

a) la protection contre les conséquences graves (hospitalisation et décès) est plus élevée et décroît plus lentement que celle contre l'infection symptomatique; b) la protection décroît plus rapidement parmi les personnes à plus haut risque (âge, comorbidités) et c) la protection avec vaccin à mRNA BioNtech est plus élevée que celle après vaccin recombinant Astra-Zeneca (ChAdOx1-S). La question pressante est de savoir si ces principes sont encore valables durant la présente vague omicron, en particulier si l'immunité conférée par les vaccins continue à protéger différenciellement plus des conséquences sévères

que de l'infection, avec pour corollaire que la relative innocuité de la vague omicron reflète plutôt une protection conférée par la vaccination étendue des groupes à risque qu'une innocuité intrinsèque au variant omicron. En fait, l'évaluation de la pathogénicité d'omicron comparée à ses prédécesseurs (voir aussi Bhattacharyya et Hanage Challenges in Inferring Intrinsic Severity of the SARS-CoV-2 Omicron Variant, www.njebm.org/doi/full/10.1056) ne peut pas découler simplement du taux de mortalité brut d'une vague sans tenir compte de la prévalence de l'immunité due à la vaccination ou à des infections

antécédentes. Les meilleures estimations, disponibles dans des travaux non encore publiés dans des revues à comité de lecture, référencés par Bhattacharyya et Hanage, montrent qu'à population équivalente, omicron induit de l'ordre de 25% de moins d'hospitalisations. Compte tenu de l'inféctivité augmentée d'omicron et de la taille de la vague qu'il vient de causer, il apparaît probable que c'est surtout l'immunité post-vaccinale et post-infectieuse qui limite son impact en termes de morbidité et de mortalité, bien plus qu'une supposée moindre virulence d'omicron. Il vaut aussi la peine de souligner de quelle manière durant cette

pandémie, les événements se déroulent plus rapidement que le tempo de la science, de sorte que nous ne disposons maintenant, durant la vague omicron, que des données préliminaires qui la concernent alors qu'apparaissent les données publiées *lege artis* concernant les vagues précédentes!

Pascal Meylan

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

Andrews N, et al. Duration of Protection against Mild and Severe Disease by Covid-19 Vaccines *N Engl J Med* 2022;386:340-50. DOI: 10.1056/NEJMoa2115481.

CARTE BLANCHE



Pre Béatrice Schaad

Institut des humanités en médecine
Université de Lausanne
Cheffe du Service de communication
Centre hospitalier universitaire vaudois
1011 Lausanne

QUAND LES DOLÉANCES SONT CONFINÉES

Le confinement est sans doute ce qui restera dans les mémoires comme l'un des événements les plus singuliers de la pandémie. Il ne s'est pas limité aux individus. Les plaintes de patients à l'égard des professionnels de la santé ont elles aussi – si ce n'est disparu de la circulation – du moins drastiquement fondu.

En temps «normal», un centre d'écoute de la doléance hospitalière tel celui du CHUV recueille en moyenne quelque 650 situations de conflits par an. Or, depuis 2019, celles-ci vont décroissant. On en comptait 450 en 2020, et moins de 400 l'an dernier. Alors certes, cette diminution de plus

d'un tiers des récriminations s'explique par des temps de fermeture inhabituels de l'Espace de médiation entre patients, proches et professionnels (EMP) et par un hôpital qui l'abrite, dont l'accès a été entravé au gré des vagues. Les médiatrices et médiateurs ne sont bien sûr pas au chômage technique. Les doléances ont continué d'être déposées à l'EMP, notamment sur des questions liées au Covid. Elles portent essentiellement sur 6 thèmes: les visites aux patients et l'implication des proches (*Évidemment qu'avec le Covid on doit comprendre les choses, mais cette situation donne un pouvoir total à l'hôpital où les médecins peuvent faire comme ils veulent. Plus encore qu'en d'autres temps, la famille est privée d'information et de regard sur la situation des proches. On n'a plus accès à ce qui se passe et on est parfois autorisé à venir ou à accéder à des informations, à leur bon vouloir*), les mesures de protection et les infections nosocomiales, les tests de dépistage et la vaccination, les reports d'intervention, les infrastructures et la discrimination, le sentiment de rejet et la stigmatisation. Reste que dans l'ensemble, les spécialistes du conflit dans notre hôpital observent une baisse

durable du nombre de visites lors des permanences. Ce qui est vrai pour l'utilisateur de l'hôpital l'est tout autant pour le consommateur en général. Une étude anglaise sur 6000 personnes montre que le Covid-19 a entraîné une baisse sans précédent des plaintes. Le nombre moyen de doléances par personne est passé de 3,7 avant le confinement, à près de 4 fois moins en mai 2020, de loin le nombre le plus bas depuis 7 ans. C'est un peu comme si un consommateur plus amène, plus tolérant avait émergé à la faveur du Covid, comme si l'utilisateur avait souhaité accorder un temps de répit aux entreprises auprès desquelles il avait coutume d'exprimer son insatisfaction: 40% des personnes interrogées racontent que le confinement les a rendues plus tolérantes à l'égard de services qu'elles auraient usuellement jugés médiocres. Prélude à l'expression de la fâcherie, les émotions ont elles aussi changé: frustré à 47% en période pré-Covid, le consommateur post-pandémie ne l'est plus par la même situation qu'à hauteur de 27%, son stress est passé de 41% à 28%, il se dit furieux dans 15% des cas en période pré-Covid à 7% aujourd'hui, et il est enfin tenté d'être déçu dans 15% des situations contre 22% il y a 2 ans.

Dans nombre d'hôpitaux dans le monde, la plainte est source d'information sur la qualité des soins et les améliorations à apporter à la prise en charge. Or, durant la crise sanitaire, il semble que le système de surveillance de la qualité des soins ait lui aussi chancelé. C'est du moins le cas aux États-Unis. Ainsi, en 2020, alors que les hôpitaux se remplissaient de patients Covid-19 et de médecins et d'infirmières infectés par le coronavirus, les commissions de surveillance de la qualité ont adopté une approche non interventionniste: les retraits de licences de pratique des médecins ont chuté de 59% par rapport à la même période en 2019. Reste à savoir si cette diminution du nombre de plaintes sera durable. Est-elle le témoin d'une modification de la relation aux institutions? Va-t-on retrouver le niveau initial de doléances ou cette pandémie a-t-elle modifié durablement le niveau d'exigence, la nature des insatisfactions et la façon de les manifester? Les mois qui viennent nous diront si avec l'apaisement de la crise sanitaire, les plaintes vont, elles aussi, se déconfiner.