interne. Ce service propose un programme de formation de médecine interne générale (catégorie A ISFM) incluant 23 internes en formation, 2 chefs de clinique et 6 médecins cadres.

L'Hôpital de La Tour a défini la qualité des soins comme axe stratégique et a toujours répondu parfaitement aux exigences de l'Association Nationale de la Qualité (ANQ) comme en témoignent ses rapports périodiques sur la qualité.

Plus récemment, l'Hôpital de la Tour a rejoint l'organisation à but non lucratif «smarter medicine» et a reçu le label «smarter hospital» venant récompenser ses efforts pour lutter contre les actes médicaux inappropriés [2]. A cet effet, il a mis en place des tableaux de bord pour évaluer le comportement de prescription des médecins dans le service de médecine interne («smarter indicateurs»). Ces tableaux de bords permettent à chaque médecin de suivre ses propres taux de prescription potentiellement inappropriés et de les comparer à ceux

des autres prescripteurs. Une étude récemment publiée évaluant cette intervention éducative multimodale a permis de démontrer une diminution significative du taux de prescriptions de BZD et de prises de sang [3].

Tableaux de bord et business intelligence

Les tableaux de bord sont alimentés par des données brutes qui sont extraites chaque mois du dossier patient informatisé. Les exports sont constitués de différentes tables où chaque table regroupe les prescriptions d'un type d'acte médical (prescription de médicaments, d'exams de laboratoire, d'exams d'imagerie médicale ou de placement d'équipements). Le tableau de bord importe les données brutes et les traite selon les spécifications du modèle de données mis en place. Principalement, les données des différentes tables brutes sont combinées en une seule table de prescription et la liaison avec le temps est effectuée sur la base de la date de fin de chaque prise en charge médicale. La mise à jour du tableau de bord est donc effectuée manuellement une fois par mois.

Le tableau de bord est mis à disposition sur une plateforme Internet accessible uniquement au personnel hospitalier auquel les droits d'accès ont été préalablement accordés. Il est donc possible de consulter le tableau de bord à n'importe quel moment de la journée avec une connexion Internet et le VPN de l'hôpital. Les données informatiques sont rendues anonymes. La confidentialité est garantie dès la récolte et le traitement des données concernées par le responsable des tableaux de bord. Les données sont mises à disposition sur une plateforme de Business Intelligence pour que les résultats puissent être analysés plus facilement et exportés ensuite dans des formats standards.

Toute information permettant de restituer l'identité d'un patient a été supprimée lors de la copie.

Implémentation des indicateurs

En suivant le même processus que pour les «smarter indicateurs», nous avons pu étudier la mise en place des indicateurs qualité proposés par la SSMIG et analyser les premiers résultats.

1. Proportion de rapports de sortie provisoires transmis dans les 24 heures au médecin chargé du suivi ambulatoire.

Une mise en place et une exploitation efficace d'un tel indicateur nécessite un travail de développement informatique impliquant différents services et partenaires. Nous avons décomposé le projet en deux phases pour atteindre la cible:

– *phase 1*: mise en place d'une solution permettant l'envoi du rapport de sortie au médecin en charge du suivi ambulatoire;

– *phase 2*: mise en place d'une solution permettant de comptabiliser de manière fiable le nombre de rapports envoyés en respectant le critère de délai de 24 h.

La phase 1 est déjà implémentée. Les médecins internes disposent d'une solution informatique automatisée, rapide et simple d'utilisation leur permettant de transmettre aux confrères en charge du suivi ambulatoire les principales informations concernant le séjour du patient et l'organisation de sa sortie.

Afin de pouvoir construire un indicateur «vivant», facile d'accès et dont l'animation est facilitée, une solution informatique plus élaborée est en cours de développement.

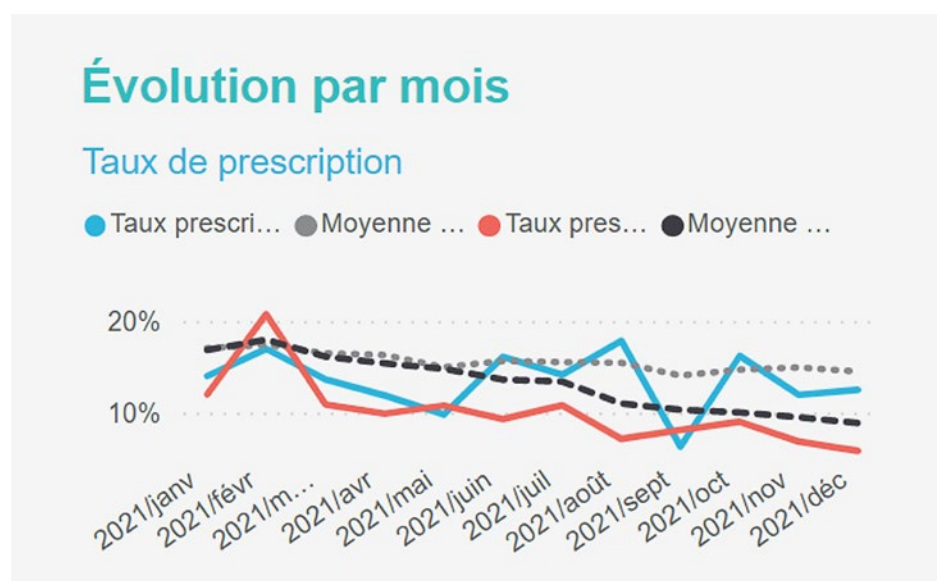


Figure 1: Évolution du taux de prescription des benzodiazépines (bleu) et des alternatives (z-drugs, neuroleptiques; rouge) en 2021.

2. Proportion de personnes âgées (≥65 ans) chez lesquelles une nouvelle BZD a été introduite durant l'hospitalisation

Dans nos trois unités de médecine interne, nous avons commencé par mettre en place un indicateur dynamique nous permettant de suivre le taux de prescription de BZD ainsi que son évolution dans le temps chez les patients de plus de 65 ans.

Ensuite, le périmètre a été étendu aux molécules constituant une alternative aux BZD (ex. z-drugs, neuroleptiques). L'objectif de cette mesure est de permettre aux prescripteurs de s'évaluer de la manière la plus «juste» possible, de prescrire moins de BZD et d'éviter des alternatives aux effets secondaires similaires comme les z-drugs. Nous avons constaté qu'en 2021, 28% de nos patients âgés ont reçu des BZD ou des alternatives. La sensibilisation et l'appropriation des indicateurs par les prescripteurs ont sans doute contribué à baisser ce taux dans le temps (19% en décembre 2021) (fig. 1).

3. Proportion de personnes âgées (≥65 ans) à qui l'on a demandé si elles ont chuté au cours des 12 derniers mois.

Les unités de médecine interne disposent du système de Dossier Patient Informatisé (DPI). Celui-ci est constitué de différents modules au paramétrage identique entre les différentes unités, ce qui favorise grandement la standardisation des méthodes de travail et les pratiques liées aux soins.

Notre DPI propose un module d'évaluation à l'entrée très complet.

La donnée est donc disponible et fiable dans notre système d'informations. L'indicateur permettant de mettre en phase les réponses à la question concernant les chutes passées chez les plus de 65 ans et le nombre total d'hospitalisations de la même population est en cours de construction. Le processus d'animation est planifié pour mi-2023.

4. Proportion de patientes et patients recevant une transfusion lorsque le taux d'Hb est supérieur à 8 g/dl

Nous avons implémenté un champ bloquant dans le DPI sur la feuille de prescription d'une transfusion. Le prescripteur est alors invité à y inscrire le dernier taux d'Hb connu. Un message de sensibilisation et de rappel des limites de transfusion est affiché (fig. S2, voir annexe en ligne). Les données inscrites ont été récupérées pour construire l'indicateur dans le tableau de bord de médecine interne (fig. S3, voir annexe en ligne).

Entre 2021 et 2022, le taux moyen de prescriptions de transfusions inappropriées (>8 g/

dl) dans les unités de médecine interne était de 10,8% (fig. S4, voir annexe en ligne). Tout comme pour les autres indicateurs «smarter-medicine» et grâce à notre approche éducative via l'auto-évaluation en continu, une évolution de ce taux à la baisse est attendue.

5. Proportion de rapports d'incidents (Critical Incidence Reporting System [CIRS]) pour des personnes hospitalisées en médecine interne générale (MIG), analysés et discutés par l'équipe soignante

L'Hôpital de la Tour dispose d'un système de déclaration d'événements indésirables (EI) qui repose sur une architecture de flux structurée et standardisée, hébergée dans un outil de gestion documentaire et de traçabilité. Une évaluation de l'événement (événement indésirable, grave ou non) s'appuyant sur des critères définis est dressée par l'outil, ce qui constitue une aide à la décision pour la réalisation d'une analyse approfondie appuyée par un plan d'actions pluridisciplinaire. En 2022, 15% des EI ont donné suite à un plan d'actions (fig. 5). Il est à noter que:

- l'outil a été implémenté fin 2021 et l'année 2022 a été une année d'accompagnement et d'appropriation de l'outil par les collaborateurs;
- les collaborateurs sont encouragés à déclarer tout type d'EI qu'il ait eu des conséquences ou non.

Le volume de déclarations ne cesse d'augmenter depuis la mise en place du nouveau processus et la promotion de la culture qualité au cœur de la stratégie de l'institution. L'animation de la démarche dans sa globalité fera sans doute

augmenter la proportion des EI ayant donné suite à un plan d'actions.

6. Proportion de collaboratrices et collaborateurs en contact potentiel avec du sang ou des matériaux contaminés par le sang et présentant une protection vaccinale suffisante contre l'hépatite B

A l'embauche, nos collaborateurs sont invités à présenter leurs carnets de vaccination. Si la vaccination contre l'hépatite B n'est pas à jour, ils sont invités à se faire vacciner. Le suivi est assuré par la médecine du travail.

Afin de mesurer l'indicateur présenté, nous avons réalisé une approximation avec la population ayant été victime d'un accident d'exposition au sang: l'immunisation s'est avérée insuffisante pour 17% des collaborateurs testés. Grâce à cet indicateur, la médecine du travail a décidé de travailler sur le sujet; un projet est en cours.

Cycle vertueux «Plan-Do-Check-Act» (PDCA)

Des indicateurs qualité sont d'ores et déjà collectés dans les hôpitaux qui sont comparés entre eux. Toutefois, ces indicateurs ne font généralement pas partie d'un processus continu. L'objectif de la Commission qualité est d'exposer comment les indicateurs peuvent être utilisés dans un cycle d'amélioration de la qualité en suivant le cycle vertueux PDCA. A titre d'exemple, nous avons suivi ce cycle PDCA concernant la prescription des BZD.

Le problème: le taux de prescription de BZD est trop élevé dans les services hospitaliers avec un risque de complications sévères pour les patients (chute, delirium, etc.)

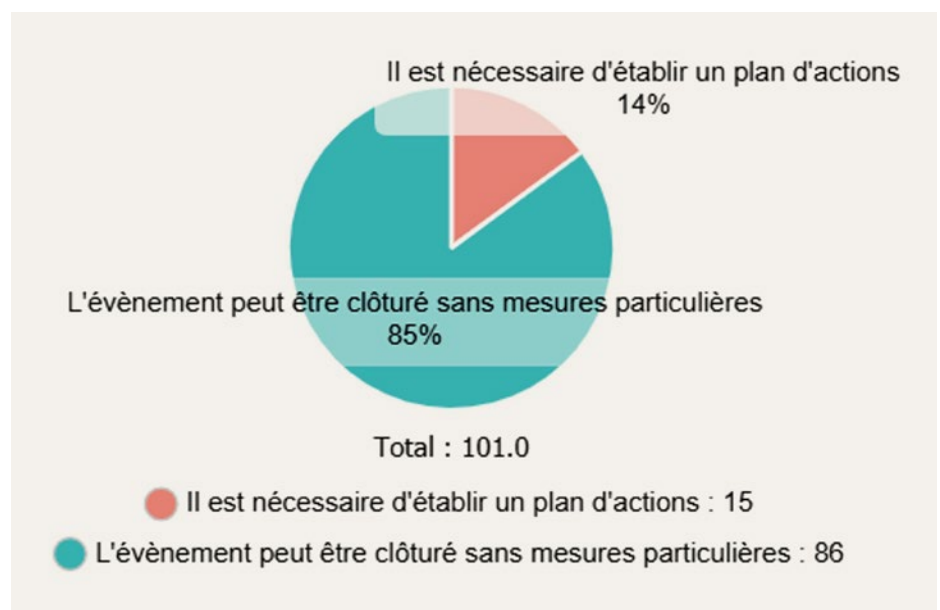


Figure 5: Proportion des événements indésirables avec plan d'actions.

«Plan»: nous avons analysé le taux de prescription de BZD chez les patients naïfs de ce traitement. Il est estimé à 18%.

«Do»: extraction des données sur le taux de prescription de BZD chez les médecins dans un tableau de bord avec un feedback éducatif permettant une comparaison entre pairs couplés à des outils éducatifs (flyers, cours, e-learning).

«Check»: analyse de l'évolution du taux de prescriptions après l'intervention multimodale objectivant une baisse modeste, mais significative du taux de prescription de BZD.

«Act»: la mesure est couronnée de succès, mais reste modeste.

Le cycle PDCA doit ainsi être répété afin de comprendre les raisons du comportement des prescripteurs. Dans cet exemple, nous avons constaté que les médecins prescrivent des BZD dans l'écrasante majorité des cas pour satisfaire les demandes de patients qui souffrent d'insomnie durant le séjour hospitalier. Aussi, il convient de comprendre les facteurs favorisant l'insomnie en milieu hospitalier («Plan»). Les nuisances sonores et les réveils nocturnes pour les surveillances infirmières ont été identifiés et un nouveau cycle PDCA peut être mis en place pour éviter ces réveils nocturnes en créant un algorithme basé sur la littérature permettant d'identifier les patients qui ont réellement besoin d'être surveillés pendant la nuit («Do») [4, 5]. L'analyse de cette intervention («Study») est en cours afin de vérifier si elle est couronnée de succès («Act»).

Conclusion

La qualité est toujours synonyme de travail et d'efforts. Pour la Commission qualité de la SSMIG, il était toutefois essentiel que les indicateurs puissent être utilisés dans la pratique clinique et qu'ils occasionnent peu de charges administratives supplémentaires. Néanmoins, comme on le voit dans les différents exemples cités, pour être pérenne et porter pleinement ses fruits, la démarche qualité doit s'appuyer sur des indicateurs et sur un cycle d'amélioration continue (cycle PDCA). L'abandon des dossiers papier au profit des DPI permet d'obtenir facilement des données structurées, standardisées et de bonne qualité. Néanmoins, la construction et l'automatisation de ces indicateurs repose à l'heure actuelle quasi exclusivement sur la seule bonne volonté des prestataires de soins. S'il est facilité par le DPI, de tels projets nécessitent un investissement en ressource non négligeable sur le long terme ainsi qu'un changement en profondeur de la culture et peu d'hôpitaux s'engagent spontanément sur cette voie. Ainsi, les indicateurs qualité préférentiellement déployés au sein des hôpi-

taux sont ceux avec un potentiel direct d'économicité associé, contrairement à ceux présentés ci-dessus. Par exemple, le taux d'infection est monitoré dans la vaste majorité des hôpitaux, car un patient avec une infection nécessite des soins souvent plus longs et plus coûteux. On comprend alors l'intérêt de ne pas compter seulement sur la bonne volonté des prestataires de soins pour s'engager dans des démarches qualité et l'importance des exigences définies par les autorités sanitaires et le pouvoir politique. Toutefois, la question du financement pour répondre à ces exigences demeure problématique. Reposant seul sur les prestataires de soins, il y a fort à parier que les charges additionnelles se répercutent directement sur les coûts de la santé et donc sur les primes d'assurance. C'est pourquoi l'Hôpital de La Tour propose une approche innovante où le financement des prestations est directement corrélé à la qualité de celles-ci. Par exemple, pour un séjour hospitalier, si le patient a été transfusé de façon appropriée, l'hôpital reçoit un bonus. Si, par contre, il n'a pas été interrogé sur ses précédentes chutes alors qu'il aurait dû ou que son rapport de sortie n'a pas été transmis à son médecin traitant dans les 24 h, alors l'hôpital paye un malus. Cette approche permettrait d'inscrire le système de santé de façon pérenne dans une démarche d'amélioration continue, en incitant fortement les prestataires de santé à mettre en place des indicateurs cliniquement pertinents et d'y associer un cycle vertueux PDCA.

Correspondance

Prof. Dr méd. Omar Kherad, MPH
Service de médecine interne
Hôpital de la Tour
Meyrin-Genève
[omar.kherad\[at\]latour.ch](mailto:omar.kherad[at]latour.ch)

Responsabilité rédactionnelle

Sascha Hardegger, SSMIG
Responsable communication/marketing
Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG)
Monbijoustrasse 43
Postfach
CH-3001 Berne
[sascha.hardegger\[at\]sgaim.ch](mailto:sascha.hardegger[at]sgaim.ch)

Références

- Wertli M, Djalali SN, Kherad O, Schneemann M, Rampini SK, Rohrbasser A, et al. Indicateurs de qualité dans le domaine stationnaire. *Bull Med Suisses*. 2021;26:877–80.
- smartermedicine.ch [Internet]. Berne: Société Suisse de Médecine Interne Générale; c2023.
- Kherad O, Bottequin E, Steiner D, Alibert A, Eurin R, Bothorel H. Implementing a Multifaceted Intervention among Internal Medicine Residents with Audit and Educative Data Feedback Significantly Reduces Low-Value Care in Hospitalized Patients. *J Clin Med*. 2022 Apr;11(9):2435.
- Wesselius HM, van den Ende ES, Alsmas J, Ter Maaten JC, Schuit SCE, Stassen PM, et al.; "Onderzoek

Consortium Acute Geneeskunde" Acute Medicine Research Consortium. Quality and Quantity of Sleep and Factors Associated With Sleep Disturbance in Hospitalized Patients. *JAMA Intern Med*. 2018 Sep;178(9):1201–8.

5 Najafi N, Robinson A, Pletcher MJ, Patel S. Effectiveness of an Analytics-Based Intervention for Reducing Sleep Interruption in Hospitalized Patients: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* 2022 Feb;182(2):172–7.

«HealthyTravel» est l'une des principales plateformes en ligne autour du thème de la médecine de voyage.

Informations sur la médecine des voyages pour les professionnels

Les membres de la SSMIG bénéficient de 20% de réduction sur l'abonnement «HealthyTravel PRO»

La fameuse plateforme en ligne «HealthyTravel» propose depuis longtemps au grand public des renseignements généraux concernant la médecine des voyages. Dans une «version PRO» payante, des expertes et experts mettent en outre à la disposition des professionnels des informations détaillées sur des thèmes de médecine des voyages et les vaccinations. Les membres de la SSMIG bénéficient désormais d'une réduction exclusive de 20% sur l'achat de la «version PRO».

Après la pandémie de COVID-19, Monsieur et Madame Suisse souhaitent à nouveau profiter de leurs meilleurs jours à l'étranger. Souvent dans des pays exotiques, loin de chez eux. Cela s'accompagne d'un besoin croissant d'informations de la part des patientes et patients. Un safari en Tanzanie requiert-il une prophylaxie spécifique de la malaria? Quels médicaments et vaccins sont nécessaires pour un voyage au Cambodge? Il n'est pas toujours facile de répondre à de telles questions.

C'est pourquoi le Comité d'experts suisse pour la médecine des voyages (CEMV), un organe de la Société Suisse de Médecine Tropicale et de Médecine des Voyages (SSMTV), a lancé avec succès la plateforme HealthyTravel. Le

modèle d'abonnement offre au personnel médical l'accès à des informations détaillées et des interlocutrices et interlocuteurs compétents autour des thèmes du voyage et de la santé.

Il vaut désormais encore plus la peine d'être membre de la SSMIG. En effet, vous recevez le produit «HealthyTravel PRO» avec 20% de réduction sur le prix normal. La procédure est simple. Il vous suffit de scanner le code QR ci-dessous avec votre téléphone mobile, de remplir ensuite le masque d'inscription sur le site Web de la SSMIG et, dans quelques jours, vous recevrez de la part de HealthyTravel votre accès personnel à prix réduit.

Scanner le code QR, s'inscrire et profiter de 20% de réduction dès maintenant. Plus d'infor-

mations sur <https://www.sgaim.ch/fr/membres/translate-to-franzoesisch-healthytravel>



Responsabilité rédactionnelle

Sascha Hardegger, SSMIG
Responsable communication/marketing
Société Suisse de Médecine
Interne Générale (SSMIG)
Monbijoustrasse 43
Case postale
CH-3001 Berne
[sascha.hardegger\[at\]sgaim.ch](mailto:sascha.hardegger[at]sgaim.ch)

Portail en ligne complet

Parachutes – prévenir les chutes dans la pratique quotidienne



SSMIG indicateur de qualité: Identification des risques de chute et prévention.

Chaque année, 90 000 personnes âgées de 65 ans ou plus se blessent lors d'une chute. Le portail en ligne bpa.ch/parachutes du Bureau de prévention des accidents (BPA) met à disposition tous les outils et connaissances nécessaires pour permettre aux spécialistes de prévenir les chutes. Cela vient soutenir la mise en œuvre réussie de l'indicateur de qualité recommandé par la SSMIG «Identification des risques de chutes et prévention» dans le domaine ambulatoire.

Maria Wertli^{a,b}, Ursula Käser^c, Ursula Meier Köhler^d

^a Département Medizin, Kantonsspital Baden; ^b Présidente de la commission de qualité de la SSMIG; ^c Responsable du Service de la qualité, formation continue et postgraduée, SSMIG; ^d Spécialiste en prévention des chutes BPA, Bureau de prévention des accidents

Le projet «Parachutes», soutenu entre autres par la SSMIG en tant qu'organisation partenaire, a été clôturé avec succès en 2022 au bout de quatre ans. Pendant la durée du projet, une procédure unique de prévention des chutes a été développée pour tous les groupes professionnels du domaine des soins en Suisse. Les spécialistes peuvent ainsi:

1. identifier le risque de chute au moyen de questions-clés et de tests de dépistage;
2. évaluer le risque de chute à l'aide de tests complémentaires;
3. réduire le risque de chute grâce à des trains de mesures concrètes, de préférence en col-

laboration avec les autres professionnels. C'est sur ces thèmes qu'une équipe interdisciplinaire d'expertes et experts, dont des médecins de famille, a élaboré des outils et savoir-faire correspondants. Tout cela est désormais disponible gratuitement sur un portail en ligne complet du BPA pour la prévention des chutes dans le domaine des soins en Suisse.

Le portail facilite la mise en œuvre efficace de l'indicateur de qualité «Identification des risques de chute et prévention» recommandé par la SSMIG. Ce dernier indique le pourcentage de patientes et de patients âgés de 65 ans

ou plus interrogés s'ils avaient chuté au cours des douze derniers mois, et si oui, de quelle manière. L'indicateur a pour but d'identifier les patientes et patients présentant un risque accru de chute, chez lesquels une intervention préventive s'avère judicieuse.

Le code QR ou le lien ci-dessous donnent accès à des informations complémentaires sur l'indicateur de qualité. https://www.sgaim.ch/fileadmin/user_upload/Qualitaet/Qualitaets-indikatoren/Q-Indikator_Nr.4_f.pdf



© SGAIM (Illustration: Hahn+Zimmermann)

Responsabilité rédactionnelle

Sascha Hardegger, SSMIG
Responsable communication/marketing
Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG)
Monbijoustrasse 43
Case postale
CH-3001 Berne
[sascha.hardegger\[at\]sgaim.ch](mailto:sascha.hardegger[at]sgaim.ch)

Ne pas manquer: Parachutes lors du Congrès d'automne 2023 de la SSMIG à Zurich

Atelier SVA
Vortragssaal 1 – MPK-Symposium
Donnerstag, 21. September 2023, 12.00 bis 12.30 Uhr

Salle de conférence 1 – MPK-Symposium
Jeudi 21 septembre 2023, 12h00 à 12h30
Parachutes: Amélioration de la qualité au sein de l'équipe du cabinet – application pratique (allemand)

Intervenantes:

– Prof. Dre med. et phil. Maria Wertli, Présidente de la commission de qualité de la SSMIG (Baden, CH)
– Ursula Meier Köhler, BPA Bureau de prévention des accidents (Berne, CH)

Plus d'informations et inscription:
<https://congress.sgaim.ch/fr/congres-dautomne/programme-scientifique>



Solution de branche pour la protection des collaboratrices et collaborateurs dans les cabinets médicaux

La sécurité au travail et la protection de la santé ont une grande importance au cabinet médical



Dr méd. Marc Jungi

Protéger nos collaboratrices et collaborateurs contre les accidents et autres dangers est traditionnellement très important dans nos cabinets et il s'agit d'une obligation légale depuis le début du mois de janvier 2000. En tant que propriétaire de cabinet, je suis depuis lors responsable de la mise en œuvre et du respect des dispositions légales en matière de sécurité au travail et de protection de la santé. Selon la loi sur l'assurance-accidents (LAA), les entreprises assurées doivent respecter les prescriptions de la directive 6508 de la Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail (CFST; <https://www.ekas.admin.ch/download.php?id=6944>). Cette directive n'est pas nouvelle, mais son application a été davantage contrôlée par les cantons et la SUVA au cours des derniers mois.

Mais ai-je vraiment pensé à tous les dangers? Ai-je pris les dispositions et les mesures nécessaires? Comme mfe Suisse ne dispose malheureusement pas des ressources humaines et financières nécessaires pour apporter un soutien systématique dans ce domaine complexe où les dispositions légales changent régulièrement, nous renvoyons volontiers à la FMH. En collaboration avec Sécurité au travail en Suisse, la FMH a développé une solution de branche axée sur les cabinets médicaux ambulatoires. Cette solution de branche peut être commandée sur www.arbeitssicherheitschweiz.ch/fr/arzt. Pour les membres de la FMH, les coûts s'élèvent à 150 CHF jusqu'au 22 août 2023, puis à 750 CHF,

avec des coûts annuels récurrents de 310 CHF. Cette solution de branche convient donc aux cabinets comptant plus de dix collaboratrices et collaborateurs.

Les plus petits cabinets comptant moins de dix collaboratrices et collaborateurs, mais présentant un potentiel de danger particulier (par ex. radiologie, laboratoire, manipulation de médicaments, travaux de nettoyage et de désinfection, etc.), sont classés dans la directive CFST précitée comme entreprises de la catégorie 3.2 pour la mise en œuvre et peuvent donc appliquer la directive avec des moyens simples. Ici aussi, la FMH offre son soutien en collaboration avec Sécurité au travail en Suisse et a réalisé quelques vidéos explicatives sur la base du module de Sécurité au travail en Suisse¹. Celles-ci aident les employeurs, ou les chargés de la sécurité des cabinets médicaux, à garantir la mise en œuvre exigée par la loi.

Interview avec le Dr méd. Marc Jungi, spécialiste en médecine interne générale FMH et membre du Comité de mfe Médecins de famille et de l'enfance Suisse

Sécurité au travail et protection de la santé dans les cabinets médicaux – pourquoi ce thème est-il si actuel?

La sécurité au travail et la protection de la santé ont toujours été des thèmes extrêmement importants dans nos cabinets de médecine de famille et de l'enfance. Le caractère très actuel de cette thématique s'explique par le fait que depuis quelques mois, les autorités effectuent aussi de plus en plus de contrôles dans les cabinets de médecine de famille et de l'enfance ambulatoires. Dans ce cas, les propriétaires de cabinets doivent pouvoir prouver que des concepts correspondants existent dans ces domaines et que les prescriptions légales sont respectées. Le sujet est également d'actualité, car une offre de lancement à prix réduit d'une solution de branche, mise en place par la FMH en collaboration avec Sécurité au travail en Suisse et valable depuis près de deux ans, expire le 22 août 2023. Il sera ensuite possible de continuer à acquérir la solution de branche, mais à un prix nettement plus élevé.

Vous vous engagez sur ce thème en tant que membre du Comité de mfe. Pourquoi et pour quelle raison mfe?

Nos collaboratrices et collaborateurs dans nos cabinets médicaux sont notre bien le plus précieux et méritent également la meilleure protection contre les accidents ou autres atteintes à la santé. Il est donc naturel que nous voulions les protéger et nous protéger nous-mêmes, par exemple contre les blessures par piqûre ou la manipulation inappropriée de médicaments ou de rayons X. Il tient également à cœur à mfe que les prescriptions en matière de protection de nos collaboratrices et collaborateurs et de nos patientes et patients soient respectées dans les cabinets de médecine de famille et de l'enfance et qu'aucun compromis ne soit fait dans ce domaine.

En principe, cela implique un surcroît de travail dans nos cabinets. Cela en vaut-il la peine? Que recommande mfe?

Les concepts et les activités relatifs à ces thèmes doivent être documentés, c'est inévitable. Cela implique malheureusement un certain surcroît de travail. Cependant, chez mfe, nous sommes convaincus que cela en vaut la peine pour la santé de nos collaboratrices et collaborateurs, celle des patientes et patients et la nôtre. Nous saluons donc vivement l'initiative de la FMH et de Sécurité au travail en Suisse avec la solution de branche – celle-ci soutient au mieux notamment les grands cabinets ambulatoires. Les cabinets comptant moins de dix collaboratrices et collaborateurs peuvent mettre en œuvre la directive avec des moyens simples; ils doivent toutefois pouvoir démontrer de manière crédible, par exemple avec les mesures prises documentées ou des listes de contrôle remplies, comment la thématique a été traitée et quelles dispositions ont été prises.

¹ <https://www.youtube.com/@arbeitssicherheitschweiz675/videos>

Responsabilité rédactionnelle

Sandra Hügli-Jost, mfe
Chargée de communication
mfe Médecins de famille et de l'enfance Suisse
Geschäftsstelle
Effingerstrasse 2, CH-3011 Bern
[Sandra.Huegli\[at\]hausarztchweiz.ch](mailto:Sandra.Huegli[at]hausarztchweiz.ch)

Analyse rétrospective

Urgence pédiatrique: Consultation avant et après la fin des lignes téléphoniques payantes

Maren Tomaske

Kinderklinik, Stadtspital Zürich Triemli, Schweiz

Abstract

Introduction: Jusqu'en 2018, des lignes téléphoniques payantes de consultation pédiatrique (lignes KiMed) étaient disponibles en continu pour les questions relatives aux enfants et adolescents dans le canton de Zurich. Avec l'introduction du numéro cantonal unique gratuit, les lignes KiMed ont été fermées pour les mineurs.

Méthode: L'évolution des consultations au service d'urgence pédiatrique de l'hôpital municipal de Zurich (STZ) a été comparée au cours des périodes avant (2016–2017) et après la fermeture des lignes KiMed (2018–2022). Le recours aux premiers secours pédiatriques a été examiné en termes de moment, niveau d'urgence et flux de patients issus des différentes régions d'origine des appels d'urgence.

Résultats: Avec la fermeture des lignes KiMed, le service d'urgence du STZ enregistre une nette hausse des consultations (jusqu'à 2019: +20,4%; jusqu'à 2022: +31,8%), dont plus de la moitié entre 15 et 23 heures. Un faible niveau d'urgence est accordé à la majorité (>70%) des consultations. Jusqu'à fin 2022, les appels d'urgence provenant de la région rive gauche du lac de Zurich ont particulièrement augmenté (+46,6%).

Conclusion: L'analyse chiffrée interne confirme une hausse significative des consultations depuis la fermeture des lignes KiMed. Il reste à déterminer si la réintroduction d'une ligne de consultation et de triage télé-médicale spécialisée destinée à recevoir en amont les urgences pédiatriques serait efficace pour faire face à la situation actuelle.

Introduction

Pour les parents, estimer le niveau d'urgence lorsque leur enfant est malade représente un défi. Des lignes téléphoniques payantes pour les urgences pédiatriques (KiMed) avaient été mises à disposition dans les régions du service médical de garde (SMG) pédiatrique du canton de Zurich. La ligne KiMed de la clinique

pédiatrique de l'hôpital municipal de Zurich (STZ) avait elle aussi été activement utilisée et enregistré plus de 10 000 appels au cours de sa dernière année de fonctionnement en 2017. La zone de desserte du service d'urgence pédiatrique du STZ est principalement composée des quartiers de la ville de Zurich rive gauche de la Limmat (*centre-ville*) ainsi que

des régions SMG environnantes rive gauche du lac de Zurich, Dielsdorf Bülach (*agglomération*) et Limmattal Affoltern (*ceinture de l'agglomération*).

Depuis le 1.1.2018, un numéro cantonal unique gratuit a été introduit pour les urgences médicales qui ne mettent pas la vie en danger. Les appels sont recueillis par le Medical Response Center: #1 pour les adultes, #2 pour les questions concernant des enfants. Toutes les lignes KiMed payantes du canton ont donc dû être fermées, la poursuite de l'activité enfreignant la protection tarifaire. Depuis 2019, le conseil téléphonique des parents issus de la zone de desserte du STZ est entièrement assuré via le numéro unique gratuit et transmis au SMG pédiatrique si besoin. Les appels en dehors des heures de SMG (20–8 heures) sont directement redirigés vers l'un des trois services d'urgence pédiatrique du canton. Celui-ci est de plus en plus surchargé au STZ, ce qui entraîne des plaintes croissantes de la part des parents et du personnel.

La période de la pandémie de Covid et des mesures associées a fait exception: à partir de mars 2020, le nombre de consultations au service d'urgence pédiatrique était bas dans toute la Suisse. La saison hivernale des infections, principalement marquée par le virus respiratoire syncytial (VRS) chez les enfants, avait complètement disparue. En revanche, la Suisse a été touchée par

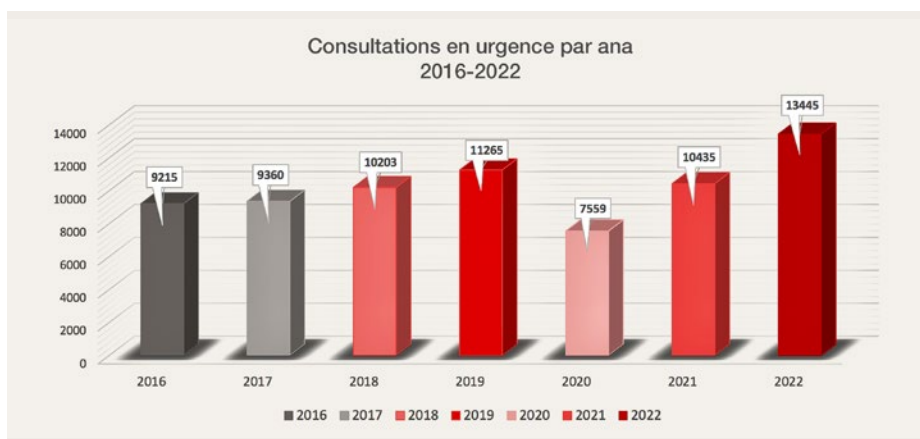


Figure 1: Évolution des consultations avant (2016–2017) et après la fermeture des lignes KiMed (2018–2022).

une épidémie inhabituelle de VRS en juin 2021 et à l'automne 2022, ce qui a également été documenté dans le cadre du projet RSVEpiCH [1].

Méthode

Les statistiques annuelles du service des urgences du STZ ont été utilisées pour obtenir les chiffres: nombre de consultations avec jour et heure d'admission (horaires d'équipes) ainsi que niveau d'urgence de la consultation à l'admission. Les statistiques n'incluent pas les données relatives à la santé des enfants, ni celles permettant d'identifier la personne. Les consultations des années avant (2016–2017) et après la fermeture des lignes KiMed (2018–2022) ont été évaluées, l'accent étant mis sur le nombre, le moment et le niveau d'urgence.

Pour évaluer l'arrondissement de résidence, des données de cas ont été recueillies par géolocalisation depuis la propre plateforme d'analyse de l'hôpital QlikView® selon le lieu de résidence. L'attribution anonymisée des données de cas au prestataire de service (urgence pédiatrique du STZ) et aux lieux de résidence indique un nombre de cas par arrondissement ou région SMG. Les données ont été recueillies pour les années 2017–2021, car le système de l'hôpital ne permettait pas une attribution fiable du prestataire de service et des données plus récentes n'étaient pas (encore) disponibles. Les données de cas extra-cantoniales ne sont pas prises en compte dans l'évaluation.

Éthique: Le projet a été anonymisé et réalisé sans aucune donnée personnelle relative à la santé. La commission cantonale d'éthique de Zurich a confirmé que les données utilisées n'étaient pas soumises à la loi relative à la recherche sur l'être humain.

Résultats

Dans les années 2016–2017, la charge de travail du service d'urgence pédiatrique du STZ était

stable, l'augmentation des consultations était de 2%. Après la fermeture des lignes KiMed, une nette hausse des consultations (+20,4%) a été enregistrée jusqu'en 2019. Celles-ci ont diminué de 33% avec le début de la pandémie de Covid en 2020, mais ont à nouveau atteint le niveau de l'année pré-Covid (+19,4%) et ont nettement augmenté depuis la fermeture des lignes KiMed (+31,8%) (fig. 1).

Selon les jours de la semaine, l'heure de la journée et le niveau d'urgence

En semaine et les week-ends, les consultations ont uniformément augmenté dans les années 2018, 2019 et 2022 depuis la fermeture des lignes KiMed. Sur toutes les années examinées, la moitié des consultations ont eu lieu du lundi au jeudi (écart: 49,1–51,4%), les autres du vendredi au dimanche (écart: 48,6–50,9%). Les jours fériés n'ont pas été pris en compte séparément.

Les équipes du soir (15–23 heures) ont enregistré un nombre nettement plus élevé d'ad-

missions après la fermeture des lignes KiMed (2018: +14,6%; 2019: +8,6%). Cette tendance s'est confirmée aussi en 2022 par rapport à l'année pré-Covid (+20,5%) (fig. 2). Avec la fermeture des lignes KiMed, plus de la moitié (53,9%) des admissions ont été enregistrées par les équipes du soir (avant fermeture: 50,3%), le nombre d'admissions a en outre augmenté à 16,1% durant le service de nuit (23–7 heures) (avant fermeture: 12,7%).

Pour assurer l'évaluation et le traitement des enfants au service d'urgence pédiatrique du STZ, un triage est réalisé à l'admission selon un modèle à 5 niveaux correspondant à l' Australasian Triage Scale [2, 3]. La classification dans l'un des 5 niveaux d'urgence (catégories) s'effectue sur la base de l'évaluation globale de la ventilation, des voies respiratoires, du système cardiovasculaire, de la conscience et des douleurs, les catégories 4 et 5 étant normales ou non urgentes.

La modification annuelle des catégories à l'admission a indiqué une hausse de la catégorie 4 après la fermeture des lignes KiMed en 2019, 2021 et 2022. La part des catégories 4 et 5 à l'admission était constamment élevée durant toutes les années examinées (>70%).

Selon la région SMG et la zone de desserte du STZ

Plus de la moitié des consultations indiquaient un lieu de résidence dans la région SMG de la ville de Zurich, un tiers dans la ceinture de l'agglomération. Les consultations ont nettement augmenté durant les deux premières années suivant la fermeture des lignes KiMed, en particulier depuis les régions SMG ville de Zurich (+30,2%) et rive gauche du lac de Zurich (+38,1%). Elles ont le plus nettement augmenté dans la région SMG rive gauche du lac de Zurich jusqu'en 2021 (+46,6).

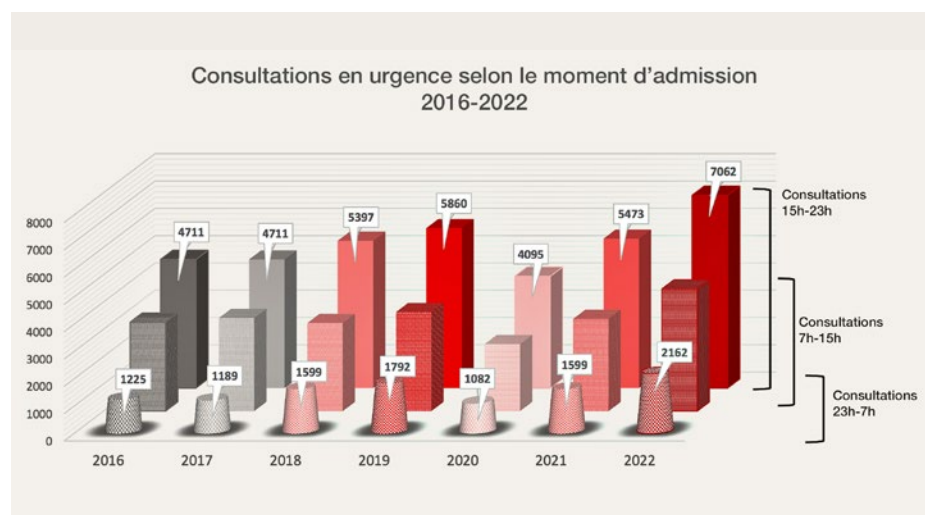


Figure 2: Évolution des consultations avant (2016–2017) et après la fermeture des lignes KiMed (2018–2022) – selon l'heure d'admission au service d'urgence pédiatrique du STZ.

Discussion

Les résultats confirment une hausse significative des consultations au service d'urgence pédiatrique du STZ depuis la fermeture des lignes KiMed en 2018. Après un nombre passagèrement plus faible de consultations durant la pandémie de Covid, celles-ci ont augmenté de plus de 30% jusqu'à fin 2022. Plus de 70% d'entre elles sont classées dans la catégorie normale ou non urgente.

Cette situation est insatisfaisante pour les hôpitaux, notamment car elle nuit de plus en plus à la prise en charge des consultations urgentes. Du fait de la pénurie de personnel parmi les assistantes médicales et assistants médicaux, le personnel soignant et les pédiatres au cabinet, il devient de plus en plus difficile de proposer un SGM pédiatrique global. Les longs délais d'attente suscitent notamment l'insatisfaction croissante des parents et du personnel.

Comme partout, le service d'urgence pédiatrique du STZ a aussi connu une régression des consultations lors de la pandémie de Covid. Au-delà des mesures alors en place, cette baisse a principalement été imputée à la peur d'une contamination par le coronavirus dans les établissements de santé [4, 5]. Depuis la pandémie, la situation épidémiologique semble avoir considérablement changé en Suisse, avec une modification du comportement de divers virus tels que le VRS et le virus de la grippe [1, 6]. Ces circonstances rendent difficile une prévision de la future évolution des consultations dans les unités d'urgence pédiatrique. Avec des nourrissons et enfants en bas âge gravement malades dans toute la Suisse, la vague de VRS de l'automne 2022 a poussé à leurs limites les hôpitaux prioritairement responsables de la prise en charge des cas d'urgence aiguë.

Les données sont descriptives, de sorte qu'il reste à savoir si l'évolution des consultations présente un rapport causal avec la fermeture des lignes KiMed ou si se rendre directement à l'hôpital avec un enfant malade est globalement devenu plus évident pour les parents [7].

Les deux autres unités cantonales d'urgence pédiatrique de Zurich ont poursuivi leurs consultations téléphoniques hautement professionnelles en coopération avec d'autres hôpitaux jusqu'à l'automne 2021, une hausse nettement accentuée des consultations n'a été observée qu'à partir de 2021/2022. Il en va autrement au-delà des frontières cantonales: une enquête réalisée auprès de la direction d'unités suisses germanophones d'urgence pédiatrique montre que, après un plateau qui a duré jusqu'à environ 2019 selon les régions, les consultations d'urgence ont augmenté de 10–30% en 2021/2022, bien que les consultations téléphoniques aient été poursuivies dans les hôpitaux.

La part élevée de consultations présentant un faible niveau d'urgence accapare des ressources instantanément nécessaires ailleurs [8, 9]. Chaque jour, plus de 50% des consultations sont assurées par l'équipe du soir, bien que les cabinets de pédiatrie environnants assurent un SMG durant cette période. Il est intéressant de noter que plus de 50% des consultations présentent une résidence dans la région SMG de Zurich, c'est-à-dire là où la densité des cabinets de pédiatrie de la zone de desserte est la plus forte. Le portrait démographique de Zurich montre que la ville de Zurich est la région comptant le plus de jeunes de 0 à 14 ans (avec une hausse stable de près de 14%), de sorte qu'elle présente le plus grand besoin en soins pédiatriques. Ces dernières années, la croissance de la population a majoritairement touché les villes de Zurich et Winterthur, mais la hausse du nombre de consultations de plus de 30% dans ces régions semble malgré tout disproportionnée et ne peut pas s'expliquer comme une conséquence logique. La part de la population étrangère, constante et supérieure à 30% depuis des années, est également stable et ne peut pas constituer une explication potentielle.

Au cours des 5 dernières années, la population de l'agglomération desservie par le STZ a elle aussi indiqué une croissance lente et régulière de 1–1,5% [10]. Il est donc surprenant que les consultations de la région SMG rive gauche du lac de Zurich aient augmenté de plus de 45% jusqu'à la fin 2022. Cette région est organisée de manière exemplaire avec son propre site Web de SMG, sur lequel son accessibilité est publiée avec transparence.

Les hôpitaux sont de plus en plus confrontés à une attitude revendicative exigeant une prise en charge médicale complète. Reste à savoir si les changements de comportement du marché sont déjà visibles dans ces régions ou si d'autres motifs socioculturels émergents justifient pourquoi le choix se porte plutôt sur un hôpital malgré la disponibilité de la personne qualifiée de confiance.

Outre la création et le développement d'un cabinet d'urgence à l'hôpital et le renfort de personnel aux unités d'urgence, la réintroduction d'une consultation de télémedecine et d'un lieu de triage est évidente. Comme l'organisme de l'enfant est plus facilement décompensé que celui de l'adulte du fait de sa physiologie, la consultation et le triage des enfants peuvent parfois être difficiles. Les personnes concernées profitent durablement d'une première évaluation télémedicale adaptée aux enfants [11]. De plus, l'obligation d'un triage spécialisé en amont permettrait une orientation conforme aux besoins vers le service d'urgence pédiatrique de l'hôpital ou un prestataire éta-

bli. Le numéro cantonal unique gratuit dispose d'une convention de prestations de 5 ans: un moment opportun pour évaluer toutes les options permettant de garantir la prise en charge médicale des enfants et adolescents et aider les unités d'urgence pédiatriques surchargées.

Correspondance

Prof. Dr. med. Maren Tomaske

Kinderklinik

Stadtspital Zürich Triemli

Birmensdorferstrasse 497

CH-8063 Zürich

maren.tomaske[at]stadtspital.ch

Références

- 1 von Hammerstein AL, Aebi C, Barbey F, Berger C, Buettcher M, Casaulta C, et al. Interseasonal RSV infections in Switzerland - rapid establishment of a clinician-led national reporting system (RSV EpiCH). *Swiss Med Wkly*. 2021 Sep;151(3536):w30057.
- 2 Australasian College for Emergency Medicine. The Australasian Triage Scale. *Emerg Med (Fremantle)*. 2002 Sep;14(3):335–6.
- 3 Stocker S. Triage in Schweizer Kinder-Notfallstationen. *Paediatrica*. 2006;17:35–7.
- 4 Hartnett KP, Kite-Powell A, DeVies J, Coletta MA, Boehmer TK, Adjemian J, et al.; National Syndromic Surveillance Program Community of Practice. Impact of the COVID-19 pandemic on emergency department visits – United States, January 1, 2019–May 30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020 Jun;69(23):699–704.
- 5 Raskas MD, Feuerstein-Mendik GJ, Gerlach G, Cohen S, Henning S, Cramer JM, et al. Epidemiology of 30,000 pediatric urgent care telemedicine visits in the era of COVID-19. *Telemed J E Health*. 2022 Oct;28(10):1404–11.
- 6 Saravanos GL, Hu N, Homaira N, Muscatello DJ, Jaffe A, Bartlett AW, et al. RSV Epidemiology in Australia Before and During COVID-19. *Pediatrics*. 2022 Feb 1;149(2):e2021053537.
- 7 Calicchio M, Valitutti F, Della Vecchia A, De Anseris AG, Nazzaro L, Bertrando S, et al. Use and misuse of emergency room for children: features of Walk-in consultations and parental motivations in a hospital in southern Italy. *Front Pediatr*. 2021 Jun;9:674111.
- 8 Simma L, Stocker M, Lehner M, Wehrli L, Righini-Grunder F. Critically Ill Children in a Swiss pediatric emergency department with an interdisciplinary approach: A prospective cohort study. *Front Pediatr*. 2021 Oct;9:721646.
- 9 Green SM, Ruben J. Emergency department children are not as sick as adults: implications for critical care skills retention in an exclusively pediatric emergency medicine practice. *J Emerg Med*. 2009 Nov;37(4):359–68.
- 10 Statistisches Amt Kanton Zürich [Internet]. Zürich: c2023. Gemeindeporträt; [about 3 screens]. Available from: <https://www.zh.ch/de/politik-staat/gemeinden/gemeindeportraet.html>
- 11 Shah AC, Badawy SM. Telemedicine in paediatrics: systematic review of randomized controlled trials. *JMIR Pediatr Parent*. 2021 Feb;4(1):e22696

Travail médical plus efficace, gain de motivation pour les études

Impact de l'introduction de Medical Scribes sur les médecins spécialistes et les étudiant·e·s

Urs Zimmermann^a, Giannina Buzzi^a, Georg F. Bauer^b

^a Klinik für Neonatologie und Kinder- & Jugendmedizin, Spital Bülach; ^b Abteilung Gesundheitsforschung und betriebliches Gesundheitsmanagement, Zentrum für Salutogenese, Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention, Universität Zürich

Abstract

Le burnout est également un problème considérable chez les médecins suisses. Les effets de la pression économique croissante jouent un rôle majeur à cet égard. L'introduction de Medical Scribes, qui déchargent les médecins des travaux rédactionnels et administratifs, a le potentiel de prévenir le burnout et la cessation prématurée de l'activité auprès des patientes et patients, tout en améliorant le résultat économique.

Introduction

En 2005 déjà, un tiers des médecins suisses travaillant dans le domaine de la médecine de premier recours souffraient de symptômes de burnout [1]. Depuis lors, le taux de burnout semble continuer à augmenter [2, 3]. Selon une enquête réalisée par gfs Bern sur mandat de l'ASMAC et de la FMH en 2016, un peu plus de 10% des médecins cessent prématurément leurs activités auprès des patientes et patients. Parmi eux, près de 25% abandonnent le travail auprès des patientes et patients juste après la fin de leurs études de médecine [4].

La cause de la survenue d'un burnout est multifactorielle. Les facteurs professionnels générateurs de stress, comme par exemple la charge croissante de documentation médicale,

jouent toutefois un rôle central [1, 2, 4]. L'une des principales raisons invoquées par les personnes interrogées pour quitter prématurément le travail auprès des patientes et patients était l'insatisfaction liée à une charge de travail administratif comparativement beaucoup trop élevée [4]. En outre, l'absence de facteurs salutogènes favorisant la résilience contribue également à l'apparition du burnout, comme par exemple le sentiment de ne pas avoir assez de temps pour la communication avec les patientes et patients ou de ne pas être en mesure de garantir une qualité suffisamment bonne dans la prise en charge des patientes et patients [5].

Aux États-Unis, au Canada et en Australie, des Medical Scribes, ou scribes médicaux, interviennent déjà depuis un certain temps dans

le but d'augmenter la productivité et de réduire la charge de travail du corps médical. Ce sont souvent des étudiantes et étudiants du secteur de la santé qui travaillent comme Medical Scribes [6, 7]. Leur mission consiste à assurer des travaux de documentation et d'autres tâches administratives, afin que le médecin puisse se concentrer sur ses activités médicales à proprement parler. Ces dernières années, de nombreuses études ayant évalué l'impact du recours aux Medical Scribes sur la productivité de grands établissements médicaux de différentes spécialités ont été publiées au niveau international. Elles ont montré que tant le résultat économique que l'efficacité et la qualité du travail médical s'en trouvaient améliorés [6–9].

Malgré le succès de ce modèle de travail outre-Atlantique, on ne fait encore pratiquement pas appel à des Medical Scribes en Suisse. Cette étude a évalué les répercussions de l'utilisation de Medical Scribes sur le corps médical et sur les étudiants en médecine travaillant comme Medical Scribes dans un petit établissement suisse. Il s'agissait en particulier d'examiner si l'introduction de Medical Scribes modifiait les facteurs de réduction du stress et de promotion de la résilience, qui ont le potentiel

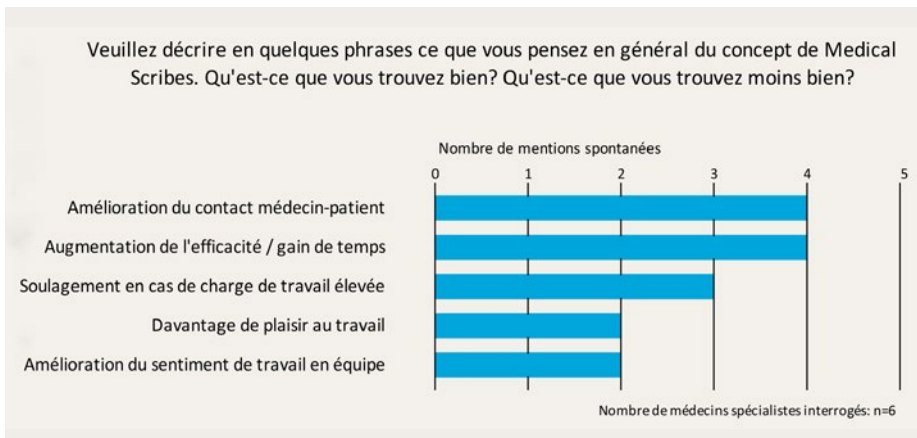


Figure 1: Arguments cités spontanément par au moins 2 des médecins spécialistes interrogés lors de la réponse à la question ouverte.

de prévenir le burnout et d'éviter les cessations prématurées de l'activité médicale auprès des patientes et patients. Dans ce travail, nous nous en tenons au terme anglais «Medical Scribe», car il est utilisé de manière uniforme, tant dans la littérature que dans les quelques cliniques de l'espace germanophone qui utilisent déjà des Medical Scribes.

Méthode

L'étude a été réalisée dans le cabinet d'urgence pour enfants et adolescents de l'hôpital de Bülach. Dans ce cabinet d'urgence,

environ 8000 enfants et adolescents âgés de 0 à 16 ans sont traités chaque année. Les patientes et patients sont initialement évalués par une infirmière ou un infirmier, puis examinés et traités par des médecins spécialistes en pédiatrie. Fin 2017, des étudiantes et étudiants en médecine de 4^e et 6^e année ont été engagés en tant que Medical Scribes. Après une introduction appropriée, ils ont travaillé pendant les heures de pointe du cabinet d'urgence, c'est-à-dire le soir et les week-ends. Ils accompagnaient le médecin spécialiste dans la salle de consultation et documentaient en permanence l'anamnèse et les résultats de

l'examen, pendant que le médecin interrogeait les parents et examinait l'enfant. Sur instruction du médecin, le Medical Scribe demandait des examens complémentaires. Enfin, il documentait également l'interprétation et la procédure et finalisait le compte rendu. Celui-ci était alors remis aux parents immédiatement après la fin du traitement. En fonction de leur niveau de formation et de leur charge de travail, les Medical Scribes pouvaient également recueillir eux-mêmes des anamnèses et des observations sous la supervision du médecin spécialiste et, à l'occasion, effectuer de petites interventions telles que le soin des plaies.

Les répercussions de cette activité sur les étudiantes et étudiants en médecine travaillant eux-mêmes comme Medical Scribes ont été examinées dans le cadre d'une discussion de groupe à laquelle ont participé 4 des 6 Medical Scribes employés au moment de l'étude. Dans le cadre d'une discussion de groupe semi-structurée animée par un modérateur, les Medical Scribes se sont exprimés sur différents thèmes. La discussion a été enregistrée et ensuite transcrite. L'évaluation a été effectuée au moyen d'une analyse de contenu synthétique. Il a été strictement noté si un argument avait été exprimé spontanément ou seulement sur demande du modérateur.

Afin d'évaluer l'impact du travail avec des Medical Scribes sur les médecins spécialistes,

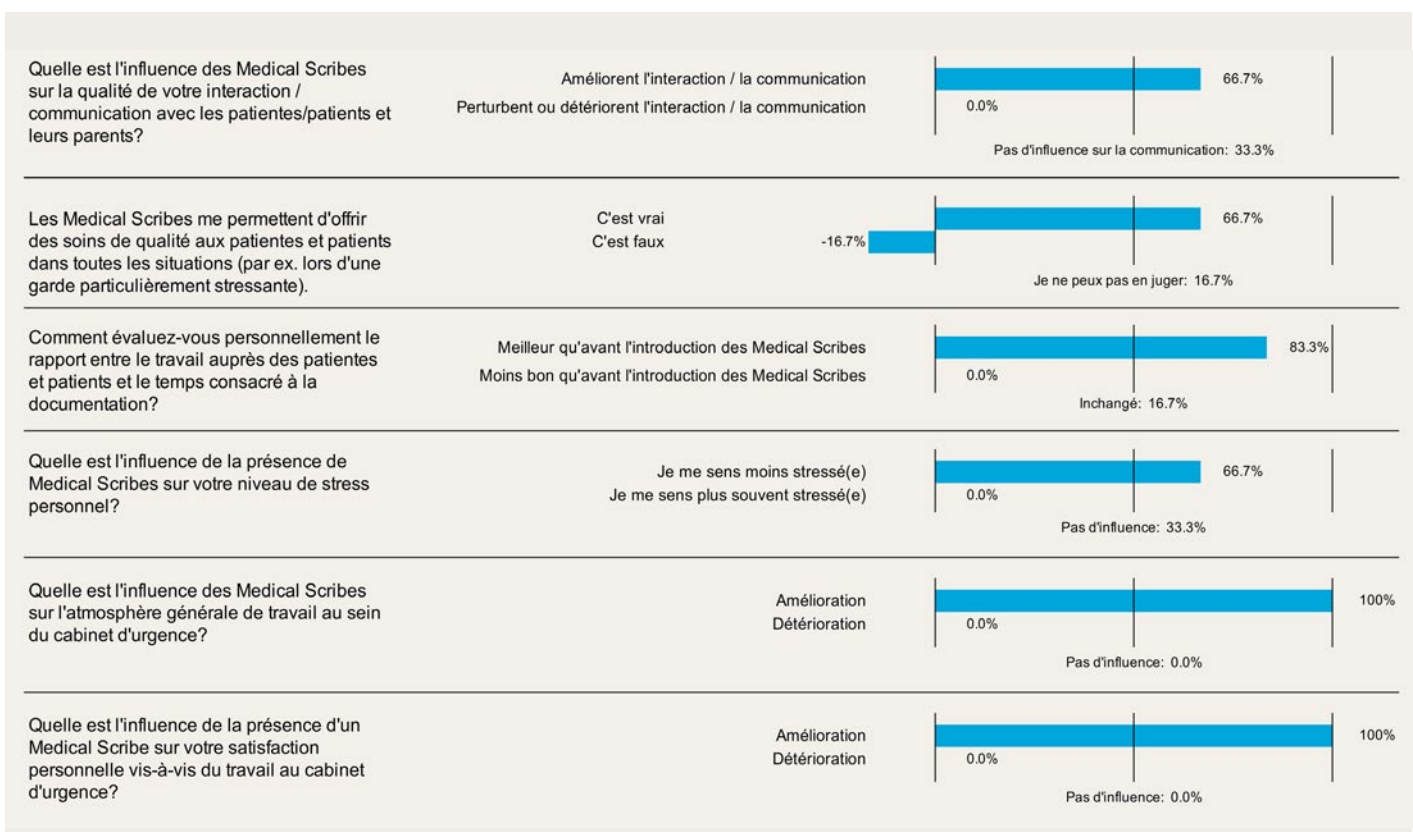


Figure 2: Réponses des médecins spécialistes aux questions fermées (options de réponse: d'accord, pas d'accord, neutre); n = 6.

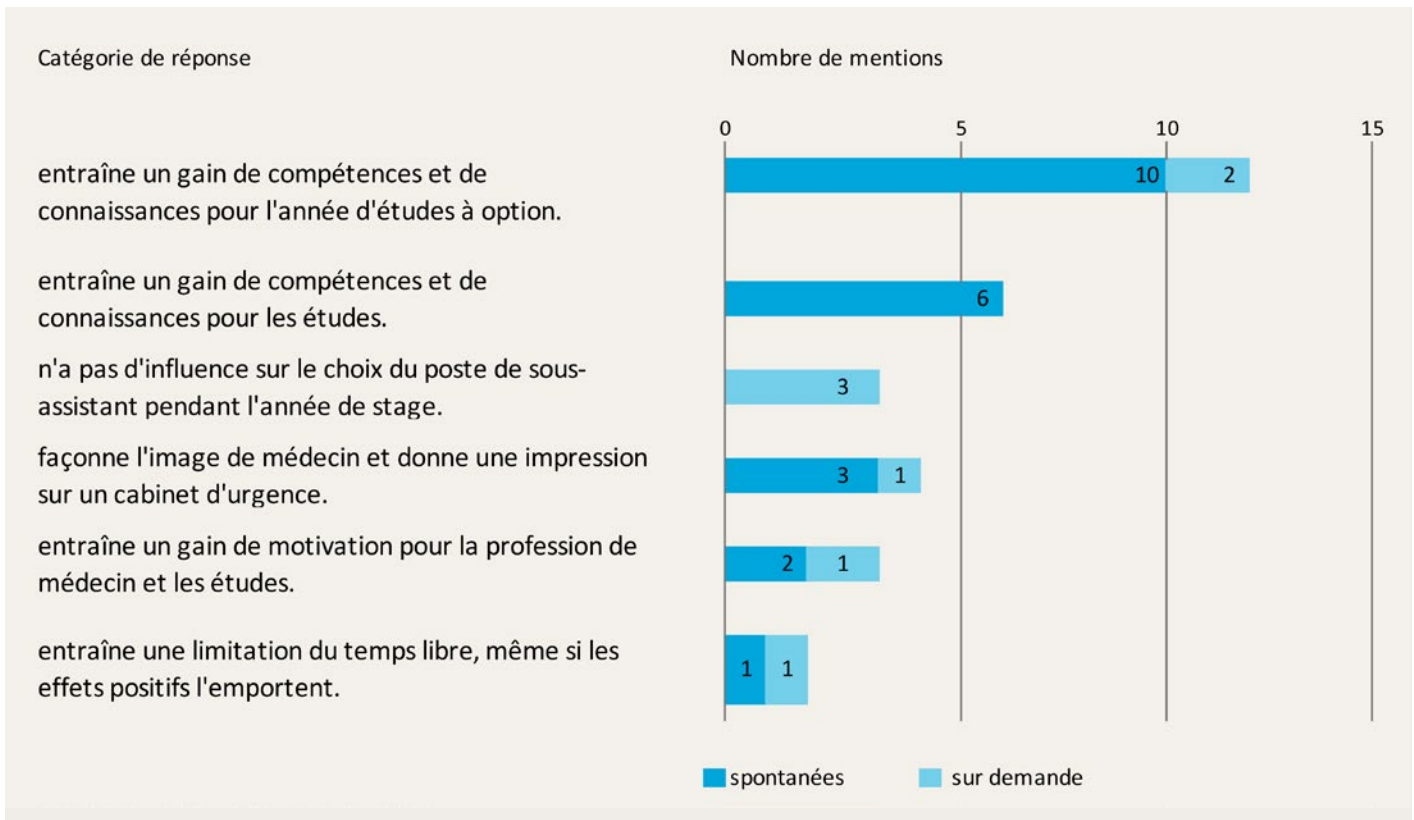


Figure 3: Nombre de mentions par catégorie de réponse issues de la discussion de groupe des Medical Scribes. Nombre de participants: 4 des 6 Medical Scribes employés.

ces derniers ont été invités à répondre anonymement à un questionnaire comprenant une question ouverte et plusieurs questions fermées. Au moment de l'enquête, 10 médecins spécialistes étaient employés dans le cabinet d'urgence pour enfants et adolescents, dont certains à temps partiel. Le taux de réponse a été de 60%. Des réponses complètes ont été données à toutes les questions des questionnaires retournés.

L'étude a été réalisée en tant que travail de master à l'Université de Zurich et répond à toutes les exigences correspondantes. Une autorisation de la commission d'éthique n'a pas été nécessaire.

Résultats

Impact des Medical Scribes sur les médecins spécialistes

Les deux tiers des médecins spécialistes ont répondu spontanément à la question ouverte que le contact médecin-patient s'était amélioré grâce à la présence d'un Medical Scribe et qu'un gain de temps ainsi qu'une augmentation de l'efficacité étaient perceptibles (fig. 1). La moitié des médecins interrogés ont en outre déclaré spontanément qu'ils se sentaient nettement soulagés lorsque la charge de travail était élevée. De plus, il a été mentionné spontanément à plusieurs reprises que le plaisir au tra-

vail s'est accru et que le sentiment de travail en équipe s'est renforcé. Pour les questions fermées, il est apparu que les 2/3 des répondants considéraient que la qualité de l'interaction et de la communication avec les patientes/patients et leurs parents s'était améliorée et qu'ils parvenaient mieux à fournir des soins de qualité aux patientes/patients dans des situations particulièrement stressantes lorsqu'ils étaient soutenus par un Medical Scribe (fig. 2). Par ailleurs, 83% des médecins interrogés ont estimé que le rapport entre le travail auprès des patientes/patients et le temps consacré à la documentation s'était amélioré après l'introduction des Medical Scribes. La présence de Medical Scribes a entraîné une réduction du niveau de stress personnel chez les 2/3 des personnes interrogées. Enfin, tous les médecins spécialistes participants étaient unanimes quant au fait que la présence de Medical Scribes avait amélioré leur satisfaction personnelle vis-à-vis de leur travail au cabinet d'urgence et que les Medical Scribes avaient contribué à une amélioration générale de l'atmosphère de travail au sein du cabinet d'urgence.

Impact du travail de Medical Scribe sur les étudiants en médecine travaillant eux-mêmes comme Medical Scribes

L'effet le plus marquant du travail en tant que Medical Scribe a été un gain de compétences et

de connaissances, qui les a particulièrement bien préparés à l'année d'études à option, mais qui a également eu un effet positif sur les études dans leur ensemble (fig. 3). Il s'est en outre avéré que le travail d'appoint a contribué de manière décisive à façonner l'image de la profession de médecin et qu'une partie des Medical Scribes a gagné en motivation pour les études et la profession de médecin. Deux Medical Scribes ont critiqué la limitation du temps libre liée au travail d'appoint, mais les deux étaient d'accord sur le fait que les avantages l'emportaient sur cet inconvénient. Certains participants et participantes ont également fait état d'un gain personnel de confiance en soi en général et en matière d'intégration dans une équipe, ainsi que d'une réduction de la peur de situations nouvelles et de la rencontre de nouvelles personnes.

Discussion

L'introduction de Medical Scribes a eu des effets tout à fait positifs pour les médecins spécialistes. Pour une grande partie des médecins interrogés, les Medical Scribes ont entraîné une réduction directe du niveau de stress ressenti personnellement pendant le travail. En outre, le sentiment d'efficacité personnelle s'est nettement amélioré, en ce sens que les médecins spécialistes se sont sentis plus efficaces, qu'ils

ont jugé l'interaction et la communication avec les patientes/patients et leurs parents nettement meilleures et qu'ils ont pu offrir des soins de qualité aux patientes/patients même dans des situations de stress. En fin de compte, toutes les personnes interrogées ont constaté une amélioration de l'atmosphère de travail et une augmentation de la satisfaction personnelle au travail. L'introduction de Medical Scribes entraîne donc des améliorations qui ont toutes le potentiel de réduire le risque de burnout.

Les étudiantes et étudiants en médecine travaillant comme Medical Scribes ont non seulement acquis des compétences et des connaissances, mais ont aussi gagné en motivation pour leurs études de médecine et leur future profession de médecin. Ils ont pu se faire une image réaliste de la profession de médecin, s'exercer à ce que l'on appelle les soft skills, comme l'intégration dans une équipe ou la gestion de situations nouvelles, et renforcer leur confiance en soi. Ainsi, le travail de Medical Scribes ne devrait pas seulement leur permettre de réussir leurs études à court terme, mais aussi de bien se préparer à la transition vers la vie professionnelle après l'examen d'État.

Nos résultats se recoupent avec ceux d'études internationales [7, 10]. Une étude de plus grande envergure devrait être menée pour déterminer si une utilisation plus vaste des Medical Scribes permet effectivement de réduire le taux de burnout et d'éviter les abandons prématurés de la profession de médecin clinicien. Le présent travail montre qu'il existe également un potentiel en Suisse. Il est dès lors d'autant plus intéressant d'exploiter ce potentiel qu'il est parfaitement démontré dans la littérature que l'introduction de Medical Scribes se justifie en premier lieu par des considérations économiques. Il existe ainsi une possibilité extraordinaire d'améliorer la santé et la motivation des médecins, et même d'améliorer le résultat économique.

Remarque:

Le présent travail fait partie d'un vaste travail de master réalisé par Giannina Buzzi en 2021 à la Faculté de médecine de l'Université de Zurich. D'autres aspects ont également été étudiés dans le cadre de ce travail de master. Il a notamment été possible de démontrer que la qualité des comptes rendus s'est améliorée après l'introduction de Medical Scribes. Le travail en question peut être obtenu auprès des auteurs.

Correspondance

Dr. med. Urs Zimmermann
Klinik für Neonatologie und
Kinder- & Jugendmedizin
Spital Bülach AG
Spitalstrasse 24
CH-8180 Bülach
[urs.zimmermann\[at\]spitalbuelach.ch](mailto:urs.zimmermann[at]spitalbuelach.ch)

Références

- Goehring C, Bouvier Gallacchi M, Künzi B, Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly.* 2005 Feb;135(7-8):101–8.
- von Känel R. Le burnout et la résilience chez les médecins. *Primary and Hospital Care: Médecine Interne Générale.* 2017;17(3):51–6.
- Arigoni F, Bovier PA, Sappino AP. Trend of burnout among Swiss doctors. *Swiss Med Wkly.* 2010 Aug;140:w13070.
- Bolliger C, Golder L, Jans C. Der Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Tätigkeit. Schlussbericht. Bern: Büro Vatter/gfs.bern; 2016.
- Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med.* 2002 Mar;136(5):358–67.
- Arya R, Salovich DM, Ohman-Strickland P, Merlin MA. Impact of scribes on performance indicators in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2010 May;17(5):490–4.
- Ziemann M, Erikson C, Krips M. The Use of Medical Scribes in Primary Care Settings: A Literature Synthesis. *Med Care.* 2021 Oct;59(10 Suppl 5):S449–56.
- Hess JJ, Wallenstein J, Ackerman JD, Akhter M, Ander D, Keadey MT, et al. Scribe Impacts on Provider Experience, Operations, and Teaching in an Academic Emergency Medicine Practice. *West J Emerg Med.* 2015 Sep;16(5):602–10.

- Bank AJ, Gage RM. Annual impact of scribes on physician productivity and revenue in a cardiology clinic. *Clinicoecon Outcomes Res.* 2015 Sep;7:489–95.
- Gidwani R, Nguyen C, Kofoed A, Carragee C, Rydel T, Nelligan I, et al. Impact of Scribes on Physician Satisfaction, Patient Satisfaction, and Charting Efficiency: A Randomized Controlled Trial. *Ann Fam Med.* 2017 Sep;15(5):427–33.

Annonce



7. SGAIM Herbstkongress
21.–22.09.2023 Kongresshaus Zürich

Besuchen Sie uns an unserem Stand – Wir freuen uns auf Sie

SWISS HEALTH WEB

Powered by:
EMH Media
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG
EDITIONS MEDICALES SUISSES

Partie 2: Antibiothérapie, pneumonie, infections des voies urinaires, érysipèle

Les infections chez les personnes âgées

L'anamnèse, l'examen et un suivi minutieux permettent également une évaluation nuancée et un traitement efficace chez les personnes âgées souffrant de maladies infectieuses, parfois même sans recours aux antibiotiques.

Olivier Petitat^a, Matthias Berger^b, Eugénie Colin-Benoit^c, Charles Béguelin^d, Bernard Flückiger^e, Bettina Hurni^f, Massimo Ruffo^g, Alexandra Rölin^h, Gisela Etter^h, Martina Heimⁱ, Katia Boggianⁱ, Philip Tarr^a

^a Medizinische Universitätsklinik, Infektiologie und Spitalhygiene, Kantonsspital Baselland, Bruderholz, Universität Basel; ^b Allgemeine Innere Medizin FMH, Schwerpunkt Geriatrie, Toffen/BE; ^c Universitätsklinik für Infektiologie, Inselspital Bern, Universität Bern; ^d Spitalzentrum Centre hospitalier Biel-Bienne, Infektiologie und Innere Medizin, Biel-Bienne; ^e Adullam Spital, Allgemein Innere Medizin FMH, Schwerpunkt Geriatrie, Basel-Stadt; ^f Klinik für Rehabilitation und Altersmedizin, Allgemeine Innere Medizin FMH, Schwerpunkt Geriatrie, Kantonsspital Baselland Bruderholz, Baselland; ^g Allgemeine Innere Medizin FMH, Bern; ^h Allgemeine Innere Medizin FMH, FA Homöopathie (SVHA), Richterswil ZH; ⁱ Akutgeriatrie Kantonsspital Graubünden, Allgemeine Innere Medizin FMH, Schwerpunkt Geriatrie, Chur/Graubünden; ^j Klinik für Infektiologie und Spitalhygiene, Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen

Le traitement des infections est-il différent chez les personnes âgées?

Il est intéressant de constater que non: les guidelines ne recommandent pas de traitement différent ou de dose d'antibiotiques plus faible chez les personnes âgées; les données disponibles sont toutefois étonnamment peu nombreuses [200–202]. Aujourd'hui, la tendance est clairement à la réduction de la du-

rée des antibiotiques (tableau 1), ce qui est tout aussi efficace et entraîne moins de résistances [203].

Dois-je réduire les doses d'antibiotiques en cas d'insuffisance rénale?

Cela n'est généralement pas nécessaire, même en cas de traitement IV, car la plupart des antibiotiques ne sont pas néphrotoxiques et une

insuffisance rénale initiale (due à la déshydratation) se rétablit déjà dans les 48 h chez >50% des patient-e-s [204, 205].

La pneumonie chez les personnes âgées

Les pneumonies sont beaucoup plus fréquentes à partir de 65 ans [206], tout comme

Tableau 1: Antibiothérapie empirique ambulatoire recommandée et durée du traitement pour les infections courantes chez les personnes âgées.

Infection	Antibiotique recommandé	Durée de traitement recommandée	Remarques
Pneumonie	<ul style="list-style-type: none"> Amoxicilline 1 g toutes les 8 h (sans comorbidités) Co-amoxicilline 1 g toutes les 8 h (si BPCO, comorbidités) Alternatives: <ul style="list-style-type: none"> Doxycycline 100 mg toutes les 12 h clarithromycine 500 mg toutes les 12 h Azithromycine 500 mg toutes les 24 h 	<ul style="list-style-type: none"> 5 jours généralement suffisants (2–3 jours après la disparition de la fièvre/la stabilisation clinique) Azithromycine 3 jours 	<ul style="list-style-type: none"> Seulement dans les cas graves ou en cas de réponse retardée: 7 jours Environ 15% des pneumocoques sont résistants à la clarithromycine et à la doxycycline. Facultatif: pas d'antibiothérapie si procalcitonine <0,25 µg/l
Cystite	<ul style="list-style-type: none"> Traitement primaire sans antibiotiques possible Si antibiotiques: <ul style="list-style-type: none"> Nitrofurantoïne 100 mg 1-0-1 pendant 5 jours Fosfomycine 3 g dose unique Cotrimoxazole fort 1-0-1 pendant 3 jours (5 jours si pathologie fonctionnelle ou structurelle ou si homme) 		<ul style="list-style-type: none"> Diagnostic d'exclusion: pas de fièvre, pas de sensibilité ou douleurs des loges rénales Le choix des antibiotiques doit tenir compte de la situation locale en matière de résistance (voir anresis.ch)
Pyélonéphrite	Ciprofloxacine 500 mg 1-0-1 Cotrimoxazol forte 1-0-1 Levofloxacine 500 mg 1-0-1	5(–7) jours	<ul style="list-style-type: none"> si nausées: évent. 1 dose de ceftriaxone 2 g i.v., puis seulement commencer la ciprofloxacine per os Le choix de l'antibiotique doit tenir compte de la situation locale en matière de résistance (voir anresis.ch)
Prostatite aiguë	Ciprofloxacine 500 mg 1-0-1 Levofloxacine 500 mg 1-0-1 Cotrimoxazol forte 1-0-1	Aiguë: 2 semaines Chronique: 4–6 semaines	<ul style="list-style-type: none"> Patient malade, fébrile, avec prostate douloureuse (examen rectal digital)
Érysipèle	Co-Amoxicilline 1 g toutes les 8 heures	Généralement env. 5 jours – selon la clinique (jusqu'à nette amélioration des douleurs et des signes inflammatoires: rougeur, tuméfaction)	

Modifié selon [203] et les recommandations de la Société Suisse d'Infektiologie (<https://ssi.guidelines.ch/>).

les hospitalisations [207], et des décès surviennent parfois [15, 208–210]. La fatigue résiduelle, la toux, la dyspnée et la réduction de la performance 1 à 2 mois après un traitement réussi ne sont pas rares [211–213] – une pneumonie est clairement plus qu'un simple rhume. Chez certains patients fragiles, la pneumonie peut même entraîner un affaiblissement durable de l'état général et une perte d'autonomie [211, 214, 215]. La mortalité à un an chez les patient-e-s âgé-e-s hospitalisé-e-s est élevée: 8–25% [211, 216–218].

Quels sont les facteurs de risque qui favorisent la pneumonie chez les personnes âgées?

Beaucoup sont bien connus des médecins de famille [219]: réflexe de toux réduit [220], mauvaise hygiène buccale [220–222], troubles de la déglutition (augmentent la tendance à l'aspiration) [223], par exemple après un accident cérébrovasculaire. De plus, les pneumonies antérieures, l'alitement, les comorbidités, l'immunosuppression, la malnutrition, la surconsommation d'alcool [224], le tabagisme [225, 226] ainsi que l'immunosénescence et l'inflammation [225, 227–231] augmentent le risque de pneumonie.

Quels sont les médicaments qui favorisent les pneumonies?

Les neuroleptiques [232], les opioïdes (effet immunosuppresseur) [233–235] et même la prednisone à faible dose (>5 mg) augmentent le risque de pneumonie [236]. Les inhibiteurs de la pompe à protons augmentent le risque de pneumonie, mais l'effet semble plutôt faible [229, 237, 238].

Quelle est la fiabilité des leucocytes et de la CRP pour le diagnostic de pneumonie chez les personnes âgées?

Moins fiable que chez les patients plus jeunes [142, 239–242]. Les leucocytes sont le plus souvent normaux voire plus bas dans le sang, une déviation gauche est plus rare [243]. La CRP est généralement élevée [244]: Une CRP supérieure à 30 g/l augmente la probabilité de pneumonie selon une étude hollandaise menée dans des cabinets de médecine générale [245]; la CRP peut cependant être encore normale si la durée des symptômes est <24 h [246]. Important: les pneumonies sont beaucoup plus rares que les infections virales des voies respiratoires; seulement 5% des patientes souffrant d'une toux aiguë au cabinet médical ont une pneumonie [245]. Une CRP normale a souvent un effet apaisant, elle peut aussi aider à éviter les antibiotiques chez les résidents d'EMS souffrant d'une infection des voies respiratoires [247].

Dois-je mesurer la procalcitonine plutôt que la CRP?

Plutôt non. La prise d'antibiotique selon la procalcitonine (PCT) n'est pas recommandée dans les guidelines [248–250]. Chez les patients âgés, la PCT [251] ne présente pas d'utilité diagnostique claire par rapport à la CRP [244, 252, 253] et était même inférieure à la CRP dans l'étude hollandaise en médecine générale [245].

Les résultats radiologiques sont-ils différents chez les patients âgés atteints de pneumonie?

Les données disponibles sont faibles. Les infiltrats peuvent être dus à une insuffisance cardiaque ou être retardés en raison d'une déshydratation (et s'aggraver après hydratation). Il peut y avoir un décalage entre l'amélioration des signes cliniques et la disparition des signes radiologiques parfois retardée [239, 254].

Le spectre des germes en cas de pneumonie est-il différent chez les personnes âgées?

Oui. Certes, comme chez les personnes plus jeunes, les pneumocoques sont les bactéries les plus fréquentes [255], les germes atypiques (en particulier les mycoplasmes) sont plus rares chez les personnes âgées [256, 257], mais la légionellose est nettement plus fréquente [258, 259]. Chez les personnes âgées en institution, il faut aussi évoquer la pneumonie par aspiration [260].

Qui puis-je traiter en ambulatoire?

Un traitement ambulatoire à domicile est envisageable avec une surveillance accrue les premiers jours mais va grandement dépendre des

conditions de vie et du degré d'autonomie des patients [205]. En cas de doute, hospitaliser les patients affaiblis et vivant seuls – reste une décision clinique du médecin traitant. Certains scores permettent d'évaluer la sévérité et la nécessité d'une hospitalisation par exemple le Pneumonia Severity Index (PSI) [261, 262] ou, plus simple, le CURB-65 [262–264]: >65 ans, insuffisance rénale (urée >7 mmol/l), état confusionnel, tension systolique <90 ou diastolique <60, fréquence respiratoire >30 donnent chacun un point. A partir de 2 points, une (courte) hospitalisation doit être envisagée.

Dans certains cas, puis-je traiter une pneumonie sans antibiotiques, comme pour une angine streptococcique [265] ou une cystite [266]?

Comme dans d'autres infections courantes, l'administration d'antibiotiques systématique doit être réservée aux situations présentant des critères de gravité clinique, une CRP élevée, une élévation des neutrophiles ou des infiltrats radiologiques denses [267, 268] (voir encadré 3): Un traitement primaire sans antibiotiques, avec un suivi étroit, est envisageable en l'absence d'arguments en faveur d'une pneumonie bactérienne. Dans la BPCO, la fréquence et la durée des exacerbations ont diminué avec un traitement homéopathique en plus du traitement standard [269].

Dois-je arrêter les suppléments alimentaires sous traitement antibiotique?

Oui et non. Il y a peu de problèmes d'interaction avec les pénicillines et les céphalosporines.

Encadré 3: Arguments en faveur d'une pneumonie bactérienne.

- symptômes aigus d'installation rapide
- absence de symptômes viraux
- toux, sans rhume, maux de gorge, conjonctives rouges)
- symptômes initialement légers et aggravation secondaire (souvent interprété comme une «surinfection bactérienne»)
- leucocytes >15 000/μl ou <6000/μl
- déviation gauche
- PCT >0,25 μg/l
- infiltrat radiologique dense ou lobaire

Facteurs plutôt en faveur d'une pneumonie virale:

- symptômes «viraux» (des voies respiratoires supérieures)
- quelqu'un de la famille/de l'environnement social proche a contracté une maladie «virale»
- leucocytes normaux ou à peine augmentés
- CRP <30 g/l
- PCT <0,1 μg/l
- Les infiltrats sont «seulement» tachetés/translucides

Modifié d'après [267]

En revanche, des cations comme le calcium (ostéoporose), le magnésium (cramps), le zinc et le fer peuvent former des complexes avec les quinolones et les tétracyclines dans l'intestin, remettant ainsi en question leur absorption et leur efficacité [270, 271]. Une prise décalée dans le temps (quinolone matin/soir, calcium à midi) n'apporte pas grand-chose – il vaut mieux interrompre complètement les cations pendant l'antibiothérapie.

Ne devrais-je pas renoncer aux fluoroquinolones de toute façon?

Si possible, oui (voir encadré 4): N'utiliser les quinolones que s'il n'existe pas d'alternative [272], uniquement sous contrôle étroit [271, 273] et pas en cas d'infections autolimitées comme la cystite [266, 274].

Encadré 4: Nous devrions, dans la mesure du possible, renoncer aux quinolones.

Les fluoroquinolones (ciprofloxacine, lévofloxacine, moxifloxacine et autres) sont de plus en plus associées à des effets défavorables. Depuis 10 ans, les autorités américaines recommandent une grande retenue [275]. Attention à l'allongement de l'intervalle QTc [276], surtout en combinaison avec des antidépresseurs (SSRI) [277]. Les quinolones peuvent être plus nocives pour la flore intestinale que d'autres antibiotiques [278] et favorisent la formation de souches endogènes d'E. coli résistantes dans l'intestin [279]. Les quinolones favorisent le délire et d'autres symptômes neurologiques chez les patients âgés [280] – utiliser la dose maximale avec prudence.

Les patients âgés atteints de pneumonie se rétablissent-ils plus lentement?

Oui [281]. Jusqu'à la stabilité clinique (amélioration subjective, afebrile, tension artérielle normale), cela peut prendre plus de temps que les 2–3 jours recommandés. Chez les patients âgés ou multimorbides en particulier, il s'agit plutôt de 5 à 7 jours [282]. La plupart du temps, il n'y a pas de complication (p. ex. empyème) en cas de guérison lente; il faut simplement patienter 2 à 3 jours de plus.

Une prévention efficace de la pneumonie est-elle possible chez les personnes âgées?

Oui, en plus de l'arrêt du tabac et d'une consommation modérée d'alcool, les traitements à base d'opiacés, de benzodiazépines et

de neuroleptiques devraient être réévalués ou leur dosage réduit (mots-clés: état mental réduit, dysfonctionnement neurocognitif, risque de chute et d'aspiration). Le lien entre les caries et les pneumonies par aspiration est bien documenté – l'assainissement dentaire, le brossage régulier des dents et l'hygiène dentaire professionnelle sont efficaces en termes de prévention [283]. Il n'existe toutefois de solides données indiquant que la désinfection régulière de la bouche réduit le risque de pneumonie que chez les patients âgés hospitalisés qui présentent un risque accru d'aspiration en raison de troubles de la déglutition [284–289].

Les Infections des voies urinaires (IVU) chez les personnes âgées

La présentation clinique des IVU est-elle souvent non spécifique chez les personnes âgées?

Cela a été rapporté à plusieurs reprises, mais le sujet est complexe [290, 291]. La littérature spécialisée est difficile à interpréter car elle a tendance à négliger la différence entre les IVU et la bactériurie en partant de l'hypothèse que d'autres symptômes comme la dysurie et la pollakiurie peuvent être absents chez les personnes âgées souffrant d'IVU. Malheureusement, cette attitude conduit à interpréter comme des IVU des symptômes variés, fréquents, souvent vagues et autolimités chez les personnes âgées, comme la détérioration de l'état mental, le malaise et l'instabilité de la marche, mais aussi des symptômes chroniques fluctuants comme le besoin d'uriner ou l'incontinence urinaire, cela même si dans de nombreux cas, il n'y a pas d'évidence d'IVU en dehors de la bactériurie, ce qui conduit à l'utilisation inutile d'antibiotiques [292–294].

Quelle est la fréquence de la bactériurie asymptomatique (BA)?

Fréquente – avec ou sans IVU, avec ou sans fièvre, avec ou sans sonde urinaire à demeure [295–299]. La prévalence chez les femmes de plus de 80 ans est >20% et chez les hommes de plus de 80 ans, d'environ 5–10% [300]. En EMS, la prévalence de la BA est encore nettement plus élevée (25–50% pour les femmes, 15–40% pour les hommes) [292]. La BA peut persister pendant des années.

Si la BA s'accompagne d'une leucocyturie, il s'agit d'une IVU. Est-ce vrai?

Non. La BA s'accompagne régulièrement d'une leucocyturie, et cela n'a pas de signification supplémentaire. D'ailleurs, la BA est définie comme une croissance bactérienne dans la culture d'urine – les bactéries dans le test de la bandelette ne sont pas pertinentes.

L'absence de leucocyturie est-elle un bon argument contre une IVU?

Oui, cela a une valeur prédictive négative élevée, c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'IVU [294, 301].

Alors, quand dois-je penser à une IVU chez la personne âgée?

Un diagnostic d'IVU ne doit être envisagé et une culture d'urine ne doit être effectuée qu'en cas d'apparition de nouveaux symptômes focaux d'IVU (dysurie, pollakiurie) ou de fièvre, si les symptômes ne régressent pas spontanément et si, après une évaluation minutieuse, aucune autre explication ne peut être avancée – même chez les porteurs de cathéters [278, 295, 302]. C'est également ce que recommande smartermedicine.ch. Comme dans la population générale, le traitement de l'IVU chez les personnes âgées doit se faire uniquement en présence de symptômes typiques et d'une culture d'urine positive pour un germe uropathogène. En EMS, après un examen clinique minutieux, la fièvre est 5 à 10 fois plus souvent due à une infection des voies respiratoires qu'à une IVU [299, 303].

Un état confusionnel peut-il être l'expression d'une IVU?

Le lien entre l'état confusionnel et l'IVU est souvent mentionné, mais n'est pas prouvé. Les mêmes comorbidités les favorisent [292, 302]. Un état confusionnel avec bactériurie n'est pas une indication à une antibiothérapie.

Qu'en est-il des IVU chez les porteurs de sonde urinaire?

Par jour de pose de CP, la probabilité de BA est de 3 à 8%. La bactériurie ne doit donc être ni recherchée ni traitée chez les porteurs de CP. Les tentatives d'éradication par antibiotique sont infructueuses et entraînent des résistances. La leucocyturie, l'odeur ou la turbidité de l'urine ne permettent pas non plus de distinguer une BA d'une IVU chez les porteurs de CP. Le risque de BA et d'infection urinaire est similaire pour les cathéters urétraux et suprapubiens.

L'urine résiduelle entraîne-t-elle une récurrence des infections urinaires?

Voir notre article dans PHC 8/2021 [266, 302]: Les preuves sont faibles [304, 304–306]. Une grande étude menée auprès de 900 femmes âgées n'a pas montré de lien entre le volume d'urine résiduelle et le risque d'IVU [307].

A quoi dois-je faire attention lors d'une culture d'urine?

Toujours prélever la culture d'urine avant la prise d'antibiotiques, car elle peut être négative après 1 dose seulement [308]. En cas d'incontinence urinaire, le prélèvement de la culture

peut être plus difficile – envisager la pose d'une sonde à usage unique (c'est un sujet difficile en cas de démence ou d'état confusionnel).

Et pour les porteurs de sonde urinaire?

Si une sonde urinaire reste nécessaire: changer la sonde et procéder à une culture d'urine immédiatement après la mise en place de la nouvelle sonde. Cette façon de faire représente mieux les germes uropathogènes présents dans l'urine et diminue le risque d'identifier les germes colonisateurs de l'ancienne sonde.

Puis-je lors d'une cystite procéder à un premier traitement sans antibiotiques, même chez les personnes âgées?

Oui, même si la cystite est récidivante [266, 302], car une cystite évolue rarement vers une pyélonéphrite [309]. Les indications à une antibiothérapie en cas d'IVU sont clairement définies: S'il y a de la fièvre ou des signes de pyélonéphrite (sensibilité ou douleur des loges rénales), il s'agit de plus qu'une simple cystite et un traitement sans antibiotiques est trop risqué.

Le traitement de l'IVU est-il différent chez les personnes âgées?

Non. En particulier, la durée de l'antibiothérapie n'est pas plus longue (tableau 1). Utiliser la fosfomycine avec retenue en cas de démence («pas de miction pendant 4 h après la prise» est difficile à mettre en œuvre).

Quelle est la durée optimale du traitement de l'IVU en cas de sonde urinaire?

Ce n'est pas clair. La première question doit être la suivante: Faut-il encore une sonde urinaire? Si oui, la changer avant l'administration d'antibiotiques [310]. En cas de bonne réponse, le traitement doit être limité à 7 jours afin de limiter le développement de résistances [311].

Quelles sont les mesures efficaces pour la prévention des IVU?

Voir encadré 5.

Érysipèle

Chez les personnes âgées, la peau est plus fine, sa résistance est plus faible et sa capacité à retenir l'eau est réduite. Cela peut entraîner une sécheresse de la peau et des démangeaisons [329]. Environ 70% des personnes âgées de 70 ans ont au moins un problème de peau [330], et presque tous les résidents d'EMS souffrent de sécheresse cutanée [331].

À quoi dois-je faire attention dans la pratique au cabinet?

Un érysipèle peut se présenter de manière non spécifique (voir encadré 2) [332, 333]. Pas d'antibiothérapie empirique s'il y a une infection post-opératoire ou du matériel prothétique à proximité de l'érysipèle (consulter le chirurgien/infectiologue) ou un écoulement d'un ulcère chronique (suspicion d'ostéomyélite, consulter). L'érythème local, l'œdème et la CRP élevée ne s'améliorent souvent que lentement [334] – l'amélioration de la douleur et la disparition de la fièvre sont plus importantes pour évaluer l'évolution [335].

L'essentiel dans la pratique

- La pneumonie, l'érysipèle ne sont pas diagnostiquées différemment chez les personnes âgées. Les présentations peu symptomatiques sont toutefois plus fréquentes («seulement» confusion, détérioration de l'état général, chute) et peuvent compliquer ou retarder le diagnostic.
- Il n'est pas rare que les personnes âgées atteintes de pneumonie aient besoin de 5 à 7 jours après le début du traitement par antibiotique pour obtenir une amélioration subjective et une absence de fièvre. De plus, elles ont une convalescence prolongée – les symptômes résiduels après 1 à 2 mois ne sont pas rares.
- Le diagnostic d'infection urinaire ne doit être fait, même chez les personnes âgées, qu'en cas de symptômes locaux typiques (nouvelle dysurie, pollakiurie, fièvre) – la bactériurie asymptomatique est fréquente, elle ne doit être ni recherchée ni traitée.

Y a-t-il des avantages à être hospitalisé?

En plus du traitement antibiotique intraveineux, l'hospitalisation facilite les soins attentifs, la surveillance ainsi que l'élévation des jambes [336], importante sur le plan thérapeutique, le refroidissement, le décongestionnement et éventuellement le débridement en cas d'ulcères de pression.

Quels sont les autres facteurs importants pour le traitement de l'érysipèle?

Un pansement compressif peut réduire les récurrences [337]. Les causes de l'érysipèle doivent être recherchées et traitées (après la fin de l'antibiothérapie), par exemple les mycoses des pieds ou des ongles [156]. En cas d'ulcères de pression, des compléments alimentaires, une réduction régulière de la pression et une hygiène soignée en cas d'incontinence sont à envisager à titre préventif [338–341]. En cas de peau sèche, un graissage généreux (si nécessaire, plusieurs fois par jour) améliore l'intégrité de la peau [342–344].

Correspondance

Prof. Dr. med. Philip Tarr
Medizinische Universitätsklinik
Kantonsspital Baselland, CH-4101 Bruderholz
philip.tarr[at]unibas.ch



Références

La bibliographie complète se trouve dans la version en ligne de l'article à l'adresse <https://doi.org/10.4414/phc-f.2023.10694>.

Encadré 5: Prévention des IVUs chez les personnes âgées.

- Éviter si possible les sondes urinaires à demeure [290, 292, 296].
- Examiner d'un œil critique les médicaments susceptibles d'avoir un effet rétenteur d'urine.
- Rien ne s'oppose à une tentative de prophylaxie avec du jus de canneberge [312, 313], une augmentation de la prise d'eau [314, 315], du D-mannose [316, 317], des pommades vaginales grasses topiques ou une œstrogénothérapie locale [318, 319].
- Méthodes homéopathiques [320, 321].
- Phytothérapie (p. ex. mélanges de teintures mères de Solidago, Equisetum et ortie (2–3× par jour, pendant 2–3 mois, aussi souvent que la patiente y pense), ou chiendent, également en teinture mère, raifort/nasturtium, raisin d'ours et autres [322–325].
- Évaluer les facteurs psychosociaux et utiliser généreusement les méthodes non médicamenteuses en fonction de la patiente ou du patient: Méditation, exercices de relaxation, réduction du stress, augmentation de l'activité physique, traitement par la chaleur ou le froid et physiothérapie [302].
- Les calculs rénaux peuvent être considérés comme une source potentielle d'infection.
- Une prophylaxie antibiotique des infections urinaires n'est plus guère recommandée aujourd'hui en raison du développement de résistances et des dommages causés au microbiome [326].
- Nous ne recommandons pas Uro-Vaxom® – les données d'efficacité sont faibles [327, 328].

Modifié d'après notre article paru dans PHC 8/2021 [302]

La formation postgraduée et continue du point de vue de la relève

Together for better care: lutter ensemble contre la pénurie de personnel qualifié

La pénurie de personnel qualifié dans le secteur de la santé suisse ne cesse d'augmenter. Cela ne concerne pas seulement le personnel soignant, mais aussi les médecins. De moins en moins de médecins sont prêts à travailler dans un tel système. Cette situation a plusieurs raisons et conséquences. Lors du congrès de printemps de la SSMIG, une discussion a mis en évidence les principaux liens de cause à effet et a suscité une réflexion à la lumière de publications récentes.

Céline Désirée Fäh

Médecin dipl.

Pourquoi de plus en plus de professionnels de la santé quittent-ils leur profession et que fait la sphère politique pour y remédier?

En raison de la médecine de haut niveau et de l'évolution des conditions de vie, les patientes et patients sont de plus en plus âgés. Cela implique une charge de travail toujours plus importante pour la médecine actuelle, en particulier pour les soins. Selon Yvonne Ribl, secrétaire générale de l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) et infirmière diplômée ES, il manquera environ 15 000 infirmières et infirmiers en Suisse d'ici 2050. Voilà une évolution qui laisse entrevoir l'avenir avec effroi. Tout le monde sait qu'il est urgent de trouver une solution pour que les soins médicaux puissent continuer à être assurés. Mais comment faut-il s'y prendre concrètement?

Dans les professions soignantes, les bases politiques ont déjà été posées. L'initiative sur les soins infirmiers a été adoptée et les premiers changements concrets peuvent déjà être entrepris. Mais qu'en est-il de l'avenir du corps médical? De plus en plus de jeunes médecins quittent la profession. La faute en revient au système. Comme l'a montré l'enquête de la NZZ, 70% des médecins-assistants [1] ont déjà pensé une fois à quitter la profession, et environ 52% y pensent régulièrement [2]. Les mé-

decins ne sont plus prêts à sacrifier leur vie pour leur profession. Beaucoup souhaitent avoir du temps libre, une famille, du temps pour eux, pour cuisiner, pour leurs amis – des choses qui vont de soi dans toute autre profession. Le fait que les médecins travaillent 50 heures par semaine alors que la plupart des autres professions ne travaillent que 42 heures par semaine n'a guère de sens. En effet, ce sont bien les médecins qui expliquent à leurs patientes et patients l'importance d'un bon équilibre entre vie professionnelle et vie privée, qui leur conseillent de dormir suffisamment et de se nourrir de manière équilibrée, ou qui leur disent à quel point le stress permanent est mauvais pour eux. Or, le système empêche précisément ce groupe professionnel de mettre en œuvre lui-même ses propres recommandations. C'est pourquoi de nombreux jeunes médecins appliquent la devise de Viktor Frankl «Lorsque nous ne sommes plus en mesure de changer une situation, nous sommes mis au défi de nous changer» et quittent le système ou la profession.

Dans la ville de Zurich, on exige une semaine de 42 h pour les médecins [3]. Mais en y regardant de plus près, on constate qu'à ces 42 h s'ajoutent encore 4 h de formation continue par semaine. Si l'on fait le calcul, on arrive tout de même à une semaine de 46 h. Un état de fait qui suscite le mécontentement.

La charge administrative est de plus en plus lourde et le temps passé auprès des patientes et patients de plus en plus court

Sur le plan législatif, on constate qu'au cours des 20 dernières années, les projets relatifs à la politique de santé soumis au Parlement ont été multipliés par cinq. Il en résulte une multiplication de la charge administrative supplémentaire pour le personnel médical, de sorte que «la seule augmentation de la charge de travail liée aux dossiers médicaux nécessite chaque année 100 nouveaux postes à temps plein» [4]. «L'augmentation constante des tâches administratives est probablement l'une des raisons pour lesquelles la satisfaction des médecins au travail n'a cessé de diminuer au cours des dernières années» [5]. «Avoir suffisamment de temps pour les patientes et patients est non seulement déterminant pour le bien-être des patientes et patients, mais aussi pour la satisfaction des médecins» [5].

Dans le cadre d'une journée officielle de 10 h, il reste environ 3 h pour les patientes et patients dans le milieu hospitalier. En estimant une répartition d'env. 12 personnes par médecin/jour, il reste exactement 15 minutes par personne [6]. Toutefois, ces 15 minutes ne sont pas uniquement consacrées à l'anamnèse et à l'examen, elles comprennent également le temps passé devant l'ordinateur lors des visites, le contrôle des paramètres vitaux, la prescrip-

tion de médicaments, la concertation avec le personnel soignant, ainsi que le temps passé à remplir les formulaires d'inscription pour une radiographie, une consultation, etc. En fin de compte, il reste à peine 5 min/jour/patient. Une évolution qui devrait faire réfléchir.

Aucune solution n'est (encore) en vue d'un point de vue politique. Au contraire, les nouvelles ordonnances et les procédures de consultation encouragent de plus en plus cette évolution – une raison supplémentaire pour laquelle de plus en plus de médecins abandonnent leur profession. Une tendance similaire se dessine également dans le domaine des soins. Les nombreux éléments à documenter privent le personnel soignant d'un temps précieux avec les patientes et patients. Et précisément les personnes âgées multimorbides ont besoin d'un suivi et de soins intensifs.

Et maintenant?

«Environ 40% des soignants quittent la profession», explique Yvonne Ribl avec insistance. Et ce, principalement en raison de la charge de travail élevée et de la surcharge émotionnelle. «Aujourd'hui déjà, 35% des soignants viennent de l'étranger», dit-elle. La situation n'est pas différente chez les médecins. En 2020, environ 34,5% des médecins en cabinet et 40,5% des médecins en milieu hospitalier avaient obtenu leur diplôme à l'étranger [7], et la tendance est à la hausse.

Dans les soins, on essaie déjà d'attirer plus de personnes dans la formation et d'améliorer les conditions de travail (structures compatibles avec la vie de famille, bonne répartition des équipes) afin de garantir ainsi la qualité. «Le partage de poste et le travail à temps partiel sont tout aussi importants pour le maintien du personnel que l'estime et la compatibilité avec la vie privée», précise Yvonne Ribl.

Initialement, un changement de mentalité doit avoir lieu au niveau politique afin d'adapter les conditions-cadres en conséquence. En tant que 4^e pouvoir, les médias peuvent contribuer à l'information. Mais si rien ne change, le secteur de la santé connaîtra dans les 20 prochaines années une baisse sensible de la qualité des soins et une grave pénurie de personnel.

Et à l'hôpital?

Pour les personnes qui restent dans le secteur de la santé, l'ambiance et la satisfaction à l'hôpital sont très importantes. «Le sentiment que ce que l'on fait a du sens, l'épanouissement personnel et la communauté» sont plus pertinents que le salaire [8]. Les «non-clinical challenges», tels que la frustration dans l'environnement de travail, la hiérarchie, le stress lié au temps, le patriarcat et la gestion de situations complexes, jouent le rôle le plus important à

Tableau 1: Les points essentiels de la planification des sorties.

Au service des urgences:	Dans le service hospitalier:	Sortie:
Déterminer la date de sortie possible déjà au service des urgences. L'évaluation initiale aide les collègues du service hospitalier à planifier la suite.	Chaque discipline, de son point de vue, donne chaque jour lors de la visite une évaluation des ressources dont la patiente/le patient a encore besoin.	Les patientes et patients ont-ils compris le contenu de leur hospitalisation, quels sont les nouveaux diagnostics, comment leurs médicaments ont été adaptés et quelles sont les étapes suivantes?

cet égard. À ce titre, la collaboration interdisciplinaire est tout aussi importante que les relations au sein de l'équipe. Un projet du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) avec Virginie Claivaz (spécialiste en soins infirmiers) et le Dr Malik Benmachiche (interniste et médecin intensiviste) a montré qu'une meilleure collaboration interdisciplinaire, avec des réunions toutes les 3 semaines ou toutes les semaines, permettait d'obtenir une plus grande satisfaction des patients et du corps médical [9]. Un projet similaire (In-HospITool), mené à l'Hôpital cantonal d'Aarau (KSA) sous la direction du Dr Alexander Kutz (chef de clinique avec fonction particulière), a pu démontrer dans 7 hôpitaux, auprès de 50 000 patientes et patients, sur une période de 2 ans que l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire et la planification interdisciplinaire structurée et précoce des sorties ont entraîné une réduction de la durée de séjour des patientes et patients hospitalisés [10]. Certes, 0,5 jour d'hospitalisation par patient semble peu à première vue, mais si l'on extrapole ce chiffre au nombre de patientes et patients par an, ce sont environ 12 500 jours d'hospitalisation ou 34 années-patients qui peuvent être économisés, et ce sans

Ensemble pour une meilleure issue – la conclusion

La pénurie de personnel qualifié commence au niveau politique et se termine par le départ de précieux collaborateurs et collaboratrices. Si le système ne change pas, nous serons confrontés à une grave pénurie de soins dans quelques années. «L'estime, la rationalité et l'efficacité ne sont que quelques exemples qui contribuent à une meilleure structure et donc à une meilleure médecine», explique Daniel Koch, responsable de l'expertise infirmière en médecine. Toutefois, même avec des processus parfaitement optimisés, les conditions-cadres (horaires de travail, estime, collaboration interprofessionnelle) doivent être adaptées pour pouvoir garder le personnel dans le secteur de la santé. Il s'agit maintenant de les optimiser.

augmentation de la mortalité ou des réhospitalisations. Voilà un résultat qui peut même intéresser les politiques (voir tab. 1).

Correspondance

Céline Désirée Fäh
Riedweg 29
CH-3293 Dätzigen
celine.fah[at]gm.ch

Références

- Niederberger M, Pfändler N. Assistenzärzte arbeiten 11 Stunden pro Tag und verdienen weniger als im Studentenjob. NZZ. 2023 Feb 20. Available from: <https://www.nzz.ch/zuerich/umfrage-mit-assistenzaezten-burnouts-und-buerokratie-im-spital-ld.1722170>
- Brotschi M. Junge Spitalärzte laufen am Limit. Tages-Anzeiger. 2023 May 15. Available from: <https://www.tagesanzeiger.ch/junge-spitalaerzte-laufen-am-limit-883210515253>
- Pfändler N. SP und GLP fordern eine 42-Stunden-Woche für Assistenzärzte in der Stadt Zürich. NZZ. 2023 Mar 24. Available from: <https://www.nzz.ch/zuerich/stadt-zuerich-forderung-nach-42-stunden-woche-fuer-assistenzaezte-ld.1731891?reduced=true-abgerufen>
- Siroka J. Comment les médecins perçoivent-ils leur vie professionnelle? Bull Med Suisses. 2022 Oct 19;103(42):28–29.
- Trezzini B, Meyer B, Ivankovic M, Jans C, Golder L. Les tâches administratives du corps médical continuent d'augmenter. Bull Med Suisses. 2020 Jan 8; 101(1–2):4–6.
- Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, Oishi A, Tagashira H, Verho A, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. BMJ Open. 2017 Nov;7(10):e017902.
- Hostettler S, Kraft E. Statistique médicale 2020 de la FMH: la Suisse en comparaison internationale. Bull Med Suisses. 2021 Mar 24;102(12):417–422.
- Keller G. Glück im ärztlichen Arbeitsalltag – was ist wichtig? Interview mit Dr. Ricarda Rehwaldt. Kompass Onkol. 2021;8:143–151.
- Benmachiche M, Gertsch M, Giordano F, Claivaz V. Patients en situation complexe aux soins intermédiaires de médecine interne: exemple d'interprofessionnalité. Rev Med Suisse. 2022 Nov 23;18(805):2213–2217.
- Kutz A, Koch D, Haubitze S, Conca A, Baechi C, Regez K, et al. Association of interprofessional discharge planning using an electronic health record tool with hospital length of stay among patients with multimorbidity: a nonrandomized controlled trial. JAMA Netw Open. 2022 Sep 1;5(9):e2233667.

Symposium international sur le futur des soins primaires

Quels enjeux pour la médecine de famille demain?

Nicolas Senn, Christine Cohidon

Département de médecine de famille, Unisanté

Imaginer ce que sera, ou ce que devrait être, la médecine de famille demain est un exercice difficile, et ce malgré les multiples prises de position, parfois contradictoires, des nombreux acteurs de la première ligne de soins. Il est certain que des éléments de réponse se trouvent dans la littérature scientifique. Cependant, les analyses de systèmes de santé sont complexes et les articles scientifiques n'en donnant souvent qu'une vision fragmentaire ne permettent pas d'identifier des lignes directrices claires. Dans ce contexte, la littérature grise, que l'on peut retrouver dans des rapports et sur des sites Internet institutionnels, et les revues de littérature narratives peuvent être d'une grande aide. A ce titre, deux rapports parus récemment semblent tout à fait intéressants pour nous éclairer sur quelques pistes d'avenir.

Le premier rapport vient des Etats-Unis et a été publié en 2021 sous le titre «Implementing High-Quality Primary Care: Rebuilding the Foundation of Health Care» [1]. Cet ouvrage très riche, cosigné par Robert L. Phillips, président de l'«American Board of Family Medicine», identifie notamment quatre objectifs pour proposer des soins primaires de qualité et disponibles pour l'ensemble de la population américaine.

Il s'agit de:

1. payer les équipes de soins primaires pour qu'elles s'occupent des personnes, et non les médecins pour qu'ils fournissent des services;
2. veiller à ce que des soins primaires de haute qualité soient disponibles pour chaque individu et chaque famille dans chaque communauté;
3. former des équipes de soins primaires là où les gens vivent et travaillent;

4. concevoir des technologies de l'information au service du patient, de la famille et de l'équipe de soins interprofessionnelle.

Par ailleurs, il identifie parmi les principaux facilitateurs de soins primaires de qualité les éléments suivants: un fonctionnement en équipe pluriprofessionnelle avec des modèles financiers et législatifs qui le favorisent, une coordination des professionnels de soins primaires pour porter une vision commune et la possibilité de mesurer simplement ce fonctionnement.

Un autre rapport produit en France en 2020 par la Chaire santé de Sciences Po (sous la direction d'H. Bergeron), intitulé «Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France?» [2] est à considérer. Il rend compte d'une série de séminaires qui ont eu lieu sur cette thématique. Il est intéressant de constater une large convergence avec le rapport américain sur le constat et les possibilités d'action afin de renforcer la médecine de famille et les soins de première ligne en France. On retrouve notamment un certain consensus sur les modalités de financement de la médecine de famille qui tend clairement à favoriser de nouveaux modèles de type capitation. D'autres enjeux sont également abordés, autour des questions d'interprofessionnalité et de la nécessaire intégration des déterminants sociaux de la santé dans les prises en charge.

Les recettes d'autres pays ne s'appliquent pas nécessairement à la Suisse, bien que l'on puisse largement y trouver des sources d'inspiration [3, 4]. C'est dans cette perspective que le Département de médecine de famille d'Unisanté et le Groupe francophone de soins primaires (www.gfsp.org) organisent un symposium international sur le futur des soins

primaires le 11 septembre 2023 à Lausanne. En présence d'experts internationaux francophones, nous y aborderons, dans un format interactif, différents enjeux cruciaux pour l'avenir de la médecine de famille en Suisse, tels que l'intégration des soins, les enjeux sociaux ou la durabilité. Link: https://sphc.ch/documents/2155/Flyer_5e_Symposium_soins_primaires_GFSP.pdf



Références

- 1 National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Health Care Services; Committee on Implementing High-Quality Primary Care. Implementing High-Quality Primary Care: Rebuilding the Foundation of Health Care. Robinson SK, Meisner M, Phillips RL Jr, McCauley L, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2021 May 4.
- 2 Moyal A, Bergeron H. Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France? Synthèse du séminaire pluridisciplinaire coordonné par la Chaire santé de Sciences Po. Paris: Presses de Sciences Po; 2019.
- 3 Cohidon C, Senn N, De Camaret AC. [Which professionals work in general practices? Overview in different countries]. Rev Med Suisse. 2023 May;19(826):889-91.
- 4 Cohidon C, Senn N. [New models of care in family medicine]. Rev Med Suisse. 2023 May;19(826):885-8.

Interview avec Jan Fehr sur l'état d'urgence sanitaire: après la pandémie, c'est avant la pandémie

«Nous n'imaginions pas à quel point Wuhan pouvait être proche»

L'interview a été réalisée par Matthias Widmer

Monsieur Fehr, en tant qu'infectiologue et expert en santé publique, quels sont les principaux enseignements que vous tirez de la pandémie de COVID-19?

Cette question me taraude bien sûr beaucoup. Et comme je ne veux pas me limiter à moi-même, j'ai mené une enquête auprès de mes collègues, mais aussi de représentants de la sphère politique et économique, des médias et des autorités. Les 3 thèmes suivants ont occupé l'avant-plan:

1. Une pandémie n'est pas en premier lieu un événement purement infectiologique, mais une crise fondamentale qui touche toutes les facettes d'une société: les fissures sont devenues de grands fossés. La solution ne peut donc être trouvée qu'au sein de la société – et en dialoguant avec elle. Nous devons parvenir à l'avenir à retrouver une meilleure culture du «débat» et du «vivre ensemble». C'était effrayant de voir que, soudainement, nous ne nous comprenions plus du tout ou que nous ne pouvions plus nous écouter. La confiance, le rapprochement mutuel et une bonne communication occupent ici une place centrale. J'espère que nous, les expertes et experts scientifiques et médicaux, avons appris qu'une bonne communication, transparente et concertée, constitue une part essentielle de notre activité. Si nous ne parvenons pas à communiquer au plus près de la population, nous la perdons et avec elle, le bien le plus précieux: la confiance.

2. Le système de santé suisse présentait déjà des lacunes stratégiques et structurelles avant la pandémie, que nous avons ensuite payées au prix fort lors de la pandémie. La Suisse est à la pointe mondiale en matière de soins. Mais il en va tout autrement en ce qui concerne la prévention. Il semble que nous préférions éteindre le feu plutôt que de penser en amont à la protection contre les incendies. Les dépenses de prévention sont bien moins élevées: par exemple, il n'a pas été investi dans les masques, dans le développement de vaccins ou dans une surveillance performante de l'évolution de l'in-

fection. Nous devons réussir à penser durablement en termes de prévention et à mettre en place des systèmes qui ne soient pas soumis à des législatures politiques de quatre ans. Une loi sur la prévention, telle que d'autres pays l'ont déjà adoptée depuis longtemps, serait un bon début.

3. Le nationalisme largement observé, jusqu'au réflexe de fermeture militaire des frontières et de «bunkérisation» des vaccins, m'a bouleversé. Les avantages de la convergence mondiale souvent invoqués avant la pandémie et la notion de communauté mondiale se sont volatilisés du jour au lendemain. Nous nous sommes quasiment retrouvés au Moyen Âge: si l'ennemi est aux portes de la ville, nous fermons les portes. L'échange de connaissances au niveau international a également été difficile. Nous devons réussir à mettre en place en dehors des périodes de pandémie des systèmes et des organisations qui soient également viables en période de tempête. Cela implique aussi que l'OMS soit à nouveau renforcée.

À votre avis, qu'est-ce qui a été fait de bien et de mal par les autorités (nationales)?

Après le premier choc et la communication malheureuse sur des mesures telles que les masques, les autorités ont commencé à s'organiser en échangeant avec des expertes et experts et des parties prenantes et se sont ensuite rattrapées, par exemple en ce qui concerne l'acquisition et la mise à disposition de vaccins. Ainsi, la Confédération a par exemple non seulement acheté des vaccins très tôt, mais elle a aussi misé sur les bons. Lors de la 2^e vague, la Suisse a malheureusement réagi trop tard et trop timidement, raison pour laquelle nous avons enregistré un taux de mortalité extrêmement élevé en comparaison avec d'autres pays. Toutefois, tout au long de la période de pandémie, un équilibre raisonnable entre restrictions et ouverture a été trouvé. Grâce aussi à une recherche soutenue en parallèle, comme le programme de recherche Corona Immunitas, qui

a fourni des preuves étayant la décision de ne plus fermer les écoles [1]. Alors que les pays voisins ont constamment fermé leurs écoles, cela n'a été le cas chez nous qu'au début de la pandémie. De plus, nous n'avons jamais eu de confinement comme dans d'autres pays.

Que faudrait-il changer au niveau des autorités pour que les erreurs ne se reproduisent pas?

D'une part, comme déjà évoqué, il faut un autre état d'esprit, dans lequel la prévention et la santé publique sont mieux ancrées. D'autre part, la «Confœderatio Helvetica» doit définir plus clairement les rôles et les responsabilités. Au cours des 3 dernières années, nous avons trop souvent vu la Confédération et les cantons se renvoyer la balle et perdre ainsi un temps précieux. Cela a semé la confusion dans l'esprit de la population et a en partie entraîné une perte de confiance.

Quel rôle la Suisse joue-t-elle et a-t-elle joué dans la propagation/l'endiguement du virus à l'échelle mondiale?

C'est une question passionnante, car à première vue, on aurait le sentiment que la Suisse ne peut guère jouer un rôle vu la taille modeste du pays. Je vois toutefois un potentiel clair. La Suisse est très bien placée en matière de recherche et de formation et peut apporter une contribution majeure au niveau mondial grâce aux connaissances nouvellement acquises. De plus, la Suisse a une longue tradition diplomatique et est le siège d'institutions importantes comme par ex. l'OMS. Les chemins sont courts et la Suisse peut ainsi mener une politique de santé sur la scène mondiale et l'influencer positivement.

En quoi le COVID-19 est-il différent des autres maladies infectieuses auxquelles nous avons été confrontés dans le passé?

Le COVID-19 est une nouvelle maladie, même si elle présente de nombreux parallèles avec des

maladies virales connues. Il y a beaucoup de choses que nous ne comprenons pas encore à tous les niveaux, du comportement du virus lui-même, de la pathogénèse, des réactions hôte-pathogène différentes d'un individu à l'autre avec différentes manifestations et évolutions de la maladie, jusqu'à COVID long, ce qui représente un défi énorme pour les personnes concernées et pour notre société. En ce qui concerne le virus, on pourrait dire que le SARS-CoV-2 est une sorte de loup déguisé en agneau: le fait qu'il y ait eu de nombreuses formes asymptomatiques ou légères a permis au virus de se propager comme une traînée de poudre, mettant en danger la vie de nombreuses personnes vulnérables. Ce que nous avons également sous-estimé, c'est le développement de nouveaux variants contagieux et dangereux au fil du temps; pensez par ex. au variant Delta, qui a fait de nombreuses victimes. Personne ne l'avait prévu.

Quels ont été les défis spécifiques liés à cette pandémie?

J'ai déjà mentionné certains points, et si je devais le résumer en une phrase: la dynamique rapide de la pandémie nous a mis à rude épreuve, d'autant plus que nous ne l'avons pas prise au sérieux pendant relativement longtemps et que, par-dessus le marché, nous n'étions pas suffisamment préparés. Nous n'avions pas réussi à retenir les leçons des pandémies passées et à en tirer les conséquences adéquates. En outre, nous n'imaginions pas à quel point Wuhan pouvait être proche. En forçant le trait, on pourrait dire que Thucydide, avec sa description d'une épidémie/pandémie dans son écrit sur la guerre du Péloponnèse en 430 av. J.-C., savait mieux que nous en février 2020 ce qu'un tel événement signifie. Il vaut donc peut-être la peine de relire les Grecs antiques de temps en temps.

Même si nous savons tous qu'il est difficile de faire des prévisions, surtout lorsqu'elles concernent l'avenir: Quel est, selon vous, le risque d'une future pandémie d'une ampleur comparable?

Certaines modélisations indiquent que les intervalles entre les pandémies extrêmes se raccourciront au cours des prochaines décennies.

Dans quelle mesure sommes-nous préparés à un tel scénario? Où voyez-vous un besoin d'agir?

Cela dépend de notre capacité non seulement à tirer les leçons de la pandémie actuelle, mais aussi à les mettre en œuvre. Au début, j'ai mentionné trois «lessons learned» éminentes dont la portée va au-delà de l'introduction de solu-

tions techniques telles que la numérisation. En résumé, il faut une «renaissance» de la santé publique, avec une intégration résolue dans notre système de santé. Et nous ferions bien, à ce stade, de ne pas laisser les systèmes et les équipes laborieusement mis en place pendant la pandémie prendre la poussière dans un coin, mais de conserver de petites 'troupes d'intervention' et des concepts rationnels, qui seraient immédiatement disponibles lors d'une prochaine épidémie/pandémie. Car après la pandémie, c'est avant la pandémie. Je constate actuellement de toutes parts que l'on préférerait tout oublier et que l'on n'est plus prêt à investir. L'argument que l'on entend souvent dans ce contexte est le suivant: «De toute façon, on a déjà dépensé beaucoup trop d'argent pour le COVID». Or, c'est justement maintenant que l'on pourrait en tirer le maximum à moindre coût, tant que certains systèmes existent encore et que le savoir-faire est disponible. Cette «fenêtre d'opportunité» se fermera dans les mois à venir.

Avons-nous besoin de systèmes de surveillance supplémentaires ou différents de ceux qui existent actuellement? Si oui, quelles mesures seraient nécessaires pour y parvenir?

J'aimerais souligner deux aspects à titre d'exemple: 1) certains dispositifs de surveillance doivent encore être développés, notamment la surveillance des eaux usées, mais 2) cela ne suffit pas en soi, car il s'agit en fin de compte de relier entre elles de manière profitable et intelligente les sources de données existantes – et en Suisse, on recueille déjà beaucoup de données. Nous collectons des données, mais nous ne les exploitons pas assez. J'aimerais ici introduire la notion de «Surveillance-Response». Cela décrit l'approche qui consiste à déclencher des actions immédiates en cas de changements épidémiologiques, avec un bénéfice direct pour la population.

Qu'entendez-vous par «One Health»? Pouvez-vous expliquer ce concept en vous appuyant sur le COVID-19?

Le concept décrit et tient compte du fait que l'homme, l'animal et l'environnement sont directement liés et interdépendants en ce qui concerne leur santé. Reconnaître ces connexions permet d'adopter une démarche synergique et donc plus efficace avec toutes les disciplines impliquées lorsqu'il s'agit de résoudre des problèmes de santé. Nous partons du principe que le SARS-CoV-2 ou le COVID-19 est une maladie zoonotique. Cela signifie que l'agent pathogène tire son origine du monde animal et qu'il a été transmis à l'homme. Ceci en se basant sur l'hypothèse que

le marché d'animaux sauvages de Wuhan en est la source. Environ 60–70% de toutes les maladies infectieuses chez l'homme proviennent du règne animal. Dans le contexte d'épidémies ou de pandémies graves, cette proportion est encore plus importante. Ebola, la grippe aviaire ou la rage sont des exemples notables de maladies zoonotiques.

Dans quelle mesure le changement climatique contribue-t-il à l'apparition et à la transmission de maladies infectieuses? Quels pays seront particulièrement touchés à l'avenir?

Le réchauffement climatique contraint les animaux à trouver de nouveaux habitats pour survivre. La migration accrue de nombreuses espèces pourrait augmenter considérablement le nombre de nouvelles transmissions de virus entre les animaux. Une étude intéressante publiée dans *Nature* a calculé qu'un réchauffement de la planète de 2°C d'ici 2070 pourrait signifier environ 4500 transmissions de maladies entièrement nouvelles entre différentes espèces, et donc potentiellement aussi des transmissions à l'homme [2].

Et pour finir: Quel a été pour vous le pire et le meilleur dans la pandémie de COVID-19?

Le pire a été de voir à quel point un fossé profond peut se creuser rapidement dans notre société. Dans le contexte de la pandémie, je ne veux pas parler de «meilleur». Mais je peux dire que c'était impressionnant de voir ce qu'il est possible d'accomplir quand beaucoup de personnes travaillent main dans la main, et combien de personnes étaient prêtes à s'engager pour la société et à faire bien plus qu'un kilomètre supplémentaire. Je suis reconnaissant de cette expérience, qui me donne de l'espoir. Car l'avenir nous réserve encore quelques défis liés à la santé mondiale.

Références

- 1 corona-immunitas.ch [Internet]. Zurich: Swiss School of Public Health; c2020. Available from: <https://www.corona-immunitas.ch>
- 2 Carlson CJ, Albery GF, Merow C, Trisos CH, Zipfel CM, Eskew EA, et al. Climate change increases cross-species viral transmission risk. *Nature*. 2022 Jul;607(7919):555–62.



Prof. Dr. med. Jan Fehr
Vorsteher des Departements
Public & Global Health
Leiter des Zentrums für Reisemedizin
Institut für Epidemiologie, Biostatistik
& Prävention, Universität Zürich
Hirschengraben 84, 8001 Zürich
[jan.fehr\[at\]uzh.ch](mailto:jan.fehr[at]uzh.ch)

Interview avec Elisabeth Weber sur le thème «syndrome post-COVID/COVID long»

«Les personnes qui sont encore malades au bout d'un an ne vont pas mieux au bout de deux ans»

L'interview a été réalisée par Matthias Widmer

Madame Weber, à quel point le problème du syndrome post-COVID/COVID long est-il pertinent selon vous? Combien de personnes sont concernées en Suisse?

Selon les estimations, il est supposé qu'environ 6% des personnes souffrant d'une infection aiguë développent un syndrome post-COVID-19 [1]. Toutefois, il s'agit d'une estimation, avec une marge de dispersion de 2 à 13%. Personnellement, j'estime que la maladie et ses conséquences sont pertinentes indépendamment de ce chiffre, avec des implications pour l'ensemble de la société: même si le nombre de nouveaux cas va diminuer, il reste de nombreuses personnes atteintes d'une forme chronique de la maladie, qui nous occuperont encore longtemps – cela concerne toutes les parties prenantes du système de santé, et nous sommes confrontés à des défis entièrement nouveaux, à commencer par la cause de la maladie, qui n'est toujours pas élucidée, jusqu'à la nécessité de soins et l'incapacité de travail de personnes jeunes.

D'après vous, le système de soins suisse est-il adapté aux personnes atteintes d'un syndrome post-COVID/COVID long? Y a-t-il suffisamment de structures dédiées?

Il existe maintenant quelques structures dédiées, à savoir des «consultations spécialisées». Toutefois, les délais d'attente y sont encore trop

longs. À mes yeux, les médecins de premier recours jouent un rôle très important. Le médecin de famille est généralement le premier interlocuteur et peut déjà initier des examens et des traitements. Les recommandations suisses (OFSP/FMH) seront publiées bientôt à cet effet – j'espère qu'elles permettront d'améliorer constamment la prise en charge [2]. Mais il existe toujours un déficit de soins, notamment pour les personnes atteintes de formes sévères qui ne peuvent même pas se rendre à une consultation et qui sont entièrement tributaires de soins. Au sein de notre équipe «COVID long», nous essayons de trouver des moyens de prendre également en charge ces patientes et patients (vidéoconsultation, soins ambulatoires, etc.).

Quelles sont les questions qui se posent lors du diagnostic du syndrome post-COVID?

Dans un premier temps, nous sommes attentifs à la définition: de manière très générale, nous ne parlons de syndrome post-COVID que lorsque les symptômes persistent plus de trois mois après une infection «légère». Cela a du sens, car de nombreuses personnes souffrent encore de symptômes au cours des trois premiers mois après l'infection, mais se rétablissent au cours de ces douze premières semaines en se ménageant suffisamment, en

faisant preuve de patience et en adoptant un comportement adéquat. Si, malgré ces premières mesures, la situation ne s'améliore pas, une bonne anamnèse est nécessaire pour pouvoir répondre aux questions suivantes: Est-il possible de mettre en évidence des symptômes centraux tels que la fatigue, les malaises post-efforts («crashes») et le sommeil non réparateur? Existe-t-il d'autres «clusters de symptômes», tels que le brouillard cérébral, les douleurs, les problèmes respiratoires ou les troubles de la sensibilité, qui sont typiquement présents à une intensité variable en cas de syndrome post-COVID? En plus de cette anamnèse extensive, un examen somatique sérieux et approfondi est bien sûr nécessaire, en fonction du cluster de symptômes, afin de détecter et de traiter d'autres maladies.

Qu'en est-il du chevauchement avec les comorbidités et le stress psychologique?

Des facteurs de risque tels que le sexe féminin, l'âge jeune et la charge symptomatique élevée pendant l'infection aiguë, pour n'en citer que



KD Dre Elisabeth Weber

Chefärztin Klinik Innere Medizin Waid
Stadthospital Zürich
Tièchestrasse 99
8037 Zürich
elisabeth.weber[at]stadthospital.ch

quelques-uns, ont été confirmés. Dans notre consultation, nous voyons cependant en principe des patientes et patients qui n'avaient jusqu'alors pas un grand besoin de prise en charge médicale. D'une manière générale, il faut certainement tenir compte du fait que les facteurs de stress psychosociaux sont contre-productifs. Le syndrome post-COVID est un évènement biopsychosocial: les troubles somatiques comprennent également des symptômes psychiques tels que l'anxiété et les troubles du sommeil, qui doivent être considérés dans le contexte de la «neuroinflammation» postulée. Tout cet ensemble de symptômes est à l'origine d'une charge psychosociale et renforce certainement la souffrance. Je suis donc d'avis qu'il est de la responsabilité de tous de veiller à ce qu'aucune pression ne soit exercée et que les patientes et patients bénéficient d'un examen somatique rigoureux, soient traités et pris au sérieux.

Existe-t-il une évolution typique? Et existe-t-il des signes d'alerte indiquant une évolution difficile ou un pronostic à long terme défavorable?

Je ne vois pas d'évolution «typique» – certains se rétablissent, d'autres voient leur état s'aggraver, d'autres encore stagnent. Il s'agit d'évolutions très individuelles, qui nécessitent une médecine personnalisée et une adaptation du traitement: pour certains, une rééducation stationnaire est contre-productive, tandis que pour d'autres, c'est ce qui change la donne. Le facteur temps est sans doute un signe d'évolution difficile: plus les symptômes persistent, plus les patientes et patients restent tenacement malades. Personnellement, j'ai l'impression que plus vite des traitements médicamenteux peuvent être mis en place (antidépresseurs pour moduler la douleur ou favoriser le sommeil, bêtabloquants en cas de syndrome de tachycardie orthostatique posturale, etc.), plus vite une certaine stabilisation des symptômes peut être atteinte. Il est également utile que les patientes et patients puissent bien intégrer la gestion de l'énergie et des pauses (l'un des piliers du traitement) dans leur vie quotidienne et éviter ainsi les crashes (malaise post-effort). En outre, certain-e-s patientes et patients peuvent bénéficier de l'utilisation en dehors de l'indication approuvée (off-label) de quelques médicaments que nous connaissons bien dans le cadre du traitement de l'EM/SFC.

Les «cas sévères» de COVID-19 ont heureusement fortement diminué. La fréquence des nouveaux cas de COVID long évolue-t-elle parallèlement?

Cette situation se confirme justement en ce moment: les nouvelles inscriptions diminuent.

Je tiens toutefois à souligner que nous nous occupons de plus en plus de patientes et patients atteints d'une forme sévère d'évolution chronique – nous le savons désormais: les personnes qui sont encore malades au bout d'un an se trouvent à peu près au même niveau de maladie au bout de deux ans [3].

Quelles mesures recommanderiez-vous aux médecins de famille dont les patientes et patients se sont vus diagnostiquer un syndrome post-COVID/COVID long? À quoi doivent-ils prêter attention lors de la prise en charge? Quand les patientes et patients doivent-ils être adressés à une consultation spécialisée?

Sur ce point, j'aimerais attirer l'attention sur les recommandations suisses qui seront publiées prochainement [2]. Il est essentiel de ne pas exercer de pression et d'expliquer et de faire accepter la nouvelle limite de tolérance (émotionnelle, cognitive et physique) aux patientes et patients. Cela signifie: accompagnement empathique, soutien, évaluation rigoureuse des symptômes somatiques et supporter ensemble le fait que nous ne connaissons pas (encore) la cause, l'évolution et le traitement. L'éducation à la gestion de l'énergie et des pauses reste un élément central, qui est systématiquement assuré par l'ergothérapeute chez nous. Mais toutes les autres professions de notre équipe «COVID long» très diversifiée à l'hôpital municipal Triemli de Zurich (physiothérapie, (neuro)psychologie, soins ambulatoires, service médical) débutent dès le premier jour par des informations et une éducation concernant la limite de tolérance et la gestion de l'énergie – les médecins de famille peuvent également s'en charger dès le début. En cas d'incertitude sur le diagnostic et d'évolution persistante, il convient d'adresser les patientes et patients à l'équipe interprofessionnelle, qui dispose potentiellement d'autres options thérapeutiques et procède à un examen somatique encore plus large en faisant appel à différents spécialistes dans le cadre hospitalier.

Où en sommes-nous en ce qui concerne la reconnaissance de l'affection et la prise en charge des coûts en tant que prestation obligatoire par les caisses d'assurance maladie?

La situation pourrait effectivement être meilleure – les caisses d'assurance maladie sont par exemple devenues très réticentes à financer des rééducations ou à payer des physiothérapies coûteuses. Mais il y a aussi des caisses qui travaillent avec le Case Management, ce qui permet tout de même une certaine marge de manœuvre pour les traitements et le soutien.

La gestion de l'incapacité de travail de longue durée me semble cependant aussi problématique. Les expertises des assurances sont parfois accablantes: elles concluent à une capacité de travail de 100%, diamétralement opposée à notre évaluation. Rien ne transparait en regardant les patientes et patients, et nous ne pouvons malheureusement pas objectiver leur état jusqu'à aujourd'hui – il y a malgré tout une incapacité de travail. Le principal message est le suivant: tous les patientes et patients, sans exception, aimeraient travailler, mais ce n'est pas possible.

Et pour finir: Quelle a été votre pire expérience avec les patientes et patients atteints de syndrome post-COVID/COVID long, et quelle a été votre plus belle expérience?

La pire expérience pour moi a été (et est encore aujourd'hui) que nous n'avons pas de cadre pour les personnes atteintes de formes sévères. Elles sont allongées chez elles, complètement isolées dans l'obscurité, et ne peuvent plus quitter la maison: la fatigue est lourde, le malaise post-effort est démesuré après le moindre effort, les angoisses augmentent. La question me taraude: Comment pouvons-nous aider ces personnes? Comment pouvons-nous leur apporter des soins médicaux décents? La plus belle expérience: l'une de mes premières patientes me raconte encore aujourd'hui comment sa maladie évolue. Elle explique que, même si elle n'a pas encore retrouvé son niveau d'énergie antérieur, elle a pris son courage à deux mains pour organiser sa vie dans ce nouveau cadre et s'est réorientée professionnellement tout en étant satisfaite. Elle n'est certes pas guérie, mais son état s'est amélioré, et nous avons pu la soutenir dans ce processus. Je m'en réjouis.

Références

- 1 Global Burden of Disease Long COVID Collaborators. Estimated Global Proportions of Individuals With Persistent Fatigue, Cognitive, and Respiratory Symptom Clusters Following Symptomatic COVID-19 2020 and 2021. *JAMA*. 2022.
- 2 RAFAEL, interactive platform for information exchange on the post-acute sequelae of Sars-Cov-2 [Internet]. Geneva: HUG – Hôpitaux Universitaires de Genève; c2023. Post-Covid recommendations for primary care physicians – Switzerland. Available from: <https://www.rafael-postcovid.ch/en/informations-sante/post-covid-recommendations>
- 3 Ballouz T, Menges D, Anagnostopoulos A, Domenghino A, Aschmann HE, Frei A, et al. Recovery and symptom trajectories up to two years after SARS-CoV-2 infection: population based, longitudinal cohort study. *BMJ*. 2023 May;381:e074425.