

Gestion de la crise en milieu hospitalier

Adaptation de la prise en charge des seniors au CHUV

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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