

DÉLAI DE CONSERVATION DU DOSSIER MÉDICAL : AILLEURS EN EUROPE

D^r Laurent Bassinet | La Chaux-de-Fonds

Au niveau Européen, le délai de conservation du dossier médical est variable d'un pays à l'autre. Chaque pays légifère, et y apporte, en fonction de ces préoccupations, de ces sensibilités, de son histoire, ces propres nuances.

Pour exemple, en France, le délai de garde pour les dossiers médicaux qui incluent des produits sanguins est de 30 ans. (Scandale du sang contaminé des années 80/90).

L'Allemagne, pour tout ce qui concerne les traitements par rayonnements ionisants, le délai de conservation des dossiers médicaux passe à 30 ans.

Pour l'Espagne le délai de conservation double, en fonction des crimes contre l'humanité, violation des droits de l'homme.

De plus, il apparaît qu'il faut comprendre, que les durées de détention légales, des dossiers médicaux sont une durée minimum. L'avenir étant par définition incertain, il serait certes préférable de maintenir une conservation supérieure à ces délais.

EN FRANCE

Le délai est de 20 ans, à compter de la dernière consultation externe ou séjour dans un établissement public ou privé.

A noter toutefois certaines exceptions :

- 1 – Le dossier médical partagé, le délai de conservation est de 10 ans, à partir de sa clôture.
- 2 – Le Patient DCD, le dossier médical est à garder pendant 10 ans, à partir de la date du DC.
- 3 – Cadre transfusionnel, délai de garde de 30 ans à partir de l'acte.

Il s'agit là des durées minimales à respecter. En cas d'introduction de recours gracieux ou de contentieux, ces délais sont suspendus.

Quand ces délais sont atteints, la décision d'élimination du dossier médical est prise par la direction de l'établissement après avis du médecin responsable de l'information médicale.

Particularité :

Pour les professionnels de santé non en établissement, il n'existe pas de délais de conservation fixés par la loi. Dans la pratique, un médecin libéral est incité à appliquer les mêmes délais de conservation qu'en établissement de santé public ou privé.

D'un point de vue asséculogique, en libéral, en l'absence de texte, il est d'usage de conserver les dossiers pendant la durée correspondant à la prescription de l'action en responsabilité, désormais fixée à 10 ans à compter de la consolidation du dommage.

Cette notion de consolidation étant imprécise, il paraît en fait prudent de conserver le dossier pendant 30 ans, voir 48 ans lorsqu'il s'agit d'un patient mineur.

EN BELGIQUE

- L'arrêté royal du 3 mai 1999 relatif au dossier du patient à l'hôpital précise que ce dossier doit être conservé pendant au moins 30 ans dans l'hôpital.

La loi sur les hôpitaux prévoit, que le dossier médical doit être conservé au sein de l'hôpital et ce, sous ma responsabilité du médecin en chef.

- Le code de déontologie médicale prévoit quant à lui, que le médecin est tenu de conserver les dossiers médicaux pendant 30 ans après le dernier contact avec le patient.

AUTRES EXEMPLES

Espagne : 15 ans

Italie et Portugal : 20 ans

Angleterre : 8 ans et 20 ans en ce qui concerne la santé mentale.

Allemagne : de 10 ans à 30 ans.



UN TSUNAMI OU LES QUATRE PREMIÈRES VAGUES DU COVID-19

D^r CF. Robert | médecin cantonal

Pour le service de la santé publique, l'affaire « COVID » commence le 23 janvier par une conférence téléphonique urgente de l'OFSP. Dès ce moment, nous sommes plongés dans la perspective d'une crise sanitaire majeure, alors que les activités quotidiennes de santé publique suivent leur cours. C'est le temps de la préparation et de la planification face à un risque théorique.

Le 30 janvier, à la demande du médecin cantonal, un groupe d'appui de l'Etat-major ORCCAN est constitué. Ce même jour, l'OMS déclare une alerte sanitaire de portée internationale. A ce moment, nous estimions que l'épidémie risquait de nous toucher en avril. Nous avions tort, la situation dans le Nord de l'Italie, puis les cas revenus de Mulhouse nous impactent déjà début mars.

Mais dès le 27 janvier, le service de la santé publique faisait face à une première vague de questions sur des situations personnelles (un collaborateur en Chine, une employée de crèche avec un contact avec une personne de retour d'Asie, etc.). La deuxième vague fut celle des enquêtes d'entourage pour des cas suspects, tous négatifs. Ensuite, un enfant fut mis en quarantaine le 10 février pour avoir été en contact avec un camarade porteur du virus en Haute-Savoie. Il fallut expliquer à l'école, aux autres parents les risques effectifs en regard de leurs craintes.

La 3^e vague, celle des cas confirmés, débuta le 2 mars. Le 29 mars, nous dénombrions 328 cas.

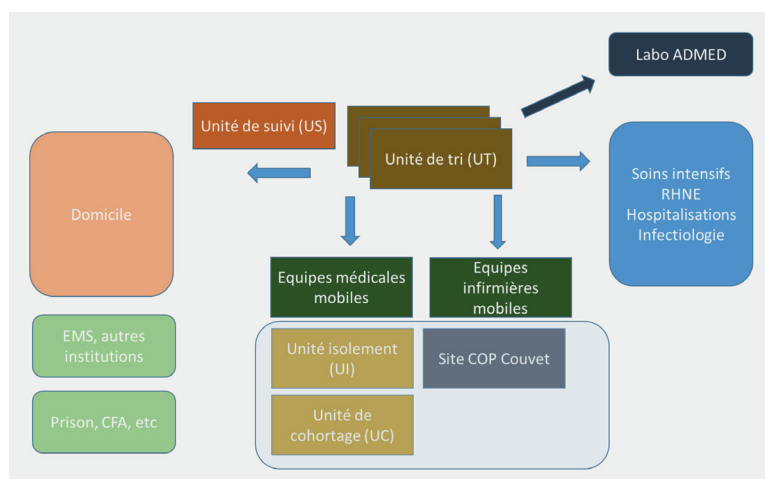
La 4^e vague, celle des malades graves, des hospitalisations et de décès est en cours. Chacun espère que cette courbe ascendante n'entamera pas les réserves des soins intensifs.

Dans une crise sanitaire évoluant si rapidement, il est vital de toujours garder une longueur d'avance. La loi sur les épidémies nous donne un socle sur lequel, nous pouvons construire en coordination avec l'OFSP. En moins de deux mois, le système de santé cantonal a dû s'adapter à une pénurie de ressources (masques) et créer un nouveau dispositif. En effet, après l'abandon du traçage des contacts pour bloquer les chaînes de transmission, il a fallu mettre sur pied une nouvelle stratégie. Le tri infirmier, imaginé le 28 février, est entré en activité le 14 mars par la mise sur pied de 8 centres de tri. Dans chaque centre, une infirmière détermine si la personne est un cas probable, si elle présente des signes de gravité et finalement si elle est nécessite une hospitalisation. Les infirmières de NOMAD peuvent se référer par téléphone à des médecins retraités. A ce jour, 890 personnes ont été triées, 43% sont des cas probables et 11 ont été orientées vers l'hôpital. Pour le moment, le seul frein est la disponibilité des tests de confirmation. Plus de 1335 tests ont été effectués dans le canton (13'000 en Suisse selon l'OFSP), dont 24% sont positifs.

Avec l'appui de la SNM, des équipes médicales mobiles sont à pied d'œuvres pour intervenir au domicile et dans les EMS. Nous estimons qu'un risque élevé subsiste dans les institutions hébergeant des personnes vulnérables. La SNM est un partenaire de choix et joue un rôle important dans cette crise, identifiant des médecins volontaires pour RHNe, des médecins aptes à faire des supervisions du tri ou à fournir des appuis spécialisés (infectiologie, psychiatrie avec le CNP, etc), nous soumettant des idées et des projets.

Entretemps, le tsunami du COVID a impacté toute la société, confinant chacun à domicile, freinant l'économie. La solidarité de la population envers les soignants s'exprime par des applaudissements à 21 heures. Comment préserver des valeurs comme l'égalité d'accès aux soins, la dignité des personnes ne pouvant bénéficier de toutes les ressources ? Notre professionnalisme dans ce marathon est essentiel pour rassurer ceux qui perdent confiance et pour assurer les fondements de la société.

SCHÉMA : DISPOSITIF SANITAIRE CANTONAL COVID-19



DOSSIER MÉDICAL : CONSERVATION, ARCHIVAGE ET DROITS DU PATIENT / DÉLAI DE PRESCRIPTION / RESPONSABILITÉ CIVILE

D^r Dominique Bünzli, M^e Rachel Christinat et M^e Stéphane Mermod

Introduction :

Le 1^{er} janvier 2020, les nouvelles règles légales en matière de prescription civile sont entrées en vigueur. Elles viennent modifier les délais de prescription sur plusieurs points, notamment par un allongement de certains délais. En particulier, un nouveau délai de vingt ans est introduit dans certaines situations. Ces modifications influencent par conséquent les obligations en matière de conservation des dossiers médicaux. La présente contribution vise à renseigner le praticien sur les conséquences concrètes de ces changements et à le sensibiliser sur certains points délicats, en particulier sur les conséquences de la conservation (ou non) du dossier médical et la couverture en assurance de responsabilité civile.

Partie A, par : Dr Dominique Bünzli, médecin interne générale FMH, membre du comité SNM et MFE Neuchâtel, Peseux
Me Stéphane Mermod, Avocat au barreau, collaborateur au sein de l'Etude Walder Klauser Schwab, Couvet.

A. Délai légal de prescription et conservation des dossiers

I. Cadre et définitions

1. Délai de prescription en responsabilité civile (droit fédéral)

a) *Bref rappel des conditions de la responsabilité civile du médecin*

Le médecin peut être recherché en responsabilité pour les actes accomplis dans sa profession soit sur la base de la responsabilité contractuelle (i) soit sur la base de la responsabilité pour acte illicite (ii).

i) *La responsabilité contractuelle*

La responsabilité civile d'un médecin repose premièrement sur la relation contractuelle, sous la forme du mandat, généralement appelé « contrat de soins médicaux », qui le lie au patient venu le consulter. Cette responsabilité est engagée aux quatre conditions cumulatives suivantes :

- une violation des obligations contractuelles,
- un préjudice,
- le rapport de causalité entre l'acte ou l'omission du médecin et le préjudice, et
- la faute, présumée.

Dans le cadre d'un contrat, chaque partie assume certaines obligations. Dans le contrat de soins médicaux, le médecin doit principalement faire diligence dans son activité en faveur du patient, en exécutant son mandat dans les « règles de l'art », constituées des principes établis par la science médicale, généralement reconnus et admis, communément suivis et appliqués par les praticiens. Il est à préciser que le médecin doit traiter son patient de manière appropriée et qu'en conséquence, il peut en principe devoir répondre de toute

// DOSSIER MÉDICAL : CONSERVATION, ARCHIVAGE ET DROITS DU PATIENT / DÉLAI DE PRESCRIPTION / RESPONSABILITÉ CIVILE

D^r Dominique Bünzli, M^e Rachel Christinat et M^e Stéphane Mermod

faute professionnelle, même en l'absence de manquement grave aux règles de l'art. La violation des obligations contractuelles peut résulter d'un acte mais également d'une omission. Dans ce dernier cas, l'on se demandera si le fait d'avoir agi correctement aurait empêché la survenance du dommage.

Le préjudice est constitué d'un dommage matériel (corporel, financier) et/ou d'un tort moral. En l'absence d'un préjudice, une faute professionnelle, même théoriquement grave, ne suffit pas en elle-même pour rechercher le médecin en responsabilité civile.

La causalité entre l'acte ou l'omission et le dommage est double : naturelle et adéquate. Elle est naturelle lorsque, sans l'acte ou l'omission, le dommage ne se serait pas produit. Elle est adéquate lorsque le fait générateur de la responsabilité est propre, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit. C'est en général la condition de la responsabilité civile la plus difficile à démontrer.

La faute du médecin est présumée, à savoir qu'il appartient au médecin de démontrer qu'il a agi dans les règles de l'art et correctement informé son patient sur les soins proposés.

Comme le patient doit démontrer que le médecin a violé ses obligations contractuelles (cf. plus haut), il devra apporter la preuve que le médecin n'a pas agi selon les règles de l'art (« faute professionnelle » ou « faute médicale »), ce qui revient finalement à démontrer que le médecin a commis une faute. Ainsi, en matière de responsabilité du médecin, la violation des obligations contractuelles se recoupe en définitive avec la faute au sens de la responsabilité civile.

Par conséquent, si le patient parvient à démontrer que le médecin a manqué à ses obligations contractuelles, ce dernier ne parviendra que difficilement à démontrer qu'il n'a pas commis de faute au sens de la responsabilité civile.

On notera que, compte tenu du domaine spécifique dans lequel agit le médecin, la jurisprudence retient que ce dernier dispose d'une marge d'appréciation dans les différentes solutions qui se présentent à lui. Ainsi, le médecin ne répond d'une appréciation erronée que si celle-ci est indéfendable ou se fonde sur un examen objectivement insuffisant.

Lorsque ces conditions sont remplies, la personne lésée est en droit de réclamer des dommages-intérêts et, cas échéant, une réparation pour le tort moral à l'auteur de l'acte dommageable.

ii) La responsabilité délictuelle

Il est également possible que le médecin soit recherché en responsabilité en-dehors de la relation contractuelle. Cela peut par exemple être le cas de tiers touchés indirectement par le dommage qui aurait été causé par les actes du médecin (le père d'un enfant né avec de multiples handicaps attaque en son propre nom, et pas au nom de son enfant, le médecin spécialiste en gynécologie, par exemple).

Dans ces cas, la responsabilité civile, dite aquilienne ou délictuelle, est fondée sur un acte illicite. La responsabilité aquilienne exige la réunion de quatre conditions :

- un acte illicite,
- un préjudice et
- un rapport de causalité (naturelle et adéquate) entre l'acte fautif et le dommage,
- une faute de l'auteur.



D^r Dominique Bünzli, M^e Rachel Christinat et M^e Stéphane Mermod

On entend par acte illicite l'action ou l'omission qui viole une norme protectrice des intérêts d'autrui. L'illicéité peut résulter de l'atteinte à un droit absolu du lésé, tel que la vie, l'intégrité corporelle ou la propriété (illicéité du résultat, *Erfolgsunrecht*), ou de la violation d'une norme de comportement destinée à protéger le lésé (*Schutznorm*) contre le type de dommage qu'il subit (illicéité du comportement, *Verhaltensunrecht*).

Les autres conditions sont identiques aux conditions énumérées dans le cadre de la responsabilité contractuelle.

Il appartient en principe à la personne qui réclame le dédommagement de son préjudice de prouver que les quatre conditions sont remplies.

Toutefois, comme dans le cadre de la responsabilité contractuelle, la démonstration que le médecin a commis un acte illicite, à savoir qu'il n'a pas suivi les règles de l'art de la profession ou a prodigué des soins sans le consentement du patient, revient en substance à démontrer également qu'il a commis une faute. Là encore, la « faute médicale » ou la « faute professionnelle » recouvre, dans le cadre de la responsabilité pour actes illicites, les deux conditions de l'acte illicite et de la faute. Ainsi, le patient peut en quelque sorte se limiter à prouver trois des quatre conditions (acte illicite, préjudice et rapport de causalité) sont réunies, la condition de la faute étant alors « automatiquement » remplie.

b) La notion de prescription

Pour éviter des incertitudes trop longues, en particulier pour le médecin, le droit connaît le mécanisme de la prescription.

La prescription paralyse le droit d'une personne de faire valoir une prétention en justice. La prétention existe toujours, mais la personne ne peut plus réclamer le paiement ou l'exécution de sa prétention par une procédure de poursuite ou par une procédure judiciaire.

En procédure, il appartient toutefois à la personne recherchée en responsabilité de soulever l'exception de prescription. Le juge n'examine pas de lui-même si la prétention en responsabilité est prescrite ou non.

La prescription empêche le créancier de réclamer sa créance en justice. Néanmoins cette créance existe toujours et, si le débiteur honore sa dette, elle reste acquise au créancier.

Par exemple, un client paie au vendeur, au-delà du délai de prescription, la somme d'argent prévue pour l'objet qu'il lui a acheté. Si l'acheteur se rend compte par la suite que la dette d'argent était en fait prescrite et qu'il n'aurait pas eu l'obligation de l'honorer, il ne lui sera toutefois pas possible de réclamer au créancier, directement ou en justice, le remboursement de son paiement en invoquant la prescription. La somme versée à l'acheteur a éteint ce que l'on appelle une obligation naturelle.

c) Les délais de prescription

Les délais de prescriptions sont traités spécifiquement en cas de responsabilité contractuelle (i) ou en cas de responsabilité délictuelle (ii).

i) En matière de responsabilité contractuelle

Jusqu'au 31 décembre 2019, la personne lésée disposait d'un délai de dix ans pour agir contre l'auteur de la violation contractuelle. La jurisprudence considérait que ce délai de dix ans débutait le jour de la violation du devoir contractuel et pas seulement dès la

// DOSSIER MÉDICAL : CONSERVATION, ARCHIVAGE ET DROITS DU PATIENT / DÉLAI DE PRESCRIPTION / RESPONSABILITÉ CIVILE

D^r Dominique Bünzli, M^e Rachel Christinat et M^e Stéphane Mermod

survenance du dommage, qui pouvait être postérieur (par exemple dans un cas d'atteinte à l'amiante).

En matière de recouvrement des honoraires de médecin, la loi prévoit un délai de cinq ans, après quoi le médecin ne peut plus réclamer le paiement de ses honoraires non réglés.

Le 1^{er} janvier 2020, le nouveau droit de la prescription est entré en vigueur et modifie certains délais de prescription.

Lorsqu'il y a *lésions corporelles* ou *mort d'homme* à la suite d'une faute contractuelle, un nouveau délai a été introduit. Dans ce cas, l'action en dommages-intérêts ou en paiement d'une somme d'argent à titre de réparation morale se prescrit par trois ans à compter du jour où la partie lésée a eu connaissance du dommage et, dans tous les cas, par vingt ans à compter du jour où le fait dommageable s'est produit ou a cessé.

Le nouveau droit introduit dès lors un double délai en cas lésions corporelles ou mort d'homme.

Le *délai relatif* de **trois ans** débute lorsque la partie lésée a eu connaissance du dommage, à savoir lorsqu'il apprend, touchant son existence, sa nature et ses éléments, les circonstances propres à fonder et à motiver une demande en justice. La personne lésée ne peut toutefois pas attendre d'être totalement certaine de tous les éléments fondant sa prétention ; il suffit en effet qu'elle dispose d'assez d'éléments. Si la situation est évolutive, le délai de trois ans ne débute cependant qu'au moment où il est possible de prévoir avec suffisamment de certitude le dommage causé.

En tous les cas, quel que soit le moment où le dommage peut être suffisamment déterminé, **la loi** prévoit un *délai absolu* de prescription à **vingt ans**. Ce délai débute le jour du fait dommageable ou, si celui-ci est durable, dès qu'il a cessé. Ce délai intervient même si le dommage n'est pas connu.

Le délai absolu de prescription – très long par rapport aux habitudes jusqu'à ce jour vise à tenir compte des maladies dont les effets peuvent intervenir après une longue latence (par exemple l'exposition à l'amiante ou à des rayons ionisants).

ii) *En matière de responsabilité délictuelle*

Jusqu'au 31 décembre 2019, la loi prévoyait un *délai relatif* d'une année à compter du jour où la personne lésée a eu connaissance du dommage ainsi que de la personne qui en est l'auteur et un *délai absolu* de dix ans dès le jour où le fait dommageable s'est produit.

La révision au **1^{er} janvier 2020** du droit de la prescription a apporté les modifications suivantes :

- *Le délai relatif* d'un an est allongé à **trois ans**.
- En cas de *lésions corporelles* ou de *mort d'homme*, le *délai absolu* est allongé à **vingt ans**, le délai relatif étant également de trois ans dans ce cas de figure.

En outre, en application de la jurisprudence, il est désormais précisé que le début du délai de prescription intervient le jour où le fait dommageable s'est produit ou a cessé, pour les cas où l'action dommageable est durable.

Enfin, en cas d'infraction pénale, les délais pénaux s'appliquent s'ils sont plus longs que les délais décrits ci-dessus.

d) L'interruption de la prescription



D^r Dominique Bünzli, M^e Rachel Christinat et M^e Stéphane Mermod

Dans certains cas, le droit suisse permet une interruption de la prescription avec le début d'un nouveau délai de prescription de même durée.

Ainsi, la prescription est interrompue :

1. lorsque le débiteur reconnaît la dette, notamment en payant des intérêts ou des acomptes, en constituant un gage ou en fournissant une caution ;
2. lorsque le créancier fait valoir ses droits par des poursuites, par une requête de conciliation, par une action ou une exception devant un tribunal ou un tribunal arbitral ou par une intervention dans une faillite.

Il est en particulier important de noter que la prescription peut être interrompue par le dépôt d'une réquisition de poursuite, même si le commandement de payer n'est finalement pas notifié au débiteur parce que le créancier retire la poursuite avant la notification. Par conséquent, un délai de prescription peut avoir été interrompu et un nouveau délai, avoir recommencé sans que le débiteur n'en soit informé.

L'interruption du délai de prescription ne vaut pas pour les délais absolus de prescription.

2. Obligation de conservation du dossier médical (droit cantonal et code de déontologie FMH)

Le droit cantonal impose aux professionnels du domaine de la santé, à l'exception des droguistes, de tenir pour chaque patient un dossier indiquant le résultat des investigations, le diagnostic et les prestations fournies ou prescrites. En outre, les éléments du dossier doivent être conservés aussi longtemps qu'ils présentent un intérêt pour la santé du/de la patient, mais **au moins dix ans**.

Des discussions sont en cours afin d'adapter ce temps de conservation à l'augmentation du délai de prescription.

Actuellement, le code de déontologie de la FMH prévoit également un délai de conservation des dossiers médicaux à dix ans après la dernière inscription dans le dossier. La Chambre médicale FMH a toutefois adopté récemment une modification de cet article en allongeant le délai de conservation à vingt ans.

3. Accès au dossier (droit cantonal et code de déontologie FMH)

Selon le droit cantonal, le patient a le droit de consulter son dossier et de s'en faire expliquer la signification. Il peut s'en faire remettre les pièces, en original ou en copie, ou les faire transmettre au soignant de son choix, sans frais si cela ne génère pas un travail et/ou un coût importants pour le médecin.

Toutefois, ce droit ne s'étend pas aux notes rédigées par le soignant pour son usage personnel, ni aux données concernant des tiers et couvertes par le secret professionnel. Sont considérées comme faisant partie du dossier médical toutes les informations qui sont utiles à la prise en charge thérapeutique du patient.

De même, le code de déontologie de la FMH prévoit que le patient a le droit de prendre connaissance des éléments du dossier médical qui le concernent et d'obtenir des copies de son dossier, le médecin ne pouvant refuser, limiter ou suspendre ces droits que dans la mesure où les intérêts d'une tierce personne ou ses propres intérêts sont prépondérants.

D^r Dominique Bünzli, M^e Rachel Christinat et M^e Stéphane Mermod

En tous les cas, en cas de remise du dossier au patient, il est conseillé au professionnel de conserver également une copie ou l'original afin de pouvoir se défendre en cas de procédure.

II. Questions fréquentes

1. Les médecins employés d'un hôpital public sont-ils concernés ?

Dans le canton de Neuchâtel, les médecins employés par un hôpital public (par opposition aux médecins agréés) ne sont pas concernés par les mêmes règles de prescription. La responsabilité de tout le personnel d'un hôpital public est en effet régie par une loi neuchâteloise (LResp).

Reprenant les principes de la responsabilité civile (acte illicite, préjudice, rapport de causalité et faute), la LResp prévoit en effet une procédure et des délais différents pour le dédommagement subi à la suite des actes ou omissions d'un agent de l'Etat ou d'une collectivité publique. Premièrement, le lésé ne peut pas s'attaquer à l'auteur de l'acte ou de l'omission (en l'occurrence au médecin), mais il doit d'adresser au Département des finances et de la santé (pour un agent de l'Etat) ou à l'organe exécutif de la collectivité publique concernée (pour l'un de ses agents). Dans le canton de Neuchâtel, il convient d'adresser la demande directement au RHNe ou au CNP.

Ensuite, il est prévu un délai de péremption d'une année à compter du jour où le lésé a eu connaissance du dommage et de la collectivité publique qui en est responsable. Le dépôt de la demande d'indemnisation marque ensuite le début d'un nouveau délai de péremption : si la collectivité publique conteste les prétentions ou si elle ne prend pas position dans les trois mois, le tiers lésé doit introduire action dans un délai de six mois sous peine de péremption. La péremption a ceci de particulier qu'elle ne peut pas être interrompue comme la prescription.

2. Que se passe-t-il pour les délais de prescriptions dans les dossiers déjà ouverts au 1er janvier 2020 ?

Les délais de prescriptions qui ne sont pas échus au 1^{er} janvier 2020 sont réglés par le nouveau droit de la prescription **si celui-ci prévoit des délais plus long**. A l'inverse, si à l'entrée en vigueur du nouveau droit de la prescription, celui-ci prévoit des **délais plus courts**, l'ancien droit continue à s'appliquer.

Par ailleurs, quel que soit le droit qui s'applique, les points de départs des délais ne sont pas modifiés.

a) En matière de responsabilité contractuelle

Dans le cadre de la responsabilité contractuelle, les effets du droit transitoire sont les suivants pour le nouveau délai absolu de vingt ans (i) et pour le nouveau délai relatif de trois ans (ii) :

i) *Le délai absolu de vingt ans*

// DOSSIER MÉDICAL : CONSERVATION, ARCHIVAGE ET DROITS DU PATIENT / DÉLAI DE PRESCRIPTION / RESPONSABILITÉ CIVILE

D^r Dominique Bünzli, M^e Rachel Christinat et M^e Stéphane Mermod

Si, par hypothèse, un événement ayant causé¹ des lésions corporelles ou mort d'homme a eu lieu au plus tard le 31 décembre 2009, selon l'ancien droit de la prescription, le patient devait agir jusqu'au 31 décembre 2019 ; dans ce cas, le délai était déjà échu au moment de l'entrée en vigueur du nouveau droit et le délai absolu n'est pas prolongé jusqu'à vingt ans.

En revanche, si cet événement ayant causé des lésions corporelles ou mort d'homme a eu lieu le 1^{er} janvier 2010, le 1^{er} janvier 2020 est le dernier jour de la prescription selon l'ancien droit. Le délai de dix ans de l'ancien droit n'était donc pas échu le jour de l'entrée en vigueur du nouveau droit de la prescription et les délais de prescription selon les nouvelles règles du droit de la prescription s'appliquent. En conséquence, en cas d'événement intervenu le 1^{er} janvier 2010, le délai absolu de prescription interviendra le 1^{er} janvier 2030.

ii) Le délai relatif de trois ans

En cas de lésions corporelles ou de mort d'homme, la loi prévoit désormais un délai relatif de trois ans, lequel est plus court que le délai de l'ancien droit en cas de violation contractuelle.

Selon les situations, ce nouveau délai de trois ans « raccourcit » ou « prolonge » le délai qui était impartit au patient selon l'ancien droit.

- Un patient a subi une erreur médicale provoquant des lésions corporelles le 20 février 2011 et a connaissance de son dommage le 25 avril 2018.

Dans le cadre de la responsabilité contractuelle, selon l'ancien droit, le délai de prescription, de dix ans, interviendrait le 20 février 2021.

Le nouveau droit a introduit un délai *relatif* de trois ans, qui, s'il s'applique, intervient le 25 avril 2021.

Par conséquent, par le délai *relatif* de trois ans, le nouveau droit offre un délai de prescription plus long.

Dans ce cas de figure, le patient bénéficie du nouveau droit de la prescription et peut agir contre le médecin jusqu'au 25 avril 2021, ce qui allonge d'un peu plus de deux mois le délai qu'aurait eu le patient pour agir selon l'ancien droit.

- Un patient est victime le 20 février 2015 d'une erreur médicale provoquant des lésions corporelles et a connaissance de son dommage le 30 novembre 2018.

Dans le cadre de la responsabilité contractuelle, selon l'ancien droit, le délai de prescription, de dix ans, interviendrait le 20 février 2025.

Selon le nouveau droit, le délai *relatif* de trois ans pour agir serait échu le 30 novembre 2021.

Dans ce cas-là, l'ancien droit offre un délai de prescription plus long. C'est donc ce délai, de dix ans, qui s'applique, sans que les nouveaux délais, notamment le délai relatif de trois ans, n'interviennent.

Le patient continue donc à bénéficier de l'ancien droit et peut agir contre le médecin jusqu'au 20 février 2025, sans tenir compte du nouveau délai *relatif* de trois ans.

¹ En cas d'événement ponctuel, c'est le moment de l'événement qui est déterminant. En cas d'événement sur la durée, c'est le moment où la cause du préjudice cesse de produire ses effets qui est déterminant.

// DOSSIER MÉDICAL : CONSERVATION, ARCHIVAGE ET DROITS DU PATIENT / DÉLAI DE PRESCRIPTION / RESPONSABILITÉ CIVILE

D^r Dominique Bünzli, M^e Rachel Christinat et M^e Stéphane Mermod

- Si le patient a subi une erreur médicale au plus tard le 31 décembre 2009, mais qu'il n'a connaissance de son dommage que le 15 février 2018, de sorte que le délai relatif de trois ans échoirait le 15 février 2021, il ne peut pas bénéficier du nouveau droit de la prescription. En effet, le délai de dix ans est déjà échu au moment de l'entrée en vigueur du nouveau droit, ce qui empêche l'application des délais plus longs prévus par le nouveau droit.

b) En matière de responsabilité délictuelle

Il n'existe en définitive pas de cas de figure où les délais de prescription de l'ancien droit seraient plus généreux que les délais de prescription du nouveau droit.

Dès lors, si, au 1^{er} janvier 2020, les délais de prescriptions ne sont pas échus, le nouveau droit s'applique pour les situations où les délais sont désormais plus longs. C'est toujours le cas pour le délai relatif, allongé à trois ans, et c'est également le cas, en cas de lésions corporelles ou de mort d'homme, pour le délai absolu, allongé à vingt ans.

Par conséquent, le nouveau droit s'appliquera :

- pour le *délai relatif*, si le patient a eu connaissance de son dommage et de son auteur **au plus tôt le 1^{er} janvier 2019**, le délai relatif d'un an sera allongé à trois ans.

Ainsi, si le patient a eu connaissance de son dommage et de l'auteur de ce dernier le 1^{er} janvier 2019, le délai relatif échoira le 1^{er} janvier 2022, et plus le 1^{er} janvier 2020.

- Pour le *délai absolu*, en cas de lésions corporelles ou de mort d'homme, si le fait dommageable a eu lieu ou a cessé de produire ses effets **au plus tôt le 1^{er} janvier 2010**, le délai absolu de dix ans sera allongé à vingt ans.

Ainsi, si le fait dommageable a eu lieu ou a cessé de produire ses effets le 1^{er} janvier 2010, le délai absolu échoira le 1^{er} janvier 2030, et plus le 1^{er} janvier 2020.

3. Si j'ai archivé des dossiers qui contiennent des éléments de plus de dix ans au 1^{er} janvier 2020 et que le patient n'a pas été revu depuis plus de dix ans, est-il conseillé de les conserver quand-même durant vingt ans ?

En principe, il n'y a pas de risque encouru du point de vue de la prescription (cf. rép. 2).

Toutefois, dans la mesure où le code de déontologie de la FMH prévoit prochainement que les dossiers doivent être conservés pendant une durée de vingt ans depuis la dernière inscription, le médecin qui se départirait aujourd'hui du dossier de son patient violerait les règles déontologiques de la profession et encourrait les sanctions prévues à cet effet.

En outre, la prolongation du délai de conservation à vingt ans dans la législation cantonale étant (très) possible, ce médecin encourrait également des sanctions administratives cantonales.

A ce jour, il est donc déconseillé de se départir d'un dossier avant le délai de conservation de vingt ans à compter dès la dernière inscription.

D^r Dominique Bünzli, M^e Rachel Christinat et M^e Stéphane Mermod

4. Si j'ai archivé des dossiers de mon prédécesseur qui contiennent des éléments de plus de dix ans au 1^{er} janvier 2020 et que le patient n'a jamais été vu par moi, est-il conseillé de les conserver quand-même durant vingt ans ?

Le contrat de reprise du cabinet doit en principe régler ce problème.

A défaut, il convient d'être prudent et de traiter ces dossiers comme s'ils avaient été suivis par le reprenneur en appliquant les mêmes principes de conservation (cf. rép. 3).

5. Si j'ai archivé des dossiers qui contiennent des éléments de plus de dix ans au 1^{er} janvier 2020 et que le patient continue d'être encore suivi par moi, est-il conseillé de les conserver quand-même durant vingt ans ?

Oui, étant précisé que le dossier peut devoir être conservé plus longtemps, lorsqu'il présente un intérêt pour la santé du patient.

6. Est-ce que les questions/réponses ci-dessus concernent également les patients décédés ?

Oui.

7. Comment procéder lors de départ en retraite ? En particulier, où et combien de temps stocker les dossiers

A défaut de transmission du dossier à un confrère ou une consœur (que ce soit par une remise du cabinet ou le transfert du suivi du patient), le dossier doit être conservé pendant vingt ans dans un lieu sécurisé.

8. En cas de décès du médecin :

a) Est-ce que c'est la descendance qui doit garder les dossiers ?

i) Du point de vue de la responsabilité civile

L'action en responsabilité ne peut être dirigée que contre la personne à qui cette responsabilité incombe, à savoir en l'occurrence le médecin.

Si ce dernier est déjà décédé au moment où la personne lésée agit, les héritiers ne peuvent pas être recherchés en responsabilité. En revanche, si le procès en responsabilité est déjà ouvert, les héritiers prennent la place du défunt dans la procédure, à moins de répudier la succession. Par conséquent, les héritiers du médecin peuvent devoir avoir besoin des informations conservées dans les dossiers.

ii) Du point de vue de l'obligation de conserver les dossiers

Cela étant, à défaut de transmission du dossier à un confrère ou une consœur (que ce soit par une remise du cabinet ou le transfert du suivi du patient), le dossier doit être conservé pendant vingt ans dans un lieu sécurisé.

D^r Dominique Bünzli, M^e Rachel Christinat et M^e Stéphane Mermod

b) Que se passe-t-il au niveau des éventuelles procédures en cours et à venir ?

Une éventuelle **procédure pénale** se termine à la mort de l'accusé. Si la personne lésée décède sans avoir renoncé à ses droits, ses proches (à savoir, son conjoint, son partenaire enregistré, ses parents en ligne directe, ses frères et sœurs germains, consanguins ou utérins ainsi que ses parents, frères et sœurs et enfants adoptifs) peuvent continuer le procès pénal.

Au stade du recours dans une procédure pénale, les proches ne peuvent agir après le décès du prévenu ou de la personne lésée que si leurs intérêts juridiquement protégés ont été lésés.

Une **procédure civile déjà en cours** incombera aux héritiers du médecin qui acceptent la succession de ce dernier. En cas de répudiation de tous les héritiers, la suite de la procédure sera prise en charge par l'office des faillites. Dans ces deux cas, l'assurance RC devrait couvrir le dommage qui serait reconnu en fin de procédure, dans la mesure où l'événement dommageable a eu lieu au moment où la couverture était en vigueur et en fonction des conditions générales de l'assurance RC.

Il en est de même si c'est la personne lésée qui vient à décéder en cours de procédure.

Aucune **nouvelle procédure civile** ne peut être ouverte après le décès du médecin.

9. Quels sont les risques encourus si le médecin ne respecte pas les prescriptions en matière de conservation des dossiers ?

a) Du point de vue de la responsabilité civile

En cas de procédure civile en responsabilité contre lui, de manière simplifiée et même s'il revient au patient d'apporter la preuve que les conditions de la responsabilité civile sont remplies (cf. A/1/a), le médecin se défendra principalement en démontrant qu'il n'a pas violé les règles de l'art ou manqué de recueillir le consentement du patient (absence de violation des obligations contractuelle ou d'actes illicites, soit également absence de faute) ou qu'il n'y a pas lien entre ses actes et le dommage subi par le patient (absence de rapport de causalité, naturelle ou adéquate).

En outre, le médecin devra collaborer lors d'une éventuelle procédure judiciaire, notamment en produisant le dossier médical, à la demande du patient, puis du tribunal. Si le médecin n'est pas en mesure de remettre ce dossier, le tribunal en tiendra compte dans la manière qu'il juge l'affaire. En particulier, si l'absence de dossier résulte du non-respect des prescriptions en matière de conservation des dossiers médicaux, cela pourrait avoir un impact négatif sur l'appréciation des faits par le tribunal. Le médecin est en effet fautivement dans l'impossibilité de produire ce dossier.

Par conséquent, le médecin recherché en responsabilité a besoin des éléments qui figurent au dossier pour prouver sa position et collaborer à une éventuelle procédure judiciaire. Il est toujours possible d'établir un fait par des témoignages ou d'autres documents. Toutefois, les informations qui sont contenues dans le dossier du patient pourraient se révéler extrêmement (plus) utiles et pertinentes.

En se débarrassant d'un dossier avant l'échéance de la prescription, le médecin perd ainsi des moyens de défense. Le risque pour lui est d'être condamné à réparer le dommage subi par le patient.

b) Du point de vue de l'obligation de conserver les dossiers

D^r Dominique Bünzli, M^e Rachel Christinat et M^e Stéphane Mermod

Le médecin qui viole son obligation de conserver les dossiers conformément à la législation cantonale neuchâteloise et au code de déontologie court le risque d'être sanctionné sous l'angle administratif (canton) et sous l'angle déontologique (SNM et FMH).

Partie B, par :

Me Rachel Christinat, Avocate au barreau, docteure en droit, associée au sein de l'Etude Schaller & Associés, Neuchâtel

B. Assurance en responsabilité civile

Le droit fédéral dresse la liste des devoirs professionnels du médecin, qui travaille sous sa propre responsabilité professionnelle, sur laquelle figure l'obligation de conclure une assurance responsabilité civile professionnelle (ci-après : assurance RC). La couverture d'assurance doit être adaptée à la nature et à l'étendue des risques qui découlent de l'activité du praticien. Cette obligation ne contraint pas les médecins qui sont engagés par un hôpital public, car leur activité est soumise aux règles sur la responsabilité civile de droit public, c'est-à-dire à la responsabilité étatique.

Pour obtenir l'autorisation de pratiquer sous sa propre responsabilité professionnelle, le médecin doit fournir une attestation d'assurance RC. Celui qui n'est plus couvert (ou dont la couverture est insuffisante) durant l'exercice de son activité s'expose à une sanction disciplinaire, voire au retrait de son autorisation de pratiquer. Outre les difficultés liées à l'exercice même de la profession, une couverture d'assurance RC insuffisante est préoccupante pour le praticien. En effet, lorsqu'il viole malencontreusement ses règles de l'art ou son devoir d'information et que le patient subit un préjudice à cause de ce manquement, le praticien engage sa responsabilité personnelle. De ce fait, il peut être contraint de réparer le préjudice subi par le patient en lui versant une somme d'argent. Le montant de cette indemnité réparatrice peut être élevé en cas de préjudice corporel. Le médecin a donc tout intérêt à s'assurer correctement.

Le médecin et l'assureur concluent un contrat d'assurance RC. La loi fédérale sur le contrat d'assurance régit globalement la matière. Elle laisse néanmoins une marge de manœuvre conséquente aux parties au contrat d'assurance RC, de sorte que toutes les compagnies d'assurance ont adopté des conditions générales d'affaires (ci-après : CGA) qui précisent la couverture. En outre, le contrat que le médecin conclut avec l'assureur peut encore affiner la couverture. Considérant les nombreuses variantes existantes, la présente contribution ne peut pas indiquer les démarches effectives que chaque praticien devrait entreprendre vis-à-vis de son assureur. Elle se borne par conséquent à relever les points d'attention qui méritent une vérification :

- Le médecin doit prendre le temps de lire et d'assimiler non seulement sa police d'assurance, mais aussi l'intégralité des CGA qui y sont annexées. Etant soumis à une forte pression de résultats, les courtiers en assurance ont plutôt tendance à exposer les avantages du produit qu'ils proposent et à en taire les inconvénients. Qui plus est, ils ne connaissent pas forcément les règles professionnelles qui régissent l'activité médicale. Certaines conditions de l'assurance peuvent ainsi rester sous silence lors de l'entretien avec le courtier alors qu'elles sont déterminantes pour le médecin. Ce dernier doit par conséquent prendre connaissance des documents précités. Seules la police d'assurance signée et les CGA annexées feront foi en cas de sinistre.
- Les assurances RC doivent être adaptées au nouveau droit de la prescription, qui est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2020. Partant, l'assurance RC doit désormais couvrir une prescription de 20 ans. De même, la couverture doit être maintenue encore 20 ans après la cessation de l'activité du médecin.
- La loi impose au médecin de déclarer le sinistre, soit la survenance d'un cas de responsabilité civile médicale, aussitôt qu'il en a connaissance. La plupart des CGA

D^r Dominique Bünzli, M^e Rachel Christinat et M^e Stéphane Mermod

prévoient que cette déclaration doit revêtir la forme écrite. Si le médecin contrevient par sa faute à cette obligation, la loi permet à l'assureur de réduire l'indemnité à la somme qu'elle comporterait si la déclaration avait été faite à temps. De plus, l'assureur n'est pas lié par le contrat d'assurance RC si le médecin omet de faire immédiatement la déclaration dans l'intention d'empêcher l'assureur de constater en temps utile les circonstances du sinistre. La position du médecin peut être inconfortable dans les cas où un patient semble se plaindre de sa prise en charge sans formuler clairement une demande de réparation. Il est effectivement fréquent en pratique qu'un patient réclame des explications au médecin pour établir les circonstances de sa prise en charge, sans émettre de prétentions. Dans cette hypothèse, le patient réclame une indemnisation seulement après avoir instruit la cause. Or le médecin est déjà entré en discussion avec le patient et l'assurance pourrait tenter de reprocher au praticien une déclaration tardive du sinistre. Par ailleurs, le médecin qui annonce plusieurs sinistres pourrait subir une augmentation de ses primes. Le praticien peut ainsi être tenté d'attendre que le patient revendique clairement la réparation d'un préjudice pour déclarer le sinistre. Pour éviter qu'une telle situation se produise, le médecin devrait négocier avec son assureur la possibilité de procéder à des annonces préventives qui n'augmentent pas les primes. De cette manière, dès qu'un patient semble contester sa prise en charge sans (encore) émettre de prétentions en réparation d'un préjudice prétendument causé par une erreur du médecin, celui-ci annonce le cas préventivement à l'assurance. Dans ce contexte, l'assureur RC peut immédiatement fournir une assistance précieuse au médecin. Si le patient revendique la réparation d'un préjudice, le praticien doit procéder à la déclaration formelle du sinistre. L'assureur RC, qui a pu intervenir dès les premiers signes d'une réclamation, ne peut pas reprocher au médecin d'être entré en discussion avec le patient et de lui avoir fourni des renseignements sans son accord.

Pour rappel, le médecin est tenu au secret professionnel lorsqu'il déclare un cas à l'assurance. Dans une annonce préventive, il est vivement recommandé de ne pas dévoiler l'identité du patient, en mentionnant seulement le numéro de dossier ou les initiales du patient. En cas de déclaration d'un sinistre, le médecin doit demander au patient de le délier du secret professionnel à l'égard de l'assureur RC. Si le patient refuse, le médecin déclare sans délai le cas à son assurance en respectant l'anonymat du patient et demande parallèlement à l'autorité de surveillance de lever ledit secret.

- En cas de sinistre, les parties au contrat d'assurance RC peuvent chacune résilier le contrat. Dans ce cas, l'assureur est tenu de couvrir le sinistre en cause, mais la couverture d'assurance cesse en principe quatorze jours après la résiliation, qui peut elle-même intervenir jusqu'au paiement de l'indemnité. Si l'assureur utilise cette possibilité de résiliation, le médecin est contraint de conclure un nouveau contrat d'assurance RC pour pouvoir continuer d'exercer sous sa propre responsabilité professionnelle. Les assureurs que le médecin approchera demanderont sans doute si le praticien a déjà engagé sa responsabilité civile médicale. Le médecin doit l'indiquer, au risque de commettre une réticence dans le cas contraire. Comme l'assurance RC repose sur un contrat de droit privé entre l'assureur et le médecin, aucune compagnie n'est tenue d'assurer le praticien. Un médecin dont un assureur aurait déjà résilié le contrat en raison d'un sinistre pourrait ainsi se heurter à un refus de couverture de tous les autres assureurs RC. Dans cette hypothèse le médecin pourrait perdre son autorisation de pratiquer sous sa propre responsabilité professionnelle. Il est donc recommandé au praticien de négocier une clause selon laquelle l'assurance RC renonce au droit de résilier le contrat en cas de sinistre.

Voilà les recommandations principales qui peuvent être adressées au médecin en lien avec l'assurance RC. Il convient enfin de préciser que les compagnies d'assurance

// DOSSIER MÉDICAL : CONSERVATION, ARCHIVAGE ET DROITS DU PATIENT / DÉLAI DE PRESCRIPTION / RESPONSABILITÉ CIVILE

D^r Dominique Bünzli, M^e Rachel Christinat et M^e Stéphane Mermod

emploient le plus souvent des juristes qui sont spécialisés en droit de la responsabilité civile. Lorsqu'un cas se produit, l'assurance qui est informée immédiatement apporte un réel soutien au médecin dont la responsabilité est mise en cause. L'assurance intervient en principe aux côtés du médecin, voire le représente déjà dans les discussions avec le patient. Il est donc déterminant de maîtriser précisément la procédure de déclaration à suivre et de la respecter scrupuleusement, afin que cette collaboration étroite s'instaure. Comme susmentionné, un moyen efficace pour favoriser de bons rapports avec l'assureur RC consiste à convenir d'un système d'annonces préventives.

Partie A, par : Dr Dominique Bünzli, médecin interne générale FMH, membre du comité SNM et MFE Neuchâtel, Peseux
Me Stéphane Mermod, Avocat au barreau, collaborateur au sein de l'Etude Walder Klauser Schwab, Couvet.

Partie B, par :
Me Rachel Christinat, Avocate au barreau, docteure en droit, associée au sein de l'Etude Schaller & Associés, Neuchâtel

COVID-19 : ÉCHOS DU SCSP

D^r L.Kaufmann | médecin cantonal adjoint

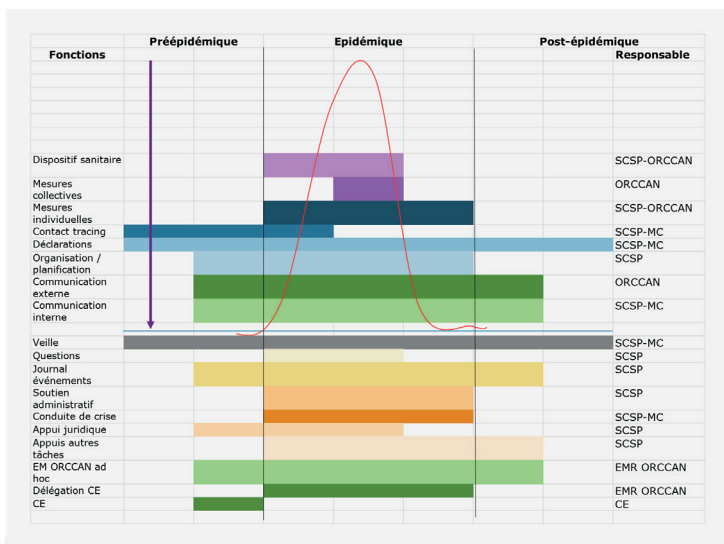
GÉNÉRALITÉS

L'épidémie Covid-19 traverse notre pays depuis le début du mois de mars 2020, bouleverse l'ensemble de notre société d'une façon inouïe. Aucun secteur socio-économique n'est épargné.

Le service cantonal de la santé publique a été comme tous les autres services de l'Etat, pris dans ce tourbillon, avec une ou deux longueurs d'avance peut-être, étant aux premières loges pour la veille sanitaire.

Ainsi, le 23 janvier 2020, le médecin cantonal lançait l'alerte. Par un mail adressé aux services des urgences et au service d'infectiologie de RHNe, au laboratoire Admed, au chef de l'EM ORCCAN, au secrétariat du DFS, il relayait l'information de l'OFSP annonçant l'émergence d'une flambée de cas de coronavirus dans la province de Wuhan.

Les semaines qui ont suivi ont été marquées par une prise de conscience échelonnée, individuelle ou collective, de la gravité de la situation. Le SCSP a pu bénéficier d'expériences passées et de documents élaborés lors de précédentes épidémies telles que celle du SARS en 2002-2003, de H1N1 en 2009, de MERS en 2012 et même d'Ebola en 2015. Très rapidement, un énorme travail de communication, interne et externe, a envahi toute l'activité de l'office du médecin cantonal.



Durant quelques semaines, la question des quarantaines était au cœur des discussions, qui générèrent un flot de préoccupations auxquelles le SCSP devait faire face, ceci sous une forte pression médiatique.

Au 20 février, 280 personnes avaient été testées en Suisse, toutes négatives. Des personnes de retour de Chine étaient mises en quarantaine. Tout semblait sous « contrôle ».

Suite à l'irruption très brutale de l'épidémie au Nord de l'Italie fin février, le Conseil Fédéral a pris pour la première fois une mesure de restriction de rassemblement. En effet, au 28 février, les manifestations de plus de 1000 personnes étaient interdites.

La population était alors encore plus ou moins insouciante, terminant une semaine de vacances...

Le lundi 2 mars une énorme vague de sollicitations submergeait le SCSP : services de l'Etat, communes, écoles, crèches, universités, milieux religieux, organisateurs de manifestations sportives et culturelles, économiques, particuliers : l'ensemble de la société venait aux renseignements auprès du service.

D^r L.Kaufmann | médecin cantonal adjoint

De multiples mesures ont dû être prise en toute urgence :

- Poursuite des rencontres avec ORCCAN, veille permanente et prises de décisions
- Réorganisation du SCSP avec engagement de personnes ressources supplémentaires
- Développement et adaptation du site informatique du service de la santé de façon à permettre transmettre une information actualisée de la situation
- Mise en place d'une infoline ainsi que d'une adresse mail dédiée afin de répondre dans les meilleurs délais aux innombrables sollicitations
- Préparation et mise en activité de 8 centres de tri infirmiers en collaboration avec Nomad, le SIEN, la SNM, afin de soulager et protéger RHNe et les médecins traitants
- Communication de critères d'appréciations à la disposition des organisateurs de manifestations
- Poursuite et reprise de l'élaboration de multiples recommandations sur la base des informations de l'OFSP
- Annonce des cas positifs, recueil des données épidémiologiques
- Etc...

Ce même lundi 2 mars, le canton de Neuchâtel annonçait un premier cas positif.

L'enquête d'entourage de ce premier cas nous faisait apparaître toute l'étendue de la difficulté qui s'annonçait : cet homme, en dehors de ses activités d'apprentissage, de cours en classe, avait sillonné notre pays en train alors qu'il était manifestement symptomatique.

Nous avons pu ressentir un même sentiment d'impuissance en apprenant le parcours des cas positifs ultérieurs, chacun ayant participé à des rassemblements, des fêtes de famille, travaillé en institutions etc....

L'activité de « contact tracing » n'aura duré qu'une semaine mais fut d'une très grande intensité.

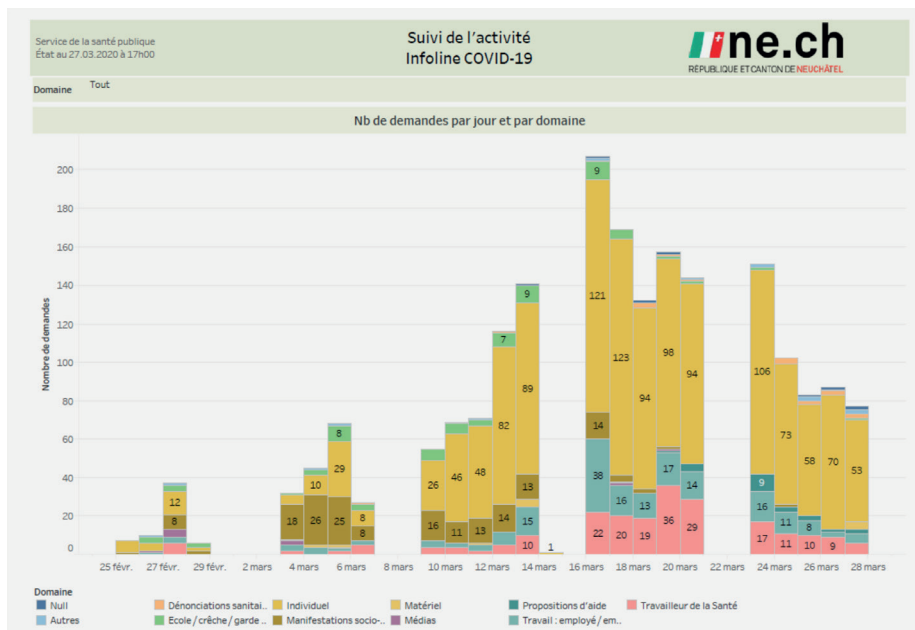
D^r L.Kaufmann | médecin cantonal adjoint

BILAN DE L'ACTIVITÉ DE INFOLINE AU 28.03.2020 :

2000 appels sont parvenus entre le 25 février et le 28 mars. Environ 1000 mails ont été adressés à coronavirus@ne.ch.

Depuis le 7 mars, le SCSP peut compter sur le soutien d'une dizaine de personnes de l'administration cantonale (mobilisées par ORCCAN) et de 4 à 6 personnes de la protection civile. Cette équipe de première ligne, est encadrée par 2 médecins assistants et le médecin cantonal adjoint.

Dès le 30 mars, sous la responsabilité du Dr Saillant, un,e psychologue ou un,e psychiatre complètera le dispositif.

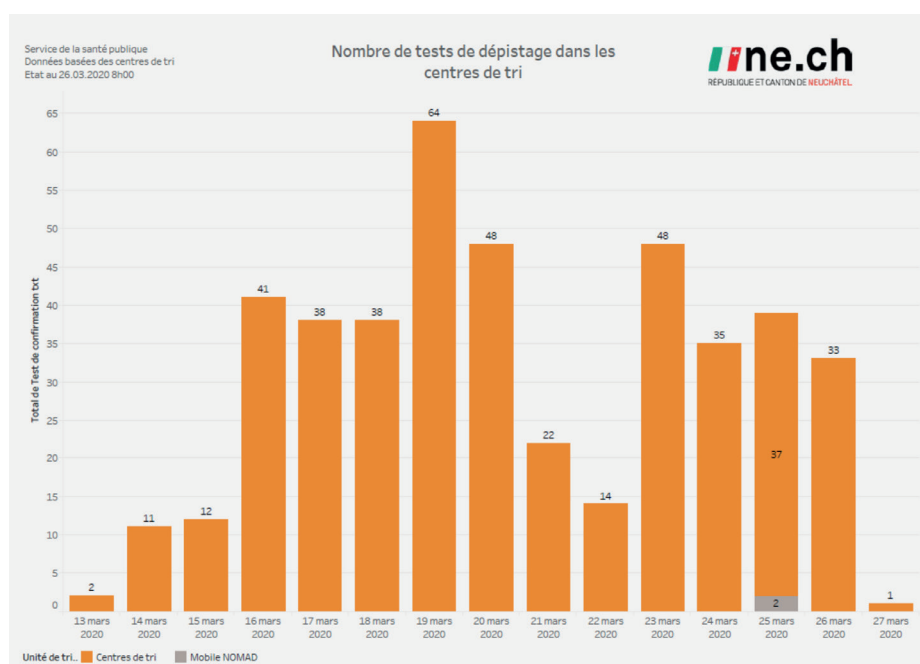


D^r L.Kaufmann | médecin cantonal adjoint

BILAN DE L'ACTIVITÉ DES CENTRES DE TRI NOMAD AU 28 MARS :

Du 13 au 27 mars, les 8 centres de tri ont été consultés à 833 reprises, désigné 370 personnes comme cas probables, effectué 444 tests, hospitalisé 10 personnes.

Chaque personne est intégrée dans une base de donnée dédiée, le personnel infirmier suit un arbre décisionnel, peut solliciter un médecin référent pour toute question.



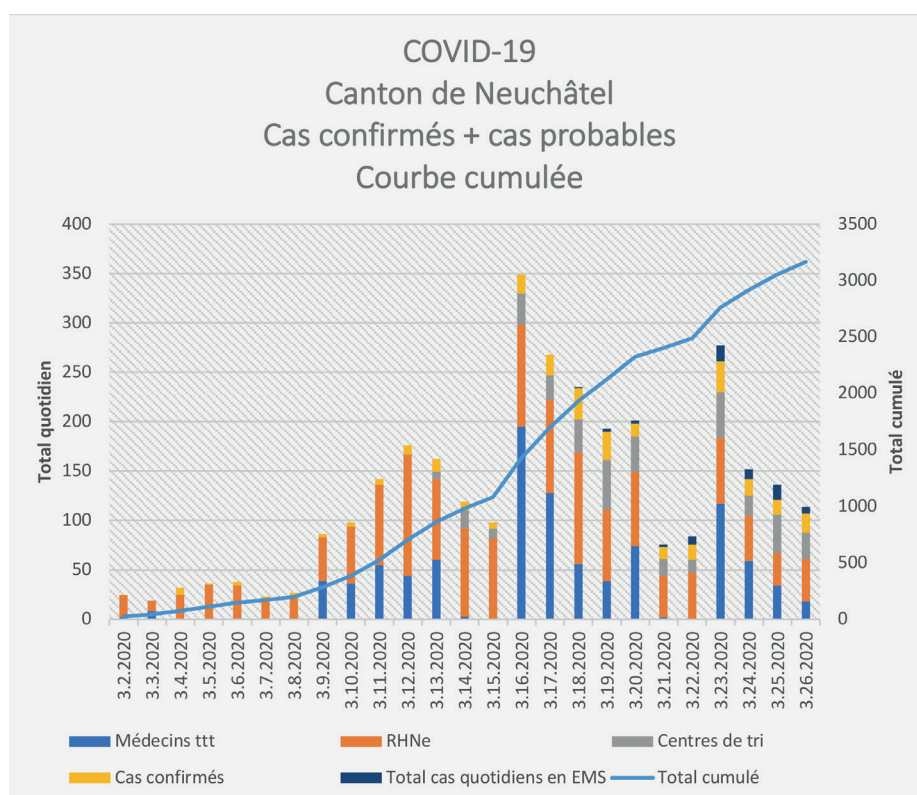
D^r L.Kaufmann | médecin cantonal adjoint

BILAN DU RECUEIL DE DONNÉES AU 28 MARS :

Depuis le 26.03.2020, il nous a été possible de clarifier les données recensées par les médecins traitants, les centres de tri NOMAD, RHNe, et les cas COVID-19 positifs confirmés recensés par le SCPS.

Un groupe de médecins traitants, après avoir été sollicités par la SNM, envoie quotidiennement la liste de leurs patients mis en auto-isolément pour des symptômes compatibles avec COVID-19, ceci depuis le 02.03.2020.

RHNe recueille également tous les cas probables ambulatoires des urgences des sites de la Chaux-de-Fonds, de Pourtalès, des 2 COP, des urgences pédiatriques depuis le 02.03.2020.



Commentaire : Suites aux mesures prises par la Confédération et par le Canton de Neuchâtel (la limitation des manifestations à 500 personnes par le CE date du 04.03.2020, la fermeture des écoles date du 13.03.2020) on peut constater l'absence d'une courbe exponentielle telle que crainte initialement.

Au contraire, une tendance à la baisse peut être observée, si l'on ne tient pas compte de l'effet rebond du lundi 23.03.2020.

Situation au 28.03.2020

	Totaux
Cas probables par médecins ttt	972
Cas probables par RHNe	1631
Cas probables par centres de tri	373
Cas confirmés	324
Total des cas	3100
Total des cas en EMS	74
Total patients EMS + hospitalisés	6
Cas hospitalisés	60
Cas aux soins intensifs	16
Cas confirmés décédés	6
Cas probables décédés	7

Nombre total tests réalisés	1335
Nombre total tests négatifs	1012
Nombre total tests positifs	323
Personnel soignant positifs	93
Collaborateurs EMS positifs	34

CONCLUSIONS

Au cœur d'une tourmente sans précédent, alors que notre société est paralysée, alors que nul ne peut connaître ni la durée de l'épidémie Covid-19 ni l'ampleur des dégâts humains pour notre pays et notre canton, nous saluons et remercions ici chaque professionnel de la santé. Chacun est impacté fortement, soit par un surcroît d'activité, soit par un arrêt d'activité, soit dans sa santé ou dans celle de sa famille.

Que chacune et chacun soit vivement remercié pour son engagement et sa participation.

Nous sommes peut-être au milieu du gué. Encourageons-nous.

PHARMACIE ET COVID-19

Jérémie Liard Dr Pharm, Le Locle | Christian Borel-Jaquet, Dr es-Sciences-FPH, Président de l'ONP

Face à la crise sanitaire engendrée par le Covid-19 les pharmacies suisses et donc Neuchâteloises ont dû s'adapter rapidement afin de garantir leur service de proximité et une continuité des soins notamment pour les personnes sous traitement chronique. Pour ce faire, elles ont dû revoir leur organisation pour s'adapter au mieux à la réalité du terrain. Les mesures prises par le Conseil Fédéral visant à limiter les déplacements (allant dans le sens de la plupart de nos voisins Européens) ajoutées au flot continu d'informations, véhiculé par les médias, ont rapidement créé un climat anxiogène au sein de la population. Cela s'est traduit par des comportements de panique, voire d'agressivité, au sein de la clientèle des pharmacies. Une très forte augmentation de la fréquentation des officines s'est produite en particulier durant la semaine du 16 au 22 mars. En parallèle il a fallu mettre en place une nouvelle organisation du travail afin de maintenir un service optimal tout en respectant les recommandations sanitaires. On a ainsi observé une augmentation drastique du nombre d'appels téléphoniques pour des demandes de livraisons. Les pharmacies ont alors mis en place différents systèmes pour répondre à ces changements. Certaines ont eu recours à du personnel traditionnellement occupé à d'autres tâches, comme par exemple celui du secteur parfumerie. D'autres ont trouvé des solutions externes afin de répondre à ces demandes ayant parfois doublé voire même triplé. **Le but : maintenir un service efficace sur la durée.** Tout cela démontre la nécessité de conserver un maillage important de pharmacies sur le canton. En effet, en cas de prolongement des délais de livraisons par la poste, les « entrepôts » par correspondance pourraient avoir des difficultés pour subvenir aux besoins des patients

Pour réaliser ces efforts et garantir un service de qualité, il est nécessaire de garder du personnel en nombre suffisant et en bonne santé ! C'est la raison pour laquelle il a fallu mettre en place, au plus vite, des mesures de protection du personnel officinal. Des parois en plexiglass ont ainsi été installées aux comptoirs et le port de masques chirurgicaux par les équipes a été conseillé dans des situations définies. De plus, des protocoles de désinfection des mains, des surfaces de vente et des locaux ont été instaurés de manière systématique. A ces mesures contraignantes mais nécessaires s'est rajoutée l'inquiétude des équipes, à cause de situations personnelles liées aux problématiques de garde d'enfants et de confinement entre autre. Il faut également prendre en compte le risque de contamination du personnel et donc probablement un manque de personnel à venir. Les pharmacies devront faire preuve de flexibilité et d'endurance afin de relever les défis futurs, cela pourrait passer, par exemple, par des réductions des horaires d'ouverture.

L'enjeu de ces prochaines semaines est en effet que les pharmacies restent ouvertes car elles constituent une porte d'entrée du système sanitaire.

Cette situation extraordinaire a également entraîné de grosses difficultés d'approvisionnement dans les pharmacies. En effet, avant même l'instauration des mesures fédérales, les gels hydro-alcooliques et autres lotions désinfectantes ainsi que les masques de protection étaient déjà en rupture de stock. Ensuite, des difficultés d'approvisionnement ont rapidement touché certaines spécialités, celles contenant du paracétamol notamment. Des craintes concernant l'approvisionnement des médicaments pour les traitements chroniques se sont manifestées. Ainsi certaines personnes ont voulu faire des stocks de manière irraisonnée poussant le Conseil Fédéral à intervenir pour rapidement limiter la délivrance des médicaments des listes A et B et de certaines substances actives de la liste D dans son ordonnance du 18 mars. La chloroquine et l'hydroxy-chloroquine (Nivaquine[®], Plaquenil[®]) faisant même l'objet de réquisitions dans certains cantons.

Dans ce contexte de crise sanitaire, une des missions importantes des pharmacies est d'informer le public et de pouvoir répondre aux inquiétudes des clients afin de les rassurer et rétablir des vérités face à certaines rumeurs notamment. En outre, notre mission est de relayer les recommandations fédérales et cantonales auprès du grand public (mesures d'hygiène, de distanciation sociale, conduite à tenir en cas de symptômes évocateurs). Cette mission de santé publique nécessite une bonne coordination de tous les acteurs concernés.

Face aux prévisions qui mentionnent une rémanence à long terme du Covid-19, il est nécessaire de réfléchir au futur et notamment aux enseignements à tirer de la situation actuelle. Il semble adéquat que nous ayons une meilleure coordination avec certaines structures, par exemple l'ORCCAN. Nous pensons que d'intégrer les sociétés cantonales de médecine et de pharmacie dans un tel dispositif permettrait une meilleure communication des informations sur le terrain. De même, l'approvisionnement de produits de première nécessité tels que masques, désinfectants et autres, implique une coordination entre la Confédération, le Canton et la cinquantaine d'officines Neuchâteloise. Les besoins sur le terrain doivent être rapidement définis ainsi que la personne habilitée à les communiquer. De même qui est en mesure de faire appel, par exemple, à la pharmacie de l'armée. Bien que, comme mentionné plus haut, il existe une communication ONP-SSP, l'intégration de la base représentée par les organes des sociétés cantonales, permettrait d'en faire une réalité plus efficace. Je pense que de nombreux confrères n'ont pas, par exemple, connaissance de l'ORCCAN. A ce propos, un exemple concret est la réactivité des pharmacies du canton dans la préparation de solution hydro-alcoolique, dès validation par la Pharmacienne cantonale de la formule OMS. Malheureusement, ensuite, nous avons dû stopper les préparations par manque d'alcool ! Il est primordial d'y réfléchir pour l'avenir car ce sont des éléments communs qu'elle que soient les différentes pandémies/épidémies.

Pour le futur, il semble indispensable que soit établi une coordination interprofessionnelle. Il sera nécessaire de mettre en place, selon les experts, des tests anticorps et de PCR avec les prélèvements y relatif. Lorsque le vaccin sera disponible, il faudra pouvoir vacciner les gens. En effet, tous les autres problèmes de santé qui existaient avant la pandémie continueront d'être présents voir pour certain ont été aggravés par cette période. Dès lors, si l'on veut pouvoir disposer de gens capables de reprendre des activités en toute sécurité et ainsi tenter d'atténuer les impacts économiques, cette coordination sera indispensable.



Organisation médico-soignante de crise : RHNe

Lors de notre formation en médecine d'urgence le chapitre de la médecine de catastrophe est enseigné et pratiqué par des simulations sur le terrain et dans des salles d'état-major. Les sujets sont variés mais surtout ciblés sur des situations très ponctuelles (accident de car, terrorisme, tremblement de terre etc.). Le sujet de la pandémie est souvent évoqué comme étant le pire événement majeur qui puisse s'abattre sur un système de santé car contenant de nombreuses inconnues, touchant les soignants et leurs familles (avec la problématique d'une absence de ressources potentiellement majeur) et pouvant durer des semaines voire des mois.

Nous y sommes. Les défis sont majeurs et la sortie de crise avec un retour à une activité « normale » ne sera pas moins délicate. Nous pouvons compter, depuis le début de cette crise, sur un engagement très important de nos équipes et de nos partenaires dans un réel élan de solidarité.

Les deux missions principales du RHNe actuellement :

- Mission 1 : maintenir les prestations d'urgences et nécessaires à une bonne prise en charge dans toutes nos spécialités 24/24 7/7 malgré l'effervescence générale et des reports de charge potentiels.
- Mission 2 : dispositif COVID. Une organisation spéciale dédiée au COVID-19 a été mise en place pour fonctionner de manière relativement autonome afin d'avoir la souplesse et la réactivité nécessaire sur l'organisation très évolutive de la prise en charge des patients COVID dans l'institution.

Voici en substance ce qui a été mis en place dans des temps records sous l'impulsion de l'état-major de crise RHNe dirigé par la direction médicale et des soins :

➤ Dispositif ambulatoire RHNe et privés

- COP PRT : ouvert en permanence depuis le 2 mars de 8h-20h, 7/7 pour dépistage COVID (dès le 1^{er} avril la structure de dépistage persiste mais est relocalisée dans l'ancienne voie verte pédiatrique)
- CDF : dispositif de dépistage COVID au 6^{ème} étage dès le 7 mars
- Pré-Tris avancés et séniorisés (médecin cadre urgentiste) prêts à être déployés dès que nécessaire pour assurer une orientation adéquate et des flux patients rapides et coordonnés. Des tentes sont installées à PRT et CDF et un dispositif dans le hall du site de CDF à cet effet. Cela permettra de faire face, si nécessaire, à un pic prolongé de patients ambulatoires et de préserver nos urgences pour les patients les plus graves.
- Sectorisations des urgences CDF et PRT en zones COVID et non-COVID pour maintenir une zone « propre » avec une salle de déchochage « propre » pour les patients non-COVID graves.
- Arrêt des gardes voies vertes SNM dès le 23 mars 2020 et report des visites à domicile sur dispositif SNM avec reprise par la SNM des gardes médicales de nuit assurées auparavant par le SMUR en semaine (Médecin du Jura assure toujours la couverture les WE et jours fériés).

ORGANISATION MÉDICO-SOIGNANTE DE CRISE : RHNe

D^r Vincent Della Santa | Médecin-chef du département des urgences

Dispositif actuel

- Cohortage des patients positifs et suspects dans trois unités spécifiques sur CDF (CHIR A) et sur PRT (CHIR 3 et 4) suite à la réduction majeure de l'activité élective chirurgicale (activité d'urgences chirurgicales + oncologie chirurgicale maintenue). Ces unités sont supervisées par les pneumologues RHNe sur PRT et les internistes RHNe sur CDF.
- Soins intensifs et ventilation invasive : 10 postes aux SI PRT, 6 postes ouverts de ventilation invasive COVID dans salle de réveil PRT + 5 lits ventilés supplémentaires non-COVID dans les salles non-utilisées du bloc opératoire de PRT, augmentation des capacités de l'unité de soins continus CDF à 10 lits ventilés COVID. Ceci porte notre capacité de lits ventilés à 31 sur le canton de NE. Grâce à l'appui du département d'anesthésie et de la SUVA, de Top Anesthésie et Fly anesthesia ainsi que des intensivistes venus en renfort la supervision est passée à 24/24h aux SI PRT et également à la CDF selon le volume des cas. Une ligne de garde d'anesthésie supplémentaire 24/24h est garantie à PRT et à la CDF depuis le 30 mars.
- Mise en place d'une unité de gériatrie aigue Covid
- Circuit de réadaptation pour les patient COVID sur le site du Locle

➤ **Autres axes (non exhaustif) :**

- Groupe collégial « directives éthique » et d'application des choix à venir
- Groupe collégial de management et de priorisation des programmes opératoires
- Travail rapproché avec les EMS et institutions externes (CNP, perces neiges, etc.) pour un maintien maximal en institution :
 - ◆ Equipe mobile via SNM et NOMAD
 - ◆ Support aux soins de fin de vie par le DGRSP avec des directives pour les institutions
- Multiples nouvelles procédures préparées qui seront mises sur l'intranet et dans un dossier COVID dédiée, par exemple :
 - ◆ Attitude actuelle de traitement anti-infectieux des COVID-19 confirmés
 - ◆ Procédure dégradée en cas de réanimation cardio-respiratoire
- Soutien psychologique aux collaborateurs assuré par une hotline spéciale du CNP.
- Appui de la protection civile dès le début de la crise.
- Depuis le 23 mars 2020, soutien par 90 soldates et soldats (bataillon d'hôpital) qui rejoignent le personnel soignant du RHNe. La très grande majorité d'entre eux est au bénéfice d'une formation d'auxiliaire de santé reconnu par la Croix-Rouge Suisse et peuvent, ainsi, assister le personnel soignant dans ses tâches quotidiennes, en participant également à l'offre globale de soins aux patients. Ces militaires seront répartis au sein de 8 unités de soin, 3 sur le site de La Chaux-de-Fonds (médecine A et B, urgences), ainsi que 5 sur le site de Pourtalès (médecine 2, 3 et 4, ainsi que chirurgie 2 et urgences).

Au total le Réseau Hospitalier neuchâtelois, avec l'appui de partenaires publics et privés, de la Protection Civile et de l'armée, s'est complètement réorganisé pour faire face à une arrivée importante de patients atteints par le coronavirus mais également pour maintenir sa capacité à prendre en charge les patients non-COVID



ORGANISATION MÉDICO-SOIGNANTE DE CRISE : RHNe

D^r Vincent Della Santa | Médecin-chef du département des urgences

urgents ou nécessitant une prise en charge électorale nécessaire tout en garantissant à ses soignants et médecins des conditions de travail supportables malgré un stress et une surcharge importante.

Cette pandémie laissera des traces, positives et négatives pour notre institution et d'autres structures de soins, mais aura eu le mérite de montrer l'importance d'un système cantonal de santé coordonné et complémentaire et de mettre en lumière l'implication des personnels de santé et autres métiers de l'hôpital pour la prise en charge de nos concitoyens.

Portez-vous bien.



**DÉPARTEMENT DES FINANCES
ET DE LA SANTÉ**LE CONSEILLER D'ÉTAT
CHEF DE DÉPARTEMENTÀ l'attention des professionnel-le-s
de la santé du canton de Neuchâtel

Neuchâtel, le 27 mars 2020

Merci de votre engagement

Mesdames, Messieurs,

La propagation du nouveau coronavirus est vécue comme une crise par la majeure partie de la population. Elle ébranle nos modes de vie, réduit nos relations sociales et génère de l'anxiété ou du moins met à mal la sérénité à laquelle chacun-e aspire.

Dans ce nouvel environnement, les malades, mais avec eux toute la population, trouvent dans l'engagement des professionnel-le-s de la santé les marques rassurantes de la volonté de continuer de porter égard à l'autre ; d'entretenir les liens qui unissent notre société. Votre engagement est ainsi devenu le symbole de la réponse que chacun-e souhaite trouver à cette crise en évitant l'isolement, en vainquant ses craintes, en entretenant les valeurs humaines qui nous unissent.

La population neuchâteloise, qui le manifeste chaque soir par ses applaudissements, et les autorités publiques, en particulier le Conseil d'État, vous sont reconnaissants de votre engagement, individuel et collectif, dont la signification dépasse évidemment l'acte de soins ; vous le savez bien.

Avec beaucoup d'humilité face à cette situation exceptionnelle, nous souhaitons vous témoigner de notre gratitude et de celle des Neuchâteloises et de Neuchâtelois pour votre engagement. Le Conseil d'État sait que le contexte dans lequel vous vous engagez empiète davantage encore que d'habitude sur votre vie privée et familiale. Il sait aussi que les bouleversements imposés à chaque famille, par exemple du fait de la fermeture des écoles et des crèches, ne vous épargnent pas davantage que d'autres. Il sait encore que l'exposition à la maladie et les multiples précautions à prendre pour s'en protéger génèrent un environnement professionnel plus stressant également.

Comme il l'a fait régulièrement par le passé, le Conseil d'État continuera donc à l'avenir de veiller aux conditions de travail qui sont les vôtres, conscient que sans un cadre usuel de travail équilibré, l'engagement exceptionnel qui est sollicité de vous aujourd'hui ne serait pas possible.

Notre reconnaissance s'adresse naturellement aussi aux personnes qui vous permettent de vous engager pleinement et vous apportent à leur tour le réconfort dont vous avez besoin.

En réitérant notre profonde gratitude pour votre engagement et pour les valeurs sociales que vous portez, nous vous adressons, Mesdames, Messieurs, nos encouragements et nos respectueuses salutations.

Laurent Kurth,
conseiller d'État

NOMINATION DE DEUX DIRECTRICES DE SITE

Le conseil d'administration du RHNe se félicite d'avoir trouvé deux excellentes candidates pour occuper les postes de directrice de site mis au concours à la fin de l'année 2019. Au terme d'un processus de recrutement exhaustif mené par sa commission de nomination avec le soutien d'un partenaire externe, il a nommé Claire Charmet pour diriger le site de La Chaux-de-Fonds et Muriel Desaulles pour le site de Neuchâtel.



Claire Charmet est directrice d'hôpital depuis onze ans en France. Détentrice de deux masters en management des administrations publiques et des systèmes de santé, diplômée en 2009 de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique, elle a notamment exercé en qualité de directrice des finances et de la stratégie ainsi que comme directrice des ressources humaines dans divers centres hospitaliers. Elle a piloté plusieurs projets d'ampleur comme la construction d'un hôpital psychiatrique de 140 lits, le transfert d'une maison de retraite, ainsi que des projets de restructurations internes. Depuis septembre 2018, elle occupe le poste de directrice déléguée du Centre hospitalier de Wissembourg, en Alsace, organisé en réseau avec deux autres hôpitaux. Agée de 37 ans, elle est mariée et maman de deux enfants.



Directrice générale a.i du RHNe depuis novembre 2018, **Muriel Desaulles** travaille dans les hôpitaux neuchâtelois depuis plus de 25 ans. Au bénéfice d'une licence en sciences économiques de l'Université de Neuchâtel, elle a occupé les fonctions de directrice administrative et logistique des hôpitaux des Cadolles-Pourtalès entre 1997 et 2006, de chargée de communication de l'Hôpital neuchâtelois de 2006 à 2007 avant d'être nommée secrétaire générale. Membre du comité de direction depuis 2017, elle est notamment en charge de la coordination des conventions avec les hôpitaux universitaires et représente le RHNe à la commission faïtière de la CCT Santé 21.

Le passage du fonctionnement actuel à la gouvernance collégiale prévue par la LRHNe sera effectif lors de l'entrée en fonction de Claire Charmet. Ce sera le cas après la pause estivale, à moins qu'elle puisse anticiper son installation en Suisse.

La nomination de deux directrices de site donnera une majorité féminine au sein du collège des directions, avec trois membres sur cinq. Cela renforce la place du RHNe parmi les hôpitaux suisses qui accordent le plus de place aux femmes parmi les fonctions dirigeantes. Le taux de médecins cheffes de départements est de 45%, ce qui est nettement supérieur à la moyenne nationale.

LES NOUVEAUX VISAGES DU RHNE

Le **Dr Dumeng Décosterd** a repris le poste de médecin chef de service des soins intensifs le 1er février 2020 en remplacement de la Dre Regula Zürcher Zenklusen, qui a fait valoir son droit à la retraite. Le Dr Décosterd travaillait précédemment comme médecin chef de service des urgences et médecin chef aux soins intensifs à l'Hôpital du Jura. Il connaît le RHNe pour avoir travaillé à temps partiel aux soins intensifs.

Le **Dr Berardino De Bari** est entré en fonction le 1er janvier 2020 comme médecin chef du service de radio-oncologie. Diplômé en médecine à l'Université catholique de Rome en 2004, il est devenu spécialiste en radio-oncologie dans la même université en 2008. Il est Private Docent et Maître d'Enseignement et de Recherche (MER Clinique 1) de l'Université de Lausanne depuis 2016 et Maître de Conférence des Universités - Praticien Hospitalier (MCU-PH) de l'Université de Bourgogne - Franche Comté depuis 2018. Son activité clinique et de recherche porte surtout sur le traitement des patients avec des cancers gastro-intestinaux ou génito-urinaires, ainsi que sur l'intégration des techniques modernes d'imagerie en radio-oncologie.

La **Dre Carolina Mesoraca** est entrée en fonction le 1er janvier 2020 comme médecin cheffe adjointe au sein du service d'orthopédie-traumatologie, spécialiste de la main. Diplômée en médecine à l'Université de Bologne en 2001, elle a obtenu à l'Institut Orthopédique Rizzoli, le titre FMH en orthopédie et traumatologie et le titre FMH en médecine physique et réadaptation. Elle a ensuite orienté sa carrière dans le domaine de la chirurgie de la main. Elle travaille en Suisse depuis 2015, d'abord à l'Hôpital Riviera-Chablais et à partir de 2019 elle travaille comme Médecin indépendante à la Clinique La Prairie où elle a enrichi ses compétences notamment au niveau de la main et du poignet (élective et traumatologie).

Le **Dr Alexandre de Cannière** est entré en fonction le 1er octobre 2019 comme médecin chef adjoint au service d'orthopédie-traumatologie, spécialiste de la hanche. Diplômé de la Faculté de médecine de Genève en 2009, il a débuté sa formation aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) puis à l'Hôpital neuchâtelois avant de poursuivre sa formation au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) comme médecin assistant. Chef de clinique depuis 2015, il a travaillé à l'Hôpital Riviera-Chablais, puis à nouveau au CHUV où il a pu se spécialiser en chirurgie de la hanche entre 2017 et 2019. Il a obtenu le titre FMH d'orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur en 2018.

Le **Dr Krzysztof Piasecki** est entré en fonction le 1er novembre 2019 comme médecin chef adjoint du service d'orthopédie, spécialisé dans les membres supérieurs. D'origine polonaise, il est né à Hambourg en 1977. Après avoir étudié à la faculté de médecine de Hambourg, il a poursuivi sa formation post-graduée dans différents hôpitaux de la Suisse romande. Assistant puis chef de clinique au CHUV, il a obtenu le titre FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur en 2014. Après sa thèse de doctorat, il a travaillé comme médecin hospitalier à l'Hôpital du Valais depuis 2019. Entre 2017-2019, il a complété sa formation en se spécialisant sur les membres supérieurs sous la direction du Professeur Alain Farron (CHUV) et PD Beat Moor (Hôpital du Valais).