

## LE RENDEZ-VOUS SANTÉ

**SANTÉ MENTALE DES ADOS:  
LES SIGNES D'ALERTE**

## L'INTERVIEW

**PRE DRE CAROLE CLAIR**

« Pour en finir avec les discriminations  
de genre en médecine »

## VÉCU

« L'hypnose m'a offert une renaissance »

## CARTE BLANCHE

**Le regard du photographe  
Guillaume Perret**

**En salle d'attente**

## DOSSIER

# Le don d'organes passe aussi par Neuchâtel

Comme chaque hôpital pourvu d'un service de  
soins intensifs, le RHNe dispose d'une référente  
pour les dons d'organes et de tissus.

Rencontre avec une actrice qui s'intègre dans  
un processus complexe à l'échelle suisse





LE DOSSIER

## Le don d'organes passe aussi par Neuchâtel

Comme chaque hôpital pourvu d'un service de soins intensifs, le RHNe dispose d'une référente pour les dons d'organes et de tissus. Rencontre avec une actrice qui s'intègre dans un processus complexe à l'échelle suisse

06

CARTE BLANCHE  
GUILLAUME PERRET

### En salle d'attente



14

L'INTERVIEW

### PRE DRE CAROLE CLAIR

L'Unité santé et genre d'Unisanté à Lausanne est la figure de proue des recherches sur l'impact des stéréotypes de genre sur la santé. La coresponsable de l'unité détaille comment ces préjugés peuvent prêter la prise en charge



18

▶ 03

L'ÉDITORIAL

Service public et vents contraires

▶ 04

COMPÉTENCES

Les nouveaux visages du RHNe

▶ 05

LA REVUE DE PRESSE

Saturation «critique» à l'Hôpital neuchâtelois

▶ 12

LE RENDEZ-VOUS SANTÉ

Une entrée unique pour les maladies vasculaires

▶ 21

HISTOIRE DES SOINS & MÉDECINE

Valérie de Gasparin, fondatrice de la première école d'infirmières laïque au monde

▶ 22

PLANÈTE SANTÉ

Santé mentale des ados: Les signes d'alerte

▶ 24

HEIDI.NEWS

Sclérose en plaques: et le coupable est... le virus de la mononucléose

▶ 26

VÉCU

«L'hypnose m'a offert une renaissance»

# Service public et vents contraires



Le service public hospitalier doit garantir à chaque citoyen, de façon programmée ou en urgence, un accueil adapté, une prise en charge médico-soignante personnalisée, des soins de qualité et des conseils de prévention et d'éducation thérapeutique, dans un cadre si possible accueillant.

L'hôpital, en tant qu'entité juridique, doit garantir à ses patients et à ses collaborateurs un cadre sécuritaire, de qualité, aux dernières normes en matière de technologie médicale et logistique et, aux citoyens, une gestion efficace des fonds publics.

Le Réseau hospitalier neuchâtelois, en tant qu'hôpital cantonal, assure l'ensemble de ces missions.

Pour ce faire, il répond également à de nombreuses injonctions contradictoires: accueillir toutes les urgences et offrir des prises en charge programmées tout en hébergeant les patients ne nécessitant plus de soins mais ne pouvant pas rejoindre leur lieu de vie habituel; être aussi efficient économiquement que nos partenaires privés et maintenir les missions cantonales coûteuses comme des urgences 24h sur 24h; offrir un maximum de prestations sur cinq sites tout en garantissant la sécurité de soins, ce qui nécessite de regrouper des ressources spécialisées.

Le RHNe est confronté à d'autres contradictions: les Neuchâtelois ont souhaité deux sites aigus forts alors que la législation fédérale encourage la concentration des missions et que les organismes de certifications augmentent sans cesse leurs niveaux d'exigence; l'initiative pour des soins infirmiers forts acceptée par le peuple suisse préconise une revalorisation des métiers soignants au sens large alors que les réformes tarifaires prévoient des diminutions de financement et que les assureurs exigent davantage de qualité à moindre coût. L'hôpital est contraint d'affronter ces vents contraires tout en gardant le cap afin de continuer à fournir des soins de qualité à chaque patient.

Un système de santé n'est jamais que le reflet de la culture du pays ou du canton qu'il dessert. Parfois, les contraintes extérieures nécessitent d'adapter ledit système, avec le risque de l'éloigner de sa culture et de ses valeurs initiales.

Les évolutions à venir dans le secteur de la santé (réformes tarifaires, du droit de pratique, de la formation médicale, planification hospitalière, etc.) renforceront encore ce champ de tensions. Dans ce contexte incertain, il s'agira de trouver un chemin pour renforcer l'attractivité des métiers de soins tout en assurant la pérennité de la mission de service public du RHNe.

**« Les Neuchâtelois ont souhaité deux sites aigus forts alors que la législation fédérale encourage la concentration des missions »**

## IMPRESSUM |

UNE PUBLICATION DU RÉSEAU  
HOSPITALIER NEUCHÂTELOIS

### RÉDACTEUR EN CHEF

Pierre-Emmanuel Buss,  
responsable communication

Ont participé à ce numéro:

Trinidad Barleycorn

Yvan Pandelé

Clémence Planas

Brigitte Rebetez

Francesca Saco

### GRAPHISME

additive, Aline Jeanneret  
Corcelles

### PHOTOGRAPHE

Guillaume Perret  
Cormondèche

TIRAGE 5000 exemplaires

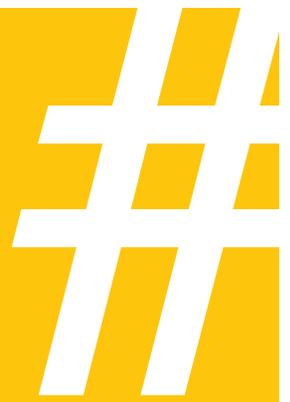
Paraît 2 fois par an

### IMPRESSION

Europ'Imprim Swiss  
Bevaix

### ABONNEMENTS

mag@rhne.ch



# Les nouveaux visages du Réseau hospitalier neuchâtelois



1



2



3



4



5



7



6



8

## **JULIA BONNET**

**#1**

est entrée en fonction le 1er octobre 2021 comme coordinatrice médicale au secrétariat de chirurgie.

## **DRE IVANA PETRESKA**

**#2**

est entrée en fonction le 1er novembre 2021 comme médecin-chef adjointe aux urgences intrahospitalières.

## **DRE ÉMILIE SOLIMANDO**

**#3**

est entrée en fonction le 1er janvier 2022 comme médecin-chef adjointe au sein du département de médecine.

## **BASTIEN BELMONDO**

**#4**

est entré en fonction le 17 janvier 2022 comme chef du département des thérapies.

## **DR GUILLAUME BUSS**

**#5**

est entré en fonction le 1er avril 2022 comme médecin-chef adjoint au sein du service d'immunologie et allergologie.

## **DR BIENVENIDO SANCHEZ**

**#6**

est entré en fonction le 1er avril 2022 comme médecin-chef adjoint aux soins intensifs.

## **VINCENT MENÉTREY**

**#7**

est entré en fonction le 1er mai 2022 comme responsable de l'unité de facturation.

## **MATTHIEU MULOT**

**#8**

est entré en fonction le 1er mai 2022 comme data manager.



## ARCINFO

### Un peignoir pour les patients ayant une assurance complémentaire

Depuis le 1er avril dernier, le Réseau hospitalier neuchâtelois remet en effet un coffret cadeau à ses patients assurés en privé ou demi-privé. En l'occurrence, il s'agit d'un peignoir, d'un kit de soins corporels (comprenant du gel douche, du shampoing et du lait pour le corps). La personne reçoit également le quotidien «ArclInfo» durant son séjour. «Un choix de menus supplémentaires est également proposé pour ces patients», indique Léonard Blatti, directeur des finances du RHNe. Ces cadeaux n'ont aucun impact sur les primes de l'assurance de soins de base, précise-t-il.

Un lecteur a interpellé «ArclInfo» pour connaître la raison de ces cadeaux. Ils sont en fait liés aux contrôles entrepris en 2021 par l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (Finma) qui montraient, au niveau national, un trop grand degré d'opacité dans le domaine de l'assurance maladie complémentaire. Certaines prestations étant parfois facturées à double ou partiellement à double, la Finma avait exigé des assureurs qu'ils vérifient les contrats en vigueur avec les fournisseurs de soins.

Le RHNe se dit bien positionné par rapport aux remarques de la Finma. Il a néanmoins saisi l'occasion pour revoir ses prestations et «renforcer certains axes de différenciation dans la prise en charge entre les patients assurés avec la seule assurance de base et ceux assurés en complémentaire privée ou demi-privée», signale Léonard Blatti.

Ces avantages sont couverts par les assureurs. Ils concernent environ 7% des patients hospitalisés au RHNe. Cette offre est également proposée aux patients ne disposant pas d'une couverture d'hospitalisation privée ou demi-privée. Dans ce cas, ce supplément confort - dont le prix est encore en cours de négociation - leur est directement facturé.

- Arcinfo, 18 mai 2022

**RTS** Radio Télévision Suisse

### Les hôpitaux neuchâtelois réduisent leurs activités en raison des absences

Le RHNe est contraint de réduire «drastiquement» son activité non urgente en raison du manque de personnel, en lien direct avec le Covid. Ces absences sont 30% plus élevées que la normale.

Entre les malades, les quarantaines et les gardes d'enfants, ce sont au total 64 collaborateurs ou collaboratrices qui étaient absentes mercredi. Si l'on ajoute les effectifs supplémentaires nécessaires pour faire face à la situation de crise liée à la pandémie, le département des soins devrait trouver plus de 40 remplaçants chaque jour, souligne le RHNe.

Ainsi, au vu de la difficulté à compenser les absences, la programmation du bloc opératoire a été «fortement» réduite au niveau des interventions électives. Cette mesure permet de diminuer le besoin en lits dans un dispositif saturé. La prise en charge des cas urgents reste assurée.

- RTS, 19 janvier 2022

## LE TEMPS

### Saturation «critique» à l'Hôpital neuchâtelois

Le Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe) n'arrive plus à faire face à la demande et voit ses activités perturbées. Dimensionné pour accueillir 330 à 350 patients hospitalisés, il en compte actuellement plus de 400, selon un communiqué publié vendredi. «Cette situation dure depuis deux mois et nous n'avons pas pu rouvrir complètement notre programme opératoire depuis janvier», confie au Temps Claire Charmet, présidente du collège des directions du RHNe.

Cette saturation s'explique d'une part par la présence encore marquée de patients Covid. Ils sont 778 à avoir été pris en charge en soins aigus depuis le début de l'année, contre 817 sur l'ensemble de 2021. L'institution en accueille entre 30 et 50 depuis mi-mars et précise que ce nombre diminue de manière extrêmement lente. D'autre part, le contexte est aggravé par l'augmentation du nombre de patients âgés en attente de placement dans des EMS, également saturés, qui se voient contraints de rester à l'hôpital. Plus de 40 personnes se trouvent dans cette situation.

Au total, ces deux catégories occupent 20% des lits du RHNe. «Pour accueillir la cinquantaine de patients qui doivent être hospitalisés chaque jour après un passage aux urgences, nous devons en libérer autant quotidiennement. Cela implique un nombre important de sorties anticipées et une saturation des services de soins à domicile. Mais aussi la nécessité de retarder ou de décaler des interventions chirurgicales non urgentes. Cette situation a des conséquences tant sur nos patients que sur notre image et nos finances», déplore Claire Charmet.

Cette semaine, ce sont ainsi 15 opérations qui ont été repoussées. Soit un manque à gagner d'environ 150 000 francs, estime la présidente. «Nos charges augmentent car nous devons faire appel à davantage de personnel, tandis que nos recettes baissent.» Elle ajoute que 17 patients de médecine sont aujourd'hui répartis dans d'autres unités: «Les équipes médicales passent plus de temps dans les escaliers qu'auprès d'eux.»

Pour pallier cette situation qualifiée de «critique» - mais qui n'affecte pas les opérations urgentes -, le collège des directions cherche à ouvrir des lits supplémentaires à l'interne et à l'externe du RHNe. «À La Chaux-de-Fonds, nous allons donner des lits de chirurgie ambulatoire à des patients en attente de placement», illustre Claire Charmet. Des contacts ont aussi été pris avec d'autres institutions, publiques et privées, pour décharger l'Hôpital neuchâtelois à compter de la semaine prochaine.

Contacté, le chef du Service cantonal de la santé publique, Vincent Huguenin-Dumittan, déclare que «cette situation fait l'objet d'une attention particulière depuis le début de la crise sanitaire, afin de permettre à l'ensemble des patients de recevoir des soins de qualité au bon endroit et au bon moment», et que diverses solutions sont en cours d'examen. «Des rencontres ont lieu chaque semaine avec les acteurs de la branche pour suivre l'évolution des charges dans le système de la santé et augmenter la coordination», conclut-il.

- Le Temps, 29 avril 2022

DOSSIER |

# Le don d'organes passe aussi par Neuchâtel

06

/ page /



## MÉDECINE

Comme chaque hôpital pourvu d'un service de soins intensifs, le RHNe dispose d'une référente pour les dons d'organes et de tissus. Rencontre avec une actrice qui s'intègre dans un processus complexe à l'échelle suisse

Infirmière spécialisée aux soins intensifs du RHNe, Marie-Pierre Chambet Cousin est aussi depuis treize ans la coordinatrice locale du Programme latin du don d'organes, le PLDO. Car selon la législation suisse, chaque hôpital doté d'un service de soins intensifs doit disposer d'un référent pour les dons d'organes et de tissus. Sa tâche est d'identifier, parmi les patients des urgences ou des soins intensifs, les personnes en état de mort cérébrale qui pourraient devenir de potentiels donneurs d'organes.

**« Un seul donneur sauve la vie de quatre personnes, chiffre qui peut monter jusqu'à sept lorsque de nombreux organes peuvent être prélevés. »**

Dans la loi sur la transplantation, le critère pour constater le décès est très précis: il s'agit de la défaillance irréversible de toutes les fonctions du cerveau. «Ceci n'implique pas seulement la perte complète et irrémédiable de la conscience – les personnes dans le coma ne sont pas mortes – mais également la défaillance irréversible des fonctions intégratives (...)», détaille l'Académie suisse des sciences médicales dans un document de quarante pages consacré aux directives médico-éthiques en matière de diagnostic de mort et prélèvement d'organes.

En présence d'un donneur potentiel, la coordinatrice du PLDO devra chercher à savoir s'il est inscrit dans le registre de Swisstransplant. C'est aussi elle qui est chargée de la délicate mission de s'entretenir avec les proches sur la question d'un éventuel prélèvement d'organes: «Quand un patient se trouve dans un état critique, nous établissons toujours une relation avec l'entourage, don d'organes ou pas: nous nous entretenons avec les proches pour leur expliquer la gravité de son état de santé. Si sa condition se détériore, nous les rencontrons une nouvelle fois pour leur annoncer qu'il n'y a plus d'option thérapeutique. Et lorsque le décès est inéluctable, nous allons les voir à nouveau.»

Marie-Pierre Chambet Cousin souligne qu'il n'y a pas de pression sur les proches: «La question du don d'organes n'est abordée que lors du troisième ou quatrième entretien. Nous devons laisser du temps aux familles. Certaines personnes sont en état de sidération, mais chacun réagit différemment. Il est important de choisir ses mots, d'écouter leurs émotions. Il y a le verbal et le non verbal qui va avec... Il arrive parfois que l'entourage nous parle spontanément d'un don d'organes quand nous lui annonçons que leur parent est dans un état irréversible. J'espère rencontrer ce cas de figure de plus en plus souvent dans le futur...»

### Un donneur, quatre bénéficiaires

Les familles donnent leur consentement dans près la moitié des cas au RHNe. Des prélèvements d'organes sont réalisés sur 2 à 3 patients par année à Neuchâtel, sur un total de 5 à 6 donneurs potentiels. Dans la plupart des cas, il s'agit de personnes décédées à la suite d'un accident ou d'une hémorragie cérébrale. En moyenne, un seul donneur sauve la vie de quatre personnes, chiffre qui peut monter jusqu'à sept lorsque de nombreux organes peuvent être prélevés.

Lorsque les feux sont au vert, la coordinatrice alerte le PLDO - l'un des cinq réseaux suisses du don d'organes - qui à son tour prévient Swisstransplant, fondation chargée par l'OFSP de gérer la liste nationale des receveurs. Pendant ce temps, la circulation sanguine et la respiration du donneur sont maintenues. Des examens sont réalisés, notamment pour déterminer la compatibilité des organes. Une fois tous les paramètres connus, un processus complexe se met en place: du prélèvement à la transplantation, tout doit être réglé dans les moindres détails.

Des chirurgiens des hôpitaux universitaires sont envoyés sur le site de Pourtalès, à Neuchâtel, pour effectuer les prélèvements en salle d'opération. Cette intervention, précise le PLDO, «ne change pas l'apparence du défunt, à l'exception d'une cicatrice supplémentaire». En parallèle, on s'active pour préparer les receveurs dans les centres de transplantation. La Suisse en compte six qui bénéficient d'une autorisation par organe. Les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) sont accrédités pour transplanter le foie, les reins, le pancréas, les cellules des îlots de Langerhans et l'intestin grêle tandis que le CHUV, à Lausanne, s'est spécialisé dans les greffes du cœur, des poumons et des reins.

### Des cornées pour sauver la vue

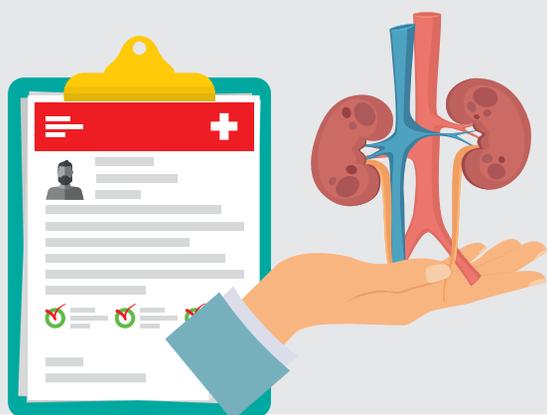
Les reins, le foie, les poumons, le cœur, le pancréas et l'intestin grêle sont, dans l'ordre, les organes les plus prélevés et transplantés. La liste est complétée par des tissus - valves cardiaques, moelle, sang, os, vaisseaux ou cornée. «Pour des impératifs de contrôle de qualité, la Suisse a cessé d'importer des cornées en 2020, explique la coordinatrice. Or notre pays en a besoin de 800 à 1000 chaque année.» La cornée est la partie la plus vulnérable de l'œil et elle peut perdre sa transparence jusqu'à devenir opaque. Infection, accident, maladie ou corps étranger peuvent l'abîmer irrémédiablement.



Marie-Pierre Chambet Cousin

## La Suisse passe au consentement présumé

Le peuple a accepté le 15 mai la loi sur la transplantation avec plus de 60% d'avis favorables



Avec 60,2% d'avis favorables, les Suisses ont accepté le 15 mai 2022 en votation populaire de passer au principe du consentement présumé pour le don d'organes, modèle en vigueur dans la majorité des pays européens. Chez nos voisins français, il est appliqué depuis 46 ans déjà. Seuls quatre pays, dont l'Allemagne, privilégient le consentement explicite auquel la Suisse s'apprête à renoncer.

Comme les autres cantons romands, Neuchâtel a massivement plébiscité le changement de régime (77,2%). «Cela me rassure», réagit Marie-Pierre Chambet Cousin, coordinatrice locale du Programme latin du don d'organes. Mais qu'est-ce que le consentement présumé va modifier dans son travail?

«C'est la formulation qui va changer. Au lieu de demander aux proches si leur parent était en faveur du don d'organes comme maintenant, nous les consulterons pour savoir s'il y était opposé. Sinon rien ne changera dans la pratique, les familles continueront à être accompagnées.»

La loi révisée entrera en vigueur courant 2024 au plus tôt. D'ici là, la Confédération va s'atteler à créer un registre des oppositions dont la gestion sera confiée à Swisstransplant. Une consultation sera menée pour préciser certains points, par exemple qui est considéré comme proche parent. L'introduction du nouveau modèle sera accompagnée d'une importante campagne d'information.

Aujourd'hui, une personne en liste d'attente meurt tous les cinq jours en Suisse faute d'avoir reçu un organe. Mais le Dr Franz Immer, directeur de Swisstransplant, se dit «convaincu que le consentement présumé au sens large aura une influence positive sur le nombre de dons. Eu égard à la situation d'autres pays d'Europe occidentale, notre fondation table sur un doublement du nombre de dons». Il relève que le consentement présumé «apporte plus de sécurité, de clarté et soulage les proches», dans la mesure où elle réduira le nombre de personnes qui, en situation de deuil, «sont en plus accablées par le fait de ne pas connaître la volonté de leur parent décédé».

Le PLDO a mis en place une procédure commune pour les prélèvements de cornées. Après les HUG et le CHUV, d'autres hôpitaux romands ont commencé à retirer ce tissu, à l'instar du RHNe dès avril 2022. Marie-Pierre Chambet Cousin a été formée (et certifiée) pour ce geste aux HUG où une banque de cornées a été constituée. «En arrivant là-bas, ces tissus sont analysés pour contrôler leur qualité, en matière bactériologique notamment, explique-t-elle. Après 10-15 jours, ils sont libérés pour être greffés. Comme ils ne sont pas vascularisés, ils sont compatibles avec tous les groupes sanguins. Il y a peu de rejets avec les greffes de cornées et les patients retrouvent la vue rapidement.»

« De nombreux seniors ne se sentent pas concernés, car ils pensent être trop vieux pour donner leurs organes. Mais l'âge n'est pas une contre-indication, c'est l'état des organes qui compte. »

Encore souvent tabou parce qu'il nous renvoie à notre propre mort, le don d'organes et de tissus fait aussi l'objet de fausses croyances. «Par exemple, de nombreux seniors ne se sentent pas concernés, car ils pensent être trop vieux pour donner leurs organes, constate Marie-Pierre Chambet Cousin. Mais l'âge n'est pas une contre-indication, c'est l'état des organes qui compte. Pour donner un foie ou les reins notamment, il n'y a pas de limite. Une cornée, c'est jusqu'à 87 ans. Pour les poumons, tout dépend de leur état.» Selon elle, il y a en définitive relativement peu de contre-indications: l'anémie, le diabète, l'hypertension ou même un cancer localisé, comme celui du col de l'utérus, ne sont pas des obstacles au don d'organe.

#### 1434 personnes en attente

Selon les données de Swisstransplant, 1434 personnes étaient inscrites sur la liste d'attente en 2021. 587 ont pu être transplantées et 72 sont décédées. Juan\* se rappelle encore du déclin de son frère il y a une douzaine d'années, à la suite d'un problème cardiaque génétique. «Il avait besoin d'une greffe cœur-poumons pour survivre. Les arythmies cardiaques se multipliaient, le pacemaker était à la peine, il dépendait d'une bouteille d'oxygène pour respirer... Vers la fin, il était si faible qu'il n'arrivait presque plus à se déplacer.»

\*prénom d'emprunt



Inscrit sur liste d'attente, le quinquagénaire est mort avant d'avoir pu être transplanté. «Mon frère a vécu quelques années en Espagne avant de revenir dans le canton. Statistiquement, il aurait sans doute eu plus de chances d'être greffé s'il était resté là-bas», analyse le Neuchâtelois.

Avec 49,6 donneurs par million de personnes en 2019, la péninsule ibérique est en effet le leader mondial des transplantations depuis trente ans. La même année, la Suisse n'en comptait que 18,3, soit bien moins que le Portugal (33,7), la France (29,4) ou l'Italie (25,3). Une différence qui peut s'expliquer par le fait que le consentement présumé est en vigueur dans ces pays. ■

## «C'est le plus beau cadeau qu'on puisse recevoir»

Quand Maurice Bonny dit qu'il a eu la chance de voir grandir ses deux filles et devenir grand-père, la formule n'a rien d'anodin. Ce Chaux-de-Fonnier de 62 ans doit sa survie à deux transplantations, rein et pancréas.  
Son témoignage

### **RHNE MAG: À quand remontent vos ennuis de santé?**

**Maurice Bonny:** J'ai développé un diabète de type 1 à l'âge de 5 ans. À l'époque, la glycémie n'était pas contrôlée régulièrement. On était loin de la prise en charge actuelle, les seringues pour s'injecter l'insuline étaient désinfectées à l'eau bouillante... J'ai vécu des années avec un diabète déséquilibré qui a fini par causer des complications. Mes yeux et mes reins ont été atteints. J'avais 37 ans et il fallait que je me prépare à être dialysé à vie... En parallèle, je me suis adressé aux Hôpitaux universitaires de Genève qui pratiquaient des greffes rein-pancréas. Après un bilan, j'ai été inscrit sur la liste des receveurs.

### **Comment avez-vous vécu l'attente?**

Je devais porter un bip nuit et jour, au travail, en dormant. C'était une attente assez stressante, avec des sentiments mêlés: je me réjouissais d'en finir avec les complications car j'étais en petite forme, en même temps je craignais d'être appelé, car on ne sait pas comment l'opération va se passer. J'étais marié avec deux filles de 3 et 9 ans. Il y avait la crainte de ne plus les revoir... On m'a finalement bipé après une petite année d'attente. J'ai eu beaucoup de chance. Mais j'avais été averti qu'il n'y avait que 50% de chances que la transplantation se fasse, car il restait des inconnues sur la compatibilité. Heureusement, elle a pu avoir lieu.

### **Votre santé s'est ensuite dégradée...**

Six ans plus tard, mon diabète s'est aggravé au point que mon greffon risquait d'être rejeté. Pour stopper la détériora-

tion, les médecins ont recommandé une transplantation du pancréas. Rebelote avec la liste d'attente et le bip 24h24. Je n'ai pas eu à patienter longtemps. Quelques mois plus tard, j'ai reçu une alerte en pleine nuit et, à 4 heures du matin, on m'envoyait une ambulance.

### **Après les transplantations, c'était comment?**

Le nouveau rein m'a épargné la dialyse et le pancréas, c'était un petit miracle! En quelques jours, ma qualité de vie s'est transformée, c'était juste fantastique! Ma rétinopathie s'est stabilisée, les complications du diabète ont cessé de s'aggraver. Mais comme je prends des immunosuppresseurs pour éviter un rejet des greffons, j'ai souvent des bronchites en hiver. Et avec le Covid, je fais partie de ceux qui doivent faire très, très attention... En 2017, j'ai été traité pour un lymphome causé par l'immunosuppression, mais je vais bien maintenant. Malgré tout, les bénéfices priment nettement sur les effets négatifs!

### **Vous est-il arrivé de penser aux donneurs?**

Bien sûr! Quand on se réveille après la transplantation, on a envie de dire merci, car c'est le plus beau cadeau qu'on puisse recevoir. Je ne serais plus là, sinon... Les deux fois, j'ai écrit une lettre aux familles pour leur dire ma gratitude. Je ne sais

pas si elles l'ont reçue, vu que le procédé est anonyme. Je suis très reconnaissant à l'égard de ces proches qui ont accepté de faire don des organes d'un des leurs. Ma reconnaissance va aussi aux chirurgiens, aux infirmières, notamment celles qui ont entouré et su convaincre l'entourage des donateurs... Faire quelque chose en retour était une évidence pour moi, d'où mon engagement comme vice-président de l'Association neuchâteloise des dialysés et transplantés. L'un des buts est de sensibiliser la population au don d'organes. Les gens ne sont généralement pas contre, mais quand un accident provoque la mort d'un proche, ils sont pris au dépourvu. Si la discussion sur le don d'organes a pu avoir lieu en amont dans la famille, c'est beaucoup mieux pour tout le monde!



# Une entrée unique pour les maladies vasculaires



12

L'équipe médicale du centre, qui réunit les docteurs Raphaël Sandes Solha, radiologue interventionnel, Lukas Briner, chirurgien vasculaire, et Roxani Psychogyiou, angiologue (de gauche à droite)

Un nouveau centre réunit les angiologues, le radiologue interventionnel et le chirurgien vasculaire du RHNe. Son objectif est de faciliter l'accès des patients à une prise en charge pluridisciplinaire optimale

Les maladies du système vasculaire disposent désormais de leur porte d'entrée au Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe). Un nouveau centre vasculaire pluridisciplinaire réunit des angiologues sur les sites de La Chaux-de-Fonds et Pourtalès (Neuchâtel), un radiologue interventionnel spécialisé, un chirurgien vasculaire, la consultation des plaies chroniques et, à l'occasion, une collaboration avec un neurologue ou un néphrologue. Décryptage avec le coordinateur du centre, le Dr Lukas Briner, chirurgien vasculaire.

**RHNE MAG** Quel est l'intérêt d'un centre vasculaire?

**DR LUKAS BRINER** Il faut savoir que les traitements vasculaires impliquent trois spécialités médicales complémentaires, l'angiologie (qui s'occupe principalement des examens diagnostics), la radiologie interventionnelle ainsi que la chirurgie vasculaire (gestes interventionnels et opérations chirurgicales). Nous avons rassemblé nos compétences respectives pour créer un centre vasculaire pluridisciplinaire au RHNe. En plus de l'angiologie, la radiologie inter-

ventionnelle et la chirurgie vasculaire, il peut occasionnellement compter sur la présence d'un neurologue ou d'un néphrologue. Nous nous réunissons en colloque une fois par semaine pour analyser et discuter les cas complexes et définir la prise en charge. Faut-il opérer? Et si oui, selon quelles techniques? En ouvrant ce centre, nous voulions créer une entrée unique pour toutes les affections vasculaires pour une prise en charge optimale. Les généralistes peuvent désormais adresser leurs patients au centre. Nous nous chargeons ensuite de poser le diagnostic et d'établir la prise en charge appropriée.

**De quels types de pathologies s'occupe le centre vasculaire?**

Des artériopathies occlusives, autrement dit des artères bouchées (qui sont principalement causées par le tabagisme, le diabète, l'hypertension, le cholestérol), mais aussi des artères devenues trop larges (anévrisme). Il y a bien sûr aussi les maladies veineuses, comme les varices. Dans ce domaine, de nouvelles pratiques comme les traitements endoveineux, par exemple la thermo-ablation, ou la sclérothérapie peuvent constituer une alternative à la chirurgie classique. Cela dit, toutes les pathologies ne nécessitent pas

forcément une intervention: certaines doivent simplement être suivies, ou être traitée avec des médicaments spécifiques. Comme les troubles de la circulation génèrent des plaies et des ulcères, le centre a également intégré la consultation spécialisée des plaies chroniques.

### **Les techniques opératoires ont beaucoup évolué ces dernières années dans le domaine de la chirurgie vasculaire?**

La chirurgie vasculaire s'occupe des opérations chirurgicales classiques d'une part, comme par exemple un pontage à une jambe pour une artère bouchée. Mais nous disposons également aujourd'hui de techniques endovasculaires pour déboucher et dilater des rétrécissements dans les artères bouchées. Nous pouvons souvent combiner les deux techniques opératoires lors d'une même opération.

Les techniques ont également évolué pour la prise en charge des maladies anévrismales. Nous pouvons toujours les traiter soit de manière chirurgicale avec résection et reconstruction soit avec des techniques endovasculaires avec exclusion de l'anévrisme avec une endoprothèse sans ouverture chirurgicales.

La chirurgie vasculaire traite les artères du cou (carotide), l'aorte, les artères des membres supérieurs et les artères des membres inférieurs.

### **Quels sont les champs d'intervention de la radiologie interventionnelle et de l'angiologie?**

La radiologie interventionnelle permet d'effectuer des gestes endovasculaires percutanées (sans ouverture chirurgicale). Dans notre centre vasculaire, nous nous occupons principalement des saignements actifs (embolisation des artères) par exemple de la rate ou des autres organes, ainsi que des pathologies veineuses occlusives – par exemple déboucher une veine cave avec la pose de stents. La radiologie interventionnelle permet également de mettre en place des filtres caves chez les patients qui ont une thrombose.

L'angiologue, quant à lui, s'occupe principalement du diagnostic. Il effectue des bilans vasculaires pour toutes les

pathologies artérielles et veineuses, comme par exemple les varices. Il s'occupe également du suivi des traitements médicamenteux spécifiques.

### **Quel est le profil des patients du centre?**

Environ deux tiers d'entre eux viennent pour des problèmes d'obstruction d'artères et un tiers pour des anévrismes. Généralement, les patients ont plus de 50 ans - les symptômes s'accroissent avec le temps. Ils sont même souvent très âgés.

L'hygiène de vie est primordiale pour prévenir les maladies des vaisseaux sanguins, qui sont typiques des pays industrialisés. ■

Consultez la brochure détaillée sur [www.rhne.ch/cardiologie](http://www.rhne.ch/cardiologie)



## **Prévenir toujours et encore**

Fléau des pays industrialisés, la plupart des maladies cardiovasculaires découlent de l'artériosclérose, fait savoir Swisshart, la Fondation suisse de cardiologie. Cette maladie progressive et chronique se traduit par une accumulation de corps gras et de cholestérol sur la paroi des artères qui finit par entraver la circulation sanguine. Avec le risque, en fin de compte, d'aboutir à une maladie coronarienne ou un AVC, lorsqu'une plaque se détache pour former un caillot.

Selon les données de l'OFS, les maladies cardiovasculaires constituent la première cause de décès et la troisième cause d'hospitalisation en Suisse. Le tabagisme, l'hypertension, le cholestérol, le diabète, la sédentarité, le stress figurent parmi les principaux facteurs de risque. La prévention passe notamment par une bonne hygiène de vie. Sans surprise, la liste des mesures principales comprend le sevrage du tabac, une alimentation équilibrée pauvre en sel, la perte des kilos superflus et une activité physique régulière (au moins 2 heures et demie par semaine). Swisshart explique que le mouvement a pour effet d'améliorer la tension artérielle et la cholestérolémie, de surcroît son impact est favorable sur le stress.

Aux urgences pédiatriques du site de Pourtalès, les enfants attendent leur tour, sous le regard bienveillant, parfois un brin impatient, de leurs parents. Le temps de poser, avant d'être soignés

## En salle d'attente

---

MÉLIE

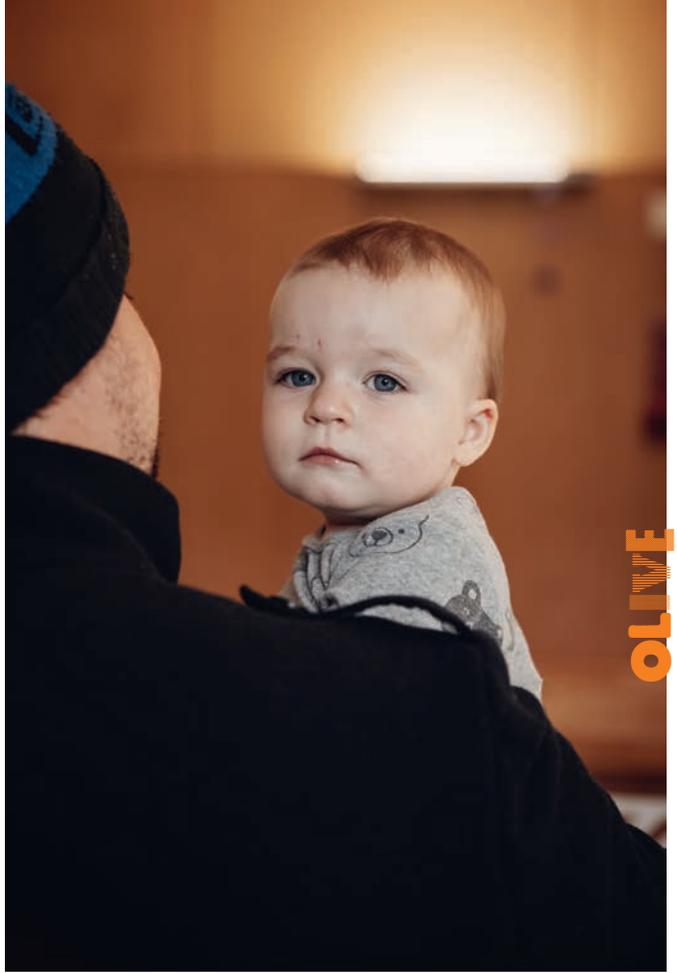


ALDIN



LANA

SOFIA



OLIVE



IRON





- PRE DRE CAROLE CLAIR -

RECHERCHES - L'Unité santé et genre d'Unisanté à Lausanne est la figure de proue des recherches sur l'impact des stéréotypes de genre sur la santé. La coresponsable de l'unité détaille comment ces préjugés peuvent préteriter la prise en charge

# « Pour en finir avec les discriminations de genre en médecine »



Être moins considérée dans sa douleur, recevoir un traitement non-adapté faute d'essais cliniques ou voir sa maladie banalisée: les femmes ont longtemps été les oubliées de la médecine. Heureusement, les choses changent dans cet univers encore dirigé par des hommes. Les recherches menées à Lausanne par l'Unité santé et genre impactent à l'échelle nationale. Et permettent de se questionner sur d'autres discriminations liées à l'origine, l'âge ou la non-binarité.

### **RHNE MAG Comment la discrimination de genre se traduit-elle en médecine?**

**PRE-DRE CAROLE CLAIR** Elle se produit lorsque le sexe biologique, c'est-à-dire les différences génétiques, hormonales et métaboliques entre homme et femme qui peuvent influencer la santé, n'est pas clairement séparé du genre qui, lui, ne repose que sur la construction sociale. Par exemple, tout le monde dit que les femmes somatisent davantage que les hommes. Il n'y a aucune base biologique à cela. Or dans la réalité, cette croyance va souvent entraîner une banalisation de la douleur des femmes: on leur donne moins d'antidouleurs, on attend davantage pour traiter ou on attribue la douleur à un autre problème, souvent psychologique.

### **La discrimination de genre est-elle exclusivement féminine?**

Non. Même si dans sa très grande majorité, elle se fait en défaveur des femmes, les hommes en sont aussi victimes. Par exemple, chez eux, on a tendance à sous-diagnostiquer la dépression. Or les suicides chez les jeunes touchent presque trois fois plus d'hommes que de femmes. Quand un homme souffre d'ostéoporose, maladie majoritairement féminine, il est moins bien pris en charge. Dans nos recherches, il est aussi essentiel d'intégrer la dimension transgenre et la non-binarité, pour ne pas renforcer encore les préjugés homme-femme. Les données dont on dispose pour les personnes qui ne sont pas alignées avec leur genre assigné à la naissance, qui sont non binaires ou ont une variation du développement sexuel, sont rares, car lors d'essais cliniques, on n'indique pas l'identité sexuelle donc les résultats ne sont jamais analysés en fonction de cela. Or des études ont montré que ces personnes sont plus sujettes à la dépression, aux comportements à risque et ont une moins bonne prise en charge.

### **Est-il toujours possible de distinguer le biologique du rôle socialement construit?**

Non, car à force de s'entendre dire depuis l'enfance ce qui relève de notre genre, par exemple que les femmes sont multitâches, on fait peut-être tout pour correspondre à cette attente. Il faut donc en tenir compte. Il sera intéressant de voir l'évolution avec les nouvelles générations chez qui les rôles et les normes de genre sont moins stéréotypés. Mais on a déjà évolué: autrefois, on pensait que la testostérone était responsable du niveau d'intelligence! Cette croyance ressort toutefois encore, par exemple lorsqu'on prétend que les hommes ont le sens de l'orientation et pas les femmes. En revanche, au niveau biologique, les hormones peuvent influencer certaines pathologies.

### **Quelle influence ont les œstrogènes par exemple?**

Ils ont un effet protecteur face aux maladies cardiovasculaires. Ce qui explique que les femmes sont moins sujettes aux problèmes cardiaques en pré-ménopause. Mais ensuite, elles rattrapent les hommes en matière de risques. Les femmes pré-ménopausées ont aussi de meilleures

défenses immunitaires, mais développent, de ce fait, davantage de maladies auto-immunes. Cette meilleure réactivité immunitaire explique aussi en partie pourquoi les femmes sont moins décédées du Covid que les hommes.

### **Les femmes sont-elles suffisamment incluses dans les études médicales?**

Non. Pendant longtemps, elles en ont même été exclues à cause du risque de grossesse et de l'influence des fluctuations hormonales du cycle sur les résultats. Les médicaments étaient testés uniquement sur des hommes blancs d'âge moyen et on ne disposait que de peu de données pour les femmes, les personnes non-blanches

## **« Des d'études ont prouvé qu'aux États-Unis, une personne noire va avoir une moins bonne prise en charge qu'une personne blanche. »**

ou plus âgées. Depuis 1993 aux États-Unis, et depuis les années 2000 en Europe, la loi exige plus de diversité dans les essais. Mais l'équilibre n'est pas encore atteint et les résultats ne sont pas toujours analysés en fonction des différences. Par exemple, il y avait plus de femmes dans les essais des vaccins Covid, car on a recruté parmi le personnel soignant qui est majoritairement féminin. Mais les analyses n'ont pas été systématiquement stratifiées lors de l'évaluation des effets secondaires, c'est-à-dire que le groupe a été considéré comme homogène. Inclure les femmes ne suffit pas si les différences en matière d'efficacité, de dosage ou d'effets secondaires ne sont ensuite pas relevées.

### **La discrimination basée sur l'origine ou la couleur de peau s'inscrit-elle dans la même logique?**

Oui, pour les personnes non-blanches, on a davantage de risques de se tromper, car on a moins de données. On sait que certaines maladies sont plus fréquentes chez elles, que certains médicaments sont moins indiqués. Mais les informations ne sont pas suffisantes. À cela s'ajoutent aussi les préjugés. Beaucoup d'études ont prouvé qu'aux États-Unis, une personne noire va avoir une moins bonne prise en charge qu'une personne blanche.

### **Ces discriminations liées à la couleur de peau se retrouvent-elles également en Suisse?**

Si je me base sur mon expérience clinique, je dirais qu'en Suisse, on a surtout un préjugé par rapport aux personnes du bassin méditerranéen. Il existe même encore cet affreux terme, «le syndrome méditerranéen», utilisé pour qualifier les douleurs des personnes originaires d'Italie, du Portugal, d'Espagne et même du Kosovo, et ce, même si elles ont grandi en Suisse. Quand elles se plaignent d'une douleur, on invoque ce «syndrome» pour la minimiser au motif qu'elles sont «plus démonstratives», que c'est «leur culture». On m'a transmis cela notamment aux urgences, pendant ma formation pratique! Ces préjugés relevant du racisme sont encore profondément ancrés. Il faut les déconstruire urgemment.

### **L'âge ou le handicap sont-ils des facteurs discriminants au même titre que l'origine ou le sexe?**

Oui. On prend par exemple souvent les personnes âgées moins au sérieux et on a aussi des a priori. Un classique: on s'imagine qu'après 60 ans, les patientes et patients n'ont plus de vie sexuelle, donc on va rarement effectuer un dépistage VIH par exemple. Il y a un aspect de cumul

## BIO EXPRESS

1976 Naissance à Lausanne

2001 Diplômée de la Faculté de biologie et médecine (FBM) de l'Université de Lausanne, suivie d'une spécialisation en médecine interne générale

2008 Doctorat en médecine

2009-2011

Master en épidémiologie à la Harvard Chan School of Public Health, Boston, et postdoctorat au Massachusetts General Hospital, Boston

2011-2016

Cheffe de clinique à la Policlinique médicale universitaire (PMU)

2016-2019

Privat-docent et maître d'enseignement et de recherche clinique à la FBM

Depuis 2016

Médecin adjointe à la PMU

Depuis 2017

Présidente de la Commission médecine et genre de l'École de médecine

Depuis 2019

Professeure associée à la FBM et coresponsable du Département de formation, recherche et innovation d'Unisanté, Lausanne



genre en lien avec la douleur et les maladies cardiovasculaires. Ce n'est pas immense, mais on espère que cela augmentera. Il y a aussi des modules spécifiques, par exemple sur les questions LGBTQI+ et disparités en santé ainsi qu'un cours de prévention du sexisme et du harcèlement obligatoire pour tou-te-s les étudiant-e-s.

### Comment abordait-on la question du genre auparavant à l'École de médecine?

Quand j'étais étudiante, je n'ai jamais eu de cours sur le sujet! À Lausanne, ils sont apparus autour des années 2000. Implanter ces cours n'est pas aisé, car certains sont sur la défensive et croient qu'il ne s'agit pas de médecine. Pour convaincre, il fallait amener les preuves de l'impact réel que le genre a sur la santé. Ce qui a été fait par exemple, en partant du constat que la mortalité après un infarctus du myocarde est plus élevée chez les femmes. On a ensuite essayé de comprendre quelles sont les causes, qui sont souvent multiples: les femmes sont plus âgées au moment de l'infarctus, à cause de la protection relative des œstrogènes auparavant, et ont donc davantage de comorbidités, elles sont victimes d'une moins bonne reconnaissance des symptômes, d'une prise en charge moins rapide, de traitements moins bien adaptés, etc..

### La représentation des femmes dans le monde médical reste-t-elle problématique?

Oui. Les femmes cadres sont encore peu nombreuses, il n'y a que 20% de professeures et le fait qu'on parle toujours de médecin au masculin et d'infirmière au féminin perpétue les stéréotypes.

### Que peut faire le monde médical pour réduire les discriminations rapidement?

Nous devons prendre conscience des stéréotypes, pas uniquement chez le personnel soignant et les médecins, mais à tous les niveaux du système, dès l'accueil et la réception. Nous avons toutes et tous des biais. Moi-même, en tant que femme spécialiste de la discrimination de genre et mère de trois filles, j'ai découvert qu'il m'en restait! Nous devons également anticiper: si on sait qu'une femme risque davantage d'effets secondaires, il faut la questionner à ce sujet. Pour finir, je dirais aux patient-e-s qu'ils/elles sont toujours légitimes et doivent se faire confiance. ■

des discriminations qui peut être dangereux: si vous êtes une femme, si vous avez plus de 60 ans, si vous n'êtes pas blanche ou si vous souffrez d'un handicap, vous avez davantage de risques d'être mal prise en charge.

### Comment vous-même vous êtes-vous intéressée à la discrimination de genre?

En 2011, alors que j'effectuais un postdoctorat et un master en épidémiologie à Boston, j'ai suivi un cours «genre et santé», un peu par hasard, car il me manquait des crédits. Ce module passionnant a été un déclic. De retour à Lausanne, j'ai rejoint la petite équipe d'Unisanté qui avait commencé à développer cette thématique. Nous avons obtenu un fonds national pour nos recherches et en 2019, la Faculté de biologie et médecine de l'Université de Lausanne a créé le premier poste professoral permanent d'enseignement et de recherche de médecine et genre de Suisse.

### Quels cours comprend le cursus à l'Université de Lausanne actuellement?

En 1ère année de médecine, il y a deux heures d'introduction sur le genre et un cours plus large sur les professions médicales. En 3e année, un cours-bloc permet de réfléchir aux biais face à des cas réels. Je donne ensuite encore deux cours, en 4e et 5e, sur les spécificités de sexe et de

# Valérie de Gasparin, fondatrice de la première école d'infirmières laïque au monde

Le RHNe mag plonge dans le passé et vous propose de découvrir des personnalités qui ont marqué l'histoire médicale. C'est à Valérie de Gasparin, fondatrice de l'actuelle École de La Source à Lausanne, que revient l'honneur d'ouvrir cette nouvelle rubrique

**20** juillet 1859: l'École normale de gardes-malades, toute première école laïque d'infirmières au monde, voit le jour à Lausanne, un an avant celle ouverte par Florence Nightingale, en Angleterre. En rompant avec la tradition de la vocation religieuse entourant la formation, l'établissement suisse, fondé par l'écrivaine et philanthrope genevoise Valérie de Gasparin, révolutionne les soins, jusque-là assurés par des religieuses peu formées à la tâche et non rémunérées.

Née dans une riche famille protestante en 1813 et épouse du comte français Agénor de Gasparin, Valérie de Gasparin s'illustre toute sa vie par son engagement pour les plus démunis et pour l'accès à un système de santé de qualité. Pour cela, elle estime qu'il faut séparer les métiers d'infirmières et de sages-femmes des idées de charité chrétienne et de célibat, les encadrer par des formations et les valoriser grâce à un salaire. Avant-gardiste, elle voit aussi dans cette professionnalisation une possibilité d'indépendance pour les femmes. Mais elle n'est pas féministe: «Homme et femme sont égaux en essence sur le plan divin, mais la différence des sexes impose à cette dernière de s'effacer socialement au profit de son époux», écrivait-elle dans l'un de ses livres, sans pour autant jamais se soumettre elle-même à cette discrimination sociale.

Les débuts de sa révolution sanitaire seront difficiles. Dans la *Gazette de Lausanne* en 1859, l'école cherche ses premières élèves (exclusivement féminines à l'époque) en ces termes: «On sait qu'il n'y a



pas d'autres conditions à remplir que celles d'intelligence, de santé et de piété. Les élèves peuvent être jeunes ou âgées; mariées, veuves ou célibataires; membres des églises officielles ou des églises indépendantes.»

La vision de la comtesse inspire toutefois immédiatement Henry Dunant, futur fondateur de la Croix-Rouge. Cette même année, alors qu'il découvre avec effroi les milliers de victimes agonisantes de Solferino et participe à l'organisation des secours, le Genevois se confie à sa compatriote qui lui offre un soutien financier et moral.

Longtemps dirigée par des pasteurs, l'école, rebaptisée La Source, change de direction en 1891: Valérie de Gasparin nomme le Dr Charles Krafft à la tête de l'institution. Ce dernier crée la Clinique de La Source et fait passer la durée de la formation à trois ans. À 76 ans, quatre ans avant sa mort, la comtesse pérennise l'œuvre de sa vie en créant et finançant la Fondation La Source, toujours associée à ce qui est aujourd'hui la plus grande école de soins infirmiers de Suisse romande. ■

Entre 10 et 20% des adolescents ont des problèmes de santé mentale, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Certains comportements, discours ou réactions ont valeur de signaux d'alarme pour les parents. Quelques pistes pour les détecter

# Santé mentale des ados: Les signes d'alerte

22

/ page /

L'adolescence est une étape de vie réputée délicate en raison des bouleversements qui l'accompagnent, tant physiques que psychiques: changements hormonaux, transformation corporelle, premiers émois sexuels, quête d'autonomie, construction de l'image de soi...

**«Nous encourageons les parents à ne pas se focaliser exagérément sur leur enfant, mais à rester naturellement à l'écoute, dans une posture d'observation bienveillante et d'ouverture au dialogue.»**

Les expériences qui jalonnent le chemin vers la vie adulte ne sont pas faciles à vivre: l'adolescent doit composer avec un désir d'indépendance de plus en plus fort alors qu'il ressent toujours le besoin d'être rassuré et soutenu par ses parents. Il cherche à «acquérir ses galons» auprès de ses pairs, afin d'avoir le sentiment d'être socialement accepté, mais il éprouve en même temps l'envie de s'individualiser, de trouver sa propre

voie. Les idées véhiculées par les médias sont susceptibles de le déstabiliser en créant un écart entre la réalité imaginée et son quotidien. Tout cela peut le mettre en difficulté sur le plan psychique.

## Les enjeux

«Face à un adolescent qui semble aller mal, les parents ne doivent pas hésiter à demander de l'aide, même s'il est possible que ce ne soit rien de grave, explique Florence Baltisberger, conseillère chez Pro Juventute Suisse romande, à Lausanne. La détection précoce des troubles psychiques permet d'éviter des complications. Cependant, les signes qui indiquent potentiellement une souffrance psychique de l'adolescent sont nombreux et il n'est pas toujours évident d'établir un lien avec un problème de santé mentale. En effet, certains signaux d'alerte peuvent être la conséquence de facteurs extérieurs, par exemple un harcèlement scolaire, ou refléter plus simplement une phase d'émancipation et d'expérimentation.»

En général, les comportements inhabituels sont très vite perçus par les



parents: «Il n'est pas nécessaire de les traquer. Nous encourageons les parents à ne pas se focaliser exagérément sur leur enfant, mais à rester naturellement à l'écoute, dans une posture d'observation bienveillante et d'ouverture au dialogue», poursuit l'experte.

Il est utile de consulter dès que les problèmes se prolongent sur plusieurs mois et/ou se répercutent sur le fonctionnement de l'adolescent. «Il peut être utile, pour les parents, de chercher des espaces où ils peuvent eux-mêmes s'ouvrir et parler de leurs préoccupations, ajoute Florence Baltisberger. C'est ce que propose, par exemple, la ligne de conseils aux parents de Pro Juventute.»



### Que faire?

Les parents peuvent s'adresser au pédiatre, au médecin de famille ou au psychologue scolaire qui pourra recevoir leur adolescent et discuter avec lui (ou ensemble avec les parents) de ses problèmes. D'autre part, les cantons possèdent un numéro de téléphone spécialement dédié aux urgences psy pédiatriques.

Quant au service de conseils aux parents de Pro Juventute, il est atteignable nuit et jour, toute la semaine, au 058 261 61 61, ou par voie électronique sur la plateforme <https://www.projuventute.ch/fr/conseils-aux-parents>. Des spécialistes sont à leur écoute, de manière confidentielle et dénuée de jugement, pour les orienter au besoin vers des services spécialisés.

Les jeunes peuvent aussi consulter et demander de l'aide auprès des sites suivants:

- [www.ciao.ch](http://www.ciao.ch)
- [www.ontecoute.ch](http://www.ontecoute.ch)  
(pour les 18 à 25 ans). ■



## Parmi les signes qui doivent alerter les parents...

- Une brusque chute des résultats scolaires, des échecs répétés aux examens, une accumulation des heures de retenue, un absentéisme qui s'inscrit dans la durée.
- Un repli sur soi, un isolement social (éloignement des amis, de la famille).
- Une agressivité et des accès de colère qui se répètent.
- Des plaintes qui reviennent régulièrement concernant des maux de tête, des douleurs abdominales ou des troubles du sommeil.
- Des gestes autoagressifs (p.ex. automutilation).
- Un recours à l'alcool, au cannabis ou à d'autres drogues pour se calmer ou s'évader.
- Une prise ou une baisse de poids non explicable par l'activité physique ou le développement normal de l'enfant.
- Des troubles alimentaires (boulimie, anorexie).
- Une perte d'envie, d'élan, avec des difficultés à s'intéresser à des activités habituellement stimulantes.
- L'expression d'une profonde tristesse, avec des phases récurrentes de pleurs.
- Des comportements agressifs dirigés contre les autres (vol, agression, harcèlement).
- Une hyperconnectivité conduisant à un isolement, une perte de l'estime de soi ou encore une déconnexion de la vie réelle.



# Sclérose en plaques: et le coupable est... le virus de la mononucléose

Le virus d'Epstein-Barr, endémique chez l'être humain, est le principal facteur d'apparition de la maladie, comme vient de le démontrer la Harvard Medical School

C'est une démonstration qui fait grand bruit. Une équipe de chercheurs autour de la Harvard Medical School vient d'offrir la preuve la plus convaincante à ce jour que le virus d'Epstein-Barr (EBV), endémique chez l'être humain et responsable de la mononucléose, est aussi le principal facteur d'apparition de la sclérose en plaques, des années plus tard.

**Pourquoi c'est important.** On soupçonne depuis longtemps que l'infection à EBV joue un rôle dans la sclérose en plaques, mais le travail d'Alberto Ascherio et son équipe, publié dans Science le 13 janvier 2022, démontre de façon convaincante un lien de causalité sur une immense cohorte de militaires américains. Un travail qui milite pour une stratégie de prévention vaccinale.

**Le contexte.** La sclérose en plaques est la plus fréquente des maladies neurologiques auto-immunes. Bien connue des médecins, elle touche 1 personne sur 1000 dans les régions à haute prévalence, comme l'Europe et les États-Unis. Elle se déclare en général entre 20 et 30 ans, et s'avère responsable de plusieurs atteintes neurologiques sous forme de poussées de plus en plus fréquentes.

Le neurologue Renaud du Pasquier (CHUV), expert de la sclérose en plaques, contacté par Heidi.news :

« Cette maladie cause volontiers une atteinte de la vision, des troubles de l'équilibre, de la force, de la sensibilité, par poussées de plusieurs semaines ou mois, avec une prévalence de 3 femmes pour 1 homme. Un des symptômes très importants, c'est une grosse fatigue. Cela peut aussi poser des problèmes pour uriner,

une insensibilité du périnée, de l'impuissance. C'est vraiment une sale maladie. »

On soupçonne depuis longtemps que le virus d'Epstein-Barr (EBV), l'agent de la mononucléose, aussi responsable de lymphomes et autres cancers rares, possède un lien avec la sclérose en plaques. Mais EBV est endémique chez l'homme: 90 à 95% des adultes sont infectés, en général depuis l'enfance, alors que la sclérose en plaques reste une maladie rare.

Renaud du Pasquier: « On sait depuis une vingtaine d'années que l'infection à EBV est un des facteurs d'apparition de la sclérose en plaques, mais le rôle causal et l'importance de ce facteur sont débattus. Il nous manque encore le mécanisme physiologique, et ceux qui n'y croient pas demandent pourquoi on a autant de gens infectés qui ne développent jamais de sclérose. »

**L'étude.** Pour trancher cette question, l'équipe d'Alberto Ascherio, épidémiologiste à la Harvard Medical School, a collaboré avec l'armée américaine pour suivre plus de 10 millions de jeunes militaires, en service actif entre 1993 et 2013, et suivis médicalement à ce titre.

Leur travail vient d'être publié dans la revue Science, assorti d'un éditorial signé par deux experts indépendants — un dispositif réservé aux grandes nouvelles. En substance:

- Cette « cohorte magnifique » — selon les mots de Renaud du Pasquier — a permis d'identifier 955 cas de sclérose en plaques chez les jeunes soldats, dont 801 avaient des échantillons de sang (prélevés à l'origine pour le contrôle du VIH).

- En réanalysant les échantillons, les chercheurs ont établi que pratiquement tous les patients atteints de sclérose en plaques étaient positifs à EBV dans le passé. Seul 1 d'entre eux, sur 801, ne présentait pas de trace d'infection.

En comparant les militaires malades à d'autres sujets sains, les épidémiologistes ont établi que l'infection à EBV augmente d'un facteur 32 le risque de développer une sclérose en plaques — un ordre de grandeur très inhabituel. Patrice Lalive d'Épinay, neurologue aux HUG, interrogé par Heidi.news: « C'est énorme. Les autres facteurs de risque connus, comme l'obésité, le tabac et un déficit en vitamine D, augmentent le risque au maximum d'un facteur 2 environ. Le principal allèle identifié comme facteur de risque génétique (HLA-DR15), l'augmente quant à lui d'un facteur 3. »

**« Les épidémiologistes ont établi que l'infection à EBV augmente d'un facteur 32 le risque de développer une sclérose en plaques »**

**Causalité ou corrélation?** Les auteurs se disent convaincus que l'infection à EBV joue un rôle causal dans le développement de la sclérose en plaques. Ils confortent cette interprétation en montrant qu'un biomarqueur précoce de la maladie — le neurofilament chaîne légère, produit de dégradation des axones des neurones — tend à s'élever après l'infection.



Pour expliquer le cas de l'unique patient atteint de sclérose en plaques sans signe d'infection EBV, ils avancent trois explications possibles. Il aurait ainsi pu :

- échapper à l'analyse en attrapant le virus après son dernier prélèvement sanguin (la fenêtre était de 3 mois),
- attraper le virus sans développer d'anticorps (rare mais possible), l'infection demeurant alors indétectable,
- avoir développé une syndrome neurologique proche de la sclérose en plaques mais étiologiquement différent.

Renaud du Pasquier (CHUV), qui n'a pas participé à l'étude, se dit convaincu qu'un pas important vient d'être franchi: «C'est l'étude la plus aboutie permettant de démontrer un lien fort entre EBV et la sclérose en plaques, et qui démontre le lien de causalité. Cela permet de conclure que l'infection à EBV est une condition nécessaire mais pas suffisante pour causer la sclérose en plaques.»

Même interprétation, un peu plus sur la réserve, pour Patrice Lalive d'Epina (HUG): «C'est très important et extrêmement bien fait. Il est clair que ça montre que parmi les facteurs de risque environnementaux actuellement connus, l'infection à EBV est le risque principal.»

**Les inconnues.** Pourquoi ne pas considérer que le virus EBV, déjà responsable de la mononucléose et de plusieurs cancers, n'est pas tout simplement l'agent causal de la sclérose en plaques? Deux raisons à cela:

- À peu près tous les adultes sont infectés par EBV, mais moins d'une personne sur 1000 est atteinte de sclérose en plaques.

Renaud du Pasquier: «On n'est pas dans le même cas de figure qu'influenza qui cause la grippe ou de Sars-CoV-2 qui cause le Covid-19. L'immense majorité des adultes ne développe pas la sclérose

en plaques alors qu'ils ont le virus. Pour quelle raison? Il y a très certainement la combinaison d'une prédisposition génétique avec une infection à EBV, qui semble jouer un rôle prédominant.»

- Le mécanisme physiologique n'est pas connu.

L'idée générale: le virus EBV infecte et modifie les lymphocytes B (globules blancs), précipitant une cascade immunologique aboutissant à ce que l'organisme s'attaque à ses propres neurones, provoquant la sclérose en plaques. Mais les mécanismes précis restent à élucider.

Renaud du Pasquier: «Le très gros de la recherche sur la sclérose en plaques des trente dernières années s'est fait chez la souris. Or, par malheur, EBV n'infecte pas la souris, ce qui complique les choses puisqu'on n'a pas accès aussi facilement au cerveau d'un patient SEP. C'est pourquoi nous développons dans mon labo un système pour tester cet effet sur des cellules humaines en culture.»

**Dans le cerveau ou non?** Un élément en particulier pose question: la présence ou non du virus EBV dans le cerveau. On détecte chez les patients atteints de sclérose en plaques avancée des amas de lymphocytes B dans les méninges (néofollicules lymphoïdes), susceptibles d'être infectés par le virus.

Patrice Lalive d'Epina, sur le lien entre les deux: «Le tropisme avéré d'EBV pour les lymphocytes B est intéressant, car on sait depuis une dizaine d'années que ces cellules jouent un rôle important dans la sclérose en plaques. Quand on supprime les lymphocytes B chez nos patients avec des traitements, ça stabilise la maladie.»

L'équipe de la Pre Francesca Aloisi à Rome a détecté en 2009 des signes d'infection par EBV dans ces néofollicules méningés, ce qui tendrait à montrer un

rôle direct du virus. Mais plusieurs autres équipes de recherche ont échoué à répliquer ces travaux, et le débat continue de faire rage de nos jours.

**Quid de la prise en charge?** Pour les patients déjà atteints de sclérose en plaques, les répercussions des travaux d'Ascherio et ses collègues ne sont pas claires. En revanche, elles ouvrent la voie à une stratégie de prévention de la sclérose en plaques par de futurs vaccins.

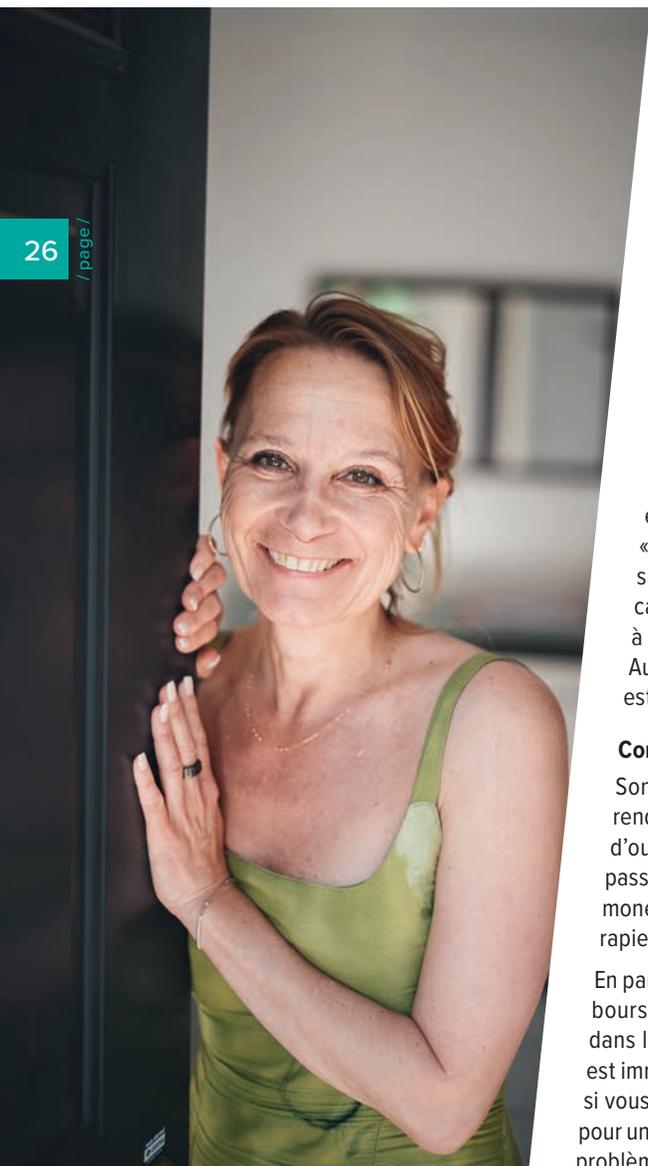
Patrice Lalive d'Epina: «Cela fait une trentaine d'années qu'on s'intéresse au vaccin contre Epstein-Barr, mais aujourd'hui en 2022, on n'a pas de vaccin validé. C'est compliqué de trouver la bonne cible parce que le virus n'exprime pas les mêmes protéines en phase latente et en phase aigue. Mais en tout cas c'est une motivation supplémentaire pour trouver un vaccin contre EBV.»

De tels vaccins sont toujours à l'étude au stade préclinique, malgré une longue série d'échecs. Le candidat le plus avancé est porté par la société américaine Moderna. Fondé sur la technologie de l'ARN messenger, il vient juste d'entrer en phase d'essai clinique, début janvier 2022.

Renaud du Pasquier: «Le vaccin serait à la fois le moyen ultime de prévenir la sclérose en plaques, et la démonstration ultime du rôle d'EBV. Mais ça risque d'être un peu compliqué de vacciner tout le monde pour prévenir une maladie si rare. Une position intermédiaire pourrait consister à ne vacciner que les gens ayant une prédisposition génétique à la sclérose en plaques, dans l'entourage des malades par exemple.» ■

Le RHNe propose des **THÉRAPIES** par l'hypnose, notamment dans le cadre de sa nouvelle consultation de ménopause. Nathalie De Martin y a trouvé bien plus qu'elle ne venait chercher. Elle raconte comment ces séances ont changé son regard sur la vie

## « L'hypnose m'a offert une renaissance »



26

/ page /

**S**omnambule dans l'enfance, Nathalie De Martin a pu régler définitivement ce problème à 13 ans, grâce à une seule séance d'hypnose. Près de deux décennies plus tard, la programmatrice musicale du groupe BNJ FM a poussé une nouvelle fois la porte d'un spécialiste de l'hypnose, à Gorgier, pour l'aider à combattre le stress qui la faisait grincer des dents la nuit. Une seule séance lui a, là aussi, permis de reléguer ce problème aux oubliettes. Mais la Neuchâteloise a dû attendre encore vingt ans pour renouer avec l'hypnose grâce au RHNe. «À l'été 2020, quand je suis entrée en ménopause, mes symptômes étaient si forts que c'en était invivable. Les bouffées de chaleur étaient insupportables. Je me promenais au bureau avec un ventilateur sous le bras. La nuit, je me réveillais en sueur, je dormais mal. Du coup, j'étais toujours fatiguée et irritable.»

Sur le conseil d'une amie qui traverse la même épreuve, Nathalie De Martin décide de consulter pour se faire prescrire, comme elle, un traitement hormonal. Avec une grosse appréhension: «Mes parents ont tous deux fait des phlébites. Ma mère a fait plusieurs embolies pulmonaires et mon père souffre d'insuffisance cardiaque. En réalité, je ne voulais pas de traitement hormonal à cause de mes antécédents familiaux, mais j'étais désespérée. Au point que je n'ai même pas envisagé la médecine alternative qui est pourtant mon premier réflexe en général.»

### Comme une chute de dominos

Son gynécologue étant parti en retraite, Nathalie De Martin prend rendez-vous au RHNe, auprès de la Dre Cristina Manea qui vient alors d'ouvrir la consultation de ménopause. «Le feeling est tout de suite passé entre nous. Je me suis vraiment sentie écoutée. À la place d'hormones, elle m'a conseillé des produits naturels: des sprays de phytothérapies et de la poudre de Maca qui ont été très efficaces.»

En parallèle, la Dre Manea lui prescrit aussi des séances d'hypnose remboursées par l'assurance de base, disponibles au RHNe, notamment dans le cadre de sa nouvelle consultation de ménopause. La patiente est immédiatement partante: «Les problèmes, c'est comme les dominos: si vous faites tomber le premier, tout le reste est impacté. J'étais venue pour un souci de ménopause, et finalement, j'ai ouvert la porte sur d'autres problèmes bien plus graves que j'ai aussi pu régler.»



Les symptômes désagréables de la ménopause s'estompent rapidement. Mais les séances doivent se poursuivre pour permettre à Nathalie De Martin de travailler sur ses blessures enfouies depuis trop longtemps. Des sacs de cailloux, comme elle les appelle, qui pesaient sur son quotidien, son nouveau couple, et sa manière d'appréhender les changements du corps à la ménopause. C'est avec Barbara Poggioli Guignard, infirmière cheffe de l'unité de gynécologie et du Centre du sein, et l'une des spécialistes de l'hypnose au sein du RHNe, qu'elle dépose un à un ses sacs de cailloux. «J'ai tout de suite adoré Barbara. Lors de notre première rencontre, elle a pris tout le temps nécessaire pour me mettre en confiance et répondre à toutes mes questions. Nous avons fixé ensemble la fréquence des séances et le temps d'intégration entre elles, car il faut laisser la possibilité à l'inconscient et au corps d'assimiler le travail accompli et gérer ses répercussions.»

### « J'ai appris que j'étais bien plus forte et résiliente que je le pensais »

Grâce à ses deux expériences passées avec l'hypnose ainsi qu'à une formation en EFT pour pratiquer l'autohypnose, Nathalie De Martin, adepte des médecines douces, n'a pas eu de peine à lâcher prise. L'hypnose fonctionne-t-elle à chaque fois? «Pour moi oui, à une exception près. Ce jour-là, on voulait travailler sur un traumatisme en particulier et ce n'était pas le moment apparemment. Mon corps n'était pas d'accord. En hypnose, les choses arrivent quand on est prêt à les entendre.»

La Neuchâteloise rappelle aussi qu'à aucun moment, on ne perd la conscience de ce qui se passe: «Les thérapeutes vous mettent dans un état de transe afin de pouvoir communiquer

avec l'inconscient, et non avec votre mental. Car le mental ne fait que vous mentir comme son nom l'indique, sourit-elle. Il raconte des potentialités, mais pas la réalité. Il faut donc travailler à un autre niveau pour chercher et utiliser les ressources qui nous sont utiles face à une problématique.»

Chaque entretien se construit en fonction des réactions de l'hypnotisée. À chaque étape, la thérapeute adapte ses interventions en fonction des réactions de la patiente. «Si ce n'est pas le cas, Barbara part dans une autre direction. Rien n'est forcé. Parfois, il faut plusieurs séances pour résoudre un problème, car le blocage est important et il m'arrive de pleurer parce que les émotions sortent. Mais à la fin, j'ai toujours le sentiment d'avoir été délestée d'un gros poids.»

Après près de deux ans de suivi, Nathalie De Martin, 52 ans, a le sentiment d'avoir vécu une renaissance. Ses problèmes ne sont pas tous résolus, mais elle estime disposer des outils indispensables pour affronter les obstacles de la vie. Ce travail sur elle-même, elle l'a considéré dès le départ comme une série de défis à relever. Et la compétitrice y a pris goût: «J'ai appris que j'étais bien plus forte et résiliente que je le pensais. Je ne sais pas si l'hypnose m'a changée, mais je suis sûre que mon regard sur la vie et les autres a beaucoup changé.»

Son but, dans un futur proche, est de pouvoir travailler sur elle-même seule, avec les clés dont elle dispose désormais. «Je n'ai qu'un seul regret dans ma vie: ne pas avoir fait cette thérapie plus tôt. Si j'ai un conseil à donner à mes filles aujourd'hui, c'est de ne pas attendre pour effectuer une thérapie, par hypnose ou tout autre chose qui leur conviennent, pour cicatriser leurs blessures. Elles en ont forcément. On en a tous.» ■

# Jeudis du RHNe

Cycle de conférences publiques



Le prochain rendez-vous > 19h00 > Auditoire du site de Pourtalès

2022 > 29 septembre

Cancer du sein, les avantages d'être traité dans un centre spécialisé

