

REVUE MÉDICALE SUISSE

WWW.REVMED.CH

11 novembre 2020

714

GÉRONTOLOGIE

EN SOUVENIR DE KOSKOOSH

Enjeux et défis du Covid-19 en gériatrie
aiguë

Dépistages: que faire au-delà
de 75 ans?

Trop âgé ou trop fragile pour
bénéficier des soins intensifs?

Littéracie en matière de médicaments
des patients âgés

Déprescrire en EMS: regards croisés

Troubles neurocognitifs chez les
personnes âgées avec cancer

SICOVID: système cantonal
d'information COVID pour la décision
en santé publique

Anémie hémolytique autoimmune

Volume 16, 2149-2192
ISSN 1660-9379



RMS



LE BURNOUT DES SOIGNANTS

À LA RECHERCHE DE SENS

Vincent Lecourt et
Rosette Poletti

Préface de
François Ferrero

160 PAGES
FORMAT : 16.5 X 23.5 CM
ISBN : 9782880494353
2018



LE BURNOUT DES SOIGNANTS

Vincent Lecourt et Rosette Poletti

Préface de François Ferrero

Épuisement, impuissance face à la souffrance, relations patient-soignant difficiles, environnement de travail stressant, débordement de la vie professionnelle sur la vie personnelle, surcharge administrative...
Le burnout fait partie de l'histoire du soignant humain.

Ce livre est le fruit de nombreuses rencontres et discussions : entre les auteurs d'abord, l'un psychiatre et psychothérapeute, l'autre infirmière, théologienne et psychologue ; avec des soignants, ayant vécu un burnout et qui ont livré leur témoignage ; avec des personnes ressources, chacune spécialisée dans un domaine particulier, avec lesquelles les auteurs ont partagé leurs questionnements. L'objectif fondamental est de transmettre un message de prévention. *Cela implique de valoriser l'idée que chaque soignant-e est irremplaçable lorsqu'il ou elle est en face d'un patient. Chacun doit en être convaincu, quels que soient les conflits, les rivalités ou la qualité imparfaite, voire discutable, de l'organisation du milieu dans lequel on travaille.* (extrait de la préface du Pr François Ferrero)

COMMANDE

Je commande :

___ ex. de **LE BURNOUT DES SOIGNANTS**

CHF 25.- / 21 €

Frais de port pour la Suisse : CHF 3.- (offerts à partir de CHF 30.- d'achats).

Autres pays : 5 €

En ligne : www.medhyg.ch

e-mail : livres@medhyg.ch

tél : +41 22 702 93 11, **fax :** +41 22 702 93 55

ou retourner ce coupon à :

Editions Médecine & Hygiène | CP 475 | 1225 Chêne-Bourg

Vous trouverez également cet ouvrage chez votre libraire.

Timbre/Nom et adresse

.....
.....
.....

Date et signature

.....

Je désire une facture ☐

Je règle par carte bancaire : Visa ☐ Eurocard/Mastercard ☐

Carte N°

Date d'expiration :

.....

ÉDITORIAL

2151 En souvenir de Koskoosh. G. Gold et C. Büla

GÉRONTOLOGIE

2153 Enjeux et défis du Covid-19 en gériatrie aiguë: leçons tirées de l'expérience genevoise. C. Serratrice, A. Mendes, F. Herrmann, S. Périvier, L. Genton, T. Fassier, K. Di Silvestro, V. Trombert, X. Roux, C. Cuvelier, P. Huber, M.-C. Jacques, V. Prendki, S. Harbarth, M. Scheffler, C. Graf et D. Zekry

2156 Dépistages: que faire au-delà de 75 ans? A. Vilas Boas, K. Selby, J. Cornuz, C. Büla et S. Nguyen

2160 Trop âgé ou trop fragile pour bénéficier des soins intensifs? M. Coutaz

2165 Littérature en matière de médicaments des patients âgés: compétences nécessaires à l'autogestion des médicaments. J. Gentizon, C. Büla et C. Mabire

2169 Déprescrire en EMS: regards croisés entre les résidents, leurs proches et les professionnels de la santé. D. Cateau, R.-A. Foley et A. Niquille

2172 Troubles neurocognitifs chez les personnes âgées avec maladie oncologique. L. Baratali, K. Major, O. Rouaud et B. Draganski

2152 Résumés des articles

2176 QCM d'autoévaluation

COVID-19

2177 SICCOVID: un système cantonal d'information COVID pour la décision en santé publique. M. Gossin, D. Walther, J.-M. Blanco, E. Masserey, L. Meylan, V. Pittet, I. Rossi, P. Stadelmann et Y. Mueller

HÉMATOLOGIE

2183 Anémie hémolytique auto-immune: quelle prise en charge en urgence? M. Walker, V. Ribordy et S. Waldvogel Abramowski

EN MARGE

2188 Miscellanées coronavirales et thérapeutiques, virales et végétales. J.-Y. Nau

ACTUALITÉ

2189 Carte blanche. Les situations désespérées en clinique: faire face sans s'épuiser? C. Luthy

2190 Lu pour vous. Covid-19: que sait-on de la réponse immunitaire humorale au virus SARS-CoV-2? T. Fumeaux

COVIDWATCH

2190 Les stratégies subversives utilisées par SARS-CoV-2 pour supprimer les défenses de l'hôte. P. Meylan

2191 Le Covid-19 sur le site revmed.ch

POLITIQUE DE SANTÉ

2191 La deuxième vague de Covid pèse sur le moral des Suisses

TRIBUNE

2192 Cavete collegae! P. Schneider

Impressum

Revue Médicale Suisse | Chemin de la Mousse 46 | CP 475, 1225 Chêne-Bourg | Tél. 022 702 93 11 | www.revmed.ch

ÉDITION

Médecine et Hygiène, société coopérative; www.medhyg.ch
Président du Conseil d'administration: Pr Jean-François Balavoine
Directeur: Dr Bertrand Kiefer

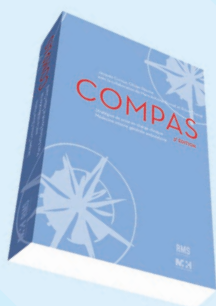
RÉDACTION

Rédacteur en chef: Dr Bertrand Kiefer
Rédacteurs en chef adjoints: Dr Gabrielle de Torrente de la Jara, Pr Alain Pécoud et Dr Pierre-Alain Plan
Rédacteurs: Marina Casselgn et

Michael Balavoine
Secrétaires de rédaction: Chantal Lavanchy (resp.), Joanna Szymanski et Dominique Baud
Fax rédaction: 022 702 93 55
E-mail: redaction@revmed.ch
Publicité: Michaela Kirschner (resp.) et Jeanine Rampon
Tél. publicité: 022 702 93 41
E-mail: pub@medhyg.ch
Responsable web: Dr Pierre-Alain Plan
E-mail: webmaster@revmed.ch
Préresse: Frédéric Michiels (resp.), Impression: AVD Goldach AG

ABONNEMENTS RMS (version imprimée + internet + iPad)
Tél.: 022 702 93 11
E-mail: abonnement@revmed.ch
Suisse (CHF): individuel: 195.-; médecins assistants: 130.-; étudiants: 75.-; institutionnel: 268.- par an (version imprimée)
Etranger (CHF): individuel: 286.-; médecins assistants et étudiants: 198.-; institutionnel: 349.- par an
Institutions (accès électronique) en Suisse et à l'étranger: contacter pub@medhyg.ch

Organe officiel de la Société médicale de la Suisse romande (www.smsr.ch)
Revue officielle de la Société suisse de médecine interne générale
La Revue Médicale Suisse bénéficie d'un soutien de la FMH (Fédération des médecins suisses)
Indexée dans:
• MEDLINE/PubMed
• EMBASE/Excerpta Medica
• EMCare
• Scopus
Médecine et Hygiène édite aussi le site de santé grand public: www.planetesante.ch



COMPAS 3^e édition

Stratégies de prise
en charge clinique

Sous la direction
de Jacques Cornuz et
Olivier Pasche

69 CHF | 790 pages
13,5 x 19,5 cm | 2019

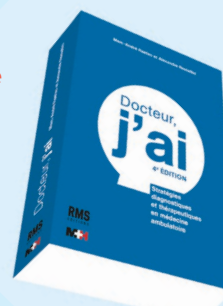


TOOLBOX

Pour la pratique
du médecin de
famille

Sous la direction
d'Olivier Pasche

64 CHF | 680 pages
13,5 x 19,5 cm | 2019



DOCTEUR, J'AI 4^e édition

Stratégies
diagnostiques
et thérapeutiques

Sous la direction de
M.-A. Raetzo
et A. Restellini

79 CHF | 836 pages
16,5 x 23,5 cm | 2018



COACHING DES SOIGNANTS

Regards de deux
coachs sur les
turbulences du
monde des soins

René Chiolero et
Véronique Haynal

29 CHF | 396 pages
16,5 x 23,5 cm | 2019



PETIT GUIDE DE (SUR)VIE À L'USAGE DES SOIGNANTS

Laurent Seravalli,
Pamela Indino-Bambi,
Caroline Zosso

18 CHF | 134 pages
11,5 x 18 cm | 2020



LE BURNOUT DES SOIGNANTS

À la recherche
de sens

Vincent Lecourt et
Rosette Poletti

25 CHF | 160 pages
16,5 x 23,5 cm | 2018

COMMANDE

Je commande :

- ___ ex. de **COMPAS 3^e édition**
- ___ ex. de **TOOLBOX**
- ___ ex. de **DOCTEUR, J'AI 4^e édition**
- ___ ex. de **COACHING DES SOIGNANTS**
- ___ ex. de **PETIT GUIDE DE (SUR)VIE À L'USAGE DES SOIGNANTS**
- ___ ex. de **LE BURNOUT DES SOIGNANTS**

Frais de port offerts pour la Suisse dès 30 CHF d'achat.
Autres pays : 5 €

En ligne : boutique.revmed.ch

e-mail : livres@medhyg.ch

tél : +41 22 702 93 11, fax : +41 22 702 93 55

ou retourner ce coupon à :

Médecine & Hygiène | CP 475 | 1225 Chêne-Bourg Vous
trouverez également cet ouvrage chez votre libraire.

Timbre/Nom et adresse

Date et signature

Je désire une facture ☐

Je règle par carte bancaire: Visa ☐ Eurocard/Mastercard ☐

Carte N°

Date d'expiration :

RMS
EDITIONS

M.H
MÉDECINE & HYGIÈNE



Articles publiés
sous la direction de

GABRIEL GOLD

Médecin-chef
de service

Service de gériatrie
Département de
réadaptation et
gériatrie
HUG, Thônex/Genève

CHRISTOPHE BÜLA

Médecin-chef
de service

Service de gériatrie
et réadaptation
gériatrique
Département de
médecine
CHUV, Lausanne

En souvenir de Koskoosh

Pr GABRIEL GOLD et Pr CHRISTOPHE BÜLA

Une des nouvelles de Jack London relate l'abandon du vieux chef indien Koskoosh dans la neige et le froid glacé du Yukon. La tribu, tiraillée par la faim, doit partir chercher de meilleures terres et laisse l'aïeul, aveugle et trop lent dans ses déplacements, seul avec quelques bûches et un feu qui bientôt s'éteindra. Koskoosh s'estime lui-même en fin de vie, telle une «veuille feuille à peine accrochée à sa branche, qui tombera au premier souffle». Il accepte dignement cette fin: «n'est-ce pas la loi de la vie?».¹

Le monde a bien changé depuis et la Suisse du 21^e siècle n'a rien à voir avec le Yukon de 1901. Pourtant, en 2019, le SARS-CoV-2 est venu nous rappeler notre vulnérabilité et nos difficultés face à des moyens qui paraissent limités devant les défis posés par les grandes pandémies. La question de l'âge s'est encore posée, d'autant plus qu'il représente un facteur de risque de gravité de la maladie. Plusieurs entités ont édicté des directives dans un effort de transparence par rapport aux règles qui devraient gouverner l'accès aux ressources et tout particulièrement aux soins intensifs.

Si dans certaines situations particulièrement difficiles, l'âge chronologique semble avoir été utilisé comme critère d'accès,² la plupart des directives ont plutôt considéré que l'âge en soi ne devait pas être un élément décisionnel. L'Association suisse des sciences médicales (ASSM) a indiqué qu'un tel critère violerait l'interdiction de discriminer inscrite dans la Constitution fédérale, et l'American Geriatrics Society a pris une position similaire.^{3,4} Au même titre, la durée de vie restante estimée, c'est-à-dire le remplacement d'une addition des années réellement vécues par une sous-

traction de ces dernières à une durée de vie totale encore virtuelle ne saurait être recevable. La valeur des années qui restent à vivre souffre du même biais antiâge.⁴

La reconnaissance d'une grande variabilité dans la population âgée a fait naître la notion d'âge biologique,⁵ mais comment mesurer ce dernier? Comment prendre en compte, l'environnement, les soutiens formels et informels, les valeurs et souhaits personnels et les multiples autres domaines qui influent sur les décisions liées à la santé des vieilles personnes? Un des articles de ce numéro fait le point de la situation.⁵ Il est clair que la ques-

tion reste complexe. Dans une autre publication récente, la mortalité d'une série de 235 personnes de 65 à 101 ans, pour la plupart très âgées (en moyenne 86 ans), hospitalisées en gériatrie aiguë en raison d'une infection par le SARS-CoV-2, s'est révélée sans lien avec les différences d'âge dans ce groupe. De plus, si les divers scores cliniques, de comorbidité, de fonctionnalité

ou fragilité jouaient tous un rôle pronostique important, aucun n'a pu, à lui seul, expliquer plus de 20% de la variabilité de survie de cette population.⁶ Depuis l'avènement de la pandémie de Covid-19 de nombreuses publications proposent des scores prédictifs de mortalité de cette maladie, mais l'exercice reste périlleux et les résultats doivent être interprétés avec prudence. Dans un article très récent, qui estime proposer le score le plus performant, il est intéressant de noter que la survie reste proche de 40% dans le groupe le plus sévèrement atteint.⁷ En attendant mieux, la simplicité n'est pas de mise. Les décisions thérapeutiques chez les personnes âgées nécessitent une évaluation complète et des avis experts.

**LA SIMPLICITÉ
N'EST PAS DE
MISE, LES
DÉCISIONS
NÉCESSITENT
UNE ÉVALUATION
COMPLÈTE ET
DES AVIS
EXPERTS**

Bibliographie

- 1 — The Law of Life. Dans Best Stories of Jack London. (Première publication McClure's Magazine, 1901). New York : Garden City books, 1953.
- 2 — Rosenbaum L. Facing COVID-19 in Italy: ethics, logistics, and therapeutics on the epidemic's front line. N Engl J Med 2020;382:1873-5.
- 3 — Pandémie Covid-19: Triage des traitements de soins intensifs en cas de pénurie des ressources. 2e version (mise à jour le 24 mars 2020) : assm.ch/fr/coronavirus
- 4 — Farell TW, Ferrante LE, Brown T, et al. AGS position statement: resource allocation strategies and age-related considerations in the COVID-19 era and beyond. J Am Geriatr Soc 2020;68:1136-42.
- 5 — Coutaz M. Trop âgé ou trop fragile pour bénéficier des soins intensifs? Rev Med Suisse 2020;16:2160-4.
- 6 — Mendes A, Serratrice C, Herrmann FR, et al. Predictors of in-hospital mortality in older patients with COVID-19: The COVIDAge study. J Am Med Dir Assoc 2020; <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.09.014> online ahead of print.
- 7 — Knight SR, Ho A, Pius R, et al. Risk stratification of patients admitted to hospital with covid-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol: development and validation of the 4C Mortality Score. BMJ 2020;370:m3339.

Résumés

Rev Med Suisse 2020; 16: 2165-8

Littératie en matière de médicaments des patients âgés: compétences nécessaires à l'autogestion des médicaments

J. Gentizon, C. Büla et C. Mabire

Pour un patient, la préparation quotidienne et l'autoadministration de médicaments nécessitent un large éventail de compétences cognitives et sociales: elles se réunissent sous le concept de littératie en matière de médicaments. Les personnes ayant des compétences insuffisantes ont des difficultés à comprendre les instructions que les professionnels leur donnent, à communiquer leurs inquiétudes et sont plus à risque d'une utilisation inadéquate de leurs médicaments. Dans ce nouveau domaine de recherche, des instruments standardisés ont été développés, mais leur base conceptuelle manque de consensus et aucun n'a été conçu pour les patients âgés et leurs spécificités. Cet article propose des repères pour que les médecins, pharmaciens et infirmiers puissent mieux comprendre ce concept, et identifier les patients ayant des difficultés.

Rev Med Suisse 2020; 16: 2153-5

Enjeux et défis du Covid-19 en gériatrie aigüe: leçons tirées de l'expérience genevoise

C. Serratrice, A. Mendes, F. Herrmann, S. Périer, L. Genton, T. Fassier, K. Di Silvestro, V. Trombert, X. Roux, C. Cuvelier, P. Huber, M.-C. Jacques, V. Prendki, S. Harbarth, M. Scheffler, C. Graf et D. Zekry

Les personnes âgées ont été les plus touchées par la pandémie de SARS-CoV-2. De plus, cette infection a été responsable d'une mortalité élevée au sein de cette population. Dans cet article, nous avons souhaité décrire les particularités cliniques du Covid-19 que nous avons constatées chez les patients âgés et faire part de plusieurs enjeux et défis auxquels nous avons été confrontés au cours de la pandémie de Covid-19.

Rev Med Suisse 2020; 16: 2172-5

Troubles neurocognitifs chez les personnes âgées avec maladie oncologique

L. Baratali, K. Major, O. Rouaud et B. Draganski

Les chimiothérapies peuvent induire une dysfonction cognitive transitoire ou permanente, pouvant aller d'une plainte cognitive subjective à une atteinte réelle de la mémoire de travail, de l'attention ou du langage. L'interaction entre l'atteinte cognitive attribuée à ces thérapies et celle liée à l'âge est une question grandissante compte tenu du vieillissement de la population. Elle justifie une attention particulière à la détection précoce de troubles cognitifs afin d'en réduire l'impact négatif sur la qualité de vie et optimiser la prise en charge médicale. Dans cet article, nous abordons le concept de «chemobrain», et en revoyons les connaissances actuelles de physiopathologie, de neuro-imagerie ainsi que les phénotypes neuropsychologiques, afin de proposer quelques outils de détection et de prise en charge au cabinet.

Rev Med Suisse 2020; 16: 2169-71

Déprescrire en EMS: regards croisés entre les résidents, leurs proches et les professionnels de la santé

D. Cateau, R.-A. Foley et A. Niquille

Déprescrire pour réduire l'usage de médicaments inappropriés et, plus généralement, diminuer la polymédication reste un défi, en particulier chez les résidents d'établissements médico-sociaux. Les professionnels de la santé actifs en institution perçoivent cette population comme réticente au changement et peu encline à s'engager dans une telle démarche. Pourtant, les résultats de trois études, les deux premières qualitatives, la dernière quantitative, indiquent que ces résidents, ainsi que leurs proches, seraient prêts à tester une réduction de leur traitement, pour autant que l'on prenne le temps de discuter avec eux des bénéfices potentiels.

Rev Med Suisse 2020; 16: 2156-9

Dépistages: que faire au-delà de 75 ans?

A. Vilas Boas, K. Selby, J. Cornuz, C. Büla et S. Nguyen

La population âgée est hétérogène: à âge identique, les patients peuvent être robustes, vulnérables ou dépendants. Le dépistage doit être individualisé en mettant en relation l'espérance de vie résiduelle estimée (EVR), le Time To Benefit (TTB: délai jusqu'à l'apparition de bénéfices après intervention) et les préférences du patient. Ainsi, les patients robustes, dont l'EVR est supérieure au TTB, peuvent encore bénéficier de certains examens de dépistage après 75 ans alors qu'ils seront inappropriés chez ceux dont l'EVR est inférieure au TTB (vulnérables, dépendants). Bien que discuter de l'EVR puisse être ardu, chaque consultation est une opportunité pour l'aborder, s'enquérir des préférences et attentes du patient quant à sa santé afin de définir ensemble les modalités de sa prise en charge et de son projet de soins anticipés.

Rev Med Suisse 2020; 16: 2160-4

Trop âgé ou trop fragile pour bénéficier des soins intensifs?

M. Coutaz

Selon quels critères admettre un sujet âgé polymorbide aux soins intensifs? L'évaluation gériatrique multidimensionnelle est une aide qui permet le dépistage des syndromes gériatriques, avec la répartition des patients âgés en 3 catégories: les robustes, les vulnérables et les dépendants. Cibler certaines comorbidités telles que les troubles cognitifs, le delirium, la fragilité, la polymédication et la malnutrition s'avère particulièrement judicieux pour estimer les risques de mortalité, de handicaps fonctionnels et cognitifs, lors d'un séjour aux soins intensifs. S'appuyant sur une revue de la littérature, cet article offre quelques pistes qui devraient faciliter le triage des plus âgés pour l'admission aux soins intensifs. Et cela dans une démarche éthique, multidisciplinaire, qui prend en compte les craintes et les préférences du patient.

Enjeux et défis du Covid-19 en gériatrie aiguë: leçons tirées de l'expérience genevoise

Dre CHRISTINE SERRATRICE^a, Dre ALINE MENDES^b, Pr FRANÇOIS HERRMANN^b, Dr SAMUEL PÉRIVIER^b, Pre LAURENCE GENTON^c, Dr THOMAS FASSIER^a, Dre KATHARINE DI SILVESTRO^a, Dre VÉRONIQUE TROMBERT^a, Dr XAVIER ROUX^a, Dre CLÉMENCE CUVELIER^a, Pr PHILIPPE HUBER^b, Dre MARIE-CLAIRE JACQUES^b, Dre VIRGINIE PRENDKI^b, Pr STEPHAN HARBARTH^d, Dr MAX SCHEFFLER^e, Pr CHRISTOPHE GRAF^f et Pre DINA ZEKRY^a

Rev Med Suisse 2020; 16: 2153-5

Les personnes âgées ont été les plus touchées par la pandémie de SARS-CoV-2. De plus, cette infection a été responsable d'une mortalité élevée au sein de cette population. Dans cet article, nous avons souhaité décrire les particularités cliniques du Covid-19 que nous avons constatées chez les patients âgés et faire part de plusieurs enjeux et défis auxquels nous avons été confrontés au cours de la pandémie de Covid-19.

Issues and challenges related to COVID-19 in acute geriatric care: lessons learned from the Geneva experience

The older patients have been the most affected by the SARS-CoV-2 pandemic. In addition, this infection has been responsible for high mortality rate in this population. In this article we wanted to describe the clinical findings we encountered in older people with COVID-19 and share some of the issues and challenges we faced during the COVID-19 pandemic.

INTRODUCTION

La pandémie de SARS-CoV-2 est responsable d'une grave crise sanitaire mondiale. À Genève, comme dans toute la Suisse, les hôpitaux se sont organisés rapidement pour faire face à l'afflux de patients en dédiant des unités de soins aigus, de soins intermédiaires, de soins intensifs et de réadaptation exclusivement à la prise en charge de ces patients.

L'Hôpital des Trois-Chêne fait partie des HUG. Il s'agit d'une structure consacrée aux soins gériatriques aigus et à la réadaptation gériatrique. Pendant la pandémie de Covid-19, elle a dû se réorganiser pour faire face à l'afflux de patients âgés infectés par le SARS-CoV-2.

Durant le premier mois de la pandémie, 235 patients ont été hospitalisés en soins aigus de gériatrie. Une analyse précise de ces patients nous a permis d'acquérir une solide expérience sur les particularités de cette infection chez les sujets âgés.

Cet article a pour objectif de décrire cette expérience avec ses enjeux cliniques, humains et organisationnels. Les aspects de prévention et contrôle des infections nosocomiales ne seront pas abordés ici.

PATIENTS GÉRIATRIQUES HOSPITALISÉS POUR UNE INFECTION À SARS-COV-2: QUI SONT-ILS?

Il s'agissait plus souvent de femmes (sex-ratio F/H: 1,32) dont l'âge moyen était de 86 ans.¹ La grande majorité vivait à domicile (3 patients sur 4), et ceci est le reflet de l'important investissement des établissements médico-sociaux (EMS) dans la gestion des patients au cours de cette pandémie. Plus de la moitié des patients vivaient seuls mais bénéficiaient d'aide pour les activités de la vie quotidienne. Dans seulement 1 cas sur 5, une notion de contagion a été retrouvée. Une contamination nosocomiale a pu parfois survenir, liée en partie aux difficultés pour certains patients confus ou présentant des troubles cognitifs de respecter les gestes barrières. Cette transmission nosocomiale a nécessité la mise en place rapide de mesures spécifiques (dépistages, distanciation, modification des flux et adaptation des mesures de contrôle infectieux) qui ne seront pas détaillées ici.

Caractéristiques cliniques

L'infection à SARS-CoV-2 était rarement asymptomatique chez les patients âgés hospitalisés (7,8%). Les signes et symptômes retrouvés chez plus d'un patient sur 3 étaient la fièvre, la toux et la dyspnée, ce qui est en accord avec la littérature.² La fatigue était signalée par 44% des patients, mais nous avons surtout été marqués par l'intensité de celle-ci, qui entraînait très rapidement l'impossibilité de se mouvoir et cela malgré un examen neurologique le plus souvent normal.

^aService de médecine interne de l'âge, Département de réadaptation et gériatrie, HUG, 1211 Genève 14, ^bService de gériatrie, Département de réadaptation et gériatrie, HUG, 1211 Genève 14, ^cUnité de nutrition clinique, Service d'endocrinologie, diabétologie, nutrition et éducation thérapeutique, HUG, 1211 Genève 14, ^dService des maladies infectieuses et de prévention et contrôle des infections, HUG, 1211 Genève 14, ^eService de radiologie, Département diagnostique, HUG, 1211 Genève 14, ^fService de médecine interne et réadaptation, Département de réadaptation et gériatrie, HUG, 1211 Genève 14
christine.serratrice@hcuge.ch | aline.mendes@hcuge.ch
francois.herrmann@hcuge.ch | samuel.perivier@hcuge.ch
laurence.genton@hcuge.ch | thomas.fassier@hcuge.ch
katharine.disilvestro@hcuge.ch | veronique.trombert@hcuge.ch
xavier.roux@hcuge.ch | clemence.cuvelier@hcuge.ch
philippe.huber@hcuge.ch | marie-claire.jacques@hcuge.ch
virginie.prendki@hcuge.ch | stephan.harbarth@hcuge.ch
max.scheffler@hcuge.ch | christophe.graf@hcuge.ch | dina.zekry@hcuge.ch

Les douleurs thoraciques étaient rares contrairement à d'autres expériences rapportées dans la littérature.^{3,4}

L'atteinte respiratoire était souvent au premier plan à l'admission, avec une oxygénodépendance (50% des patients) et des râles crépitants chez 67%, contrastant avec une dyspnée finalement relativement peu fréquemment rapportée (35%). L'apparition nouvelle d'une anosmie et d'une agueusie était signalée dans moins de 5% des cas, contrairement à ce qui est observé dans la population plus jeune.⁵ Les troubles de l'odorat et du goût sont assez fréquents chez les patients âgés et ce peut être une des raisons qui expliquent cette différence. On ne peut non plus exclure un biais dans le recueil de cette donnée chez des patients qui spontanément ne s'en plaignaient pas ou qui présentaient des troubles cognitifs et chez qui la gravité des manifestations initiales pouvait dissimuler des symptômes plus anodins.

Comorbidités et évaluation gériatrique

La majorité des patients hospitalisés présentait plusieurs comorbidités. Les plus fréquemment retrouvées étaient l'hypertension artérielle, la dyslipidémie, l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance rénale chronique, la fibrillation auriculaire et le diabète. La moitié des patients avait des troubles cognitifs préexistants, ce qui n'a pas été rapporté dans les autres études incluant une population gériatrique. L'âge très avancé de nos patients pourrait être un des facteurs expliquant cette différence.

La charge en comorbidités et la dépendance fonctionnelle (figure 1) étaient importantes, ainsi que la fragilité évaluée par le Clinical Frailty Scale (CFS, dont le score varie de 0 à 9)⁶: 80% des patients avaient un CFS ≥ 5 .

Évolution clinique des patients hospitalisés pour Covid-19

Un tiers des patients gériatriques hospitalisés est décédé à l'hôpital. L'aggravation avait souvent lieu entre le 7^e et le 10^e jour après l'apparition des premiers symptômes. Il s'agissait souvent d'une dégradation respiratoire pour laquelle il n'était

parfois pas aisé de faire la distinction entre une décompensation cardiaque pure, une atteinte respiratoire spécifique ou la conjonction des deux. L'échographie pulmonaire au lit du malade a été très utile pour évaluer la volémie des patients et adapter la prise en charge. Moins de 10% des patients que nous avons suivis ont bénéficié d'un traitement antiviral spécifique (lopinavir/ritonavir ou hydroxychloroquine, ou les deux). Bien que ces deux traitements étaient alors ceux recommandés par le groupe d'experts des HUG durant la période analysée, ils ont été très peu prescrits pour différentes raisons: une réticence à prescrire des traitements sans preuve d'efficacité pour cette pathologie à une population fragile, un risque d'interactions médicamenteuses chez des patients traités en moyenne par 7 autres molécules, ou encore la préexistence d'anomalies électrocardiographiques telles qu'un allongement de l'intervalle QT.

La mortalité chez nos patients a été au total de 32%, assez proche de celle rapportée par nos confrères de Martigny.⁷ Cependant dans la littérature, le taux de mortalité observé dans la population gériatrique est très variable, allant de 11⁸ à 44%.⁹ Il est malgré tout difficile de faire des comparaisons, car les données ne sont pas toujours superposables, notamment concernant la période d'évaluation. Parmi les caractéristiques des patients à l'admission, les principaux facteurs associés à la mortalité intrahospitalière étaient le sexe masculin, la présence de râles crépitants, la fonctionnalité et la fraction inhalée en oxygène (FiO₂) administrée.

Un peu moins de 10% de nos patients ont bénéficié des soins intermédiaires où ils ont été pris en charge par l'association d'une ventilation continue en pression positive (CPAP) et d'une oxygénothérapie à haut débit avec une physiothérapie respiratoire et une mobilisation précoce. La mortalité aux soins intermédiaires a été de 50%.

Pour les patients présentant une aggravation des symptômes malgré la prise en charge, des soins de fin de vie ont été mis en place, avec un suivi conjoint par des équipes mobiles palliatives.

RÉORGANISATION DES FLUX ET DES UNITÉS DE SOINS AIGUS GÉRIATRIQUES

L'Hôpital des Trois-Chêne est une structure de 280 lits: s'y ajoute un Service d'urgences dédié aux patients âgés de plus de 75 ans. Dès le 13 mars 2020, les premiers patients Covid-19 ont été admis. Au total, 176 lits de gériatrie aiguë, dont 4 de soins intermédiaires, leur ont été dédiés durant la première vague de la pandémie; 54 lits de gériatrie aiguë et 60 de réadaptation ont continué à être dévolus à la prise en charge des patients sans Covid-19.

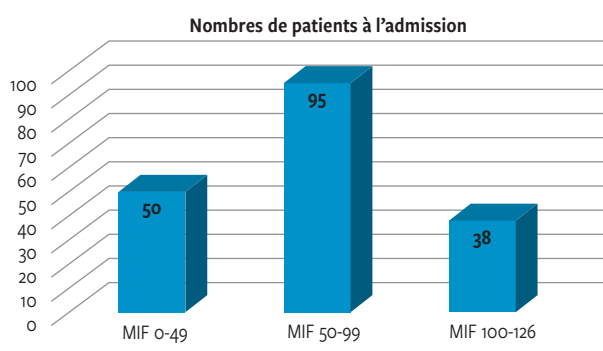
Les règles d'orientation appliquées en pré puis intrahospitalier ont constitué un double enjeu clinique et éthique. Avant l'admission dans notre structure, une discussion était conduite, documentée et actualisée avec les patients et/ou leur représentant thérapeutique, prenant en compte leurs préférences, la gravité de la maladie Covid-19, les comorbidités et l'estimation des bénéfices et risques des soins intensifs et intermédiaires ou d'une alternative de soins palliatifs en cas d'aggravation. Les candidats potentiels aux soins intensifs ou

FIG 1

Nombre de patients par catégorie de mesure de l'indépendance fonctionnelle à l'admission

Le système de notation va de 18 points (handicap extrême) à 126 points (indépendance complète).

MIF: mesure de l'indépendance fonctionnelle.



à une ventilation invasive étaient orientés vers le site des HUG disposant de soins intensifs en anticipation d'une éventuelle détérioration, les autres étaient admis dans des unités de soins aigus.

Des critères spécifiques ont permis de différencier les flux à la sortie des lits aigus et de diriger les patients vers le domicile, y compris les EMS, ou des unités de réadaptation selon les besoins et le potentiel de contagiosité. Trois unités, pour un total de 78 lits dans un autre site du Département de réadaptation et gériatrie, l'Hôpital de Loëx, ont été réservées aux patients qui nécessitaient une réadaptation après une maladie aiguë à SARS-CoV-2.¹⁰

Les équipes médicales et infirmières ont été renforcées par du personnel venant d'autres départements des HUG et par des collègues internistes et gériatres installés. La collaboration interprofessionnelle s'est avérée déterminante, les psychologues, les neuropsychologues, les logopédistes, les codeurs et les assistantes sociales ont modifié leur activité habituelle pour faire face aux besoins spécifiques des patients et des équipes: aide aux repas, soutien psychologique du personnel et des patients, maintien d'un lien entre les patients et leurs proches et communication entre le personnel et les familles (voir ci-après). Des étudiants en médecine, des bénévoles, la protection civile ainsi que des militaires sont également venus prêter main-forte sur le terrain.

SUSPENSION DES VISITES ET ISOLEMENT DU PATIENT ÂGÉ HOSPITALISÉ PENDANT L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19

Les personnes âgées sont à risque élevé d'isolement social. De plus, de nombreux patients ont été hospitalisés après plusieurs semaines de confinement à domicile qui ont pu avoir des conséquences sur leur santé mentale, les états confusionnels, les troubles cognitifs, la dépression, l'anxiété et les troubles du sommeil. La suspension des visites et les mesures d'isolement en milieu hospitalier les ont aggravées. Afin d'en atténuer les conséquences, nous avons mis en place des mesures pour rapprocher les patients de leurs familles et également favoriser les échanges de celles-ci avec les équipes médico-soignantes. Un protocole d'appels systématiques aux familles a été mis en place. Par ailleurs, les proches qui téléphonaient à l'hôpital

étaient orientés en première ligne par les psychologues et, en fonction de la question posée, adressés au bon interlocuteur. L'intérêt était à la fois d'apporter une écoute aux proches, mais aussi de mieux orienter les demandes. Des tablettes numériques connectées, permettant des appels vidéo entre le patient et ses proches, mais aussi entre les équipes soignantes et les familles, ont été mises à disposition. Des bénévoles aidaient à leur réalisation afin que l'âge des patients ne soit pas un frein à l'utilisation de cette technologie. Plusieurs centaines d'échanges ont pu être effectués, avec un retour très positif de la part des différents participants. Enfin, des visites ont été exceptionnellement organisées dans le strict respect des recommandations d'hygiène pour les proches de personnes en fin de vie.

CONCLUSION

La première vague de la pandémie de Covid-19 a constitué un défi médical, organisationnel et humain pour tous les acteurs de la santé, y compris les hôpitaux accueillant des personnes très âgées. Nous avons décrit notre expérience en espérant qu'elle puisse contribuer à une meilleure connaissance des multiples facettes cliniques du Covid-19 de l'âge, de ses complications parfois sévères et dramatiques, des facteurs pronostiques et des conséquences humaines et sociales de cette maladie. Le SARS-CoV-2 est encore parmi nous et le nombre de publications sur le sujet dépasse 60 000. Nous devons tenir compte de tout ce que nous avons appris pour continuer à faire face ensemble, et dans la durée, à cette nouvelle maladie.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La mortalité de l'infection à SARS-CoV-2 chez les personnes âgées est plus importante que dans la population générale
- Les présentations cliniques peuvent parfois être atypiques
- La charge en comorbidités, la fragilité et la dépendance fonctionnelle sont des facteurs de mauvais pronostic

1 **Mendes A, Serratrice C, Herrmann F, et al. Predictors of in-hospital mortality in older patients with COVID-19: the COVIDAge study. J Am Med Dir Assoc 2020; epub ahead of print.

2 *Chen T, Dai Z, Mo P, et al. Clinical characteristics and outcomes of older patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Wuhan, China (2019): a single-centered, retrospective study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2020;75:1788-95; doi: 10.1093/gerona/glaa089.

3 Liu K, Chen Y, Lin R, Han K. Clinical features of COVID-19 in elderly patients: A comparison with young and middle-aged patients. J Infect 2020;80:e14-e8.

4 Wang W, Tang J, Wei F. Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in Wuhan, China. J Med Virol 2020;92:441-7.

5 Vaira LA, Salzano G, Deiana G, De Riu G. Anosmia and ageusia: Common findings in COVID-19 patients. Laryngoscope 2020;130:1787.

6 Rockwood K, Fox RA, Stolee P, Robertson D, Beattie BL. Frailty in elderly people: an evolving concept. CMAJ 1994;150:489-95.

7 *Coutaz M, Lagrandeur J, Cecilia B, Corinne C. Prognosis of frail hospitalized COVID-19 patient: better than expected? Arch Gerontol Geriatr Res 2020;5:12-6.

8 Iaccarino G, Grassi G, Borghi C, et al. Age and multimorbidity predict death among COVID-19 patients: results of the SARS-RAS study of the Italian society of

hypertension. Hypertension 2020;76:366-72.

9 **Sun H, Ning R, Tao Y, et al. Risk factors for mortality in 244 Older adults with COVID-19 in Wuhan, China: A Retrospective Study. J Am Geriatr Soc 2020;68:E19-E23.

10 *Roth C, Berat N, Schnider A, Graf C. Réadaptation post-COVID-19 : retour d'expérience. Rev Med Suisse 2020;16:1507-10.

* à lire

** à lire absolument

Dépistages: que faire au-delà de 75 ans?

Dre ANA VILAS BOAS^a, Dr KEVIN SELBY^a, Pr JACQUES CORNUZ^a, Pr CHRISTOPHE BÜLA^b et Dr SYLVAIN NGUYEN^b

Rev Med Suisse 2020; 16: 2156-9

La population âgée est hétérogène: à âge identique, les patients peuvent être robustes, vulnérables ou dépendants. Le dépistage doit être individualisé en mettant en relation l'espérance de vie résiduelle estimée (EVR), le Time To Benefit (TTB: délai jusqu'à l'apparition de bénéfices après intervention) et les préférences du patient. Ainsi, les patients robustes, dont l'EVR est supérieure au TTB, peuvent encore bénéficier de certains examens de dépistage après 75 ans alors qu'ils seront inappropriés chez ceux dont l'EVR est inférieure au TTB (vulnérables, dépendants). Bien que discuter de l'EVR puisse être ardu, chaque consultation est une opportunité pour l'aborder, s'enquérir des préférences et attentes du patient quant à sa santé afin de définir ensemble les modalités de sa prise en charge et de son projet de soins anticipés.

To screen or not to screen after age 75?

The older population is heterogeneous: at the same age, elderly patients can be robust, frail or dependent. Screening decisions must be individualized, taking into account the remaining life expectancy, the Time to Benefit (TTB: delay until preventive care gives a benefit), and patient preferences. Thus, robust patients, who have a longer life expectancy, can still benefit from some screening tests over age 75 that are inappropriate in vulnerable or dependent patients whose life expectancy is shorter than the TTB. Discussing life expectancy issues remains difficult outside of crises but medical encounters are unique opportunities to inquire about individual preferences and expectations, in order to define care objectives and discuss advanced care planning.

INTRODUCTION

Le dépistage consiste à détecter précocement l'existence d'une maladie chez des sujets asymptomatiques afin d'instaurer une prise en charge de manière à améliorer le pronostic.¹ L'arrêt ou la poursuite du dépistage chez les patients âgés de plus de 75 ans est un sujet complexe et controversé.² Avec l'allongement progressif de l'espérance de vie, de nombreux patients restent robustes à 75 ans et bien au-delà, et peuvent à juste titre questionner une décision d'arrêter un dépistage à 70, 75 ou 80 ans. À noter que la majorité des recommandations suisses (comme Evidence Based Preventive Medicine (EviPrev))³ ne se prononce d'ailleurs pas sur le dépistage après 75 ans.

Chez ces patients, il est important de tenir compte d'autres facteurs que le seul âge chronologique. Les performances fonctionnelles et cognitives, la présence d'autres syndromes gériatriques ou de comorbidités influencent la probabilité de tirer un bénéfice d'un dépistage.⁴ Leurs présence et sévérité varient grandement entre individus du même âge, témoignant

de l'hétérogénéité de cette population. Les patients âgés sont ainsi volontiers schématiquement classés en trois catégories: robustes, vulnérables et dépendants.⁵

Même si les stratégies de dépistage de nombreuses pathologies s'appuient sur des recommandations basées sur les données de la littérature médicale scientifique, leur extrapolation aux personnes âgées dépendantes et vulnérables est difficile. En effet, l'application stricto sensu de guidelines chez ces patients le plus souvent multimorbides peut entraîner des conséquences négatives, notamment sous forme d'interventions inutiles, voire délétères.⁶ Au contraire, certains patients robustes pourront bénéficier de certaines interventions même à un âge très avancé. Une approche personnalisée, tenant compte du contexte de santé global du patient, ainsi que de ses préférences et attentes, s'avère donc nécessaire.

Cet article discute de l'intégration des notions de «Time to Benefit» (TTB) et de l'espérance de vie résiduelle estimée (EVR) dans les discussions avec les patients concernant les mesures de dépistage, et propose quelques pistes pour aborder les questions relatives à l'EVR. Il ne traite pas le thème de la vaccination.

VIGNETTE CLINIQUE

M. D. S., âgé de 79 ans, vous consulte pour la première fois, en cette année 2020, suite à la retraite de son ancien médecin, le Dr M. T. Le patient ne présente pas de plaintes spontanées, mais son épouse rapporte des pertes de mémoire d'apparition progressive depuis un an, plusieurs chutes et une dépendance pour les activités de vie quotidienne (aide à la douche et pour s'habiller). Il est connu pour un tabagisme actif à 30 unités-paquet-année (UPA) et n'a pas de traitement habituel.

À l'examen clinique, la tension artérielle est à 150/90 mm Hg et la fréquence cardiaque à 80/min. L'IMC est à 25 kg/m². L'examen cardiovasculaire et pulmonaire est dans la norme. Les tests de marche suggèrent que le risque de chute est avéré. Le reste du status est dans la norme.

La dernière colonoscopie, réalisée en 2010 à l'âge de 69 ans, était dans les limites de la norme. Le Dr M. T. aurait suggéré de la répéter après 10 ans, soit en 2020. L'épouse vous demande s'il y a une indication à refaire ce bilan.

Que faire? Organisez-vous la colonoscopie comme prévu par votre prédécesseur?

COMMENT ÉVALUER L'ESPÉRANCE DE VIE RÉSIDUELLE ET LE TIME TO BENEFIT?

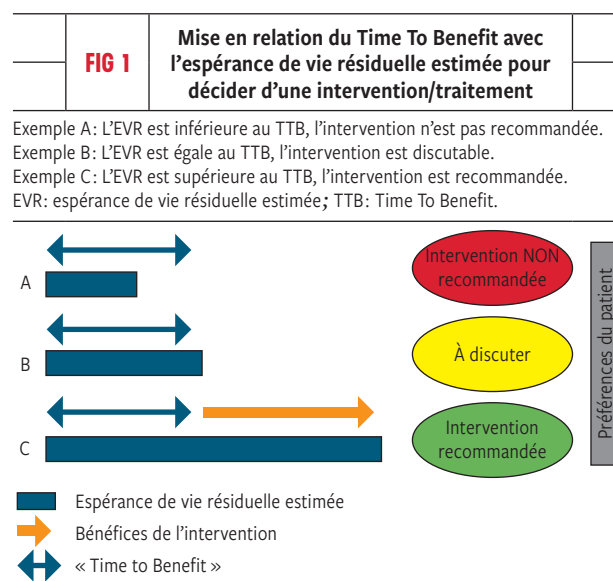
L'estimation de l'EVR et la notion de TTB sont deux éléments clés dans la prise en charge des patients âgés de plus de 75 ans.

^aCentre universitaire de médecine générale et santé publique, Unisanté, 1011 Lausanne, ^bService de gériatrie et réadaptation gériatrique, CHUV, 1011 Lausanne
sylvain.nguyen@chuv.ch

L'EVR dépend principalement de l'âge du patient, de ses comorbidités et de son autonomie. Les patients dont l'EVR est réduite ont un risque accru de complications liées à une intervention préventive ou au traitement d'une pathologie chronique – ou paucisymptomatique comme le diabète sucré ou l'hypertension artérielle. Le TTB est quant à lui le délai temporel nécessaire pour observer les bénéfices de l'intervention depuis son application.

À l'évidence, ces EVR et TTB doivent être confrontés lorsqu'un examen de dépistage est proposé (figure 1). Si le TTB lié à cet examen est inférieur à l'EVR, il apparaît alors raisonnable de le proposer. À l'inverse, un TTB supérieur à l'EVR parle contre l'examen vu le risque d'exposition à des complications ou effets secondaires indésirables sans bénéfice attendu. La décision doit bien évidemment être partagée avec le patient et prendre en compte ses préférences.^{7,8} C'est tout particulièrement le cas dans les situations où TTB et EVR sont proches. L'évaluation explicite des souhaits par les patients eux-mêmes est idéale, la concordance avec les proches étant souvent aléatoire.⁹ Attendre une situation de crise pour aborder ces questions nous expose en effet au risque que la personne concernée ne soit plus capable d'exprimer ses choix.

L'estimation de l'EVR peut se faire sur la base des tables épidémiologiques. En 2012, l'article de Vaucher et coll. présentait le site internet ePrognosis qui regroupe des scores pronostiques applicables aux personnes âgées en communauté, hospitalisées ou institutionnalisées.¹⁰ Ces scores permettent



(Adaptée de réf. 7).

d'estimer le risque de mortalité globale (par exemple, risque de mortalité à 5 ans), que nous devons traduire en EVR médiane (entre 4 et 6 ans si le risque de mortalité à 5 ans est de 50%). Un projet de traduction de ce site en plusieurs langues, notamment le français, est actuellement en cours. Le **tableau 1** résume le TTB et les recommandations pour le dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire et cancers.

TABLEAU 1 Résumé des recommandations suisses et internationales de dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire et cancers chez les patients âgés

ACC: American College of Cardiology; ADA: American Diabetes Association; AGS: American Geriatrics Society; AHA: American Heart Association; ESC: European Society of Cardiology; ESH: European Society of Hypertension; EviPrev: Evidence Based Preventive Medicine; HTA: hypertension artérielle; LAMal: loi sur l'assurance maladie; TTB: Time To Benefit; USPSTF: United States Preventive Services Task Force.

Dépistages		TTB (années)	Recommandations suisses	Recommandations internationales
Cardiovasculaire	Diabète	10	<ul style="list-style-type: none">• EviPrev: dépistage individualisé après 70 ans selon l'état de santé	<ul style="list-style-type: none">• Consensus ADA-AGS: dépistage tous les 1 à 3 ans après 45 ans
	HTA	1-2	<ul style="list-style-type: none">• EviPrev: dépistage annuel dès 40 ans	<ul style="list-style-type: none">• ESC/ESH: dépistage tous les 1 à 3 ans
	Dyslipidémie	2-5	<ul style="list-style-type: none">• EviPrev: dépistage individualisé après 70 ans selon l'état de santé	<ul style="list-style-type: none">• ACC/AHA: après 75 ans, discuter des bénéfices possibles dans le contexte des comorbidités et de l'espérance de vie
Cancers	Colorectal	10	<ul style="list-style-type: none">• Programmes de dépistage et remboursement LAMal de 50 à 69 ans• EviPrev: fortement recommandé de 50 à 75 ans	<ul style="list-style-type: none">• Généralement recommandé de 50 à 75 ans• USPSTF: dépistage individualisé entre 75 et 85 ans. Seulement chez ceux qui pourraient supporter une opération et ont une espérance de vie > 10 ans (donc robuste)
	Prostate	10-15	<ul style="list-style-type: none">• EviPrev: de façon individualisée de 50 à 70 ans• Société suisse d'urologie – à la demande du patient «dûment informé» de 50 à 70 ans	<ul style="list-style-type: none">• Recommandations variables entre 50 et 75 ans• Consensus de plutôt ne pas faire de dépistage si > 70 ans, et certainement ne pas faire si > 75 ans
	Sein	10	<ul style="list-style-type: none">• Programmes de dépistage de 50 à 74 ans. Remboursement LAMal possible à tout âge• EviPrev: de façon individualisée de 50 à 75 ans	<ul style="list-style-type: none">• USPSTF: recommandé de 50 à 74 ans. Données insuffisantes pour les patients de ≥ 75 ans• American Cancer Society: continuer tant que l'espérance de vie est > 10 ans
	Poumon	-	<ul style="list-style-type: none">• EviPrev: de façon individualisée chez ceux à haut risque de 55 à 75 ans• Étude en cours avec la Ligue pulmonaire en Suisse pour nouvelles recommandations	<ul style="list-style-type: none">• USPSTF: recommandé de 55 à 80 ans. À arrêter en cas de problèmes de santé grave avec impact sur l'espérance de vie ou s'ils ne pourraient pas subir une chirurgie (patients vulnérables ou dépendants)

Le dépistage de syndromes gériatriques tels que troubles de l'humeur, troubles audiovisuels, troubles cognitifs, incontinence urinaire, malnutrition, ainsi que troubles de la marche/chutes est recommandé. La recherche d'une dépendance fonctionnelle et d'une polymédication est également indiquée.⁵ Les guidelines ACC/AHA proposent une approche compréhensive centrée sur le patient avec décision partagée.

(Adapté de réf. 3,7,16-20).

VIGNETTE CLINIQUE (SUITE)

Ce patient de 79 ans peut être considéré comme «dépendant» en raison de la présence de troubles cognitifs interférant dans son quotidien, d'une dépendance fonctionnelle, ainsi que de troubles de la marche avec un risque de chute avéré.⁵

L'index de Schonberg (sur ePrognosis) calcule le risque de mortalité toutes causes confondues à 5 et 9 ans, chez des patients de plus de 65 ans, vivant au domicile. Selon cet index, le risque de mortalité à 5 et 9 ans chez M. D. S. est respectivement de 43 et 75%. Ce risque doit être traduit en EVR médiane, qui correspond au délai pour lequel le risque de mortalité est estimé à 50%. Chez ce patient, le risque de mortalité de 50% est à 5,8 ans (43% à 5 ans). On estime que l'EVR médiane se situe donc entre 4 et 6 ans.

Le TTB pour le dépistage du cancer colorectal (10 ans) est supérieur à l'EVR du patient (4 à 6 ans). Cette intervention n'est donc pas recommandée. Le patient serait exposé à des risques (notamment de faux positifs ou de complications d'une colonoscopie) sans bénéfices. Le dépistage du cancer colorectal après 75 ans devrait donc être discuté chez les patients robustes.

COMMENT ABORDER LA THÉMATIQUE DU PRONOSTIC VITAL EN DEHORS D'UNE SITUATION DE CRISE?

Les difficultés à discuter du pronostic vital et de l'EVR avec les patients révèlent aussi bien notre ambivalence que la leur. Deux études nous paraissent intéressantes à mentionner pour l'illustrer. Une étude qualitative réalisée aux États-Unis en 2013, sous forme d'entretiens auprès de vingt cliniciens en médecine de premier recours, suggère que ceux-ci sont habituellement disposés à discuter du pronostic à court terme avec leurs patients âgés et fragiles, surtout si l'EVR paraît limitée ou si le patient/ses proches initient la discussion. Ces professionnels seraient en revanche moins enclins à discuter de l'EVR en l'absence d'une pathologie à un stade avancé ou d'événement nouveau qui la limiterait drastiquement au moment de la discussion. La discussion de l'espérance de vie, du pronostic en cabinet médical en dehors d'une situation impliquant une EVR clairement réduite, semble représenter un défi pour le médecin généraliste. Dans cette étude, les barrières identifiées par les cliniciens sont la crainte de provoquer de l'anxiété, le souhait de maintenir l'espoir, le respect des valeurs socioculturelles du patient, des doutes concernant la capacité de compréhension des patients et l'incertitude des pronostics à long terme.¹¹

En ce qui concerne la perspective des patients, une étude qualitative américaine a été réalisée en 2011, incluant 60 patients âgés d'origines ethniques diverses. Il ressort que la majorité aurait souhaité discuter de cette thématique avec leurs cliniciens et connaître leur EVR, majoritairement pour des raisons financières, logistiques, psychologiques, spirituelles et de préparation des proches. En revanche, 25% des patients préféreraient ne pas en discuter, pour des mo-

tifs aussi variés que la gestion émotionnelle de recevoir cette information, mais aussi le sentiment que cette information leur est inutile ou tout simplement impossible à réellement calculer avec précision (validité). Pour souligner à quel point cette discussion concernant l'EVR paraît difficile, seul un patient déclare en avoir discuté avec son médecin.¹²

La thématique de l'EVR devrait être abordée après avoir interrogé le patient sur ses préférences individuelles. Malgré la diversité de perspectives concernant la mort et l'estimation de l'EVR évidente dans chaque milieu socioculturel, nous devrions nous enquérir sur le souhait du patient, indépendamment de nos suppositions.¹² Le patient devrait être également informé de l'incertitude de l'estimation de l'EVR, ainsi que des bénéfices à aborder ce sujet pour une prise en charge individualisée.

VIGNETTE CLINIQUE (FIN)

Le patient et son épouse vous transmettent leurs priorités concernant les soins. Ils ne veulent pas d'acharnement thérapeutique, mais plutôt améliorer sa qualité de vie.

Après le bilan, vous estimez que le dépistage du cancer colorectal n'est pas recommandé chez M. D. S. Vous exposez vos arguments au patient et à son épouse, en expliquant qu'il y a d'autres interventions qui sont prioritaires dans son cas, notamment l'évaluation des syndromes gériatriques. De plus, vous proposez l'arrêt du tabac au vu des effets cardiovasculaires et pulmonaires à court terme (jours-mois).¹³

À la fin de la consultation, vous proposez de discuter d'un projet de soins anticipé lors du prochain rendez-vous.

L'élaboration d'un projet de soins anticipé (Advance Care Planning) permet de discuter des préférences et objectifs du patient. En Suisse, ce projet est défini comme «un processus dans lequel les patients, et le cas échéant leurs proches, discutent avec les professionnels de la santé des stratégies et des objectifs thérapeutiques, les définissent et s'adaptent régulièrement au déroulement concret de la maladie».^{14,15}

Le **tableau 2** propose quelques exemples de questions à poser afin de s'enquérir des objectifs de soins d'un patient. Un article précédent a traité cette thématique en détail.¹⁵

TABLEAU 2	Questions pour s'enquérir des valeurs et objectifs de soins d'une personne âgée
-----------	---

^aLes réponses à cette question prédisent les préférences des patients concernant les interventions médicales controversées, par exemple le dépistage du cancer de la prostate. Les patients plus susceptibles à vouloir agir sont plus enclins à choisir de faire un dépistage du cancer de la prostate.²¹

- Que devrais-je connaître sur vous pour bien pouvoir vous soigner?
- Qu'attendez-vous de mes soins?
- Quelles sont vos priorités en termes de soins médicaux?
- Dans les situations où il n'est pas clair si une intervention médicale est nécessaire, avez-vous tendance à vouloir agir ou attendre et voir si une action est nécessaire?^a

CONCLUSION

La population âgée est hétérogène, constituée de patients robustes, vulnérables et dépendants dont l'âge seul est insuffisant pour déterminer l'état de santé d'un patient. Un patient robuste du même âge que le patient de notre vignette aurait une EVR supérieure à 10 ans et devrait bénéficier d'un dépistage du cancer colorectal. Il est donc primordial d'évaluer nos patients dans leur globalité, d'estimer leur EVR et surtout d'intégrer leurs souhaits, priorités et attentes en termes de soins. L'élaboration d'un projet de soins anticipé s'avère utile pour atteindre ce but et offrir une prise en charge centrée sur le patient avec des décisions thérapeutiques adaptées et partagées.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La population âgée est une population hétérogène. La prévention doit donc être individualisée selon le profil du patient
- Nous pouvons estimer l'espérance de vie résiduelle (EVR) d'un patient et la mettre en relation avec le délai d'apparition des bénéfices attendus après une certaine intervention (Time To Benefit)
- Une intervention est indiquée si l'EVR est supérieure au Time To Benefit
- Les résultats d'une évaluation gériatrique globale et les valeurs du patient doivent également être pris en considération
- L'établissement d'un projet de soins anticipé permet une prise en charge adaptée au patient dans toutes ses dimensions pour anticiper les situations de crise

1 Guessous I, Gaspoz JM, Paccaud F, et al. Dépistage : principes et méthodes. *Rev Med Suisse* 2010;6:1390-4.

2 Seematter-Bagnoud L, Cornuz J, Büla C. Dépistage et prévention chez les aînés: quelles interventions proposer, à qui, et jusqu'à quel âge ? *Rev Med Suisse Romande* 2003;123:665-9.

3 **Cornuz J, Auer R, Neuner-Jehle S, et al. Recommandations suisses pour le bilan de santé au cabinet médical. *Rev Med Suisse* 2015;11:1936-42.

4 Seematter L, Büla C. Brief assessment and screening for geriatric conditions in older primary care patients: a pragmatic approach. *Pub Health Rev* 2018;39:8.

5 *Smith C, Rubli E, Senn N, et al. Patients âgés vulnérables au cabinet : comment les identifier et quelles ressources mobiliser ? *Rev Med Suisse* 2014;10:2077-80.

6 Boyd CM, et al. Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases. Implications for Pay for

Performance. *JAMA* 2005;294:716-24.

7 **Lee SJ, Kim CM. Individualizing Prevention for Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2018;66:229-34.

8 *Lee SJ, Leipzig RM, Walter LC. When Will it Help? Incorporating Lagtime to Benefit into Prevention Decisions for Older Adults. *JAMA* 2013;310:2609-10.

9 Fried T, et al. Assessment of Surrogates' Knowledge of Patients' Treatment Goals and Confidence in their Ability to Make Surrogate Treatment Decisions. *JAMA Intern Med* 2019;179:267-8.

10 *Vaucher Y, Monod S, Bula C, et al. Évaluation de l'espérance de vie chez les personnes âgées. *Rev Med Suisse* 2012;8:2115-8.

11 Thai JN, Walter LC, Eng C, et al. « Every Patient is an Individual »: Clinicians Balance Individual Factors When Discussing Prognosis with Diverse Frail Elders. *J Am Geriatr Soc* 2013;61:264-9.

12 Ahalt C, Walter LC, Yourman L, et al. « Knowing is Better »: Preferences of

Diverse Older Adults for Discussing Prognosis. *J Gen Intern Med* 2011; 27:568-75.

13 Organisation mondiale de la santé (OMS). Les principaux avantages de l'arrêt du tabac. Initiative pour un monde sans tabac. Disponible sur : www.who.int/tobacco/quitting/benefits/fr/.

14 ASSM. Attitude face à la fin de vie et à la mort. Directives médico-éthiques de l'académie suisse des sciences médicales. Disponible sur : www.samw.ch/fr/Publications/Directives.html.

15 Bosio F, Fassier T, Rubli Truchard E, et al. Projet de soins anticipé ou advance care planning: Proposition d'une terminologie commune pour la Suisse romande. *Rev Med Suisse* 2019;15:1634-6.

16 Kirkman MS, et al. Diabetes in older adults: a consensus report. *J Am Geriatr Soc* 2012;60:2342-56. doi:10.1111/jgs.12035 (aussi disponible sur *Diabetes Care* 2012;35:2650-64).

17 American Diabetes Association. Older Adults: Standards of Medical Care in

Diabetes 2020. *Diabetes Care* 2020;43(Suppl.):S152-S162.

18 US Preventive Services Task Force. Disponible sur : www.uspreventiveservicestaskforce.org.

19 Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *Eur Heart J* 2018;39:3021-104.

20 Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease. *Circulation* 2019;140:e596-646.

21 Scherer LD, Kullgren JT, Caverly T, et al. Medical Maximizing-Minimizing Preferences Predict Responses to Information about Prostate-Specific Antigen Screening. *Med Decis Making* 2018;38:708-18.

* à lire

** à lire absolument

Trop âgé ou trop fragile pour bénéficier des soins intensifs?

Dr MARTIAL COUTAZ^a

Rev Med Suisse 2020; 16: 2160-4

Selon quels critères admettre un sujet âgé polymorbide aux soins intensifs? L'évaluation gériatrique multidimensionnelle est une aide qui permet le dépistage des syndromes gériatriques, avec la répartition des patients âgés en 3 catégories: les robustes, les vulnérables et les dépendants. Cibler certaines comorbidités telles que les troubles cognitifs, le delirium, la fragilité, la polymédication et la malnutrition s'avère particulièrement judicieux pour estimer les risques de mortalité, de handicaps fonctionnels et cognitifs, lors d'un séjour aux soins intensifs. S'appuyant sur une revue de la littérature, cet article offre quelques pistes qui devraient faciliter le triage des plus âgés pour l'admission aux soins intensifs. Et cela dans une démarche éthique, multidisciplinaire, qui prend en compte les craintes et les préférences du patient.

Too old or too frail for intensive care?

What are the criteria for admitting an elderly polymorbid patient to intensive care? The multidimensional geriatric evaluation is a tool to screen for geriatric syndromes, with the division of elderly patients into 3 categories: robust, vulnerable and dependent. Targeting certain co-morbidities such as cognitive disorders, delirium, frailty, polymedication and malnutrition, allows clinicians to estimate the risks of mortality and functional and cognitive handicaps during a stay in intensive care. Based on a review of the literature, this article offers some guidelines for triage of older patients for admission to intensive care, using an ethical, multidisciplinary approach that takes into account the patient's fears and preferences.

INTRODUCTION

Le vieillissement démographique s'observe en Suisse, comme dans les autres pays européens, en raison d'une baisse de la natalité et d'un accroissement de la durée de vie. L'espérance de vie moyenne à la naissance atteint 85,4 ans pour les Suissesses et 81,7 ans pour les Suisses. De 1900 à nos jours, on constate dans la population que la proportion des moins de 15 ans a diminué de moitié, alors que celle des plus de 65 ans a triplé.¹ Ce phénomène, qualifié par certains de «tsunami gris», est à l'origine d'un nombre croissant de sujets âgés à très âgés dans le système de soins, et également aux soins intensifs (SI). Selon les projections genevoises de Conti et coll., le nombre de jour-nées aux SI des sujets de plus de 80 ans devrait doubler durant les 50 prochaines années (15% en 2010, environ 30% en 2060).²

Face à cette progression préoccupante liée à la poussée démographique, le questionnement peut être double. Il est d'une part d'ordre économique: le système de santé ou la société

pourront-ils faire face à de telles dépenses? Il est d'autre part plus fondamental: la prise en charge aux SI est-elle toujours le lieu de soins le plus adéquat pour un patient âgé et fragile, en état critique? En 2020, la survenue de la pandémie Covid-19, par sa soudaineté et sa gravité, ébranle de façon sérieuse les systèmes de santé à travers le monde et exige des réponses rapides. Comment faire face au nombre grandissant de malades infectés nécessitant le recours à un respirateur, alors que les ressources médicales sont limitées? Comment prendre en charge au mieux la population la plus âgée, souvent porteuse de multiples comorbidités préexistantes et de facto la plus vulnérable, sans critères de discrimination liée à l'âge (âgisme) pour l'accès aux SI? S'appuyant sur une revue de la littérature, cet article propose quelques pistes de réflexion et des réponses.

CONSIDÉRATIONS FACE À UN SUJET ÂGÉ EN ÉTAT CRITIQUE

Les bénéfices d'une prise en charge aux SI d'un sujet âgé fragile restent l'objet de controverses. En effet, les patients concernés souffrent généralement de plusieurs comorbidités et présentent une réserve fonctionnelle diminuée les rendant plus vulnérables aux maladies aiguës, et donc à haut risque de décès lors d'un séjour aux SI. Par ailleurs, les critères de triage pour l'admission aux SI sont hautement variables et sans véritables guidelines, peu adaptés aux sujets âgés, car ils ne tiennent compte ni d'une évaluation gériatrique multidimensionnelle ni de la présence de syndromes gériatriques. Le critère de «fragilité», lorsqu'il est présent, semble le mieux corrélé à la mortalité après 6 mois d'un séjour aux SI, par comparaison aux scores de pronostic utilisés habituellement aux SI. Les facteurs connus de mauvais pronostic sont: un mauvais score fonctionnel ou nutritionnel de base, une pauvre qualité de vie, un cancer évolutif, un statut après réanimation cardiorespiratoire, des directives anticipées signalant la volonté de ne pas être réanimé. La mortalité est aussi plus élevée pour les patients âgés admis aux SI: 70% meurent au cours de la première année suivant leur passage aux SI; parmi les survivants, seul un quart retrouvent leur statut fonctionnel antérieur. Il est évident que la mortalité va dépendre du motif d'admission aux SI: le patient admis après une chirurgie élective court moins de risques que celui séjournant pour une décompensation menaçant la survie immédiate.³

DÉPISTER LES SYNDROMES GÉRIATRIQUES

Face à une population âgée très hétérogène où l'âge biologique ne correspond guère à l'âge chronologique, l'évaluation gériatrique multidimensionnelle apporte des arguments pour

^aService de gériatrie du Valais romand, Hôpital du Valais, 1920 Martigny
martial.coutaz@hopitalvs.ch

DAFALGAN®
PARACÉTAMOL



DAFALGAN®

Contre les douleurs et la fièvre



DAFALGAN® (Paracétamol). **C:** Comprimés effervescents (CE), comprimés pelliculés (CP), sirop pour enfants (SPE), poudre (P), suppositoires (SUP), comprimés (COMP). Cat. Swissmedic B: CP*/CE* de 1g et COMP* de 500 mg 100 unités; Cat. Swissmedic D: COMP*/CE* de 500 mg, SPE* de 30 mg/ml, P* de 250 mg, SUP* de 80/150/300/600 mg. **I:** Douleurs faibles à modérées, fièvre; DAFALGAN® 1g: plus douleurs arthrosiques. **P:** CP/CE de 1g: pour > 50 kg de poids corporel (PC) (> 15 ans/adultes), utiliser au max. dose unique (DU) de 1g et administrer une dose maximale quotidienne de 4 g. Pour > 40 kg PC (> 12 ans/adultes): utiliser une dose maximale quotidienne de 4 g et max. DU 1g par administration. L'intervalle min. entre les DU est de 4 à 8 h, en cas de SUP, de 6 à 8 h. Chez les enfants (< 12 ans): la dose doit être déterminée en fonction du poids corporel. La dose maximale quotidienne ne doit pas dépasser 75 mg/kg de PC chez les patients pédiatriques. L'intervalle min. entre les doses unitaires est de 6 à 8 h chez les enfants. La dose maximale quotidienne et la DU recommandée sont indiquées dans l'information professionnelle. Troubles de la fonction hépatique/rénale: instructions posologiques particulières, voir information professionnelle. **Ci:** Hypersensibilité au paracétamol, aux substances apparentées (p. ex. propacétamol) et aux excipients; troubles fonctionnels hépatiques graves (cirrhose hépatique et ascites)/hépatite aiguë ou maladie hépatique décompensée active et hyperbilirubinémie constitutionnelle héréditaire (maladie de Gilbert). **PE:** Insuffisance rénale et/ou hépatique; déficit en G6PD; utilisation simultanée de médicaments potentiellement hépatotoxiques ou inducteurs d'enzymes hépatiques; anorexie; malnutrition; septicémie; déshydratation; hypovolémie; surconsommation d'alcool; administration concomitante de paracétamol et de flucloxaciline. Le paracétamol peut entraîner des réactions cutanées graves comme PEAG, SJS et NET. En cas de surdosage, très graves lésions hépatiques possibles. Les CE (1g)/P contiennent de l'aspartame, et ne doivent pas être pris en cas de phénylcétonurie. Les CE (500 mg et 1g)/P contiennent du sorbitol, et ne doivent pas être pris en cas d'intolérance au fructose. **Ei:** Réactions cutanées occasionnelles, rares: thrombopénie, leucopénie, anémie, anaphylaxie et asthme analgésique. En cas de surdosage, une néphrotoxicité, une nécrose hépatique peuvent survenir. Expériences post-commercialisation: pancréatite, hépatite fulminante, nécrose hépatique, défaillance hépatique, PEAG, NET et SJS. **IA:** Inducteurs d'enzymes; phénytoïne; alcool; agents qui ralentissent ou accélèrent l'évacuation gastrique; chloramphénicol; salicylamide; chlorzoxazone; zidovudine; probénécide; cholestyramine; anticoagulants et flucloxaciline. **G/A:** L'utilisation de DAFALGAN® durant la grossesse et l'allaitement se fera avec prudence. **Surdosage:** En cas de surdosage, une prise en charge médicale est indispensable dans les plus brefs délais. **PR:** CP de 1g: 16, 40, 100; CE de 1g: 20; CE de 500 mg: 16; COMP de 500 mg: 16, 100; SPE: 1 flacon de 90 ml; P de 250 mg: 12 sachets; SUP de 80/150/300/600 mg: 10.

* Remboursé par les caisses-maladie

Mise à jour de l'information: Février 2019. Vous trouverez l'information professionnelle complète sur: www.swissmedicinfo.ch

Bibliographie disponible sur demande: Bristol Myers Squibb SA, Hinterbergstrasse 16, 6312 Steinhausen.

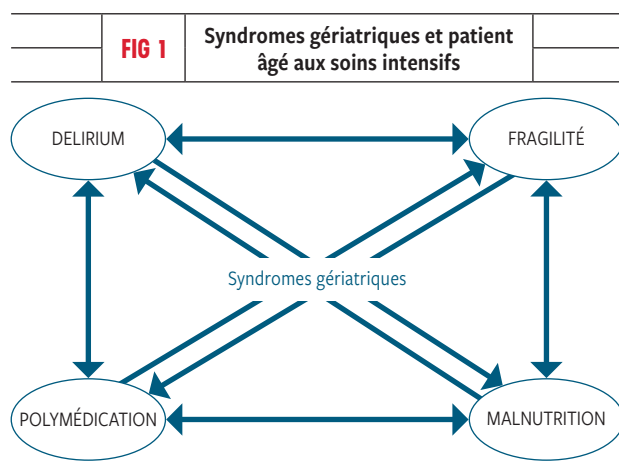
repérer les patients qui bénéficieront le plus d'une prise en charge intensive, en favorisant le dépistage des syndromes gériatriques.⁴ Pour une meilleure prise en charge des plus âgés aux SI cardiaques, l'American Heart Association préconise de rechercher et de prendre en compte tout particulièrement les syndromes gériatriques suivants: le delirium, la fragilité, la multimorbidité et la polymédication. Les syndromes gériatriques, interagissant défavorablement entre eux (**figure 1**), vont fortement diminuer la réserve fonctionnelle de l'individu et contribuer à une évolution clinique défavorable, tant sur la durée d'hospitalisation que sur la gravité du handicap fonctionnel, ainsi que sur les taux de chute et d'institutionnalisation, ou encore sur l'élévation de la mortalité.⁵

Delirium

Le delirium affecte un nombre élevé de sujets âgés hospitalisés: l'incidence de 11 à 14% lors d'une hospitalisation en médecine interne générale va doubler dans une unité de médecine gériatrique, pour atteindre presque 50% dans une unité de SI. De plus, la mortalité après la survenue d'un delirium augmente d'une fois et demie en division de médecine ou de gériatrie, pour doubler à quadrupler en unité de SI. Le risque de déclin fonctionnel ou d'institutionnalisation s'élève également après la survenue d'un delirium.⁶ Les troubles cognitifs préexistants sont à rechercher activement, car ils représentent un facteur de risque majeur de delirium dans cette population.⁷ Parmi les facteurs précipitants, on retiendra la prise de plusieurs médicaments, principalement les psychotropes et les sédatifs, mais aussi l'usage de mesures de contention physique, ou la mise en place d'une sonde vésicale.⁶ Le **tableau 1** propose différentes pistes d'intervention pour limiter la survenue d'épisodes de delirium.⁸ La mise en place d'un robot-chat (pouvant interagir par mouvements et miaulements) dans le lit des patients hospitalisés aux SI a procuré, selon les dires des patients, des proches ou du personnel soignant, une sensation d'apaisement dans plus de 70% des cas, et un effet préventif sur la survenue du delirium.⁹

Fragilité

La fragilité est un désordre interagissant négativement sur les réserves physiologiques de différents organes ou systèmes



(Adaptée de réf. 5).

TABLEAU 1		Facteurs de risque de delirium et interventions ciblées
Facteurs de risque	Intervention	
Troubles cognitifs	<ul style="list-style-type: none"> • Réorientation à chaque contact avec le patient • Réafférentation: objets personnels, horloge, calendrier 	
Immobilisation	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation précoce (exercices au lit) 	
Manque de sommeil	<ul style="list-style-type: none"> • Atténuer les nuisances sonores et lumineuses • Réduire les dérangements nocturnes liés à la médication et aux processus de soins 	
Psychotropes	<ul style="list-style-type: none"> • Éviter les somnifères, neuroleptiques, anticholinergiques 	
Troubles visuels	<ul style="list-style-type: none"> • Lunettes, intensification de l'éclairage 	
Troubles auditifs	<ul style="list-style-type: none"> • Aides auditives, amplificateurs 	

(Adapté de réf. 8).

(cerveau, muscles, système cardiovasculaire, système immunitaire, endocrinien...), les mécanismes de régulation homéostatique ne comblant plus les dysfonctionnements.¹⁰

Parmi la quarantaine de définitions de la fragilité proposées dans la littérature, on retiendra celle de Fried associant au moins 3 des 5 caractéristiques suivantes: perte de poids involontaire (5% en 6 mois), plainte spontanée de fatigue, faiblesse musculaire (mesure de la force de préhension), ralentissement de la vitesse de marche, comportement sédentaire.¹¹ Cet état entraîne une diminution des capacités d'adaptation, avec une vulnérabilité excessive à un facteur de stress même mineur, comme la prescription d'un nouveau médicament ou encore la survenue d'une infection urinaire.

Polymédication

La polymédication, définie comme la prise d'au moins 5 médicaments différents, affecte 40% des sujets de plus de 65 ans et 50% de ceux de plus de 80 ans, avec un risque d'interactions ou d'effets secondaires délétères proportionnel au nombre de molécules prescrites. Les modifications pharmacocinétiques liées au vieillissement (augmentation de la masse grasse, réduction de la fonction hépatique, diminution de la clairance rénale) jouent aussi un rôle déterminant dans la survenue d'effets indésirables.^{5,12}

Malnutrition

La malnutrition concerne 12 à 45% des sujets âgés hospitalisés et représente un facteur de mauvais pronostic aux SI, en augmentant la durée de séjour, la survenue d'infections et le taux de mortalité. Une nutrition entérale compensant les pertes énergétiques et protéiniques est vivement recommandée chez le sujet âgé en état critique. Elle permet une diminution de la mortalité à 30 jours.^{7,13}

TRIAGE DES PATIENTS ÂGÉS FRAGILES AVANT LES SOINS INTENSIFS

Différents éléments associés aux séjours aux SI représentent des catalyseurs de risque d'évolution négative pour le patient fragile: immobilité et repos au lit (faiblesse et atrophie

musculaire, ulcère de pression, déconditionnement), carence nutritionnelle, environnement agressif (lumière, bruit, perturbation du sommeil). Dans les standards de prise en charge pour lutter contre ces facteurs, il faut, dans la mesure du possible, encourager une mobilisation précoce, alléger la sédation, stopper la médication superflue, faciliter l'orientation (lunettes, aide auditive) et la réafférentation, mettre en place un support nutritionnel entéral.⁵

Face aux risques encourus par cette population, affiner la sélection et le triage pour l'admission aux SI est une nécessité, même si la tâche reste très difficile dans ce contexte de polymorbidité. Il n'existe actuellement pas d'outils validés pour ce type de malades, l'évaluation gériatrique multidimensionnelle n'étant pas prise en compte dans les scores actuels, ce qui les rend peu utiles. De plus, trop peu d'études (collectif trop faible, mode et prise en charge en soins différents et non comparables) s'intéressent à la qualité de vie du sujet âgé fragile un an après son passage aux SI.

La démarche décisionnelle, dans une approche multidisciplinaire, représente un défi éthique avant et pendant le séjour aux SI.¹⁴ Le bénéfice de l'admission aux SI est-il significatif? La récupération d'une qualité de vie suffisante au terme du séjour aux SI est-elle possible? Quels sont les souhaits et les préférences du patient? Les principes éthiques vont guider le raisonnement médical et aider à la prise de décision: le patient est-il informé correctement et peut-il participer à la décision (consentement éclairé et décision partagée)? Il faut adapter l'agressivité des traitements aux bénéfices raisonnables escomptés, en évitant un certain perfectionnisme (principe de proportionnalité et de bienfaisance).

Dans l'esprit de proposer la meilleure prise en charge possible, l'American Diabetes Association (ADA) propose depuis plusieurs années un modèle de sélection des patients ne se basant pas sur l'âge, mais sur l'identification des comorbidités, de l'état cognitif, du score fonctionnel et du niveau de dépendance. Cette démarche, semblable à celle de l'évaluation gériatrique, permet de trier et répartir les sujets âgés en 3 catégories: les robustes, jouissant d'une espérance de vie d'environ 10 ans, les vulnérables avec une espérance de vie de 5 à 10 ans et les dépendants avec une espérance de vie limitée à moins de 5 ans.¹⁵ Avec l'estimation du pronostic vital, on peut affiner les prises décisionnelles concernant les interventions ou les médicaments proposées, en intégrant la notion de *Time until benefit*. Par exemple, si l'espérance de vie du diabétique est limitée à 2 ou 3 ans, la prévention des complications macrovasculaires par un abaissement des chiffres tensionnels ou lipidiques est illusoire, idem pour les complications microvasculaires, si l'espérance de vie est inférieure à 8 ans.^{16,17}

PRÉFÉRENCES DES SUJETS ÂGÉS SUR LA FIN DE VIE

Les préférences du patient doivent être respectées et s'il ne peut les exprimer, il convient de se référer à celles de son représentant thérapeutique ou à ses directives anticipées. Malheureusement, selon des données zurichoises récentes, la proportion de personnes se présentant aux urgences des hôpitaux avec des directives anticipées varie entre 5 et 25%

selon les pays, et souvent elles ne sont pas remplies clairement, ce qui rend leur application difficile.¹⁸

Lors d'une décompensation aiguë, les patients les plus âgés ne sont souvent pas capables d'exprimer leurs souhaits. Et lorsqu'ils le sont, la décision est souvent laissée au médecin qui les prend en charge. Or plusieurs études ont montré que tant les proches du patient, que leur médecin de famille ou le médecin hospitalier les prenant en charge se fourvoient dans plus de 25 à 35% des cas, quant à l'intention du patient.^{2,13}

Selon Fried et coll., la «lourdeur du traitement» (durée du séjour hospitalier, étendue des investigations, nécessité d'intervention invasive) ainsi que le pronostic jouent un rôle majeur dans les préférences exprimées par le patient. En cas de probabilité d'incapacité fonctionnelle ou de troubles cognitifs, les deux tiers de 226 sujets âgés de plus de 60 ans avec l'espérance de vie limitée soit par un cancer, une insuffisance cardiaque congestive ou une bronchopneumopathie obstructive, refusent la proposition de traitement, même si la «lourdeur du traitement» est qualifiée de faible; si cette dernière est qualifiée de forte, c'est 90% de refus.¹⁹

Dans un collectif de 180 patients (âge moyen de 67,5 ans) hospitalisés pour une affection sévère (cancer, insuffisance cardiaque ou maladie pulmonaire) et se considérant en très mauvaise santé, 86,7% d'entre eux préfèrent vivre une année en moins (espérance de vie de 4 ans au lieu de 5 ans) si cela leur permet d'éviter d'être hospitalisé durant les 3 dernières semaines de leur vie dans une unité de SI pour y mourir.²⁰

Il faut également souligner qu'après information détaillée sur les manœuvres de réanimation cardiopulmonaire et surtout sur le pronostic à distance du geste pratiqué (nombre de survivants, qualité de vie), le pourcentage de sujets âgés désirant une réanimation s'abaisse de 41 à 22%.²

Dans l'étude multicentrique (sous-analyse de l'étude REAP-PROPRIATE²¹) de Druwé et coll., les auteurs ont cherché à savoir si les réanimateurs (médecins, infirmiers, ambulanciers) jugeaient leurs manœuvres de réanimation appropriées dans un collectif de 611 sujets âgés de 80 ans, victimes d'un arrêt cardiorespiratoire (ACR) en dehors de l'hôpital. Seuls 18,5% des réanimateurs les ont jugées inappropriées, alors que le taux de survie à la sortie de l'hôpital était de 2,1%.²² Selon les registres danois et suédois de réanimation, la survie à 30 jours des sujets de plus de 80 ans réanimés à l'extérieur de l'hôpital variait de 2 à 4,1%.²³ Une étude japonaise récente démontre qu'après 30 jours d'une réanimation extrahospitalière pour un ACR, le taux de bonne récupération neurologique chez les patients de plus de 85 ans variait entre 0,5 et 1,95%.²⁴ Récemment, une étude rétrospective britannique, regroupant 90 patients (âge moyen de 77 ans) ayant bénéficié d'une réanimation cardiopulmonaire après un arrêt cardiaque, rapporte que 86% décèdent au cours du séjour hospitalier, les survivants appartenant tous à la catégorie définie comme «robuste». Face à de tels chiffres, la notion de futilité doit être discutée avec nos collègues réanimateurs afin de ne pas nuire à ce type de population.

Le respect des souhaits des patients devrait être primordial. Et pourtant, dans une analyse sur la communication des

valeurs et préférences des patients en soins intensifs, Scheunemann²⁶ démontre que ces dernières étaient appliquées seulement dans 44,4% (intervalle de confiance (IC) 95%: 38,0-50,5%) des cas. Par ailleurs, dans un quart des entretiens avec les proches, destinés à expliquer les buts des soins entrepris aux SI, la question des valeurs et des préférences du patient n'a pas été abordée.

CONCLUSION

L'augmentation constante de la fréquentation des SI par les plus âgés nécessite un affinement des critères d'admission et de prise en charge aux SI. Les scores habituels de triage ne sont pas adaptés aux spécificités du grand âge, car ils ne tiennent pas compte des syndromes gériatriques (incapacité fonctionnelle, troubles cognitifs, polymédication, delirium...). Une évaluation gériatrique multidimensionnelle simplifiée, permettant de stratifier les individus âgés en 3 catégories (robuste, vulnérable, dépendant), devrait pouvoir être effectuée dans les 48 heures après l'admission aux SI. Cette démarche favoriserait une meilleure projection de leur espérance de vie et une adaptation des soins à mettre en place. Dans cette approche holistique tenant compte de l'espérance de vie, les décisions d'allègement ou de retrait des mesures

intensives de maintien en vie pourraient être plus adéquates et moins stressantes pour les équipes médico-soignantes des SI. L'adjonction d'un gériatre à l'équipe des SI pourrait être utile, afin d'amener son expertise dans l'arbre décisionnel et éviter parfois la futilité de certains traitements intensifs.

Conflit d'intérêts: L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'âge en soi ne doit pas être un facteur discriminatoire pour l'admission aux soins intensifs (SI)
- Les critères habituels de sélection pour admettre un patient âgé aux SI ne tiennent pas compte de l'évaluation gériatrique multidimensionnelle et de la présence des syndromes gériatriques
- Dépister le delirium, l'incapacité fonctionnelle, la multimorbidité, la polymédication et la malnutrition, contribue à une meilleure prise en charge du sujet âgé aux SI
- La rédaction de directives anticipées améliore la prise de décision et doit être fortement encouragée par les médecins de famille

1 Office fédéral de la statistique. Espérance de vie en Suisse 2019. Disponible sur : www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/naissances-deces/esperance-vie.html (consulté le 20 janvier 2020).

2 Conti M, Merlani P, Ricou B. Prognosis and quality of life of elderly patients after intensive care. *Swiss Med Wkly* 2012;142:w13671.

3 *Leblanc G, Boumendil A, Guidet B. Ten things to know about critically ill elderly patients. *Intensive Care Med* 2017;43:217-19.

4 Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;9:CD006211. DOI: 10.1002/14651858.CD006211.pub3.

5 *Damulji AA, Forman DE, van Diepen S, et al. Older adults in the cardiac intensive care unit: factoring geriatric syndromes in the management, prognosis, and process of care. *Circulation* 2020;141:e6-e32. DOI:10.1161/CIR.0000000000000741.

6 Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet* 2014;383:911-22.

7 *Guidet B, Vallet H, Boddaert J, et al. Caring for the critically ill patients over 80: a narrative review. *Ann Intensive Care* 2018;8:114.

8 Inouye SK. Delirium – A Framework to Improve Acute Care for Older Persons. *J Am Geriatr Soc* 2018;66:446-51.

9 Schulman-Marcus J, Mookherjee S, Rice L, et al. New approaches for the treatment of delirium: a case for robotic pets. *Am J Med* 2019;132:781-2. DOI: 10.1016/j.amjmed.2018.12.039.

10 Clegg A, Young J, Iliffe S, et al. Frailty in elderly people. *Lancet* 2013;381:752-62.

11 Cesari M, Calvani R, Marzetti E. Frailty in older persons. *Clin Geriatr Med* 2017;33:293-303.

12 Holmes HM, Min LC, Yee M, et al. Rationalizing prescribing for older patients with multimorbidity considering time to benefit. *Drugs Aging* 2013;30:655-66.

13 *Vargas N, Tibullo L, Landi E, et al. Caring for critically ill oldest old patients: a clinical review. *Aging Clin Exp Res* 2017;29:833-45.

14 *Nguyen Y-E, Angus DC, Boumendil A, et al. The challenge of admitting the very elderly to intensive care. *Ann Intensive Care* 2011;1:29.

15 American Diabetes Association. 12. Older Adults: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. *Diabetes Care* 2020; 43(Suppl.1):S152-S62.

16 Lee SJ, Leipzig RM, Walter LC. Incorporating lag time to benefit into prevention decisions or older adults. *JAMA* 2013;310:2609-10.

17 Yourman LC, Lee SJ, Schonberg MA, et al. Prognostic Indices for older adults. *JAMA* 2012;307:182-92.

18 Slinkamenac K, Rüttsche N, Keller D. Availability of advance directives in the emergency department. *Swiss Med Wkly* 2020;150:w20184.

19 Fried TR, Bradley EH, Towle VR, et al. Understanding the treatment preferences of seriously ill patients. *N Engl J Med* 2002;346:1061-66.

20 Rubin EB, Buehler A, Halpern SD. Seriously ill patients' willingness to trade survival time to avoid high treatment intensity at the end of life. *JAMA Intern Med* 2020;180:907-9.

21 Druwé P, Monsieurs KG, Piers R, et al. Perception of inappropriate cardiopulmonary resuscitation by clinicians working in emergency departments and ambulance services: the REAPPROPRIATE international, multi-centre, cross sectional survey.

Resuscitation 2018;132:112-9.

22 Druwé P, Benoît DD, Monsieurs KG, et al. Cardiopulmonary resuscitation in adults over 80: outcome and the perception of appropriateness by clinicians. *J Am Geriatr Soc* 2020;68:39-45.

23 Libungan B, Lindqvist J, Strömsöe A, et al. Out-of-hospital cardiac arrest in the elderly: a large-scale population-based study. *Resuscitation* 2015;94:28-32.

24 Okabayashi S, Matsuyama T, Kitamura T, et al. Outcomes of patients 65 years or older after out-of-hospital cardiac arrest based on location of cardiac arrest in Japan. *JAMA Netw open* 2019;2:e191011.

25 Ibitoye SE, Rawlinson S, Cavanagh A, et al. Frailty status predicts futility of cardiopulmonary resuscitation in older adults. *Age Ageing* 2020;1-6.

26 Scheunemann LP, Ernecoff NC, Buddadhumaruk P, et al. Clinician-Family communication about patients' values and preferences in intensive care units. *JAMA Intern Med* 2019;179:676-84.

* à lire

** à lire absolument

Littératie en matière de médicaments des patients âgés: compétences nécessaires à l'autogestion des médicaments

JENNY GENTIZON^{a,b}, Pr CHRISTOPHE BÜLA^c et Dr CÉDRIC MABIRE^d

Rev Med Suisse 2020; 16: 2165-8

Pour un patient, la préparation quotidienne et l'autoadministration de médicaments nécessitent un large éventail de compétences cognitives et sociales: elles se réunissent sous le concept de littératie en matière de médicaments. Les personnes ayant des compétences insuffisantes ont des difficultés à comprendre les instructions que les professionnels leur donnent, à communiquer leurs inquiétudes et sont plus à risque d'une utilisation inadéquate de leurs médicaments. Dans ce nouveau domaine de recherche, des instruments standardisés ont été développés, mais leur base conceptuelle manque de consensus et aucun n'a été conçu pour les patients âgés et leurs spécificités. Cet article propose des repères pour que les médecins, pharmaciens et infirmiers puissent mieux comprendre ce concept, et identifier les patients ayant des difficultés.

Medication literacy in older patients: skills needed for self-management of medications

For a patient, the daily preparation and self-administration of medication require a wide range of cognitive and social skills: these skills fall under the concept of medication literacy. Individuals with insufficient skills have difficulties to understand instructions from professionals, to communicate their concerns and are at greater risk of inappropriate use of their medications. In this new area of research, standardised instruments have been developed but their conceptual basis lacks consensus and none have been designed for older patients and their specificities. This article proposes some benchmarks so that physicians, pharmacists and nurses can better understand this concept and identify patients with difficulties.

VOUS AVEZ DIT MEDICATION LITERACY?

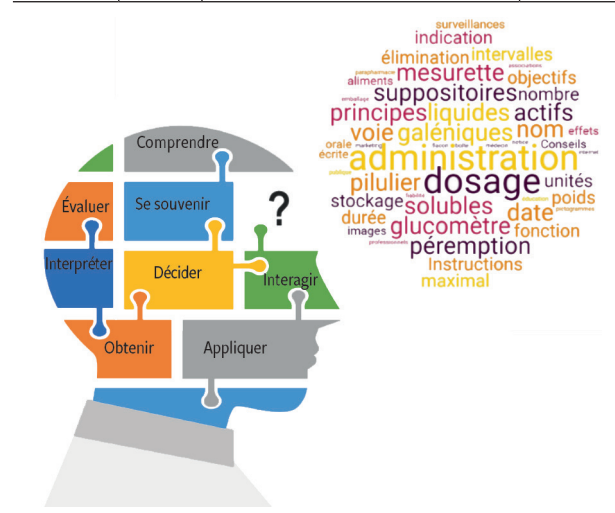
La littératie en matière de médicaments (medication literacy) comprend l'ensemble des compétences cognitives et sociales nécessaires à l'autogestion des médicaments. Ce concept, utilisé pour la première fois en 2005 au Royaume-Uni, est défini comme: «la mesure dans laquelle l'individu a la capacité d'obtenir, traiter et comprendre les informations concernant ses médicaments lui permettant de prendre des décisions éclairées en matière de médicaments et de santé».¹

^aDirection du Département de médecine, CHUV, 1011 Lausanne, ^bCentre des formations, CHUV, 1010 Lausanne, ^cService de gériatrie et réadaptation gériatrique, Département de médecine, CHUV, 1011 Lausanne, ^dInstitut universitaire de formation et de recherche en soins, Faculté de biologie et médecine, Université de Lausanne, 1010 Lausanne
jenny.gentizon@chuv.ch | christophe.bula@chuv.ch | cedric.mabire@unil.ch

Les personnes âgées sont le plus grand groupe d'utilisateurs de médicaments. Ces personnes sont confrontées à des informations relatives aux médicaments qui sont complexes et variables selon les sources. Les résultats d'études antérieures révèlent que jusqu'à 75% des patients n'étaient pas en mesure de donner les détails concernant leur prescription, et près de la moitié interprétaient incorrectement les instructions reçues.^{2,3} La figure 1 propose une illustration de l'ensemble des compétences nécessaires à l'autogestion des médicaments.

Pour les personnes âgées polymorbides, l'autogestion des médicaments dépasse la simple connaissance du nom des médicaments. Ces personnes âgées devraient non seulement pouvoir comprendre et se souvenir des instructions fournies par les professionnels, interagir avec eux en leur posant des questions, mais aussi trouver de l'information fiable. Parfois, elles devraient effectuer des calculs pour s'administrer la bonne dose et entreprendre la meilleure action en cas de problème, par exemple si une dose a été manquée ou si des effets secondaires surviennent. En pratique, les personnes avec des compétences optimales dans la gestion de leurs médicaments parviennent à comprendre leur prescription, à participer aux décisions et adapter leurs comportements, prévenant ainsi la survenue de problèmes liés aux médicaments.

FIG 1 Illustration de la littératie en matière de médicaments



VIGNETTE CLINIQUE 1: MARIA

Maria est une femme de 68 ans, active et en bonne santé habituelle. Elle a été hospitalisée pour la mise en place d'une prothèse totale de hanche il y a trois semaines. En période postopératoire, une embolie pulmonaire a été diagnostiquée, et un traitement d'acénocoumarol a été initié avec l'administration concomitante d'héparine de bas poids moléculaire pendant les 5 premiers jours de traitement. Lors de la préparation de la sortie de l'hôpital, l'infirmière a remis à Maria une brochure et des instructions concernant son nouveau traitement. Depuis, Maria a cherché des informations sur les anticoagulants et a fait part à son pharmacien de ses inquiétudes concernant le risque potentiel d'interaction avec un traitement de millepertuis en vente libre qu'elle prend pour son moral.

Avant la visite de suivi chez son médecin, Maria avait rédigé une liste de questions qu'elle aborde durant la consultation et participe activement à la discussion. Le médecin remarque que Maria démontre des connaissances appropriées concernant le traitement anticoagulant oral: elle connaît le nom de son médicament, la posologie, l'effet secondaire le plus important et sa cible d'INR. Maria est végétarienne et a compris que son traitement anticoagulant nécessite qu'elle adapte son régime alimentaire. Elle a convenu avec son médecin traitant d'essayer de consommer chaque jour la même quantité de base d'aliments riches en vitamine K.

Maria est l'exemple d'une personne dont le niveau de littératie est optimal pour autogérer ses médicaments. Dans l'ensemble, elle s'implique activement pour gérer elle-même sa santé en général et son nouveau traitement en particulier.

VIGNETTE CLINIQUE 2: PIERRE

Pierre est âgé de 70 ans, c'est un fumeur actif dont l'IMC atteint 30 kg/m². Il mène une vie sédentaire et souffre d'un diabète de type 2 diagnostiqué il y a 8 ans. Un meilleur contrôle de sa glycémie a été obtenu sous traitement combiné de metformine et de sitagliptine, en plus d'une insuline basale.

Il vient d'être admis aux urgences pour une infection des voies respiratoires causée par *Streptococcus pneumoniae*. Son anamnèse révèle des symptômes d'hyperglycémie (polyurie) tandis que le laboratoire confirme un mauvais contrôle de son diabète (hémoglobine glyquée (HbA1c) à 10%). Une évaluation de ses connaissances concernant sa maladie révèle qu'il ne comprend pas pourquoi il est diabétique puisqu'il «ne mange jamais de sucre». Pierre pense qu'il n'est diabétique que lorsque son taux de glucose sanguin est élevé, c'est pourquoi, il ne s'administre généralement pas l'insuline basale lorsque le taux de glucose sanguin à jeun est normal, ce qui, selon lui, se situe entre 7 et 8 mmol/l. Depuis plusieurs mois, il ne consigne plus ses taux de glycémie dans un carnet. Bien qu'il lui ait été recommandé de consulter son médecin généraliste tous les six mois, sa dernière visite remonte à plus de 1 an.

À plusieurs occasions, il a reçu des informations et des explications sur le diabète, mais Pierre n'a pas compris la plupart des instructions données et s'est senti gêné de poser des questions. Sur la base de l'expérience et des conseils d'un ami proche, il a

récemment introduit un régime alimentaire consistant à manger des aliments amers afin de réduire le taux de glucose dans le sang. Pierre admet qu'il ne prendrait pas ses médicaments tous les jours si sa femme ne le lui rappelait pas, et si ce n'était pas elle qui se rendait à la pharmacie pour renouveler l'ordonnance.

Pierre démontre des connaissances et des compétences insuffisantes ou erronées en matière de gestion de sa maladie et de ses médicaments. Globalement, il manifeste une faible propension à contrôler l'évolution de sa maladie. Dans cette situation, l'épouse semble progressivement endosser le rôle de soignant, et pourrait avoir de meilleures compétences de gestion des médicaments que son mari. Cette situation souligne l'importance d'encourager la participation des proches impliqués dans la préparation et/ou l'administration des médicaments, et de les intégrer lors de discussions concernant les médicaments.

Ces deux situations illustrent des cas presque caricaturaux mais que chacune d'entre nous a certainement rencontré dans sa pratique. Dans la seconde situation, le simple jugement clinique suffit en général pour identifier un patient avec un tel niveau insuffisant de littératie en matière de médicaments. Mais dans beaucoup d'autres situations moins extrêmes, les professionnels ont de la difficulté à évaluer la capacité d'une personne à gérer ses propres médicaments.⁴

Chez les sujets âgés, d'autres facteurs interfèrent encore avec leur performance dans la gestion de leurs médicaments: il est bien documenté que le fait de prendre un nombre élevé de médicaments différents accroît le risque d'effets indésirables, de défaut d'adhésion et de difficultés de gestion des traitements. Une étude lausannoise a observé que 27% des personnes de plus de 65 ans vivant à domicile doivent gérer cinq médicaments ou plus par jour. Cette proportion varie cependant fortement en fonction de l'âge, alors qu'elle atteint 18% chez les 69-74 ans, la proportion augmente à 38% chez les 85 ans ou plus.⁵ Par ailleurs, une réduction de l'acuité visuelle, le déclin de l'attention, de la mémoire de travail et/ou prospective, et/ou des fonctions exécutives les exposent à des difficultés et risques supplémentaires.^{6,7}

QUELLES COMPÉTENCES ÉVALUER?

Il faut insister sur le caractère multidimensionnel des compétences impliquées dans la préparation et l'autoadministration des médicaments. Le modèle de Nutbeam⁸ portant sur les compétences en santé (health literacy) propose de les catégoriser en dimensions fonctionnelle, interactive et critique. Une adaptation pour la littératie en matière de médicaments ainsi que des exemples concrets sont proposés dans le **tableau 1**.

L'acquisition et le maintien de compétences d'autogestion des médicaments sont bien sûr un processus évolutif, car aussi bien les informations que les types de traitements changent en fonction de l'état de santé qui, à son tour, est susceptible d'influencer ces compétences. Une constellation d'informations sont présentées aux patients, provenant de diverses sources et formats, et dont la fiabilité est variable comme illustré dans le **tableau 2**.

TABLEAU 1

Exemples de compétences en littératie des médicaments

Les compétences sont classées par dimensions selon le modèle de Nutbeam.⁸

Compétences	Exemples
Dimension fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> Nommer le nom de ses médicaments Lire et comprendre les instructions Se souvenir des informations Interpréter, calculer les dosages à s'administrer (numération) Suivre correctement la posologie des médicaments Surveiller les effets des médicaments
Dimension interactive	<ul style="list-style-type: none"> Trouver, accéder à des informations Poser des questions, interagir avec les professionnels de la santé Participer activement à la prise de décision qui concerne les médicaments Exprimer ses préoccupations Prendre contact avec les professionnels de la santé en cas de problème, de questions
Dimension critique	<ul style="list-style-type: none"> Juger la qualité et la pertinence des informations trouvées Gérer des informations contradictoires, divergentes Interpréter, adapter les informations à sa propre situation de santé Recourir aux informations pour exercer un meilleur contrôle sur sa situation de santé Prendre des décisions éclairées concernant ses médicaments

TABLEAU 2

Constellation d'informations présentées aux patients

- **Types de médicaments** : obtenus avec et sans prescription
- **Formes galéniques** : comprimés, liquides/solubles, suppositoires
- **Informations de base** : nom du médicament, principes actifs, voie d'administration, date de péremption, stockage et élimination
- **Informations liées au dosage** : unités, nombre de comprimés, intervalles d'administration, calcul du dosage en fonction du poids
- **Instructions** : indication et objectifs du traitement, dosage maximal, horaires d'administration, durée du traitement, méthode d'administration, surveillances
- **Dispositifs pharmaceutiques** : glucomètre, mesurette, pilulier
- **Conseils et précautions** : interactions avec les aliments et d'autres médicaments, contre-indications, effets secondaires, quand stopper un médicament, qui contacter en cas de questions
- **Mode de transmission de l'information** : par communication orale, écrite, images, graphiques, pictogrammes
- **Supports de l'information** : prescription du médecin, boîte du médicament, flacon, notice d'emballage, plan de traitements, matériel marketing ou d'éducation thérapeutique
- **Qualité et fiabilité de l'information** : professionnels de santé, associations de patients, parapharmacie, campagne de santé publique, internet, journaux

COMMENT ÉVALUER EN PRATIQUE CLINIQUE?

Évaluer la littératie nécessite plus que de demander aux patients s'ils savent lire ou s'ils nous ont bien compris. De même, le profil socio-démographique d'un patient ne permet pas à lui seul d'estimer valablement sa littératie. Prévenir les problèmes liés aux médicaments (erreurs de dosage ou d'horaire, utilisation inappropriée), fréquemment rapportés chez des patients âgés,⁹ nécessite d'évaluer de façon structurée et standardisée leur niveau de littératie. Cette démarche peut en effet contribuer à de meilleures décisions concernant les options de traitement. Au cours des dernières années, plusieurs chercheurs ont essayé de développer une mesure standardisée et objective de la littératie en matière de médicaments. Cependant, les instruments développés se réfèrent à une diversité de définitions et leur base conceptuelle manque de consensus. Par ailleurs, aucun des instruments identifiés n'a été spécifiquement conçu pour les patients âgés et leurs spécificités (c'est-à-dire polypharmacie, limitations auditives ou visuelles, troubles cognitifs).

L'instrument MedLitRxSE qui comprend 14 énoncés¹⁰ est actuellement le seul instrument qui pourrait théoriquement être recommandé pour la pratique, au regard de ses propriétés de mesure.¹¹ Toutefois, l'évaluation avec le MedLitRxSE est basée sur quatre scénarios hypothétiques, dont un exemple est présenté dans le **tableau 3**. Toutefois, son utilisation paraît peu réaliste hors d'une consultation spécifiquement centrée sur ce problème. Par ailleurs, les résultats restent difficiles à interpréter et suscitent des interrogations quant à leurs pertinence et interprétabilité car ils ne fournissent pas une information spécifique au traitement actuel du patient.

En l'absence d'un instrument simple, validé et compréhensif qui considère les spécificités des personnes âgées, l'utilisation de questions ouvertes (**tableau 4**) reste, à notre avis, la meilleure option. Associée à la méthode du *teach-back* qui consiste à demander au patient de répéter les instructions qui lui ont été données, cette approche renforcerait l'intégration des principes de littératie et l'ajustement des pratiques chez les professionnels de santé (par exemple, communiquer dans un langage simple, favoriser l'usage des pictogrammes et d'outils audiovisuels).

TABLEAU 3

Exemple de questions posées par le MedLitRxSE

Scénario n° 1: Injection d'insuline à un proche

- D'après l'ordonnance qui se trouve devant vous, combien de fois par jour devez-vous injecter ce médicament à votre mère?
- Regardez l'ordonnance et cette seringue. Montrez-moi la quantité de médicament que vous mettriez dans la seringue le matin.
- D'après la fiche d'information, dans quelles parties du corps de votre mère pourrait être injectée l'insuline?

(Traduction libre; adapté de réf. 10).

TABLEAU 4

Évaluation du niveau de littératie en matière de médicaments

Exemples de questions pouvant être utiles lors d'un entretien avec un patient pour évaluer son niveau de littératie en matière de médicaments.

- De manière générale, quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour gérer vos médicaments?

Compétences fonctionnelles

- Comment faites-vous pour vous souvenir du nom de vos médicaments?
- Qu'est-ce qui vous aide à vous rappeler comment préparer et prendre vos médicaments?
- À quel point est-ce que vous avez compris les informations que vous avez reçues? Par exemple concernant les surveillances?
- Comment parvenez-vous à vous adapter quand la liste de vos médicaments change?

Compétences interactives

- Où avez-vous l'habitude de chercher des informations concernant vos médicaments: sur les notices des médicaments, auprès de vos amis/de votre famille, sur internet, auprès d'un professionnel de la santé?
- À quel point est-ce qu'il est facile pour vous de discuter avec votre médecin et de poser des questions au sujet de vos médicaments?

Compétences critiques

- Imaginez que vous oubliez de prendre vos médicaments, que faites-vous?
- Pouvez-vous m'expliquer s'il vous arrive d'adapter les dosages de vos médicaments ou de les stopper? Est-ce que vous avisez votre médecin?
- Imaginez faire face à des informations divergentes. Par exemple un ami proche vous donne des conseils qui sont différents de ceux donnés par votre médecin: quelle est votre réaction?
- De quoi auriez-vous besoin pour avoir un meilleur contrôle dans l'utilisation de vos médicaments?

SAISIR L'OPPORTUNITÉ DE L'HOSPITALISATION

C'est aux points de transition des soins et après une hospitalisation que les patients sont les plus vulnérables au risque d'événements indésirables liés aux médicaments,¹² soulignant l'importance d'améliorer la préparation à leur retour à domicile.¹³ La transition d'un lieu de soins vers un autre est aussi un moment où les patients peuvent être plus réceptifs à certaines informations et à des conseils. Dans cette perspective, la période d'hospitalisation est une opportunité pour évaluer les compétences des patients âgés à gérer leur traitement et identifier le type de soutien dont ils ont besoin. Cette évaluation des compétences à gérer son traitement sert ensuite de base pour planifier les interventions appropriées en termes d'information, enseignement, simplification de la prescription ou de suppléance dans la préparation et l'administration des médicaments.

Comme les patients âgés ont des besoins complexes en matière de soins, chaque membre de l'équipe interdisciplinaire peut contribuer au processus décisionnel en faveur d'options optimales de traitement. Au regard de leur rôle spécifique dans le processus de soins hospitaliers, les infirmières^a occupent une place stratégique aux côtés des patients et de leurs proches. Pas toujours consultées cependant, elles renoncent trop souvent à s'investir activement dans les décisions relatives à la prescription.¹⁴ Pourtant, leurs interactions avec les patients, leurs observations directes et leur jugement clinique les mettent en position idéale pour apporter leur expertise et reconnaître les besoins ou les difficultés d'un patient, y compris ses croyances, ses priorités et ses préférences.¹⁵

Ce nouveau domaine de recherche sur la littératie en matière de médicaments devrait remettre en question les processus d'un système de soins de santé qui répond actuellement mieux aux besoins et attentes de patients ayant un niveau élevé de littératie. L'acquisition et le maintien de compétences d'autogestion des médicaments découlent d'une responsabilité partagée entre patients et professionnels de la santé: les professionnels doivent pouvoir proposer le schéma posologique le plus simple possible, communiquer des informations compréhensibles et délivrer un enseignement thérapeutique

individualisé. Cette perspective renvoie à une considération plus sociétale du phénomène et oblige parfois à des compromis entre un traitement idéal et celui qui permettra au patient de garder, si c'est son souhait, la plus grande autonomie dans la gestion de sa santé.

CONCLUSION

La littératie en matière de médicaments se caractérise par la présence de compétences multidimensionnelles, regroupées en compétences fonctionnelles, interactives et critiques. Il est essentiel de reconnaître leur importance pour les soins aux aînés et de les investiguer, car la gestion des médicaments fait partie intégrante de la vie quotidienne d'un grand nombre de personnes âgées.

Une évaluation structurée, standardisée et validée des compétences d'autogestion des médicaments pourrait soutenir la prise de décisions en matière de prescription et l'approche thérapeutique la plus adéquate. Toutefois, un outil d'évaluation ne remplacera jamais la communication avec la personne âgée et les proches aidants au cœur de cette décision.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La littératie en matière de médicaments est un concept qui englobe l'ensemble des compétences cognitives et sociales nécessaires pour assurer l'autogestion des médicaments
- Le développement d'une mesure d'évaluation de la littératie standardisée, compréhensive et spécifique aux patients âgés est souhaitable afin d'identifier leurs ressources et déficits, puis de planifier des interventions mieux adaptées à leurs besoins individuels avant la sortie d'hôpital
- Les infirmières du secteur hospitalier occupent une place stratégique pour évaluer les compétences du patient dans l'autogestion des médicaments et peuvent contribuer aux décisions en faveur d'options optimales de traitement, avec l'équipe médicale

^a Le féminin est utilisé à titre épiciène.

1 **Pouliot A, Vaillancourt R, Stacey D, Suter P. Defining and identifying concepts of medication literacy: An international perspective. *Res Social Adm Pharm* 2018;14:797-804.

2 Perez-Jover V, Mira JJ, Carratala-Munue- ra C, et al. Inappropriate Use of Medication by Elderly, Polymedicated, or Multipathological Patients with Chronic Diseases. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15.

3 Maniaci MJ, Heckman MG, Dawson NL. Functional health literacy and understanding of medications at discharge. *Mayo Clin Proc* 2008;83:554-8.

4 Topinkova E, Baeyens JP, Michel JP, Lang PO. Evidence-based strategies for the optimization of pharmacotherapy in older people. *Drugs Aging* 2012;29:477-94.

5 Renard D, Fustinoni S, Seematter-Bagnoud L, Santos-Eggimann B. Médica-

ments chez les seniors vaudois à domicile : nombre et composition. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP); 2015. Report No.: 1660-7104.

6 Advinha AM, Lopes MJ, de Oliveira-Martins S. Assessment of the elderly's functional ability to manage their medication: A systematic literature review. *Int J Clin Pharm* 2017;39:1-15.

7 Leat SJ, Krishnamoorthy A, Carbonara A, Gold D, Rojas-Fernandez C. Improving the legibility of prescription medication labels for older adults and adults with visual impairment. *Can Pharm J (Ott)* 2016;149:174-84.

8 *Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st

century. *Health Promot Int* 2000;15:259-67.

9 Mira JJ, Lorenzo S, Guilbert M, Navarro I, Perez-Jover V. A systematic review of patient medication error on self-administering medication at home. *Expert Opin Drug Saf* 2015;14:815-38.

10 *Sauceda JA, Loya AM, Sias JJ, et al. Medication literacy in Spanish and English: psychometric evaluation of a new assessment tool. *J Am Pharm Assoc* (2003) 2012;52:e231-40.

11 Gentizon J, Hirt J, Jaques C, et al. Instruments assessing medication literacy in adult recipients of care: a systematic review of measurement properties. *Int J Nurs Stud* 2020; epub ahead of print.

12 Blanc AL, Fumeaux T, Stirneman J, Bonnabry P, Schaad N. Réadmissions à l'hôpital : problèmes actuels et perspectives. *Rev Med Suisse* 2017;13:117-20.

13 Mabire C, Bula C, Morin D, Goulet C. Nursing discharge planning for older medical inpatients in Switzerland: A cross-sectional study. *Geriatr Nurs* 2015;36:451-7.

14 Naughton C, Hayes N. Deprescribing in older adults: a new concept for nurses in administering medicines and as prescribers of medicine. *Eur J Hosp Pharm* 2017;24:47-50.

15 Celio J, Ninane F, Bugnon O, Schneider MP. Pharmacist-nurse collaborations in medication adherence-enhancing interventions: A review. *Patient Educ Couns* 2018;101:1175-92.

* à lire

** à lire absolument

Déprescrire en EMS: regards croisés entre les résidents, leurs proches et les professionnels de la santé

DAMIEN CATEAU^{a,b,c}, ROSE-ANNA FOLEY^{d,e} et ANNE NIQUILLE^{a,b,c}

Rev Med Suisse 2020; 16: 2169-71

Déprescrire pour réduire l'usage de médicaments inappropriés et, plus généralement, diminuer la polymédication reste un défi, en particulier chez les résidents d'établissements médico-sociaux. Les professionnels de la santé actifs en institution perçoivent cette population comme réticente au changement et peu encline à s'engager dans une telle démarche. Pourtant, les résultats de trois études, les deux premières qualitatives, la dernière quantitative, indiquent que ces résidents, ainsi que leurs proches, seraient prêts à tester une réduction de leur traitement, pour autant que l'on prenne le temps de discuter avec eux des bénéfices potentiels.

Deprescribing in nursing homes: comparative views of residents, their relatives, and healthcare professionals

Deprescribing, in order to reduce both polypharmacy and the use of potentially inappropriate medications, remains a challenge, especially in nursing homes. Healthcare professionals perceive residents of these homes as wary of change and reluctant to take part in such endeavours. The results of two studies, one qualitative and the other quantitative, show that, on the contrary, nursing home residents and their relatives would be ready to consider a treatment reduction, provided that time is invested to explain the expected benefits of such changes.

INTRODUCTION

«Déprescrire»: un verbe encore absent des dictionnaires de langue française, mais qui prend tout son sens en gériatrie. Conçue comme une réponse à la polymédication et à l'usage de médicaments inappropriés, la déprescription s'inscrit dans la continuité de la concertation soignant-patient autour du traitement. Malgré des résultats prometteurs issus de plusieurs essais cliniques, mettre en œuvre une intervention de déprescription reste délicat, particulièrement en établissement médico-social (EMS). Qu'en pensent les résidents, leurs proches et les professionnels de la santé qui les entourent?

Déprescrire consiste à retirer les traitements jugés néfastes ou inappropriés, ou à réduire leur dose, dans le but d'atténuer les effets de la polymédication et d'améliorer les résultats de santé.¹ La déprescription diffère d'un simple arrêt ou d'une non-adhésion thérapeutique par sa systématisme (c'est-à-dire, recherche active de traitements à problème): la supervision par un professionnel de la santé, la concertation avec le patient, et l'objectif d'améliorer la situation de ce dernier. L'utilité de la déprescription commence à être bien établie: une revue systématique parue en 2018, focalisée sur les interventions de déprescription chez les résidents d'EMS, a montré une diminution significative de l'usage de médicaments inappropriés, de l'ordre de 60% (odds ratio (OR): 0,41; intervalle de confiance (IC) à 95%: 0,19-0,89).² De plus, une réduction significative de la mortalité (réduction de 26%; OR: 0,74; IC 95%: 0,65-0,84) et une baisse de 24% du nombre de patients ayant chuté au moins une fois (OR: 0,76; IC 95%: 0,62-0,93) ont été constatées dans les études qui ont testé des interventions de type «revue de médication focalisée sur la déprescription». Une revue systématique antérieure, qui a analysé les études menées dans la population gériatrique générale, a également souligné un bénéfice en termes de mortalité pour ce type d'interventions (OR: 0,62; IC 95%: 0,43-0,88).³

Ces résultats sont encourageants, mais la prise de médicaments reste ancrée dans un réseau complexe d'attitudes et de convictions, tant du côté des soignants que des patients et de leurs proches. De nombreuses barrières à la déprescription ont ainsi été mises en évidence dans la littérature. La peur des conséquences d'un arrêt, la croyance en un bénéfice futur d'un traitement, ou encore l'insécurité d'un prescripteur quant à la manière de mener un arrêt sont quelques-uns des nombreux freins à la mise en œuvre de la déprescription.⁴

Afin d'adapter deux interventions de déprescription dans des EMS vaudois et fribourgeois à la réalité du terrain, nous avons cherché à comprendre la perception que tous les acteurs impliqués, y compris les résidents et leurs familles, ont de la déprescription. Nous avons donc mené deux études qualitatives, l'une focalisée sur les résidents et leurs proches, l'autre sur les professionnels de la santé exerçant en EMS (médecins, pharmaciens et infirmières). Elles ont été complétées par une troisième étude, celle-ci quantitative, liée à la validation de la traduction française du questionnaire «Revised Patients' Attitude Towards Deprescribing» (Attitude des personnes âgées vis-à-vis de la déprescription (APAD)).⁵ Nous proposons ici une synthèse croisée des résultats de ces études, qui ont fait l'objet de publications séparées.^{6,7}

^aPharmacie d'Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Université de Lausanne, 1011 Lausanne, ^bSection des sciences pharmaceutiques, Université de Genève, 1211 Genève 4, ^cInstitut des sciences pharmaceutiques de Suisse occidentale, Université de Genève, 1211 Genève 4 et Université de Lausanne, 1011 Lausanne, ^dSecteur Systèmes et services de santé, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Université de Lausanne, 1011 Lausanne, ^eUnité de recherche en santé, Haute École de santé Vaud, 1011 Lausanne
damien.cateau@unisante.ch | rose-anna.foley@unisante.ch
anne.niquille@unisante.ch

RÉSIDENTS GLOBALEMENT PRÊTS FACE À LA DÉPRESCRIPTION

La première étude, consacrée aux résidents et à leurs proches, s'est déroulée dans quatre EMS, répartis entre les cantons de Vaud et Fribourg; douze entretiens y ont été réalisés entre 2017 et 2018 par une sociologue et une anthropologue de la santé. Onze entretiens ont impliqué des résidents, dont trois accompagnés d'un proche, et un entretien a été réalisé uniquement avec la fille d'un résident. Les thématiques majeures identifiées lors de l'analyse de ces entretiens figurent dans le **tableau 1**.

Leur perception de la déprescription, et plus globalement de la problématique de la polymédication, est similaire à celle décrite dans la littérature⁴ et dénote une grande ambivalence. De nombreux résidents et proches ont exprimé une lassitude importante face à la consommation de médicaments («J'en prends tellement!», «Je trouve que j'en ai trop des médicaments.»),⁵ et aimeraient pouvoir s'en passer autant que possible («Je souhaite qu'on ne consomme aucun médicament si c'est possible!»), tout en manifestant une grande confiance dans les traitements qu'ils jugent bénéfiques: «Les gouttes dans les yeux, je pense que ça, c'est indispensable. Ça va pas me guérir mais disons que ça empêche peut-être au glaucome de progresser [...]», «Pour le moment ça va bien, je touche du bois! Tant que ça va bien, je vais pas arrêter [le médicament pour l'estomac]». Aucune des personnes interrogées ne semble préoccupée par les questions d'interactions médicamenteuses ou d'effets indésirables à long terme, associant d'éventuels symptômes négatifs à la progression d'une pathologie plutôt qu'à un traitement.

Concernant leur traitement, les participants à cette étude s'en remettent fortement aux décisions du prescripteur; ceci a été confirmé par les résultats de la validation du questionnaire APAD: si seuls 45% des 73 résidents interrogés seraient tentés d'arrêter un traitement de leur propre chef pour voir comment ils se sentent sans celui-ci, la totalité le ferait sur conseil de leur médecin. L'immense majorité (96%) de ces résidents déclarent qu'ils ne considéreraient pas cela comme un abandon thérapeutique, alors que leurs proches (46 personnes interrogées) se sont montrés plus partagés: 35% d'entre eux déclarent qu'ils percevraient une proposition d'arrêt comme un renoncement à soigner. Bien entendu, l'avis favorable des résidents ne garantit pas l'absence de réticences une fois la question pratique de l'arrêt posée.

Une thématique importante présente dans les entretiens est le fort sentiment de dépossession ressenti par les résidents d'EMS, dans de nombreux aspects de leur vie quotidienne («Moi je voudrais pouvoir faire ma toilette et puis après sortir quand j'en ai envie! [...] Pas qu'on me dise "Aujourd'hui vous irez à telle et telle place"»), ainsi que dans leur prise en charge thérapeutique: «L'infirmière elle vient et puis elle me dit: "Mme K. aujourd'hui faut prendre ce médicament." [...] Mais pourquoi je prends un médicament? "C'est parce que vous avez du mal à penser normalement."» Certains proches de résidents ressentent des manquements dans la communication

TABLEAU 1		Déterminants de la déprescription en EMS
Point de vue des résidents et de leurs proches.		
Efficacité ressentie vs risques potentiels	Institution structurante dans la consommation de médicaments	
<ul style="list-style-type: none"> • Souhait de n'utiliser que les médicaments nécessaires • Inconfort de la prise • Perception de l'(in)efficacité • Perception des effets indésirables • Confiance à l'égard du prescripteur • Gestion du risque médicamenteux déléguée aux professionnels mais sensibilisation aux risques de la polymédication 	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi médical via le personnel infirmier • Méconnaissance des médicaments • Observance forcée consentie • Sentiment de dépossession de soi • Éloignement des proches quant aux décisions sur les médicaments 	

avec les soignants («Une fois ils avaient rajouté de la morphine. Ça avait des effets secondaires de nausées [...] ça, elles m'en avaient pas parlé les infirmières [...]»), sans toutefois revendiquer systématiquement une plus grande implication dans les décisions liées au traitement du résident qu'ils accompagnent.

MÉDECINS ET SOIGNANTS PROJÉTANT PARFOIS DES CRAINTES INFONDÉES

La deuxième étude a été réalisée auprès des professionnels de la santé exerçant en EMS. Deux focus-groups ont réuni d'une part onze pharmaciennes et pharmaciens, et d'autre part dix infirmières et infirmiers; le troisième focus-group prévu pour les médecins n'a pas pu avoir lieu pour des raisons organisationnelles. Il a été remplacé par six entretiens individuels. Le **tableau 2** résume les facteurs clés identifiés lors de cette étude, qui interviennent dans la démarche de déprescription en EMS; la majorité d'entre eux peut aussi bien faciliter la démarche que lui faire obstacle, selon les spécificités de la situation.

Les trois groupes de professionnels perçoivent les résidents d'EMS comme réticents à reconsidérer un traitement, que ce soit à cause d'un bénéfice direct perçu, comme pour les somnifères ou les laxatifs («Celui pour dormir ils n'oublient pas et puis les poudres, les sachets ça voilà c'est aussi un peu leur raison de vivre d'aller aux toilettes tous les jours»), ou en raison d'une addiction, d'un attachement à un prescripteur historique («On [est] quand même face à des personnes qui sont encore dans "oui mais moi c'était mon Dr Untel qui m'a donné ça et puis je vais continuer à le prendre"»), ou encore d'une incapacité au changement liée à l'âge: «C'est pas à 90 ans qu'ils vont reconcevoir les choses.» Les familles des résidents sont identifiées comme très protectrices, surtout en cas de troubles cognitifs, ce qui les conduit à s'opposer parfois à la déprescription («il y [a] des familles qui disent "mais ma maman a besoin de ça parce que vous savez elle a fait une dépression [...], faut pas lui enlever l'antidépresseur, il faut pas lui enlever le tranquillisant du soir sinon elle dort pas"»), tout en étant demandeuses d'une maîtrise de la consommation médicamenteuse: «la grande majorité quand même demande à ne pas trop donner de médicaments».

Médecins, infirmières et pharmaciens s'accordent sur le fait que proposer l'arrêt d'un traitement pourrait être perçu comme un désintérêt thérapeutique; au vu des réponses au

⁴ Les citations ont été condensées dans cet article; les références exactes avec noms d'emprunt, sexe et âge sont détaillées dans les publications originales.^{6,7}

TABLEAU 2

Déterminants de la déprescription en EMS

Point de vue des professionnels de la santé.

Thématique générale	Déterminants spécifiques
Complexité clinique des résidents	<ul style="list-style-type: none"> • Polymorbidité et âge avancé • Manque de recommandations cliniques spécifiques • Adaptation de la prise en charge au projet de vie du résident • Peur de déstabiliser un équilibre clinique • Adhésion au traitement et aspects pratiques (déglutition, mauvais goût, etc.)
Aspects psychosociaux	<ul style="list-style-type: none"> • Réticence au changement des résidents de cette génération • Déprescription perçue comme une interruption des soins • Attachement ou dépendance aux médicaments • Déprescription perçue comme moralisatrice dans certains cas (dépendance, somnifères, etc.) • Qualité de la communication avec les résidents et leurs proches • Moment et rythme adéquats pour initier la démarche • Progressivité et réversibilité du processus de déprescription
Manque de temps	<ul style="list-style-type: none"> • Temps limité auprès des résidents • Formation et autonomie des infirmières
Collaboration interprofessionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Référence aux spécialistes et respect de l'autonomie des collègues médecins • Programme structurant les collaborations interprofessionnelles (par exemple assistance pharmaceutique)
Financement des soins	<ul style="list-style-type: none"> • Rémunération de prestations spécifiques (revues de médication, case conferencing, etc.) • Suppression d'incitations économiques défavorables, comme la rémunération des pharmaciens par emballage délivré
Cohérence au sein de l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> • Multiplicité des prescripteurs

questionnaire APAD, cela semble être une préoccupation pour les proches, mais pas pour les résidents.

Les professionnels relèvent que de nombreux aspects organisationnels font obstacle à la mise en œuvre d'interventions de déprescription: le manque de temps à disposition avec les résidents et leurs familles, la difficulté à implémenter des approches non médicamenteuses par manque de personnel formé, ou encore la multiplicité des acteurs intervenant en EMS. Ces points sont étroitement liés au cadre financier de l'activité en EMS, ainsi qu'à l'absence de rémunération spécifique pour des activités de type revue de médication, qu'elles soient réalisées par le médecin, le pharmacien, ou en équipe.

CONCLUSION

Les barrières organisationnelles à l'introduction de la déprescription en EMS identifiées par les professionnels ne sont pas nouvelles, et sont en grande partie inhérentes à l'organisation du système de santé suisse. Une importante barrière envisagée par ces mêmes professionnels, la supposée réticence des résidents, semble par contre surmontable. En effet, ces derniers ont manifesté un a priori positif par rapport à la déprescription dans l'étude qualitative et au travers du questionnaire APAD. Le principal frein semble plutôt être la confiance que les résidents et leur famille accordent aux médicaments prescrits de longue date et dont ils ne remettent pas en question la balance bénéfice-risque au fil de l'évolution de leur état de santé. Il semble donc nécessaire de créer des espaces de communication permettant de discuter des changements de traitement, et surtout des bénéfices attendus, avec les résidents et leurs proches. Cela répondrait aux inquiétudes quant au renoncement à soigner exprimées par les proches et à la perte de contrôle sur leur prise en charge ressentie par de nombreux résidents.

Plusieurs projets visant à optimiser la prise en charge médicamenteuse des résidents d'EMS sont actuellement en cours en Suisse. L'un d'entre eux,⁸ mené par certains des auteurs de cet article et dont les résultats sont en cours d'analyse, a intégré dans sa méthodologie un tel espace de dialogue. L'analyse des questionnaires de satisfaction remplis par les participants et leurs proches, ainsi que les entretiens qualitatifs menés avec les professionnels impliqués, permettront de dire si cette approche améliore la communication entre professionnels, résidents et proches.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les résidents d'établissements médico-sociaux, ainsi que leurs proches, sont prêts à tenter la déprescription de certains traitements, pour autant que leurs médecins le leur proposent
- La mise en œuvre de changements de traitement nécessite de ménager des espaces de discussion
- Travailler en équipe interprofessionnelle permettrait de surmonter les barrières organisationnelles qui restent importantes

1 *Reeve E, Gnjdjic D, Long J, Hilmer S. A systematic review of the emerging definition of « deprescribing » with network analysis: Implications for future research and clinical practice. *Br J Clin Pharmacol* 2015;80:1254-68.

2 **Kua CH, Mak VSL, Huey Lee SW. Health Outcomes of Deprescribing Interventions Among Older Residents in Nursing Homes: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc* 2018;20:362-72.

3 Page AT, Clifford RM, Potter K, Schwartz D, Etherton-Beer CD. The feasibility and the effect of deprescribing in older adults on mortality and health: A systematic review. *Br J Clin Pharmacol* 2016;82:583-623.

4 *Reeve E, To J, Hendrix I, et al. Patient barriers to and enablers of deprescribing: A systematic review. *Drugs Aging* 2013;30:793-807.

5 Reeve E, Low LF, Shakib S, Hilmer SN. Development and Validation of the

Revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) Questionnaire: Versions for Older Adults and Caregivers. *Drugs Aging* 2016;33:913-28.

6 Foley R-A, Hurard LL, Cateau D, et al. Physicians', Nurses' and Pharmacists' Perceptions of Determinants to Deprescribing in Nursing Homes Considering Three Levels of Action: A Qualitative Study. *Pharmacy (Basel)* 2020;8.

7 Lechevalier Hurard L, Cateau D, Bugnon O, Niquille A, Foley R-A. Points de

vue d'usagers sur la déprescription de médicaments en maison de retraite. *Gerontol Soc* 2020;42:171-87.

8 Cateau D, Balabeni P, Mena S, Bugnon O, Niquille A. Deprescribing in nursing homes: Protocol for nested, randomised controlled hybrid trials of deprescribing interventions. *Res Social Adm Pharm* 2020 ; epub ahead of print.

* à lire

** à lire absolument

Troubles neurocognitifs chez les personnes âgées avec maladie oncologique

Dre LAÏLA BARATALI^{a,b}, Dr KRISTOF MAJOR^{a,b}, Dr OLIVIER ROUAUD^b et Pr BOGDAN DRAGANSKI^{b,c,d}

Rev Med Suisse 2020; 16: 2172-5

Les chimiothérapies peuvent induire une dysfonction cognitive transitoire ou permanente, pouvant aller d'une plainte cognitive subjective à une atteinte réelle de la mémoire de travail, de l'attention ou du langage. L'interaction entre l'atteinte cognitive attribuée à ces thérapies et celle liée à l'âge est une question grandissante compte tenu du vieillissement de la population. Elle justifie une attention particulière à la détection précoce de troubles cognitifs afin d'en réduire l'impact négatif sur la qualité de vie et optimiser la prise en charge médicale. Dans cet article, nous abordons le concept de «chemobrain», et en revoyons les connaissances actuelles de physiopathologie, de neuro-imagerie ainsi que les phénotypes neuropsychologiques, afin de proposer quelques outils de détection et de prise en charge au cabinet.

Cancer-related cognitive impairment in older adults

Chemotherapy is associated with transient or permanent cognitive dysfunction ranging from subjective complaints to measurable deficits in working memory, attention and language. Given that old age may be related to cognitive decline, the interaction between chemotherapy-induced cognitive impairment and the effects of age is of growing concern in view of our aging population. Chemotherapy-associated cognitive dysfunction may have an additive impact on pre-existing age-related cognitive performance decline, which calls for awareness in its detection, to reduce impact on quality of life and improve management of older patients. We discuss here the «chemobrain», concept, review the existing evidence about pathophysiology, neuroimaging and cognitive phenotype and propose practical tools for routine detection in the outpatient setting.

INTRODUCTION

La notion de cancer-related cognitive impairment (CRCI) ou cancer-induced cognitive impairment (CICI) fait référence à un déclin des performances cognitives chez des sujets atteints de cancer, même en l'absence de chimiothérapie.¹ Une atteinte cognitive, avec un spectre neuropsychologique varié, a été décrite dès la fin des années 70, initialement chez des

patients avec un cancer intracrânien, puis chez des patients oncologiques en général, en lien avec les traitements reçus.²

Une atteinte cognitive associée aux traitements anticancéreux est, quant à elle, parfois désignée sous la terminologie de «chemobrain» ou de «chemofog», une entité clinique qui demeure cependant mal définie. Elle est souvent décrite par les patients justement comme «un brouillard» ou un «ralentissement de la pensée» s'atténuant parfois dans les années qui suivent le traitement.¹ Toutes les sphères cognitives peuvent potentiellement être touchées, en particulier l'attention, la mémoire antérograde, le langage, ainsi que les fonctions exécutives et visuospatiales.¹ L'incidence³ d'un tel déclin cognitif après chimiothérapie reste difficile à préciser, les chiffres variant de 17 à 75% dans la littérature.^{1,4} Cette variabilité importante s'explique par plusieurs facteurs comme l'absence de définition consensuelle, l'absence de détection systématique et l'inhomogénéité méthodologique des études, notamment en termes d'une durée du suivi très variable.

L'augmentation du nombre de personnes âgées et l'amélioration des programmes de dépistage précoce des maladies oncologiques concourent à l'augmentation du nombre de patients âgés atteints de cancer.^{2,5} La Suisse compterait actuellement environ 317 000 malades avec un diagnostic oncologique, parmi lesquels une majorité de personnes de plus de 65 ans (Bag.admin.ch, Office fédéral de la Santé publique (OFSP)).

Les personnes âgées semblent plus particulièrement à risque de développer ces répercussions cognitives, probablement en raison d'une plus grande prévalence de troubles cognitifs préexistants³ parmi eux. Malgré ces observations, la recherche systématique d'une atteinte cognitive ou son suivi dans un contexte oncologique ne sont pas encore entrés dans la routine clinique.^{2,5}

Le présent article présente le spectre des atteintes neurocognitives rapportées, puis décrit quelques données concernant la physiopathologie et les observations de neuro-imagerie, et, finalement, propose une approche pour la détection et la prise en charge au cabinet.

FONCTIONS COGNITIVES PRÉFÉRENTIELLEMENT TOUCHÉES

Vu l'hétérogénéité des études sur lesquelles les connaissances actuelles se basent, l'importance des facteurs confondants

^aService de gériatrie et réadaptation gériatrique, CHUV, 1011 Lausanne, ^bCentre Leenaards de la mémoire, CHUV, 1011 Lausanne, ^cLaboratoire de recherche en neuro-imagerie, Chemin de Mont-Paisible 16, 1010 Lausanne, Centre de recherche en neurosciences, Département des neurosciences cliniques, CHUV, 1011 Lausanne, ^dMax Planck Institute for Human Cognitive and Brain Sciences, Stephanstrasse 1a, 04103 Leipzig, Allemagne
laila.baratali@chuv.ch | kristof.major@chuv.ch | olivier.rouaud@chuv.ch
bogdan.draganski@chuv.ch

(tels que la fatigue, la dépression et l'anxiété, notamment) ou des facteurs favorisant le déclin cognitif (troubles sensoriels, isolement social, polypharmacie, etc.), il demeure difficile de définir l'étendue et la spécificité de l'atteinte cognitive spécifiquement associée à l'administration de chimiothérapie chez les sujets âgés.^{2,4,6} Les plaintes cognitives sont parfois subtiles (sans impact sur le quotidien), survenant tant durant le traitement que plusieurs années après celui-ci, et peuvent ainsi passer inaperçues en dehors d'un examen spécifique.

Certains auteurs évoquent néanmoins des atteintes préférentielles de l'attention, de la mémoire antérograde, du langage, ainsi que des fonctions exécutives et visuospatiales.¹ Il est par ailleurs important de mentionner que l'impact psychosocial de l'atteinte cognitive est probablement sous-estimé.⁶

PHYSIOPATHOLOGIE

Le développement d'une atteinte cognitive au décours d'une chimiothérapie est un phénomène complexe, encore mal compris, et plusieurs hypothèses sont évoquées.^{1,3,4} Supposant une barrière hémato-encéphalique intègre, l'atteinte cognitive liée à la chimiothérapie a initialement été attribuée à une réponse immunitaire indirecte.^{1,7,8} Cependant, de récentes études émettent l'hypothèse d'un passage de molécules cytotoxiques à travers cette barrière, suggérant l'existence en parallèle d'une toxicité cérébrale également directe.^{1,7,8}

Bien que la plupart des chimiothérapies aient pour cibles les cellules tumorales à division rapide, les cellules postmitotiques du cerveau sont néanmoins susceptibles d'être touchées en raison d'une capacité plus faible de réparation de l'ADN. Elles sont donc également vulnérables aux agents ciblant l'ADN.¹ Par exemple, les agents antimicrotubulaires, qui perturbent normalement la ségrégation des chromosomes peuvent également altérer le réseau microtubulaire des neurones¹ et en perturber le fonctionnement.¹

TABLEAU 1		
Traitements oncologiques associés à une potentielle atteinte cognitive secondaire, ou «chemobrain»		
Traitement anticancéreux	Type d'atteinte clinique	Mécanisme suspecté
Chimiothérapies <ul style="list-style-type: none"> Méthotrexate Taxols Doxorubicine Fluorouracile 	Mnésique, exécutive, attentionnelle, vitesse de traitement	<ul style="list-style-type: none"> Diminution de la neurogenèse Inhibition de la synthèse des nucléotides Perturbation de la myéline et des précurseurs des oligodendrocytes Dysfonction mitochondriale Augmentation de la production de cytokines
Hormonothérapies <ul style="list-style-type: none"> Inhibiteurs de l'aromatase Antiestrogènes Antiandrogènes 	Fonction exécutive, mémoire de travail, concentration	<ul style="list-style-type: none"> Perturbations endocriniennes La réduction endogène en 17β-estradiol impacte sur le fonctionnement des hippocampes via leurs récepteurs E2
Immunothérapies <ul style="list-style-type: none"> Anti-CTLA-4 Anti-PD-L1 	Encéphalopathie	<ul style="list-style-type: none"> Activation de la microglie cérébrale Augmentation de la production de cytokines

(Adapté de réf. 4).

D'autres thérapies peuvent avoir des effets délétères spécifiquement sur certaines zones cérébrales, telles que les antiaromatases, en raison de la présence de récepteurs E2 au niveau des hippocampes, impliqués dans les fonctions mnésiques.⁹

Les chimiothérapies réduisent entre autres la neurogenèse au niveau des hippocampes⁹, ainsi que l'oligodendrocytogenèse, impactant ainsi la plasticité cérébrale et affectant la remyélinisation des zones dédiées aux fonctions exécutives et à la mémoire notamment.⁸ Ces lésions cumulées, couplées à une cascade inflammatoire secondaire, génèrent un dysfonctionnement neuronal central et contribuent, en particulier lorsqu'une atteinte cérébrale préexiste, à une accélération des déficits cognitifs (tableau 1).^{1,3,7}

Notons encore une hypothèse de vulnérabilité génétique. En particulier, le polymorphisme de l'apolipoprotéine E (ApoE) qui semble associé à un déclin cognitif plus important après chimiothérapie (cancer du sein et lymphome en particulier).^{3,10}

DONNÉES DE NEURO-IMAGERIE

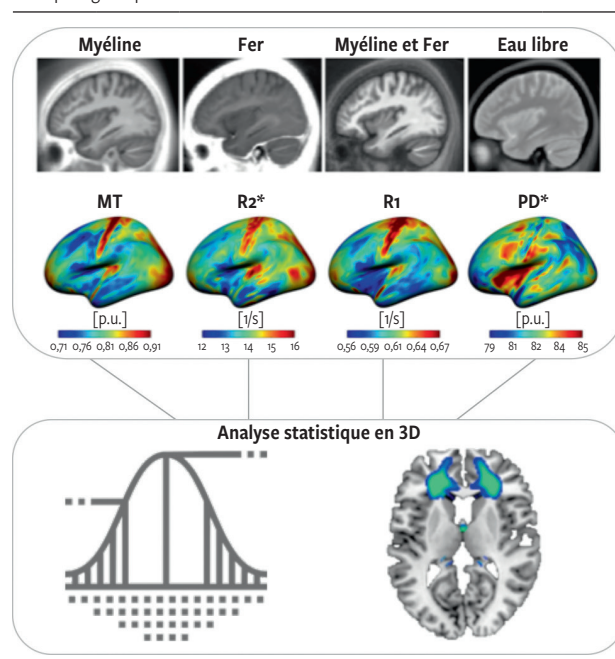
Les subtiles modifications anatomiques, fonctionnelles ou métaboliques cérébrales de patients atteints d'un «chemo-

FIG 1 Imagerie par résonance magnétique quantitative (IRMq)

Série d'images supérieure: cartographie de la distribution en myéline, en fer, en myéline et fer, ainsi qu'en eau libre. Série d'images inférieure: reconstitution statistique des données 3D, permettant la comparaison anatomique entre contrôles et sujets traités par chimiothérapie.

MT: transfert de magnétisation (magnetization transfer saturation MRI); R1: taux de relaxation longitudinale (longitudinal relaxation rate MRI); R2*: taux de relaxation transversale (transversion relaxation rate MRI); PD*: densité de protons (proton density MRI).

a: images quantitatives pondérées, avec retrait du biais d'inhomogénéité du champ magnétique.



(Tirée de réf. 12, avec permission.).

En parallèle, le dépistage de troubles thymiques, comme facteur confondant ou aggravant, est également important: a minima, nous proposons la réalisation d'un mini-Geriatric Depression Scale (GDS), qui permet de dépister les patient-e-s susceptibles de présenter une dépression sous-jacente.

Prise en charge

Si les tests de dépistages au cabinet sont positifs, il est possible de compléter le bilan de base par une imagerie et par un examen neuropsychologique, ou d'adresser le-la patient-e directement à un centre de la mémoire pour la réalisation de ces examens et effectuer un suivi.

Outre une coordination avec l'oncologue traitant, la prise en charge comprend les recommandations usuelles pour les troubles neurocognitifs: en favorisant une révision médicamenteuse régulière pour éviter la polypharmacie, en proposant le maintien d'une activité physique régulière ainsi que des interventions et exercices centrés sur la cognition.

Concernant la prise en charge pharmacologique, certains traitements stimulants (tels que le méthylphénidate, la dexaméthylphénidate et le modafinil), la mémantine, ou les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase comptent parmi les molécules décrites dans la littérature, mais dont l'impact

clinique demeure incertain.¹⁵ Finalement, quelques données récentes suggèrent que l'utilisation des probiotiques pourrait apporter un bénéfice dans le cadre d'un déclin cognitif induit par la chimiothérapie.¹⁶

CONCLUSION

En l'absence de critères diagnostiques standardisés et de détection systématique, l'atteinte cognitive liée à la chimiothérapie, souvent désignée par l'expression «chemobrain» ou «chemofog», demeure une entité clinique peu claire, greffée d'une incidence et d'une physiopathologie mal spécifiées. L'éventualité d'une atteinte cognitive liée à la chimiothérapie ne peut être évoquée sans une évaluation clinique globale, afin d'exclure d'autres causes réversibles de déclin cognitif.

Pour les patients âgés, une évaluation gériatrique globale (évaluation des syndromes gériatriques) permet non seulement d'individualiser les prises en charge vers un projet thérapeutique cohérent, mais également de révéler des facteurs confondants impactant négativement la cognition.⁵

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

1 **Nguyen LD, Ehrlich BE. Cellular mechanisms and treatments for chemobrain: insight from aging and neurodegenerative diseases. *EMBO Mol Med* 2020;12:e12075. DOI: 10.15252/emmm.202012075.

2 Buchanan ND, Dasar S, Rodriguez JL, et al. Post-treatment Neurocognition and Psychosocial Care Among Breast Cancer Survivors. *Am J Prev Med* 2015;49:S498-508. DOI: 10.1016/j.amepre.2015.08.013.

3 Ahles TA. Brain vulnerability to chemotherapy toxicities. *Psychooncology* 2012;21:1141-8. DOI: 10.1002/pon.3196.

4 **Lange M, Joly F, Vardy J, et al. Cancer-related cognitive impairment: an update on state of the art, detection, and management strategies in cancer survivors. *Ann Oncol* 2019;30:1925-40. DOI: 10.1093/annonc/mdz410.

5 *Coutaz M, Morisod J. Cancer du sujet âgé : quelle évaluation préalable à la prise de décision thérapeutique? *Rev Med*

Suisse 2011;7:963-7.

6 Selamat MH, Loh SY, Mackenzie L, et al. Chemobrain experienced by breast cancer survivors: a meta-ethnography study investigating research and care implications. *PLoS One* 2014;9:e108002. DOI: 10.1371/journal.pone.0108002.

7 Wardill HR, Mander KA, Van Sebillie YZ, et al. Cytokine-mediated blood brain barrier disruption as a conduit for cancer/chemotherapy-associated neurotoxicity and cognitive dysfunction. *Int J Cancer* 2016;139:2635-45. DOI: 10.1002/ijc.30252.

8 *Dietrich J, Prust M, Kaiser J. Chemotherapy, cognitive impairment and hippocampal toxicity. *Neuroscience* 2015;309:224-32. DOI: 10.1016/j.neuroscience.2015.06.016.

9 Rosenfeld CS, Shay DA, Vieira-Potter VJ. Cognitive Effects of Aromatase and Possible Role in Memory Disorders. *Front Endocrinol* 2018;9:610. DOI: 10.3389/fendo.2018.00610.

10 Ahles TA, Saykin AJ, Noll WW, et al.

The relationship of APOE genotype to neuropsychological performance in long-term cancer survivors treated with standard dose chemotherapy. *Psycho-oncology* 2003;12:612-9. DOI: 10.1002/pon.742.

11 Scherling CS, Smith A. Opening up the window into "chemobrain": a neuroimaging review. *Sensors* 2013;13:3169-3203. DOI: 10.3390/s130303169.

12 *Draganski B, Ashburner J, Hutton C, et al. Regional specificity of MRI contrast parameter changes in normal ageing revealed by voxel-based quantification (VBQ). *Neuroimage* 2011;55:1423-34. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2011.01.052.

13 Taubert M, Roggenhofer E, Melie-Garcia L, et al. Converging patterns of aging-associated brain volume loss and tissue microstructure differences. *Neurobiol Aging* 2020;88:108-18. DOI: 10.1016/j.neurobiolaging.2020.01.006.

14 Joly F, Lange M, Rigal O, et al. French version of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Cognitive Function (FACT-Cog) version 3. *Support Care Cancer* 2012;20:3297-305. DOI: 10.1007/s00520-012-1439-2.

15 Wefel JS, Kesler SR, Nol KR, et al. Clinical characteristics, pathophysiology, and management of noncentral nervous system cancer-related cognitive impairment in adults. *CA Cancer J Clin* 2015;65:123-38. DOI: 10.3322/caac.21258.

16 Subramaniam CB, Bowen JM, Gladman MA, et al. The microbiota-gut-brain axis: An emerging therapeutic target in chemotherapy-induced cognitive impairment. *Neurosci Biobehav Rev* 2020;116:470-9. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2020.07.002.

* à lire

** à lire absolument

QCM D'AUTO-ÉVALUATION

Testez vos connaissances...

Littératie en matière de médicaments des patients âgés : compétences nécessaires à l'autogestion des médicaments

(voir article p. 2165)

- 1.** Parmi les affirmations suivantes concernant la littératie des médicaments, laquelle (lesquelles) est (sont) correcte(s) ?
- ☐ **A.** Une bonne connaissance du nom des médicaments n'est pas suffisante
 - ☐ **B.** Les médicaments obtenus sans prescription sont aussi concernés
 - ☐ **C.** Le niveau de littératie reste stable au cours de l'évolution et des expériences de santé
 - ☐ **D.** Les pratiques des professionnels contribuent à l'acquisition et au maintien d'un niveau suffisant de littératie
 - ☐ **E.** La littératie implique aussi le fait de recourir à des informations fiables

Troubles neurocognitifs chez les personnes âgées avec maladie oncologique

(voir article p. 2172)

- 4.** Chez un patient atteint de cancer, dans quelle(s) situation(s) un déclin cognitif peut-il s'observer ?
- ☐ **A.** Avant la chimiothérapie
 - ☐ **B.** Pendant la chimiothérapie
 - ☐ **C.** Immédiatement après la chimiothérapie
 - ☐ **D.** Un an après la chimiothérapie
 - ☐ **E.** Plusieurs années après la chimiothérapie

Déprescrire en EMS: regards croisés entre les résidents, leurs proches et les professionnels de la santé

(voir article p. 2169)

- 2.** Parmi les affirmations suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) correcte(s) ? Les résidents d'EMS seraient prêts à tenter la déprescription de certains traitements :
- ☐ **A.** Si leur médecin le leur recommande
 - ☐ **B.** Mais leurs proches semblent plutôt opposés à cette démarche
 - ☐ **C.** Si c'est une infirmière qui supervise le processus
 - ☐ **D.** Uniquement avec l'accord de leurs familles

Dépistages: que faire au-delà de 75 ans ?

(voir article p. 2156)

- 5.** Quelle(s) affirmation(s) est (sont) correcte(s) concernant le dépistage au-delà de 75 ans ?
- ☐ **A.** Le choix de continuer un dépistage dépend uniquement de l'espérance de vie résiduelle (EVR)
 - ☐ **B.** La mise en relation de l'âge avec le Time To Benefit (TTB) permet une prise en charge individualisée
 - ☐ **C.** L'évaluation gériatrique globale doit également être prise en considération
 - ☐ **D.** Un dépistage peut être recommandé si l'EVR est supérieure au TTB
 - ☐ **E.** Les préférences du patient sont à considérer seulement si l'EVR est égale au TTB

Trop âgé ou trop fragile pour bénéficier des soins intensifs ?

(voir article p. 2160)

- 3.** Dans la prise en charge d'un patient âgé aux soins intensifs (SI), quelle(s) affirmation(s) est (sont) correcte(s) ?
- ☐ **A.** Admettre un patient âgé de plus de 80 ans aux SI est une aberration
 - ☐ **B.** La pratique d'une évaluation gériatrique pour le triage d'entrée aux SI est une perte de temps
 - ☐ **C.** L'évaluation gériatrique n'est pas prise en compte dans les scores actuels de triage
 - ☐ **D.** L'immobilité, le repos au lit et l'environnement agressif sont des catalyseurs d'évolution défavorable pour le patient âgé aux SI

Enjeux et défis du Covid-19 en gériatrie aiguë: leçons tirées de l'expérience genevoise

(voir article p. 2153)

- 6.** Parmi les signes et symptômes suivants, quels sont les trois les plus fréquemment retrouvés chez les personnes âgées au cours de l'infection à SARS-CoV-2 ?
- ☐ **A.** La toux
 - ☐ **B.** L'agueusie
 - ☐ **C.** La diarrhée
 - ☐ **D.** La dyspnée
 - ☐ **E.** La fièvre

Réponses correctes: 1ABDE, 2A, 3CD, 4ABCDE, 5CD, 6ADE

SICOVID: un système cantonal d'information COVID pour la décision en santé publique

MARINE GOSSIN^{a,b}, Dre DIANA WALTHER^b, JUAN-MANUEL BLANCO^a, Dr ÉRIC MASSEREY^b, LIONEL MEYLAN^b,
Dre VALÉRIE PITTET^a, Dre ISABELLE ROSSI^b, Dr PIERRE STADELMANN^b et Dre YOLANDA MUELLER^a

Rev Med Suisse 2020; 16: 2177-82

Fin 2019 est apparu un nouveau coronavirus, créant une pandémie, avec un premier cas en Suisse le 25 février 2020. Au vu de l'augmentation rapide du nombre de cas, avec une crainte de surcharge du réseau sanitaire, le canton de Vaud a mis en place un système de surveillance (système d'information COVID (SICOVID)). L'objectif du SICOVID était de produire un ensemble d'indicateurs de suivi, couvrant l'entier de l'impact épidémique et du dispositif de réponse en regard de la progression de l'épidémie. Ces indicateurs ont été utilisés à des fins de monitoring, d'orientation stratégique, de prise de décision opérationnelle, de communication et de recherche. Les défis rencontrés au long de ce processus soulignent l'importance d'une réflexion sur l'anticipation et la fonction d'un système d'information de crise, idéalement intégré aux plans de préparation en cas de pandémie.

SICOVID: a cantonal COVID information system for public health decision-making

Late 2019 a new coronavirus appeared, creating a pandemic, with the first case in Switzerland detected on the 25th of February 2020. Considering the rapid increase in the number of cases, with the fear of an over-burdening of the sanitary network, the Canton of Vaud created a surveillance system (SICOVID). The objective of the SICOVID was to produce a set of indicators, covering the breadth of the epidemiological impact and response as the epidemic progressed. These indicators were used for monitoring purposes, orienting strategies, operational decision-making, communication and research. The challenges encountered throughout this process underline the importance of anticipation and considering the function of a crisis information system, ideally integrating these elements into pandemic preparedness plans.

INTRODUCTION

À la fin de l'année 2019, un nouveau coronavirus (SARS-CoV2) apparaissait en Chine, avant de se propager sous forme de pandémie. Selon le rapport conjoint de l'OMS-Chine du 16 au 24 février 2020, le premier cas était mis en évidence le 30 décembre 2019 à Wuhan par un lavage broncho-alvéolaire

dans le contexte d'une pneumonie à germe indéterminé. Moins de deux mois plus tard, le 20 février, 75465 cas étaient rapportés en Chine.¹ Le premier cas recensé hors Chine datait du 13 janvier, en Thaïlande, puis du 24 janvier en Europe (France).² En Suisse, un premier cas était recensé le 25 février 2020 au Tessin, suivi de peu par le premier cas dans le canton de Vaud. L'épidémie s'était rapidement étendue dans tout le pays, touchant principalement les cantons du Tessin, Vaud et Genève. Selon le bilan épidémiologique intermédiaire de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) du 27 avril 2020 sur la situation en Suisse et dans la principauté du Liechtenstein vers la fin de la première vague, on dénombrait 29313 cas, 3619 hospitalisations et 1427 décès.³ Le 28 septembre 2020, selon les statistiques de l'OMS au niveau mondial, le nombre de cas confirmés de COVID-19 était de 32 968 853 et de 995 836 décès.⁴

En Suisse, une partie des responsabilités en matière de santé est attribuée aux cantons. Cependant, dans le cadre de la protection contre les maladies transmissibles, la Confédération peut, selon les articles 6 et 7 de la Loi sur les épidémies,⁵ «ordonner des mesures visant des individus, ordonner des mesures visant la population, astreindre les médecins et d'autres professionnels de la santé à participer à la lutte contre les maladies transmissibles, déclarer obligatoires des vaccinations pour les groupes de population en danger, les personnes particulièrement exposées et les personnes exerçant certaines activités». La Confédération est également en charge de la surveillance épidémiologique comme décrit en détail ci-dessous.

En santé publique, un système de surveillance a plusieurs objectifs:⁶ alerter de manière précoce, détecter de nouvelles épidémies, évaluer l'efficacité des interventions, identifier des groupes à risque et prioriser l'allocation des ressources. Il doit être construit de manière à ce que la surveillance puisse se faire de manière rapprochée, simple et robuste, avec un contrôle de la qualité des données et afin d'avoir un résultat représentatif de la situation actuelle. Les activités incluent la collecte et la centralisation des données, l'analyse de celles-ci, puis l'interprétation et la distribution des résultats.

En Suisse, les systèmes de surveillance des maladies transmissibles gérés par la Confédération incluent le système d'information pour les déclarations (SID), le système Sentinella visant la médecine de premier recours, et la Swiss Paediatric Surveillance Unit pour les maladies pédiatriques rares. Ces trois systèmes ont été adaptés afin d'inclure les

^aCentre universitaire de médecine générale et santé publique, Unisanté, 1011 Lausanne, ^bDirection générale de la santé, Office du médecin cantonal, Avenue des Casernes 2, 1014 Lausanne
marine.gossin@unisante.ch | diana.walther@vd.ch
juan-manuel.blanco@unisante.ch | eric.masserey@vd.ch
lionel.meylan@vd.ch | valerie.pittet@unisante.ch | isabelle.rossi@vd.ch
pierre.stadelmann@vd.ch | yolanda.mueller@unisante.ch

déclarations pour les cas COVID-19. Les cantons, quant à eux, sont en charge de la planification sanitaire, de l'ordonnance des mesures visant les individus (par exemple quarantaine ou isolement), ainsi que celles pour la population ou des groupes de personnes.

SICOVID: OBJECTIF, CONCEPTION ET MISE EN ŒUVRE

Au vu de l'augmentation rapide du nombre de cas en Suisse au début de l'année 2020, engendrant une crainte de surcharge du réseau sanitaire, un système d'information pour le COVID-19 (SICOVID) a été créé dans le canton de Vaud, en complément aux systèmes fédéraux existants. Les objectifs principaux du SICOVID étaient les suivants: suivre l'épidémiologie et la charge en soins due à la pandémie de COVID-19 dans le canton et communiquer ces informations aux parties prenantes pour la prise de décisions en santé publique. Ce système d'information se caractérise par la production en flux tendu de résultats ajustés à la demande et respectant les critères suivants: exactitude, exhaustivité et disponibilité en temps utile, ceci pour refléter au mieux la réalité de l'évolution épidémiologique et de la charge du système sanitaire. Les étapes clés de conception, d'implantation et de mise en production et diffusion des résultats du SICOVID sont résumées dans le **tableau 1**.

SICOVID: PÉRIMÈTRE

Une des premières étapes a été de définir le périmètre à surveiller qui incluait les domaines suivants: nombre de cas, résultat des tests de laboratoires, nombre de décès, charge des hôpitaux, des soins à domicile, des établissements médico-sociaux (EMS), des établissements psychosociaux médicalisés (EPSM), des établissements socio-éducatifs (ESE), des centres de traitement et de réadaptation (CTR), des prestataires de transports de patients, du système de garde médicale, de la hotline coronavirus et du traçage des contacts (voir la colonne «Domaines» du **tableau 2**).

	TABLEAU 1	Conception, implantation et mise en production du SICOVID
--	-----------	---

REDCap: Research Electronic Data Capture; SICOVID: Système d'information pour le COVID-19.

Phase de conception

1. Clarifier la finalité et le périmètre du système d'information
2. Identifier les compétences requises et recruter les personnes nécessaires
3. Définir les moyens, outils et logiciels requis
4. Définir les indicateurs (utiles, pertinents, faisables et en nombre réduit)
5. Identifier et enrôler les institutions socio-sanitaires et toutes les personnes impliquées dans la collecte et le traitement des données

Phase d'implantation

1. Programmer la plateforme informatique (REDCap) pour la saisie/importation des données
2. Programmer le logiciel statistique (STATA) pour l'exploitation automatisée des données

Phase de mise en production et de diffusion des résultats

1. Contrôler et améliorer la qualité en continu à tous les niveaux
2. Former les collaborateurs et documenter l'ensemble des procédures
3. Diffuser des résultats (graphiques, tableaux) en flux tendu
4. Exploiter les données en réponse aux autres demandes (médiats et autres interlocuteurs, analyses ad hoc)

SICOVID: INDICATEURS

Au sein de chaque domaine, un ou plusieurs indicateurs clés ont été définis. Ils ont été adaptés au fil de l'évolution de la pandémie, et de celle des indicateurs utilisés dans d'autres systèmes de surveillance nationaux et internationaux, dont à l'OFSP, les points épidémiologiques hebdomadaires de Santé publique France^{7,8} et les rapports journaliers du Robert Koch Institute en Allemagne.^{9,10} Divers indicateurs ont été définis en partenariat avec la cellule de crise afin de suivre au mieux l'épidémie et pour permettre d'anticiper les actions et mesures à mettre en place. Pour une liste non exhaustive des indicateurs utilisés pour le SICOVID, voir la colonne «Indicateurs» du **tableau 2**.

SICOVID: DONNÉES

Après avoir identifié le périmètre du système d'information et les indicateurs clés, les données nécessaires pour générer les indicateurs étaient à définir, ainsi que les sources et le processus de récolte des informations souhaitées, voir les colonnes «Données clés récoltées», «Sources des données» et «Processus» du **tableau 2**. Une partie des données nécessaires était déjà disponible via des systèmes existants (par exemple le SID de l'OFSP) alors que d'autres nécessitaient la mise en

	FIG 1	Exemple de l'interface pour la saisie en ligne des données	
--	-------	--	--

Ces données étaient saisies par les EMS, EPSM, ESE et CTR.

EMS: Établissement médico-social; EPSM: Établissement psychosocial médicalisé; ESE: Établissements socio-éducatifs; CTR: Centre de traitement et de réadaptation.

Les informations entrées ci-dessous correspondent à la situation entre 00 h 00 et 23 h 59 pour le jour concerné.

Jour concerné par le rapport

07-09-2020 D-M-Y
JJ-MM-AAAA

Nombre de NOUVEAUX « cas COVID » détectés ou admis parmi vos résident-e-s au jour concerné

Si aucun notez 0

« cas COVID » = un-e résident-e avec un test de laboratoire SARS-CoV2 positif ou un-e résident-e non testé-e qui présente des symptômes compatibles avec le COVID-19 (symptômes aigus d'infections des voies respiratoires (toux ou détresse respiratoire) et/ou fièvre) dans un établissement avec au moins 2 résident-e-s avec un test de laboratoire SARS-CoV2 positif

Nombre TOTAL de « cas COVID » parmi vos résident-e-s au jour concerné

Si aucun notez 0

Nombre TOTAL de « cas COVID » avec SOINS AIGUS parmi vos résident-e-s au jour concerné

Si aucun notez 0

Soins aigus = au moins un des trois critères suivants :

- oxygénothérapie
- perfusion
- sédation terminale (c'est-à-dire morphine, dormicum, etc.)

Nombre de NOUVEAUX DÉCÈS parmi vos résident-e-s « cas COVID » survenus dans votre établissement le jour concerné

Si aucun notez 0

Enregistrer

TABEAU 2 Principaux domaines surveillés, indicateurs, données, sources et processus pour le SICOVID

AVASAD: Association vaudoise d'aide et de soins à domicile; CTMG: Centrale téléphonique des médecins de garde; CTR: Centre de traitement et de réadaptation; EMS: Établissement médico-social; EPSM: Établissement psychosocial médicalisé; ESE: Établissement socio-éducatif; OFSP: Office fédéral de la santé publique; OMC: Office du médecin cantonal vaudois; OSAD: Organisation privée de soins à domicile; REDCap: Research Electronic Data Capture; SI: Soins intensifs; SICOVID: Système d'information COVID-19; SID: Système d'information pour les déclarations.

^a Données reçues pour l'entier des CMS par l'AVASAD en format Excel, traitées et importées dans REDCap par l'équipe SICOVID.

Domaines	Indicateurs	Données clés récoltées	Sources des données	Processus
Épidémiologie: nombre et incidence de cas confirmés	Cas confirmés positifs (nombre et incidence de cas cumulés, nombre et incidence de nouveaux cas, par classe d'âge et par jour)	Pour chaque cas COVID: <ul style="list-style-type: none"> • âge • sexe • date du cas 	SID de l'OFSP	Données extraites du SID, traitées et importées dans REDCap par l'équipe SICOVID
Tests de laboratoire (PCR SARS-CoV2)	Proportion de tests de laboratoire SARS-CoV2 positifs, par jour	Nombre de tests par jour: <ul style="list-style-type: none"> • positifs • négatifs 	SID de l'OFSP	
Charge COVID pour: <ul style="list-style-type: none"> • soins à domicile • EMS-EPSM • ESE • CTR 	Charge en soins pour les institutions (nombre de nouveaux cas, nombre de cas total et par type de soins, nombre de décès par jour en EMS, EPSM, ESE, CTR et nombre de prises en charge par les soins à domicile)	Nombre de: <ul style="list-style-type: none"> • nouveaux cas • cas totaux • cas nécessitant des soins aigus • nouveaux décès pris en charge par jour 	Soins à domicile (l'AVASAD ^a et les OSAD privées), EMS-EPSM, ESE, CTR	Interfaces de saisie en ligne (questionnaires REDCap) créés de novo par l'équipe SICOVID et remplis par les partenaires concernés
Transports de patients COVID	Nombre de transports COVID, par jour	Nombre de transports pour patients COVID par jour	Prestataires de transports	
CTMG	Nombre d'appels et proportion d'appels répondus, par jour	Nombre d'appels entrants et répondus par jour	CTMG	
Hotline coronavirus	Nombre d'appels et proportion d'appels répondus, par jour	Nombre d'appels entrants et répondus par jour	Prestataires de télécommunications	Données reçues en format Excel, traitées et importées dans REDCap par l'équipe SICOVID
Hôpitaux	Hospitalisations (nombre de cas hospitalisés, par hôpital, par âge, par sexe et par type de soins (aigus/SI), par jour)	Pour chaque patient COVID: <ul style="list-style-type: none"> • âge • sexe • date de début et de fin de séjour • date de début et de fin de SI, issues (domicile, transfert ou décès) 	Hôpitaux, cliniques et pôles santé	
Décès	Décès déclarés parmi les cas confirmés ou probables (nombre cumulé par sexe, par classe d'âge, par lieu, par jour)	Pour chaque décès COVID: <ul style="list-style-type: none"> • âge • sexe • facteurs de risque • date de décès • lieu de décès 	Formulaires de déclaration de résultat clinique d'un cas de décès reçus par l'OMC	
Traçage des contacts	Isolements et quarantaines (nombre cumulé et nouveaux cas/contacts, par jour)	Pour chaque cas et contact: <ul style="list-style-type: none"> • âge • sexe • date de début et de fin de l'isolement ou de la quarantaine 	Go.Data (outil en ligne de l'OMS pour l'enquête des épidémies)	Données extraites de Go.Data, traitées et importées dans REDCap par l'équipe SICOVID

place d'un système de collecte de données de novo (par exemple, via des interfaces pour la saisie en ligne par les partenaires, **figure 1**).

Les données étaient importées dans différentes bases de données réunies dans l'application web sécurisée Research Electronic Data Capture (REDCap). Depuis cette base centralisée, les données étaient ensuite exportées pour analyse. Les indicateurs, sous forme de tableaux et graphiques, étaient produits à l'aide du logiciel statistique STATA. Le contrôle de la qualité des données était effectué quotidiennement à plusieurs étapes du processus, lequel est résumé dans la **figure 2**.

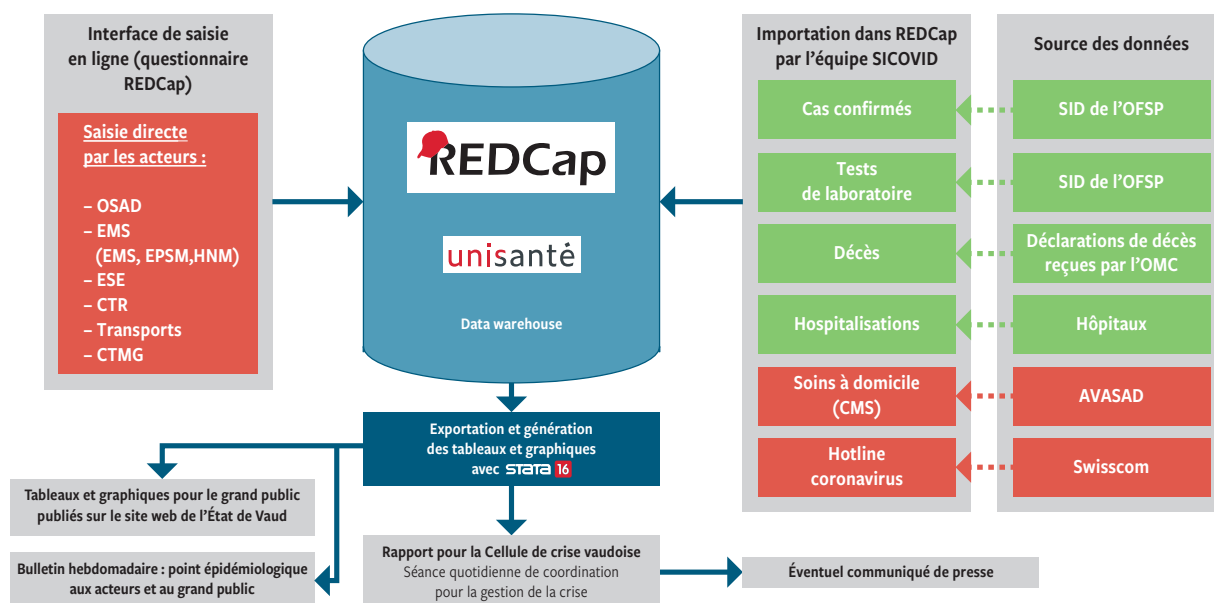
SICOVID: PRODUITS

Les produits principaux générés par le SICOVID étaient les graphiques représentant le suivi au cours du temps des indi-

cateurs sélectionnés (**figures 3, 4 et 5** pour des exemples: incidence cumulée de cas confirmés positifs, proportion de tests de laboratoire SARS-CoV2 positifs et nombre de patients hospitalisés), ainsi que des tableaux résumant une partie de l'information. Ces tableaux et graphiques étaient diffusés à différents destinataires pour répondre à différents objectifs, ils étaient: 1) adressés sous forme de rapports internes à la Direction générale de la santé; 2) partagés au sein des séances quotidiennes de la cellule de crise vaudoise (une structure ad hoc, réunissant une trentaine d'acteurs pour gérer la crise); 3) adressés à l'équipe hygiène, prévention et contrôle de l'infection (HPCI) pour aiguiller la prévention des infections et le contrôle des infections nosocomiales; 4) envoyés au service de communication pour informer le public (via publication d'une sélection de graphiques sur le site web de l'État de Vaud, www.vd.ch/toutes-les-actualites/hotline-et-informations-sur-le-coronavirus/point-de-situation-statistique-dans-le-canton-de-vaud/); 5) transmis pour informer les médias (via des communiqués de presse); 6) synthétisés sous forme de

FIG 2 Ensemble des données collectées/générées par le SICOVID

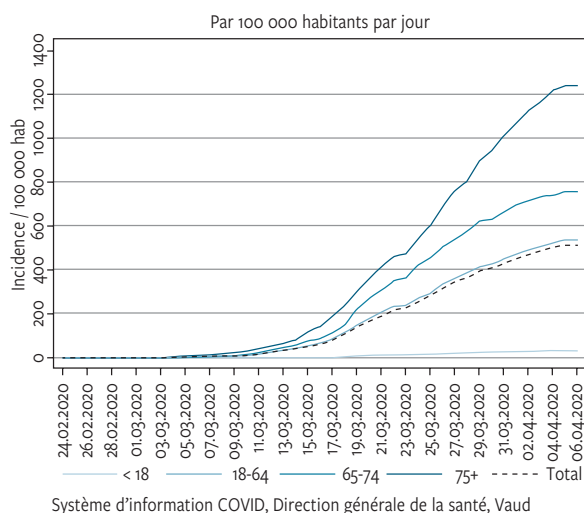
AVASAD: Association vaudoise de soins à domicile; CTMG: Centrale téléphonique des médecins de garde; CTR: Centre de traitement et de réadaptation; DGS: Direction générale de la santé; EMS: Établissement médico-social; EPSM: Établissement psychosocial médicalisé; ESE: Établissement socio-éducatif; HNM: Home non médicalisé; OFSP: Office fédéral de la santé publique; OMC: Office du médecin cantonal; OSAD: Organisation privée de soins à domicile; SICOVID: Système d'information pour le COVID-19; SID: Système d'information pour les déclarations.



bulletin hebdomadaire de la situation épidémiologique pour informer les partenaires (figure 6) et également disponible en ligne (www.infosan.vd.ch) et 7) partagés comme source de données pour d'autres projets de recherches scientifiques en lien avec le COVID-19.¹¹ Le SICOVID a été mis en place pour produire les tableaux et graphiques initialement 7 jours sur 7, puis à une fréquence ajustée selon l'évolution de l'épidémie.

FIG 3 Incidence cumulée des cas de COVID-19, Vaud

Le graphique montre l'incidence cumulée de cas confirmés positifs, total et par classe d'âge.



DISCUSSION ET CONCLUSION

Le SICOVID a pu être déployé dans de très brefs délais, dès le 13 mars 2020, après une première phase de récolte de données, jusqu'à la production des premiers indicateurs, le 20 mars 2020. Il a également permis la production rapide du premier bulletin hebdomadaire qui a été diffusé le 2 avril 2020. Il a permis un suivi régulier, quasiment en temps réel, de l'épidémie, permettant ainsi de « désescalader » les mesures aux premiers signes d'infléchissement de la courbe épidémique. Un impact important de la disponibilité d'indicateurs

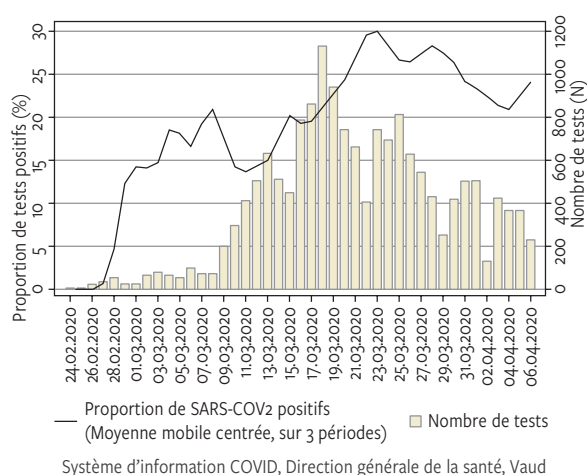
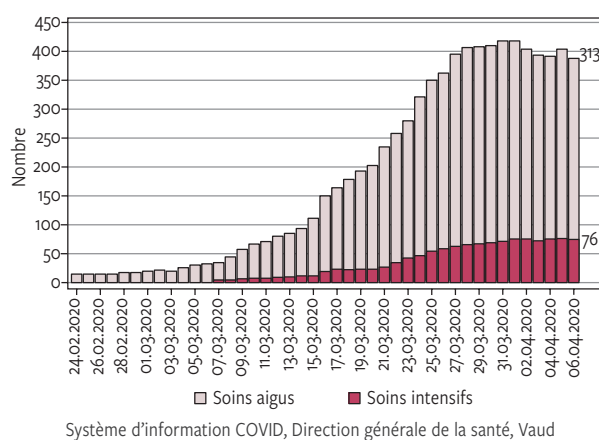
FIG 4 Proportion de tests de laboratoire SARS-COV2 positifs, Vaud

FIG 5

Nombre de patients hospitalisés,
par type de soins, Vaud

de grande qualité a notamment été évident dans la discussion stratégique sur la nécessité d'un renforcement des mesures de confinement – qui a pu être évité – ou de la création de capacités hospitalières supplémentaires – qui s'avérait inutile compte tenu de l'évolution épidémiologique.

La mise en place d'un système de cette ampleur a pu être possible en raison du rassemblement de compétences, de liens interpersonnels déjà établis et de la possibilité de créer une équipe dédiée et indépendante de la gestion de crise elle-même.

Le choix d'utiliser plusieurs sources de données complémentaires, afin d'obtenir une image complète de la situation épidémiologique, a comme inconvénient de rendre visible les différences de définition de cas entre acteurs ainsi que l'incomplétude de certaines données. Par exemple, les EMS étaient invités à rapporter chaque décès survenu chez un cas de COVID, même pour les cas probables, à une époque où les

FIG 6

Page une du bulletin hebdomadaire - Point épidémiologique
du 6 avril 2020 avec messages clés

COVID – 19

Point épidémiologique – Situation au 6 avril 2020

Point épidémiologique du 6 avril 2020¹

Messages clés :

- Dans le canton de Vaud, depuis le premier cas atteint de COVID-19 déclaré le 2 mars 2020, près de 4200 personnes ont été testées positives au SARS-CoV2, et plus de 900 ont été hospitalisées dont 187 aux soins intensifs.
- Le nombre de cas confirmés positifs COVID-19 cumulé continue d'augmenter mais l'incidence est à la baisse dans toutes les catégories d'âge.
- Depuis le 27 mars 2020, on assiste à une stabilisation du nombre de patients hospitalisés dans le canton.
- Environ 28 % des établissements médico-sociaux et établissements psychosociaux médicalisés annoncent des patients atteints de COVID-19.
- Depuis le 2 avril 2020, dans les établissements médico-sociaux et établissement psychosociaux médicalisés, le nombre de nouveaux cas COVID-19 confirmés ou probables est stable.
- Cent soixante décès sont à déplorer au 6 avril 2020. Huitante-trois pour cent des décès concernent des personnes âgées de 75 ans et plus. Environ 50 % des décès testés positifs au SARS-CoV2 sont survenus à l'hôpital.

¹ En étroite collaboration avec Unisanté, la Direction générale de la santé du canton de Vaud a mis en place un système d'information pour suivre l'évolution de l'épidémie de COVID-19.

Les données proviennent quotidiennement du réseau de partenaires socio-sanitaires. Malgré une attention particulière à l'analyse de la qualité des données, celles-ci restent sujettes à de possibles erreurs humaines de saisie, qui sont corrigées au fur et à mesure. Ceci peut expliquer des différences dans les chiffres produits entre une version et l'autre.

Les sources de données utilisées pour produire ces résultats sont décrites à la fin du document.

tests n'étaient pas faits systématiquement. Ce qui était différent de la définition de cas de décès à rapporter via le SID, mais correspondait à un choix intentionnel d'avoir un indicateur sensible et non spécifique de la situation en EMS. Ces différences ont nécessité de nombreuses clarifications auprès des médias en particulier.

Par ailleurs, un contrôle important et régulier de la qualité des données a été mis en place, avec une amélioration constante au cours du temps. On notera, à ce titre, les listes de cas transmises par les hôpitaux qui ont demandé un travail de nettoyage conséquent au vu des différences dans les systèmes d'extraction entre structures. L'existence d'établissements intercantonaux n'a pas facilité la tâche. Finalement, là aussi, le travail d'accompagnement et d'interprétation a été conséquent.

Plus globalement, une réflexion sur la structure et la fonction d'un système d'information de crise devrait être intégrée aux plans de préparation en cas de pandémie. Certains choix tels que les méthodes et procédures à utiliser (standardisation, documentation des opérations et des outils), mais aussi les

ressources humaines nécessaires et disponibles pourraient également être anticipées afin d'accélérer la mise en place lors d'une prochaine crise.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements: Les auteurs remercient tous les membres de l'équipe du SICOVID.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Un système d'information est indispensable en cas d'épidémie afin de suivre son évolution, l'impact sur le système de santé, et éclairer la décision publique
- Une réflexion sur la structure et la fonction d'un système d'information de crise au préalable est nécessaire
- Certaines étapes de la mise en place d'un système d'information pourraient être anticipées

1 World Health Organization. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 16-24 February 2020. Disponible sur : www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf

2 *Organisation mondiale de la santé. Chronologie de l'action de l'OMS face à la COVID-19. 2020. Disponible sur : www.who.int/fr/news-room/detail/29-06-2020-covid-timeline.

3 Office fédéral de la santé publique de Suisse (OFSP). Bilan épidémiologique

intermédiaire du nouveau coronavirus en Suisse et dans la Principauté du Liechtenstein. 2020. Disponible sur : www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/mt/k-und-i/aktuelle-ausbrueche-pandemien/2019-nCoV/covid-19-zwischenbilanz-mai-2020.pdf.download.pdf/OFSP_Bilan_epidemiologique_intermediaire_du_nouveau_coronavirus.pdf.

4 World Health Organization. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. 2020. Disponible sur : covid19.who.int/.

5 Loi fédérale sur les épidémies (LEp) du 28 septembre 1912 (État le 25 juin 2020).

6 **Guest C. Oxford Handbook of Public Health Practice. Oxford: Oxford University Press; 2013.

7 Santé publique France. COVID-19 Point épidémiologique hebdomadaire du 30 juillet 2020.

8 Santé publique France. COVID-19 Point épidémiologique hebdomadaire du 27 août 2020.

9 Robert Koch Institute. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Daily Situation Report of the Robert Koch Institute

31.07.2020. Germany.

10 Robert Koch Institute. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Daily Situation Report of the Robert Koch Institute 30.08.2020. Germany.

11 Lemaitre JC, Perez-Saez J, Azman AS, Rinaldo A, Fellay J. Assessing the impact of non-pharmaceutical interventions on SARS-CoV-2 transmission in Switzerland. *Swiss Med Wkly* 2020;150:w20295.

* à lire

** à lire absolutement

Anémie hémolytique autoimmune: quelle prise en charge en urgence?

Dre MARION WALKER^a, Pr VINCENT RIBORDY^b et Dre SOPHIE WALDVOGEL ABRAMOWSKI^c

Rev Med Suisse 2020; 16: 2183-7

L'anémie hémolytique autoimmune (AHAI) est une pathologie peu fréquente, dont la prise en charge peut représenter un défi pour l'urgentiste et le généraliste. Le diagnostic est posé sur la base des modifications spécifiques du bilan biologique et sur la positivité du test de Coombs direct. Selon la sévérité de l'anémie, une transfusion sanguine en urgence peut s'avérer nécessaire. Les tests prétransfusionnels peuvent être perturbés par la présence des autoanticorps. En cas d'urgence vitale, on transfusera en compatibilité ABO, Rh D et en essayant de respecter les antigènes C, c, E, e et Kell, sans attendre les tests prétransfusionnels complets. La suite de la prise en charge s'articulera autour de l'introduction de l'immunosuppression ainsi que sur la recherche d'une maladie sous-jacente. L'appel précoce à l'hématologue est de rigueur.

Autoimmune hemolytic anemia in emergency department

Autoimmune hemolytic anemia is an uncommon disease that can be challenging to manage both for the emergency department physician and the general practitioner. The diagnosis is based on specific biological changes and on a positive direct Coombs test. Depending on the severity of the anemia and its clinical impact, an urgent blood transfusion can be required. However, ABO blood group typing and antibody screening may be impaired by auto-antibodies. In case of vital need, a transfusion of ABO, Rh D and, if possible, C, c, E, e and Kell antigen matched red cells can be performed, before the complete achievement of the pre-transfusion testing. Further management includes the introduction of immunosuppression and the treatment of a possible underlying disease. Early contact with the hematologist, is strongly recommended.

INTRODUCTION

L'anémie hémolytique autoimmune (AHAI), bien que peu fréquente (1 cas pour 100 000 annuellement), est une pathologie qui peut faire l'objet d'une prise en charge initiale par l'urgentiste ou le généraliste.¹ Cet article présente un cas clinique d'AHAI, dans un contexte de service des urgences. Nous aborderons les indications et les modalités de la transfusion sanguine en urgence ainsi que l'importance de faire appel rapidement aux spécialistes du centre de transfusion et à l'hématologue.

Nous détaillerons les examens complémentaires à réaliser et les différentes étiologies de l'anémie hémolytique. Nous exposerons, finalement, l'approche thérapeutique. Le but est d'éclairer le praticien généraliste ou urgentiste sur les bons réflexes à adopter et les erreurs à ne pas commettre devant ce type de pathologie.

SITUATION CLINIQUE

Un patient de septante ans, sans antécédents médicaux particuliers, consulte aux urgences sur insistance de sa fille, qui le trouve fatigué avec un teint jaunâtre. En l'espace d'un mois, il a développé une asthénie prononcée, des lombalgies, des sudations nocturnes et une dyspnée au moindre effort. Il n'y a pas d'éléments faisant suspecter une hémorragie digestive. Il mentionne encore une automédication par ciprofloxacine en raison d'une suspicion de diverticulite. Le patient se présente avec un état général diminué, une pâleur, un ictère des sclères et un état fébrile. Les paramètres vitaux sont anormaux (pression artérielle 140/69 mm Hg; pouls 94/min; température 39 °C; fréquence respiratoire 22/min; SpO₂ 94% à l'air ambiant). L'abdomen est souple, indolore et aucune masse n'est palpée. Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

Examens complémentaires

Les examens de laboratoire montrent une anémie macrocytaire hypochrome à 47 g/l d'hémoglobine, évoquant une anémie hémolytique, sur la base d'une élévation de la bilirubine totale à 190 µmol/l (bilirubine directe 19,1 µmol/l), d'une diminution de l'haptoglobine à < 0,1 g/l, d'une élévation du lactate déshydrogénase (LDH) à 4636 U/l et d'une réticulocytose à 374 ‰. Une leucocytose à 20 G/l sans déviation gauche est constatée. La numération plaquettaire et la crase sont sans particularité, tandis que le reste du bilan biologique est dans les limites de la norme. Le frottis sanguin montre des microsphérocytes ainsi qu'une polychromasie, sans schizocytes augmentés. Le test de Coombs direct (ou test direct à l'antiglobuline (TDA)) est positif avec des autoanticorps chauds d'isotype IgG. Le bilan est complété par une tomographie, qui met en évidence une diverticulose sigmoïdienne non compliquée. Le diagnostic principal d'anémie hémolytique à autoanticorps chauds est retenu.

Traitement et évolution

Une transfusion érythrocytaire en urgence est décidée, au vu de l'anémie sévère et mal tolérée. Un traitement de corticoïdes (méthylprednisolone 125 mg IV puis prednisone 1 mg/kg

^aService de médecine interne, HFR Fribourg – Hôpital cantonal, 1708 Fribourg, ^bService des urgences, HFR Fribourg – Hôpital cantonal, 1708 Fribourg, ^cService d'hématologie, Laboratoire d'immunohématologie transfusionnelle, HUG, 1211 Genève 14
marion.walker@h-fr.ch | vincent.ribordy@h-fr.ch
sophie.waldvogelabramowski@hcuge.ch

per os) est instauré. Le bilan étiologique ne permet pas de trouver une cause sous-jacente, confirmant ainsi l'étiologie primaire. Le patient rentre à domicile après une semaine d'hospitalisation, une fois le phénomène d'hémolyse contrôlé, sans soutien transfusionnel. Le suivi à la consultation d'hématologie montre une évolution favorable, permettant le sevrage de la corticothérapie. Actuellement, à un an d'évolution, le patient est considéré comme étant en rémission.

DISCUSSION

Définition de l'anémie hémolytique

L'hémolyse est due au raccourcissement de la durée de vie des érythrocytes.² Elle peut être chronique, en tant que phénomène compensé par une augmentation de l'érythropoïèse, ou donner lieu à une anémie par dépassement des mécanismes de compensation de la moelle osseuse: c'est l'anémie hémolytique. Par ailleurs, l'hémolyse peut être aiguë, réalisant une crise hémolytique, qui constitue une véritable urgence.

Les anémies hémolytiques peuvent être scindées en deux catégories principales: les anémies hémolytiques intracorporelles en lien avec un défaut interne à l'érythrocyte et les anémies hémolytiques extracorporelles liées à un agent externe. Ajoutons que l'hémolyse peut être intra ou extravasculaire, survenant alors dans le système réticulo-endothélial (foie ou rate).³ Dans le cas d'une cause immune (allo-immune ou auto-immune), l'hémolyse peut être intra et/ou extravasculaire. Les raisons de la localisation, interne ou externe au vaisseau, ne sont pas encore intégralement connues. Cependant, on observe cliniquement que plus la réaction est rapide, plus elle concernera le compartiment intravasculaire. Sur le plan physiopathologique, l'implication du complexe d'attaque membranaire (CAM), avec activation complète du complément, caractérise l'hémolyse intravasculaire, et l'opsonisation par le C3d ou le Fc IgG caractérise l'hémolyse extravasculaire. Cette distinction revêt une importance thérapeutique car l'écuzumab, un anticorps anti-C5 actuellement testé dans le cadre d'hémolyses immunes très sévères, est efficace sur le mécanisme du CAM uniquement. Cela étant, il s'agit d'un traitement de dernière ligne, en raison du risque important d'infection et du manque de recul sur son utilisation.⁴

Anémies hémolytiques intracorporelles

Parmi les anémies hémolytiques intracorporelles s'inscrivent les défauts membranaires de l'érythrocyte congénitaux (sphérocytose) ou acquis (hémoglobinurie paroxystique nocturne), les anomalies enzymatiques congénitales telles que le déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase (G-6-PD) ou en pyruvate kinase, les hémoglobinopathies avec la drépanocytose (et autres hémoglobinoses) et les thalassémies.⁵

Sphérocytose

La sphérocytose est l'anémie hémolytique la plus fréquente en Europe. Elle est liée à un défaut de la perméabilité membranaire qui favorise le processus de phagocytose. Elle se caractérise par une anémie de l'enfant, qui peut se compliquer par des crises hémolytiques qui impliqueront une splénectomie en cas de récurrences fréquentes.

Déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase

Le déficit en G-6-PD ou favisme touche les populations issues d'Afrique, d'Asie ou du pourtour méditerranéen. La carence engendre une diminution de la formation de glutathion réduit, ayant un effet antioxydant sur le globule rouge. On observe des crises hémolytiques dans le contexte d'infection, d'ingestion de fèves ou après la prise de certains médicaments. Il n'y a pas de traitement spécifique hormis l'éviction des agents favorisants.

Drépanocytose

La drépanocytose est l'hémoglobinopathie hémolysante la plus fréquente et touche principalement les populations africaines. Il s'agit d'une modification qualitative par mutation génétique de l'hémoglobine, avec production d'hémoglobine anormale HbS, qui donne la forme caractéristique en faucille aux érythrocytes. Le porteur hétérozygote est souvent asymptomatique alors que l'homozygote est atteint dès l'enfance, avec anémie hémolytique et crises vaso-occlusives. La prise en charge consiste à éviter les épisodes de désaturation ainsi que de déshydratation ou d'infection, à transfuser pour corriger l'anémie et diminuer la fraction de HbS et à introduire un traitement d'hydroxyurée.

Thalassémie

La thalassémie, dont la forme la plus fréquente est la thalassémie bêta, est une anomalie quantitative de l'hémoglobine par déficit en chaîne bêta, après mutation génétique. L'érythropoïèse est inefficace, avec hémolyse essentiellement intramédullaire. C'est surtout la forme homozygote qui est la plus symptomatique, avec anémie sévère. Le traitement est principalement symptomatique, avec soutien transfusionnel.

Hémoglobinurie paroxystique

Enfin, l'hémoglobinurie paroxystique nocturne est l'unique forme d'anémie intracorporelle acquise. Il s'agit d'une maladie clonale acquise de la cellule souche hématopoïétique, se traduisant par un défaut membranaire, qui peut être associée ou non à d'autres maladies de la moelle osseuse. La fragilité membranaire est accrue en cas d'infection (via l'activation du complément), de diminution du pH (notamment nocturne), de stress ou d'efforts physiques importants. On constate une triade clinique avec hémolyse, thrombose et anémie de sévérité variable. La prise en charge comprend l'écuzumab, le support transfusionnel, l'antibiothérapie, la corticothérapie, l'anticoagulation et la substitution en acide folique et éventuellement en fer.

Anémies hémolytiques extracorporelles

Les anémies hémolytiques extracorporelles sont en lien avec un agent d'hémolyse extrinsèque à l'érythrocyte. Celles-ci sont dominées principalement par les hémolyses immunes, soit allo-immunes (accidents post-transfusionnels d'incompatibilité et maladie hémolytique du nouveau-né), soit auto-immunes (y compris médicamenteuses). Nous détaillerons principalement, ci-après, le cas des AHAI. Les autres étiologies sont les hémolyses mécaniques (microangiopathies thrombotiques, valves cardiaques, circulation extracorporelle), les hémolyses infectieuses (paludisme), les hémolyses secondaires à l'hypersplénisme et finalement les hémolyses toxiques (venins, champignons non comestibles, saturnisme, etc.). Concernant les hémolyses médicamenteuses, certaines sont induites par

le médicament (exemple: fludarabine), d'autres se produisent par combinaison avec un haptène (exemple: pénicilline). Dans le premier cas, le TDA est positif et dans le second, il sera positif uniquement en présence du médicament in vitro.

Anémie hémolytique autoimmune

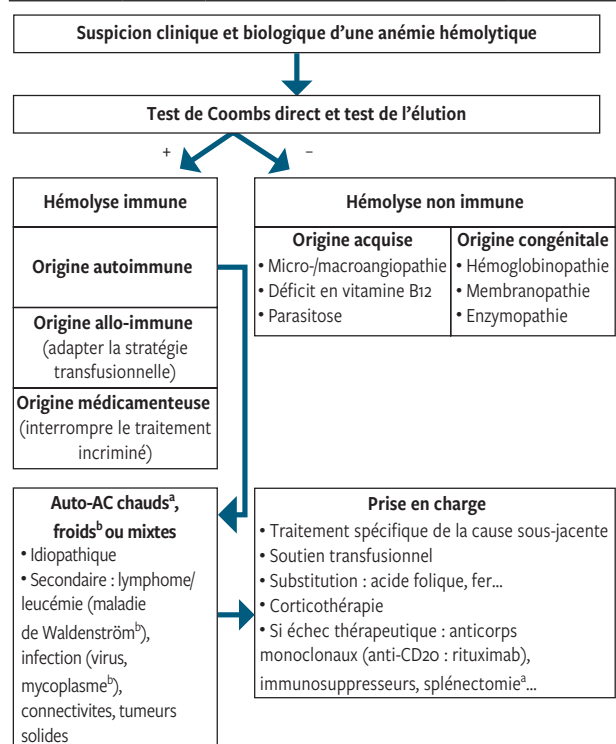
L'AHAI est une maladie peu fréquente, dont l'incidence s'élève à 1 pour 100 000 par année et la prévalence à 5 pour 100 000.¹ Elle peut survenir à tout âge avec une prédominance féminine. On distingue les deux types d'AHAI principaux (à autoanticorps chauds ou froids) selon les anticorps identifiés (IgG ou agglutinines froides de type IgM). D'autres formes plus rares d'AHAI, telles que la forme mixte (IgG et IgM) ou AHAI de type Donath-Landsteiner (anticorps IgG fixant à froid avec hémolyse au réchauffement), peuvent également s'observer.

Anticorps froids

Les anticorps froids constituent la maladie des agglutinines froides, qui concerne 15% des patients souffrant d'AHAI. La présentation peut être aiguë, volontiers dans un contexte para-infectieux (*Mycoplasma* et virus d'Epstein-Barr) avec guérison le plus souvent spontanée, en 3 à 4 semaines. Au-delà de 50 ans, un syndrome chronique des agglutinines froides est plus probable. Il est rarement idiopathique et le plus souvent secondaire, en lien avec un lymphome à cellule B. Cliniquement, on peut observer une acrocyanose et une hémolyse par poussée aiguë après l'exposition au froid.

FIG 1 Algorithme décisionnel de l'AHAI aux urgences

+: positif; -: négatif; ^aAuto-Ac chauds; ^bAuto-Ac froids.
AHAI: anémie hémolytique autoimmune; Auto-AC: autoanticorps.



Anticorps chauds

Le TDA de notre patient a révélé des autoanticorps de type chaud IgG. La proportion d'AHAI à autoanticorps chauds est de 70%, dont 45% sont idiopathiques et 55% secondaires. Les étiologies secondaires sont les maladies autoimmunes (lupus érythémateux systémique), les infections (VIH, virus des hépatites C et B, cytomégalovirus, virus du zona et *Mycobacterium tuberculosis*), les causes médicamenteuses, l'association avec une transplantation d'organe solide (liée paradoxalement à l'immunosuppression), l'utilisation d'immunothérapie (inhibiteur de points de contrôle immunitaire) et finalement les néoplasies et notamment les syndromes lymphoprolifératifs.

Diagnostic de l'anémie hémolytique

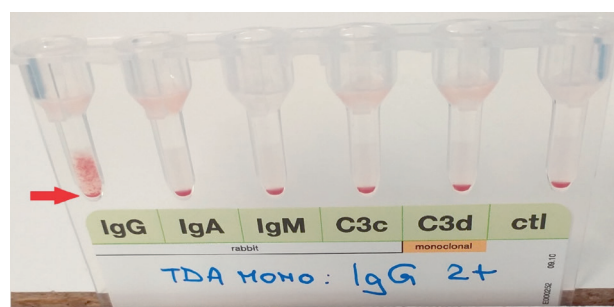
La démarche diagnostique de l'anémie hémolytique est résumée par l'algorithme décisionnel de la **figure 1**. Face à une anémie régénérative, il convient en premier lieu d'en définir le caractère hémolytique ou non. La caractérisation de l'anémie hémolytique (**tableau 1**) repose sur le bilan sanguin (diminution de l'haptoglobine, majoration de la bilirubine non conjuguée, majoration des LDH), l'analyse urinaire (urines foncées avec hémoglobinurie, urobilinogénurie et hémosidérinurie en cas d'hémolyse intravasculaire), l'examen du frottis sanguin (modifications de la morphologie des érythrocytes), le compte réticulocytaire (automate) ainsi que sur le TDA confirmé par le test d'élu

Test direct à l'antiglobuline

Le TDA est la technique la plus utilisée en laboratoire d'immunohématologie érythrocytaire et cela depuis plus de 70 ans.⁶ Il consiste en l'agglutination, via l'activité d'une antiglobuline antihumaine, d'érythrocytes couverts d'anticorps (**figure 2**). Il est dit direct, car l'antiglobuline est directement mise en contact avec les érythrocytes à étudier. L'antiglobuline peut être polyspécifique ou monospécifique (anti-IgG ou anticomplément). L'IgG est couramment associée à des anticorps chauds et le complément isolé (C3d) à des anticorps froids, qui devront être confirmés par une recherche

FIG 2 Photographie d'un test de Coombs direct (TDA) de type IgG

Le rôle du test est de détecter des immunoglobulines et/ou le complément à la surface des hématies du patient. L'antiglobuline va se fixer sur les hématies sensibilisées in vivo. Les hématies ayant fixé l'antiglobuline n'atteignent pas le fond de la colonne en cas de centrifugation. À noter que le témoin réactif (contrôle) doit être négatif pour pouvoir interpréter le résultat. On obtient, ici, un test positif pour des autoanticorps de type IgG.



(Avec l'aimable autorisation du laboratoire d'immunohématologie transfusionnelle, HUG.).

TABLEAU 1

Récapitulatif des marqueurs d'hémolyse

↓: diminution; ↑: augmentation; mét-Hb: méthémoglobine; LDH: lactate déshydrogénase; AHAI: anémie hémolytique auto-immune; G-6-PD: glucose-6-phosphate déshydrogénase.

Marqueur	Effet de l'hémolyse	Remarque
Hémoglobine, érythrocyte et hématocrite	↓	En cas d'anémie hémolytique
Haptoglobine sérique	↓	Paramètre sensible d'hémolyse intravasculaire; c'est une protéine de la phase aiguë qui peut également augmenter en cas d'inflammation
Bilirubine totale	↑	Bon marqueur de l'hémolyse extravasculaire
LDH	↑	Plus marquée dans l'hémolyse intravasculaire
Hémoglobinurie	Oui	
Coloration des urines	Foncée	Par augmentation de l'hémosidérinurie, marqueurs d'une hémolyse intravasculaire importante
Coloration des selles	Foncée	Augmentation de la bilirubinémie libre
Réticulocytes	↑	
Morphologie des érythrocytes		
Sphérocyte	±	Sphérocytose
Microsphérocyte	±	Typique dans l'AHAI
Cellule en cible	±	Thalassémie
Cellule falciforme	±	Drépanocytose
Schizocyte	±	Hémolyse mécanique (valve) ou microangiopathique
Amas érythrocytaire	±	Autoanticorps froids
Corpuscule de Heinz	±	Précipitation de l'hémoglobine dans les érythrocytes (carence en G-6-PD, mét-Hb)
Parasites intra-érythrocytaires	±	Malaria

d'agglutinines froides. Le complément C3d peut aussi s'associer à des IgG. Enfin, il existe des formes mixtes: anémies hémolytiques à autoanticorps chauds et froids.^{3,6} Concernant les agglutinines froides (autoanticorps froids), qui sont d'autant plus actives que la température est froide, elles sont testées à différentes températures, ce qui permet de préciser la signification clinique. Plus elles sont actives à température ambiante, voire à 37 °C, plus elles jouent un rôle important en clinique.

Test de l'élution

L'élution consiste à détruire les érythrocytes (par agent acide ou par chaleur) afin d'en décrocher les anticorps fixés et de les analyser.³ C'est le test le plus spécifique et sensible pour diagnostiquer des autoanticorps chauds (IgG). Si l'élution est négative, cela signifie qu'il n'y a ni allo-immunité ni autoimmunité de type IgG et le TDA est alors un faux positif. L'élution est aussi recommandée en cas d'hémolyse biologique avec TDA négatif, car celle-ci peut revenir positive et révéler ainsi un faux négatif. Un TDA positif de type IgG, en dehors

d'un contexte transfusionnel récent (délai inférieur à 4 mois), reste néanmoins un bon témoin du caractère auto-immun d'une anémie.

Prise en charge de l'anémie hémolytique auto-immune

La prise en charge initiale d'une AHAI consiste en l'évaluation rapide de l'indication à transfuser, la surveillance de l'activité de l'hémolyse, l'arrêt de médicaments suspects d'induire l'hémolyse et la supplémentation en acide folique. L'indication à la transfusion en urgence dépend du taux d'hémoglobine, mais également de la répercussion clinique (insuffisance cardiaque, ischémie cardiaque, insuffisance respiratoire, trouble de l'état de conscience), des antécédents du patient et de la rapidité d'installation de l'anémie.^{8,9}

Les tests prétransfusionnels en cas d'AHAI sont compliqués par la présence des autoanticorps qui peuvent masquer les alloanticorps à la surface des érythrocytes. Des techniques spécifiques permettent de les mettre en évidence sous réserve d'un délai d'analyse pouvant s'élever à plusieurs heures (techniques d'adsorption).³ L'analyse de groupes sanguins est, en général, perturbée par la présence d'agglutinines froides et la recherche d'anticorps irréguliers par la présence d'autoanticorps chauds. Le génotypage érythrocytaire est parfois nécessaire pour analyser les groupes sanguins d'intérêt transfusionnel, notamment lorsque le patient a bénéficié d'une transfusion dans les 4 derniers mois (sang mélangé).³ En situation d'urgence, on transfusera en compatibilité ABO, Rh D, en essayant également de respecter les antigènes C, c, E, e et Kell, sans attendre les tests prétransfusionnels complets. En présence d'autoanticorps froids associés, la transfusion doit être réchauffée à 37 °C avec un appareil validé pour cet usage.

Nous souhaitons insister, ici, sur deux éléments importants concernant la transfusion. D'abord, il est recommandé de ne transfuser qu'en cas d'anémie sévère ou symptomatique, car il existe toujours un risque d'aggraver le processus d'hémolyse. Ensuite, si l'on procède à une transfusion, avant que les tests prétransfusionnels ne soient terminés, le risque d'hémolyse allo-immune est augmenté. Il faut donc être prudent et discuter de ce choix avec un spécialiste en immunohématologie.

La suite de la prise en charge se basera à la fois sur le traitement d'une éventuelle pathologie sous-jacente, et sur la corticothérapie, afin de contrôler le phénomène d'hémolyse. La corticothérapie à haute dose constitue le traitement initial.⁹ L'efficacité se mesure par l'amélioration du taux d'hémoglobine et par la normalisation des paramètres d'hémolyse. Le sevrage de la corticothérapie débutera progressivement après rémission. En cas de non-réponse thérapeutique ou d'impossibilité d'arrêter la corticothérapie, il faut envisager d'autres stratégies thérapeutiques. En cas d'anémie hémolytique auto-immune idiopathique, la splénectomie (uniquement pour les AHAI à autoanticorps chauds) constitue généralement le traitement de seconde ligne. Dans le cas des étiologies associées à des syndromes lymphoprolifératifs ou des cas réfractaires, le rituximab représente le traitement de seconde ligne. Les modalités précises des traitements de seconde ou troisième ligne sont du domaine du spécialiste et dépassent le cadre de cet article.

CONCLUSION

La prise en charge précoce d'une AHAI par le généraliste ou l'urgentiste repose sur un bilan biologique complet permettant de poser le diagnostic, sur la détermination urgente de l'indication à transfuser de même que sur l'initiation rapide du traitement immunosuppresseur. Le cas doit être discuté sans délais avec le spécialiste hématologue.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- En situation urgente, face à une anémie hémolytique, il s'agit en premier lieu de déterminer l'indication et les modalités de la transfusion sanguine en partenariat avec les spécialistes du laboratoire d'immunohématologie
- Le test de Coombs direct, confirmé par les tests d'élution plus sensibles et spécifiques, constitue la pierre angulaire du diagnostic de l'anémie hémolytique et permet de déterminer le caractère immun ou non
- Le bilan étiologique et le traitement immunosuppresseur doivent être initiés précocement
- Au vu des spécificités diagnostiques et thérapeutiques, il convient de recourir d'emblée au spécialiste en hématologie pour orienter la prise en charge

1 Zanella A, Barcellini W. Treatment of autoimmune hemolytic anemias. *Haematologica* 2014;99:1547-54.

2 Herold G, et al. Médecine interne, Le guide de l'interne. 4^e éd. Paris: De Boeck; 2012.

3 Peyrard T, Rouger P. La transfusion dans les anémies hémolytiques auto-immune. *Hématologie* 2009;15:366-77.

4 Dumas G, Habibi A, Onimus T, et al. Eculizumab salvage therapy for delayed hemolysis transfusion reaction in sickle cell disease patients. *Blood* 2016;127:1062-4.

5 Lanthier L, et al. Guide pratique de médecine interne. 7^e éd. FORMED éditeur; 2018.

6 Zeerleder S. L'anémie hémolytique

auto-immune : un défi diagnostique et thérapeutique. *Forum Med Suisse* 2010;10:626-33.

7 Anastasiou M, Chalandon Y, Anchisi S. Anémie hémolytique dans le contexte de cancer. *Rev Med Suisse* 2018;14:1021-7.

8 **Go RS, Winters JL, Kay NE. How I Treat Autoimmune Hemolytic Anemia. *Blood* 2017;129:2971-9.

9 *Hill QA, Stamps R, Massey E, et al. The diagnostic and management of primary autoimmune haemolytic anemia. *Br J Haematol* 2017;176:395-411.

* à lire

** à lire absolument

MISCELLANÉES CORONAVIRALES ET THÉRAPEUTIQUES, VIRALES ET VÉGÉTALES

JEAN-YVES NAU
jeanyves.nau@gmail.com

Covid-19: l'antiviral remdesivir officiellement autorisé aux États-Unis

C'est officiel depuis peu: l'antiviral remdesivir (Veklury) devient le premier traitement contre le Covid-19 autorisé aux États-Unis. Initialement développé par le laboratoire Gilead pour lutter contre le virus Ebola, ce médicament vient en effet d'être approuvé par la Food and Drug Administration (FDA) dans le traitement du Covid-19. Il pourra ainsi être donné aux adultes et aux adolescents âgés de 12 ans et plus, pesant au moins 40 kg et dont l'état nécessite une hospitalisation. Par ailleurs, le remdesivir devra être administré uniquement «dans un hôpital ou dans un établissement de soins de santé capable de fournir des soins de qualité comparable aux soins hospitaliers», précise la FDA. «L'agence américaine a également accordé une nouvelle autorisation d'utilisation en urgence (EUA) au remdesivir pour les enfants hospitalisés de moins de 12 ans (pesant entre 3,5 kg et 40 kg)» précise *Le Quotidien du Médecin*.¹

En France, la Haute Autorité de santé (HAS) avait toutefois, en septembre, rendu un avis très mitigé sur le remdesivir – au point que Gilead avait finalement retiré sa demande d'inscription au remboursement. Pour motiver son avis, l'autorité française avançait notamment les résultats de l'étude américaine ACTT, un essai de phase 3 en double aveugle contre placebo du National Institute of Allergy and Infectious Diseases.

Mené sur 1062 patients hospitalisés qui ont reçu du remdesivir (n = 541) ou un placebo (n = 521), en plus des soins

standards, cet essai s'intéressait au délai de rétablissement (être sorti de l'hôpital ou être hospitalisé mais sans oxygène supplémentaire ou soins médicaux continus) après l'administration du traitement. La HAS avait alors jugé qu'il s'agissait d'un «critère de jugement principal de pertinence clinique discutable».

C'est pourtant en partie sur cette même étude, dont les résultats définitifs ont été publiés récemment dans le *New England Journal of Medicine*,² que la FDA s'est fondée pour accorder son autorisation. «Le temps médian de récupération du Covid-19 était de 10 jours pour le groupe remdesivir, comparé à 15 jours pour le groupe placebo, soit une différence statistiquement significative, estime l'agence américaine. Dans l'ensemble, les chances d'amélioration clinique au jour 15 étaient également statistiquement significativement plus élevées dans le groupe remdesivir par rapport au groupe placebo».

Deux autres essais sont cités par la FDA pour justifier sa décision. Tout d'abord l'essai SIMPLE-Moderate, multicentrique, randomisé et ouvert, mené sur des sujets adultes hospitalisés atteints d'un Covid «modéré» (ne nécessitant pas d'oxygénothérapie), comparant le traitement par remdesivir pendant cinq jours (n = 191) et dix jours (n = 193) avec un traitement standard (n = 200). Selon la FDA, les chances d'une amélioration des symptômes étaient «statistiquement significatives» (OR de 1,09 à 2,48, selon Gilead) dans le groupe de traitement à cinq jours (et ce au jour 11), mais pas dans celui à dix jours de traitement (OR de 0,88 à 1,95, selon Gilead).

Ensuite, l'essai SIMPLE-Severe, lui aussi multicentrique ouvert et randomisé, mené sur des sujets adultes hospitalisés atteints d'un Covid-19 sévère (nécessitant une oxygénothérapie mais pas de ventilation assistée), sur qui a été comparé un traitement de cinq jours (n = 200) et de dix jours (n = 197), avec une évaluation à J-14. Des résultats similaires ont été observés en termes d'amélioration des

symptômes dans les deux groupes de traitement, relève la FDA. «L'approbation est étayée par des données provenant de plusieurs essais cliniques que l'agence a rigoureusement évalués, souligne le Dr Stephen Hahn, commissaire de la FDA, dans un communiqué. C'est une étape scientifique importante dans la lutte contre la pandémie». Il reste à savoir combien de pays suivront les États-Unis.

Un nouveau virus végétal vient d'être introduit en France

Le Tomato leaf curl New Delhi virus (ToLCNDV) est un virus qui a la capacité de progresser rapidement au sein des cultures de courgettes, en provoquant des dommages importants. Le laboratoire de la santé des végétaux de l'Agence nationale française de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) a confirmé sa présence en France – et ce alors que le pays était jusqu'à ce jour exempt de la maladie.

Décrit pour la première fois en Inde sur des plans de tomates, le virus ToLCNDV est actuellement présent dans plusieurs pays européens (Espagne, Portugal, Italie, Grèce, Estonie), où il cause des dommages sur les cultures de courgettes, concombres et melons. Signalé en France par des professionnels, la présence du ToLCNDV vient d'être confirmée suite aux analyses de l'Anses dans quatre zones de production de courgettes – dans les régions Occitanie et Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

«Membre de la famille des *Geminiviridae*, le virus est transmis principalement par une mouche blanche, l'aleurode *Bemisia tabaci*, un insecte vecteur considéré comme très efficace pour disséminer la maladie, explique l'Anses.³ Cet insecte acquiert le virus en 15 à 30 minutes lorsqu'il ponctionne la sève de plantes infectées. Il conserve ensuite le virus à vie et peut ainsi le disséminer pendant plusieurs jours en infectant des plantes saines.»

Au vu de la situation des pays où il a été détecté, ce virus est susceptible d'infecter un très grand nombre d'espèces végétales telles que la pomme de terre, la tomate, la courgette, l'aubergine, le melon, le concombre, le poivron, les courges, en causant

L'ANTIVIRAL
REMDESIVIR
DEVIENT LE
PREMIER TRAITEMENT
CONTRE LE
COVID-19
AUTORISÉ AUX
ÉTATS-UNIS



© istockphoto/digicomphoto

d'importants dommages aux cultures. Sur les courgettes, les plants sont rabougris et chlorotiques. Les feuilles sont déformées, enroulées et présentent des mosaïques plus ou moins marquées. Et comme pour tous les virus des plantes, il n'existe pas de moyen de lutte connu pour guérir une plante infectée. Pour éviter sa propagation, la prévention est donc essentielle avec l'utilisation de matériel végétal ou de plants sains, l'élimination des plantes malades et le contrôle des populations de l'insecte vecteur.

Le virus ToLCNDV est un organisme nuisible réglementé au niveau européen. En France, le laboratoire de la santé des végétaux de l'Anses réalise les analyses officielles qui permettent de confirmer sa présence. Une méthode permettant d'identifier des virus de la même famille est utilisée dans un premier temps puis, en

cas de résultat positif, l'analyse de la séquence génétique spécifique du ToLCNDV est nécessaire pour finaliser le diagnostic. Afin de renforcer les capacités de détection du virus, l'Anses expérimente également plusieurs tests de détection par PCR en temps réel et participe à un essai interlaboratoires organisé au niveau européen par le laboratoire de référence de l'Union européenne.

L'Anses précise qu'il ne faut pas confondre cette entité pathogène avec le tomato brown rugose fruit virus (ToBRFV). En février 2020, elle avait en effet alerté sur un nouveau virus émergent particulièrement dangereux pour les tomates.⁴ Le ToBRFV, se transmet par les semences, les plants et les fruits infectés, ainsi que par simple contact et peut survivre longtemps sans perdre son pouvoir infectieux. Il avait été détecté en février 2020 dans la région

Bretagne mais aucun nouveau foyer n'a depuis été identifié. Les mesures prises en Europe ont amené à renforcer la surveillance du virus sur le territoire national, menée par les services de l'État et leurs délégataires, ce qui a permis de limiter sa propagation.

1 Bellanger E. Après une autorisation de la FDA, le remdesivir devient le premier traitement autorisé contre le Covid-19 aux États-Unis. Le Quotidien du médecin, 26 octobre 2020.

2 Beigel J, Tomashek K, Dodd L, et al. Remdesivir for the Treatment of Covid-19 – Final Report. New Engl J Med 2020. doi.10.1056/NEJMoa2007764

3 Agence nationale française de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Un virus qui menace les courgettes détecté pour la première fois en France. 27 octobre 2020.

4 Nau J.-Y. Miscellanées euthanasiques, végétales et virales Rev Med Suisse 2020;16:514-5.

CARTE BLANCHE



Pr Christophe Luthy

Service de médecine interne
et de réadaptation de Beau-Séjour
HUG, 1211 Genève 14
christophe.luthy@hcuge.ch

LES SITUATIONS DÉSESPÉRÉES EN CLINIQUE: FAIRE FACE SANS S'ÉPUISER?

Rien de plus facile que de décrire les expériences que chacun peut ressentir en visitant Naples, Paris ou les bords du lac Léman. Ceci parce que la plupart d'entre nous a déjà vu des choses qui offrent une certaine ressemblance avec ces environnements. Il est bien plus difficile en revanche de décrire les vécus des thérapeutes qui se confrontent aux limites de la médecine et à des désastres individuels qui les laissent momentanément interdits. En effet, ces situations soulèvent souvent des images inaccessibles aux sens et que l'œil se fatigue à seulement imaginer. En pratique hospitalière ou ambulatoire, les thérapeutes peuvent en effet échanger des descriptions

physiques et physiopathologiques. Ils peuvent aligner des mots pour attirer l'attention sur la gravité de telle affection, sur l'intrication inédite de divers facteurs morbides, ou encore sur l'effroyable évolution de telle ou telle situation. Cependant, au moment où un soignant veut décrire les sensations exactes éveillées en lui lorsqu'il parvient à un passage étroit avec un malade qui chemine aux limites de la désolation, recueillir tout cela produit des sentiments que nul vocabulaire ne peut facilement exprimer.

Afin de guider les apprentissages des plus jeunes et de préserver leurs forces vives dans de tels moments, est-il quand même possible de traduire quelque chose par l'écrit? En tant que clinicien, je crois que la réponse à cette question dépend de l'exploration des dispositions internes des thérapeutes selon un minimum de trois axes: *pour quelles raisons* ai-je choisi de pratiquer la médecine clinique?; *comment* puis-je oser m'appuyer sur mes qualités particulières pour décupler mes qualités technico-professionnelles?; mais aussi *comment* est-ce que je ressens en retour l'impact que mes actions induisent sur les malades?

Il faudrait d'autres compétences que les miennes pour développer les contenus des trois axes proposés. Dans mon expérience



© istockphoto/sasirir pamai

face à ces malades cependant, il est possible de recourir au paradoxe – donner à chaque mouvement son émotion égale et opposée – pour parvenir à dire que *des pensées naissantes d'abattement, de crainte ou de colère en aivent d'autres qui, par degrés, peuvent se transformer jusqu'à renforcer la nécessaire détermination et la force tranquille du soignant*. Ceci au moins si le thérapeute accepte le challenge de faire front aux côtés de son malade; s'il réalise que la combinaison de ses qualités humaines et technico-professionnelles constitue le meilleur gage pour soulager avec empathie; et s'il comprend qu'il pourra demeurer à l'abri de la souffrance la plus vive grâce à son recul. Et c'est là le point d'arrivée de ce court texte qui s'efforce d'expliquer comment le paysage de la médecine peut posséder si totalement des humains qui en côtoient d'autres qui vivent le désespoir et les limites

de la médecine. La connaissance des différents ingrédients du modèle biopsychosocial est évidemment indispensable aux thérapeutes afin qu'ils puissent comprendre et aider les malades à faire face. Je souligne cependant que ce qui fait naître chez les soignants un attachement si extraordinaire à une pratique qui n'est après tout qu'une masse de savoirs en renouvellement, qu'une somme de rencontres plus ou moins réussies avec de véritables guérisons, mais également d'inévitables désillusions face aux détresses de la vie, ce sont d'abord des questionnements individuels, des ambitions personnelles, ainsi que des sentiments de confiance en soi et de sérénité.

Remerciements: aux collègues du Service de psychiatrie de liaison et de crise des HUG qui accordent des supervisions hebdomadaires aux internistes du SMIR-BS.

LU POUR VOUS Covid-19: que sait-on de la réponse immunitaire humorale au virus SARS-CoV-2?

La réponse immunitaire à l'infection SARS-CoV-2 reste mal décrite, notamment quant à l'intensité et la durée de la réponse humorale en fonction de la sévérité clinique de l'infection. Dans le but de mieux comprendre cette réponse, des chercheurs islandais ont étudié la séroprévalence de divers anticorps anti-SARS-CoV-2 dans un échantillon représentatif de la population de l'île, de manière longitudinale. Une combinaison de 6 tests sérologiques a été utilisée pour rechercher des anticorps sériques dans 2 groupes de patients testés positifs par PCR, ainsi que dans 6 groupes de patients non testés ou testés négatifs par PCR. Au total, plus de 30 000 sujets ont été testés, sur des échantillons datant de janvier 2017 à juillet 2020. Ceci a permis d'évaluer la spécificité des tests, la dynamique initiale de l'épidémie dans le pays, la proportion de personnes infectées et asymptomatiques, et

l'évolution des titres d'anticorps au cours du temps. Les résultats montrent une excellente spécificité des tests sérologiques (99,8%), avec un nombre négligeable de faux positifs. Le virus a atteint l'Islande en février 2020, et plus de 91% des personnes ayant eu une infection confirmée par PCR ont développé des anticorps contre le virus, avec une augmentation progressive des IgG pendant les 2 premiers mois, puis un plateau pendant toute la suite de la période d'observation (en général 4 mois). Sur la base de leurs résultats, les auteurs estiment que 0,9% de la population islandaise a été infectée, dont un peu plus de la moitié seulement a été diagnostiquée par PCR, avec un taux de mortalité globale de 0,3%. Enfin, 30% des infections étaient survenues chez des personnes non placées en quarantaine.

Commentaire: Cette étude longitudinale confirme que l'infection

au virus SARS-CoV-2 induit une réponse immunitaire progressive, persistante au moins pendant 4 mois, avec un taux d'anticorps proportionnel à la sévérité de l'infection. Les infections sont le plus souvent survenues dans le contexte familial, mais un nombre important de sujets infectés n'ont été ni symptomatiques ni diagnostiqués. Les résultats suggèrent également que les mesures de contrôle de la propagation du virus (quarantaine, distanciation physique, traçage des contacts, limitation des rassemblements) ont été efficaces, puisque la séroprévalence populationnelle autour de deux foyers épidémiques est restée très basse, l'essentiel des infections secondaires ayant été diagnostiquées par PCR chez des personnes placées en quarantaine. Il faut noter enfin quelques cas de personnes chez qui la PCR a été positive, sans développement d'anticorps, ce qui pourrait

correspondre à des faux négatifs ou à une absence de développement d'une immunité humorale. Reste à déterminer la protection offerte par ces anticorps, démontrée chez les macaques mais incertaine chez les humains. Le nombre très marginal de réinfections décrites dans la littérature médicale suggère une protection immunologique, au moins de quelques mois, mais rien ne permet d'affirmer une protection de longue durée. À suivre donc dans les mois à venir...

Pr Thierry Fumeaux

Service de médecine et des soins intensifs, Hôpital de Nyon

Coordination: Dr Jean Perdrix,

Unisanté (jean.perdrix@unisante.ch)

Gudbjartsson DF, et al. Humoral Immune Response to SARS-CoV-2 in Iceland. *N Engl J Med* 2020;383:1724-34. doi: 10.1056/NEJMoa2026116.

COVIDWATCH

LES STRATÉGIES SUBVERSIVES UTILISÉES PAR SARS-COV-2 POUR SUPPRIMER LES DÉFENSES DE L'HÔTE

Les réponses immunitaires innées contre les virus reposent en bonne partie sur le système interféron (IFN). Lors d'une infection virale, la présence d'acides nucléiques différents des acides nucléiques cellulaires (par ex. ARN double brin) est reconnue par des molécules senseurs (par ex. RIG-I et MDA5) qui favorisent la translocation nucléaire du facteur de transcription IRF3, conduisant à la sécrétion d'IFN alpha et bêta par la cellule infectée. Par la suite, la liaison des IFN à leurs récepteurs sur des cellules non infectées induit l'expression de centaines de gènes à fonction antivirale les rendant réfractaires à une infection. Les fonctions anti-IFN existent chez de

nombreux virus et expliquent leur capacité à se répliquer chez leur hôte malgré les IFN. Dans le présent travail, les auteurs ont cloné et exprimé les séquences codant pour les 27 protéines produites par SARS-CoV-2 dans des cellules humaines, qu'ils ont traitées de manière à identifier à quels ARN ces protéines se lient dans la cellule. Parmi les 26 protéines virales purifiées avec succès, 10 (NSP1, NSP4, NSP8, NSP9, NSP12, NSP15, NSP16, ORF3b, N, et E) ont été trouvées liées à des ARN spécifiques humains dont 6 structuraux, non codants, et 142 messagers. Ces liaisons étaient hautement spécifiques des protéines virales et d'une région précise du ARN cellulaire.

Sans rentrer dans trop de détails, on peut dire que NSP16 se lie à des ARN du spliceosome pour inhiber fortement le splicing des ARNm cellulaires, prévenant ainsi l'expression des gènes antiviraux induits par les IFN.

NSP1, elle, se lie à l'ARN 18S de la petite (40S) sous-unité ribosomique et inhibe la traduction des ARNm en protéines, prévenant à nouveau la production de protéines antivirales induites par les IFN, mais non celle des ARNm viraux, qui, grâce à une séquence particulière dans leur extrémité amont, ne sont pas sensibles à cette inhibition. Enfin, NSP8 et NSP9 se lient à un ARN faisant partie d'un complexe SRP impliqué dans le

tri des peptides naissant des ribosomes en direction du cytoplasme ou alors des membranes du réticulum endoplasmique. Cette voie est nécessaire pour sécréter une protéine. Ce faisant, elles réduisent l'incorporation aux membranes et la sécrétion de protéines cellulaires, en particulier des IFN, et probablement de beaucoup d'autres protéines impliquées dans les défenses antivirales.

Les auteurs démontrent par une approche systématique l'impact de l'expression de protéines virales sur le métabolisme des ARN cellulaires, qui se traduit entre autres par une forte inhibition de la production d'IFN par la cellule infectée, et

de la réponse de la cellule non infectée aux IFN. Le papier est remarquablement bien écrit et illustré de figures comprenant, à côté des résultats, des schémas explicatifs des approches expérimentales. Malgré la complexité du sujet, il me semble qu'il est lisible au prix d'une certaine culture en biologie moléculaire et cellulaire.

De manière remarquable, ces protéines (NSP1, NSP8, NSP9, and NSP16) sont produites tôt dans le cycle de réplication virale, avant que les intermédiaires de réplication du génome viral, des ARN à double brin inducteurs d'IFN, ne puissent induire cette réponse.

Chacun des trois mécanismes identifiés ci-dessus inhibe la réponse IFN de 5 à 10 fois. Ensemble, ils ont le potentiel d'inhiber cette réponse jusqu'à 1000 fois, un effet très puissant qui joue très probablement un rôle dans la pathogenèse, en particulier des formes graves, de Covid-19. Chacun identifie également des cibles possibles d'interventions antivirales, et donc de développement de médicaments.

Cette étude s'est concentrée sur un impact des protéines virales sur le système IFN. Elle a aussi détecté des interactions entre les protéines virales et des ARN impliquées dans d'autres

fonctions. Il est probable par exemple qu'elles perturbent aussi la production de messagers tels que les cytokines, voire de nombreux autres systèmes cellulaires.

Par nécessité, les protéines virales doivent dans le cadre de la réplication virale interagir avec les ARN viraux. Il n'est pas étonnant qu'elles puissent aussi le faire avec des ARN cellulaires. Selon le résultat fonctionnel, une telle interaction peut résulter en un avantage sélectif (darwinien). La présence de tels mécanismes n'a donc rien d'étonnant et est très répandue parmi les virus. C'est un thème constant dans la biologie des virus, parasites obligatoires de nos cellules, d'avoir développé des mécanismes de subversion par lesquels ils s'approprient les systèmes de biosynthèse de la cellule, à son détriment et à leur avantage.

Il faut d'ailleurs s'imaginer que dans la pléiade de souches de coronavirus animaux, en particulier chez les chauves-souris, la plupart encore inconnus, il y en a dotés d'autres moyens de désarmer le système immunitaire ou encore d'autres mécanismes pathogènes, capables de causer des maladies aussi ou plus sévères que le Covid-19. Il est donc important de limiter le risque de zoonoses, par exemple

La Revue Médicale Suisse et le Covid-19

Pour répondre aux besoins croissants d'information au sujet du Covid-19, et dans le but de rassembler tous les textes de la *Revue Médicale Suisse* sur le sujet, nous avons créé un onglet dédié sur notre site:

revmed.ch/covid-19

- Vous y retrouverez: plus de 100 textes consacrés au Covid-19 (état à ce jour)
- Des articles cliniques, y compris en pré-publication (online first)
- En particulier, les articles des numéros spéciaux Covid-19 sous la direction des Drs Sabine Blum et Mathilde Gavillet
- Un suivi des articles de la littérature mondiale concernant le Covid-19 – y compris les sujets disputés – commentés par les Prs Pascal Meylan, Michel Glauser, Patrick Francioli et Jean-François Balavoine
- L'ensemble des textes publiés par la RMS au sujet du Covid: des articles, de courtes mises au point, des tribunes politiques et juridiques, des réflexions plus générales

Cette rubrique «Covid-19» est libre d'accès et fait l'objet d'une newsletter dédiée et gratuite: inscription sur la page revmed.ch/covid-19

Pour nous soumettre un texte sur le sujet: redaction@revmed.ch

en interdisant l'élevage, et surtout la commercialisation dans le cadre de marchés vivants, d'animaux sauvages susceptibles de servir d'hôtes intermédiaires.

Pascal Meylan

Professeur honoraire
Faculté de biologie et de médecine
Université de Lausanne, 1015 Lausanne
pascal.meylan@unil.ch

Banerjee AK, et al. SARS-CoV-2 Disrupts Splicing, Translation, and Protein Trafficking to Suppress Host Defenses. *Cell* 2020;S0092-8674(20)31310-6. doi: 10.1016/j.cell.2020.10.004.

REVUE DE PRESSE

La deuxième vague de Covid pèse sur le moral des Suisses

Effondrement du système hospitalier, situation économique, hausse des conflits sociaux, perte du lien social et de la solidarité: d'après le dernier sondage Sotomo sur le coronavirus en Suisse, tous ces sujets préoccupent davantage la population que lors d'une enquête d'opinion similaire réalisée en mars. «L'attitude générale n'est plus de considérer la crise du coronavirus comme une sorte d'aventure, mais plutôt comme un fardeau», résume Michael Hermann de l'institut Sotomo. L'organisation a réalisé

plusieurs sondages en ligne, à intervalles réguliers, pour évaluer comment l'opinion perçoit la gestion de la pandémie par le gouvernement, et les impacts du Covid-19 sur la société. (...) La situation sanitaire s'est rapidement détériorée au cours des dernières semaines. Avec plus de 1193 cas pour 100000 habitants sur une période de 14 jours (chiffre au 6 novembre), la Suisse est désormais l'un des pays au monde où l'incidence est la plus forte. Interrogés sur leurs craintes personnelles, 55% des répondants disent redouter des restrictions des libertés individuelles résultant des mesures sanitaires prises pour

lutter contre le virus. Michael Hermann pointe également des inquiétudes en hausse concernant l'isolement social (de 30% en juin à 46% en octobre) et les conflits intrafamiliaux. Le sondage montre que l'arrivée d'une deuxième vague de la pandémie en octobre a aussi rendu la population plus soucieuse de sa santé. De sondage en sondage, la perspective de pouvoir à nouveau vivre sans restrictions s'éloigne en Suisse. Plus de 80% des personnes interrogées ne s'attendent pas à un retour à la normale avant l'été 2021, au plus tôt. (...) La confiance dans le gouvernement se maintient, même si elle

avait chuté entre avril et octobre, comme le montraient les résultats préliminaires de l'enquête Sotomo publiés la semaine dernière. Fin octobre, seuls 37% des sondés déclaraient avoir une grande ou une très grande confiance dans le Conseil fédéral pour surmonter la crise liée à la pandémie. Mais cette proportion est remontée à 44% une semaine après l'annonce par les autorités de nouvelles restrictions pour contenir la propagation du virus.

Christiane Imsand

Swissinfo.ch, le 6 novembre 2020

Cavete collegae!

De quoi au juste devons-nous nous méfier ? D'être instrumentalisés par des pouvoirs, des groupes d'intérêt qui cherchent autre chose que celui du patient. Nous sommes alertés par des pressions administratives relatives par exemple, dans *le Temps*^a (Le système d'asile suisse de nouveau remis en question: *...une des accusations les plus sérieuses, la pression mise sur les médecins qui rédigent régulièrement des rapports cruciaux à la hâte...*). Le domaine de l'asile est non seulement miné par une exception juridique (le demandeur d'asile ne jouit pas de la présomption d'innocence, il est d'emblée traité comme prévenu qui doit «prouver son innocence»), mais aussi par des inégalités de traitements. Cela pose des questions éthiques.

Dès le 4^e siècle avant Jésus-Christ, Hippocrate a mis en place des garde-fous. La mission du médecin est de promouvoir et de préserver la santé de l'être humain, dans la plénitude de son savoir et de sa conscience. Après la Seconde Guerre mondiale et la création, en 1947, de l'Association médicale mondiale, celle-ci s'est préoccupée de questions d'éthique. Le procès des médecins à Nuremberg a mis en évidence la nécessité de réaffirmer des lignes directrices concernant à la fois les droits humains et les droits des patients. Le serment de Genève (1948) et la déclara-

tion d'Helsinki (1964) sont des références éthiques.

MASM^b (médecins action santé migrant-e-s), groupe sans appartenance politique auquel je participe, échange mensuellement ses expériences. Il s'inquiète aussi de l'éthique autour des renvois de requérants d'asile. Avant d'écrire cette tribune, des contacts ont été pris auprès d'éthiciens et de personnes engagées sur le terrain.

Les médecins mandatés par le Secrétariat d'État aux migrations (SEM) pour cautionner les départs forcés ne soignent évidemment pas leurs «patients», ils exécutent des ordres découlant d'un contexte politique. N'empêche, les directives éthiques sont claires^c pour également couvrir leur action qui a des répercussions sur l'état physique et mental des personnes. Par analogie, des médecins-conseils sont aussi soumis au code de déontologie qui prime sur toute logique d'entreprise. Ils ne peuvent pas défendre les intérêts de l'institution au détriment des patients.

Sur quelle base se recrutent alors les médecins appelés à cautionner des renvois forcés, parfois entachés de «bavures» (patient en cours de chimiothérapie, femme sur le point d'accoucher, enfant handicapé, etc., la liste est hélas longue)? Dès 2012 – après le décès d'un Nigérian à l'aéroport de Zurich – une société spécialement créée pour ce travail^d a été épinglée par la presse et par des politiciens.^e Son contrat a été renouvelé en juin 2020 (après une mise au concours où personne d'autre n'a postulé), malgré les avertissements que le SEM a reçus de diverses organisations. Je me suis procuré le cahier des charges^f (qui a disparu du web) auprès du SEM, en allemand.

D'emblée la Confédération met en garde: les pathologies rencontrées sont avant tout psychiatriques.^g Quel est le volume du travail? Entre 2017 et 2019, en moyenne 1500 examens d'aptitude au vol, une centaine de vols spéciaux et environ 500 vols de ligne par an pour le rapatriement. L'évaluation se fait sur dossier. Un petit sondage dans un centre de renvoi confirme nos suppositions: s'il arrive rarement qu'un requérant soit examiné, jamais la société mandatée n'a pris contact

avec un des deux médecins de ce centre – n'est-ce pas une négligence?

Je constate la bonne intention, faire deux mandats distincts (évaluation de l'aptitude au vol; accompagnement des vols) afin d'éviter une incitation d'ordre financier. Hélas, faute d'alternative, la société poursuit les deux mandats.

Inquiétante, la définition de l'aptitude au vol que je traduis ainsi: elle est donnée quand – avec assez de probabilité – on exclut un accident de santé majeur durant

le vol et le jour qui suit. Rien sur une prise en compte de documents fournis par des collègues connaissant le contexte médical, aucune appréciation sur la prise en charge ultérieure.

Quels sont les confrères qui postulent? Le cahier des charges demande des médecins expérimentés et porteurs d'un diplôme fédéral (à l'exclusion d'assistants ou étudiants), donc soumis à nos codes déontologiques.

Le médecin n'aura pas commis de faute professionnelle, il répond à une question précise puis s'en lave les mains. Et l'exécutant du sale boulot se dit «je suis couvert par un avis médical», et tous d'une même voix: c'est le peuple Suisse qui l'a voulu. Situation navrante, est-elle digne de notre civilisation?

Pourquoi l'appel d'offre de la Confédération n-at-il pas eu d'autres réponses?

**JAMAIS LA SOCIÉTÉ
MANDATÉE N'A
PRIS CONTACT
AVEC UN DES
DEUX MÉDECINS
DE CE CENTRE**

^a « Le Temps », 8 octobre 2020, Le système de l'asile suisse de nouveau remis en question.

^b Le Courrier des Médecins Vaudois (octobre 2020) présente notre groupement né à la fin 2019.

^c Début de la Déclaration de Genève : En qualité de membre de la profession médicale, je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité; je considérerai la santé et le bien-être de mon patient comme ma priorité; je respecterai l'autonomie et la dignité de mon patient; je veillerai au respect absolu de la vie humaine; je ne permettrai pas que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de genre, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'orientation sexuelle, de statut social ou tout autre facteur s'interposent entre mon devoir et mon patient.

^d OSEARA Kloten.

^e B. Glättli/ZH.

^f Pflichtenheft (20023) 420. Medizinische Betreuung bei Rückführungen: Medizinische Beurteilung der Transportfähigkeit (Los 1) und Medizinische Begleitung (Los 2).

^g Personen, welche eine medizinische Betreuung bei der Ausreise benötigen, machen nebst physischen Beeinträchtigungen oftmals psychische Erkrankungen geltend.

DR PAUL SCHNEIDER

Ch. de Mon Repos 1A, 1450 Sainte-Croix
Membre MASM (médecins action santé migrant-e-s)
paul.schneider@bluewin.ch
www.masm.ch/

Information santé
grand public



Auteur
Brent A. Bauer

Préface de
Pierre-Yves Rodondi

Traduit de l'anglais par
Virginie Barral

Prix
CHF 24.- / 24 €
341 pages, 15 x 22 cm

ISBN 9782889410750
© 2020

Guide de médecine intégrative de la Clinique Mayo

Quand la médecine conventionnelle s'allie à la médecine complémentaire

Médecines douces et médecine conventionnelle ne sont plus inconciliables, dans les faits comme dans les mentalités. La volonté de vivre mieux au quotidien, en bonne santé mais aussi malgré la maladie, incite de plus en plus de personnes à combiner les médecines dites naturelles et les traitements conventionnels comme les médicaments ou la chirurgie. Ce mouvement, appelé « médecine intégrative », est suivi par de nombreux médecins et de plus en plus d'hôpitaux.

Dans ce guide, la Clinique Mayo offre tout son savoir-faire concernant les méthodes de relaxation et les bienfaits de l'hypnose ou de la méditation ; la bonne utilisation des plantes et des compléments alimentaires ; les effets de l'ostéopathie, de l'acupuncture comme de la massothérapie ; et bien d'autres pratiques encore.

En retournant ce coupon à **Planète Santé**
Médecine et Hygiène - CP 475 - 1225 Chêne-Bourg :

☐ **Je commande :**

..... **ex. Guide de médecine intégrative
de la Clinique Mayo**

Frais de port 3.- pour la Suisse, offerts dès 30.-
Autres : 5 €

Adresse de livraison

Timbre / Nom Prénom _____

Adresse _____

E-mail _____

Date _____

Signature _____

Vous pouvez aussi passer votre commande par : E-mail :
livres@planetesante.ch Internet : boutique.revmed.ch / Tél. : +41 22 702 93 11

Planète Santé est la marque grand public de Médecine & Hygiène