



LE RENDEZ-VOUS SANTÉ  
MÉDECINE DU SPORT

Suivi sur mesure

L'INTERVIEW

SANDRA JEANNERET ET OLIVIER PLACHTA

«Il serait très difficile de faire face  
à une nouvelle vague»

VÉCU

Deuil périnatal

CARTE BLANCHE

Le regard du photographe  
Guillaume Perret

Physiothérapie et Covid-19

DOSSIER

## Quand l'urgence n'est pas le Covid-19

Le virus a marqué l'année 2020, faisant parfois  
oublier que l'hôpital a continué à prendre  
en charge des patients vulnérables



LE DOSSIER

## Prise en charge de patients vulnérables

La pandémie de Covid-19 a été un sacré défi pour les hôpitaux, qui ont continué à prendre en charge les patients nécessitant des soins urgents. Focus

06

CARTE BLANCHE  
GUILLAUME PERRET

### Physiothérapie et Covid-19



18

L'INTERVIEW

### SANDRA JEANNERET ET OLIVIER PLACHTA

Sandra Jeanneret, directrice des soins, et Olivier Plachta, directeur médical, tirent un premier bilan de cette crise inédite. Elle a contraint le RHNe à se réinventer pour prendre en charge les patients atteints par le virus, mais aussi tous les autres cas urgents. Entretien



22

▶ 03

L'ÉDITORIAL

Le RHNe, une «organisation apprenante» face au Covid

▶ 04

COMPÉTENCES

Les nouveaux visages du RHNe

▶ 05

LA REVUE DE PRESSE

La Suisse s'est laissé piéger au cœur de l'été

▶ 14

TIMELINE

Covid-19: au RHNe, un dispositif dynamique

▶ 16

LE RENDEZ-VOUS SANTÉ

«Un suivi sur mesure pour tous les sportifs»

▶ 26

PLANÈTE SANTÉ

Le «coup de vieux», c'est à quel âge?

▶ 28

HEIDI.NEWS

Le casse-tête du Covid-19 long chez les enfants

▶ 30

VÉCU

Deuil périnatal: «On ne se remet pas. On apprend à vivre avec»

# Le RHNe, une «organisation apprenante» face au Covid



La recherche en management prône le développement d'«organisations adaptatives complexes» et d'«organisations apprenantes». Ces modèles décrivent une organisation – disons un réseau hospitalier – qui s'inscrit dans un réseau d'interactions internes et externes au sein desquelles chaque collaborateur, chaque unité, chaque département apprend de ces interactions et s'adapte en permanence à son environnement.

Les collaborateurs, individuellement et collectivement, apprennent de chaque évènement, adaptent leurs comportements et permettent ainsi à l'organisation – disons au sein d'un réseau hospitalier – de se maintenir en phase avec le système dans lequel elle évolue.

Chacune de ces adaptations reste engrammée et peut être réactivée, à chaque fois un peu plus vite, et de façon de plus en plus efficiente. C'est ce qu'a fait le RHNe face au Covid-19. La crise a démontré que notre institution est, sans aucun doute, adaptative, complexe et apprenante. Chaque jour des semaines écoulées a apporté son lot de questionnements, au niveau stratégique, comme au niveau opérationnel. Chacun des collaborateurs du RHNe a, d'une façon ou d'une autre, dû s'adapter, questionner son environnement, proposer ou trouver les solutions adéquates.

Chacun a dû donner un peu plus de lui-même que ce que des circonstances normales auraient exigé. La somme de tous ces efforts individuels a permis la prise en charge de plus de 700 patients atteints du Covid alors que l'ensemble des autres activités urgentes ou ne pouvant être reportées s'est poursuivi.

La formidable réorganisation qui a été menée a un coût, collectif et individuel: elle est en effet consommatrice de temps et d'énergie. Il est donc impératif, alors que l'épidémie semble entamer une décrue et que le dispositif du RHNe se détend légèrement, d'aborder la sortie de crise avec la même concentration que la montée en charge a eu lieu.

Il conviendra de rester attentif aux autres, car nous savons que c'est bien souvent après le pic de la crise que l'inquiétude, l'angoisse, la fatigue voire l'épuisement se font le plus durement sentir.

Au moment d'aborder une nouvelle année et son lot de rebondissements, je souhaiterais vous dire à quel point je suis fière du travail accompli par l'ensemble des collaborateurs du RHNe, et que j'en mesure le coût personnel, pour chacun d'entre vous.

Merci pour le travail accompli.

Je vous souhaite une excellente année 2021.

## IMPRESSUM |

UNE PUBLICATION DU RÉSEAU  
HOSPITALIER NEUCHÂTELOIS

### RÉDACTEUR EN CHEF

Pierre-Emmanuel Buss,  
responsable communication

Ont participé à ce numéro :

Trinidad Barleycorn  
Oriane Bouille  
Brigitte Rebetez  
Florence Hügi  
Laure Dasinières  
Clémentine Fitaire

### GRAPHISME

additive, Aline Jeanneret  
Corcelles

### PHOTOGRAPHE

Guillaume Perret  
Cormondrèche

TIRAGE 5000 exemplaires

Paraît 2 fois par an

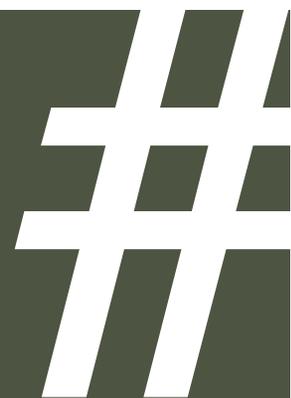
### IMPRESSION

Europ'Imprim Swiss  
Bevaix

### ABONNEMENTS

mag@rhne.ch

« C'est bien souvent  
après le pic de la crise  
que l'inquiétude,  
la fatigue voire  
l'épuisement se font le  
plus durement sentir »



# Les nouveaux visages du Réseau hospitalier neuchâtelois



**DR SABRI BRAHIM**  
#1

est entré en fonction comme médecin-chef adjoint au département des urgences le 1er novembre 2020.



**DR ROMAIN PITTET**  
#2

est entré en fonction comme médecin-chef adjoint au département des urgences le 1er novembre 2020.



**DRE EKATERINA REBMANN CHIGRINOVA**  
#3

est entrée en fonction comme médecin-chef adjointe au sein du service d'onco-hématologie le 1er juillet 2020.



**DR GAËL GOSTELI**  
#5

est entré en fonction comme médecin-chef adjoint au sein du service des soins intensifs le 1er novembre 2020.



**DR DANIEL-ERIC ROBERT**  
#4

est entré en fonction comme médecin-chef adjoint au sein du service d'onco-hématologie le 1er octobre 2020.



**DR MICKAËL LÜSCHER**  
#6

est entré en fonction comme médecin-chef adjoint au sein du département d'imagerie médicale le 1er novembre 2020.



**CLAIRE CHARMET**

est directrice du site de La Chaux-de-Fonds et présidente du Collège des directions depuis le 1er septembre 2020. Détenrice d'un master en management des administrations publiques et d'un MBA en gestion des systèmes de santé, diplômée de l'École des hautes études en santé publique, elle a exercé depuis 2009 en qualité de directrice des finances et de la stratégie, directrice des systèmes d'information, ainsi que comme directrice des ressources humaines et directrice de site dans divers centres hospitaliers.



**JÉRÔME KÜBLER**

est directeur de la logistique depuis le 17 août 2020. Au bénéfice d'une formation initiale d'ingénieur ès sciences et ingénierie de l'environnement obtenue à l'EPFL en 1994, ainsi que d'un doctorat ès sciences techniques, également obtenu à l'EPFL en 2001, il a notamment travaillé dans l'industrie horlogère dans le domaine de l'organisation industrielle comme responsable de production et responsable des opérations.



Le Matin  
Dimanche

## ARCINFO

### «Avant, on était moins confrontés à la mort»

«On était mieux préparés à la deuxième vague qu'à la première, même si on ne s'attendait pas à ce que ça monte comme ça vite.» Infirmier anesthésiste au site de Pourtalès du RHNe, Christian Fuligno-Schmidt s'occupe actuellement des patients intubés aux soins intensifs.

«Avant, je travaillais essentiellement au bloc opératoire, mais cette activité a diminué à cause de la pandémie», explique le Neuchâtelois. Le soignant a accumulé beaucoup d'heures supplémentaires durant la première vague. «Aujourd'hui, on est mieux organisés et les horaires sont moins contraignants, d'autant que j'ai un chef très arrangeant pour les plannings. Mais la charge de travail à l'hôpital reste très importante et inhabituelle. La situation est sous contrôle mais demande de gros efforts de chacun.» (...)

Certains de ces patients s'en sortent. «Mais se remettre de plusieurs jours d'intubation, c'est très lourd. Il faut beaucoup de temps pour récupérer par la suite, c'est un long chemin.» D'autres décèdent. «Avant, au bloc opératoire, on était moins confrontés à la mort, ça change un peu le métier.» (...)

Estime-t-il, comme certains de ses collègues, que la population soutient moins les soignants que lors de la première vague? «C'est vrai que les applaudissements le soir, c'était sympa, même si on ne fait que notre travail. Ce qui est dur pour moi, ce sont plutôt les gens qui n'y croient plus, qui pensent que le virus n'est pas grave et qu'on fait partie d'un complot.»

• Arcinfo, 20 novembre 2020

## L'AGEFI

### Premières estimations des coûts liés au Covid

Une étude de PWC estime entre 1,7 et 2,6 milliards de francs le préjudice financier subi par les hôpitaux en raison du coronavirus. H+ y voit la conséquence de l'interdiction des traitements non urgents décrétée par le Conseil fédéral le 13 mars. Selon la faïtière hospitalière, entre 67% et 75% des pertes sont liées à cette restriction. A cela s'ajoutent des achats de matériel et des mesures de sécurité supplémentaires.

«Ces chiffres ne tiennent pas compte de la deuxième vague. Nous serons en mesure de fournir, l'année prochaine, des données sur les pertes définitives», précise la directrice d'H+, Anne Bütikofer.

L'impact financier de cette première vague varie selon les établissements. A l'Hôpital du Jura, il est évalué à cinq millions de francs, contre 115 millions aux Hôpitaux universitaires de Genève. (...) Cet été, l'Hôpital fribourgeois enregistre pour sa part un déficit cumulé d'environ 45 millions de francs. Du côté du Réseau hospitalier neuchâtelois, l'évaluation des pertes est estimée entre 15 et 20 millions pour la 1ère vague. (...) Trois quarts des 44 établissements de soins aigus analysés par PWC n'atteindront pas des résultats équilibrés dans les cinq à dix prochaines années.

• L'Agefi, 25 novembre 2020

## La Suisse s'est laissé piéger au cœur de l'été

C'est le week-end du 3 octobre que la Suisse a basculé une seconde fois dans la pandémie. (...) Des foyers infectieux se déclarent partout en Suisse, dans les entreprises, les chorales, les fêtes privées (...) Comment en est-on arrivé là? Notre enquête montre que le dispositif prévu au printemps pour empêcher une seconde vague n'a jamais fonctionné correctement. (...)

Dès le 19 juin, en vertu de la loi sur les épidémies, ce sont les cantons qui sont «chargés de prévenir et de gérer toute recrudescence des cas de Covid-19» au moyen du traçage de contacts. Lors de la première vague, ils ne disposaient que de quelques personnes pour effectuer les enquêtes d'entourage et avaient été très vite submergés. Avec la nouvelle stratégie, ils doivent recruter et former des dizaines d'enquêteurs, en un temps très court.

La stratégie d'endiguement prévoit aussi que les cantons fournissent des informations précises sur les cas détectés, quasi en temps réel, afin que la Confédération puisse intervenir si l'épidémie reprend. Mais dès le début, ce flux d'informations fonctionne mal. (...)

Dès le 16 juillet, l'OFSP envisage le retour de «mesures nationales très invasives» pour stabiliser le nombre d'infections. Mais l'idée n'a pas de suite. Dans un procès-verbal du 30 juillet, il est seulement question de demander aux cantons d'«examiner» de nouvelles mesures: obligation de porter le masque dans les lieux publics clos, limitation de l'affluence dans les lieux de sortie à 100 personnes... Mais ces recommandations ne sont pas appliquées partout, ni tout de suite. Des mesures analogues ne seront imposées au niveau national que le 18 octobre.

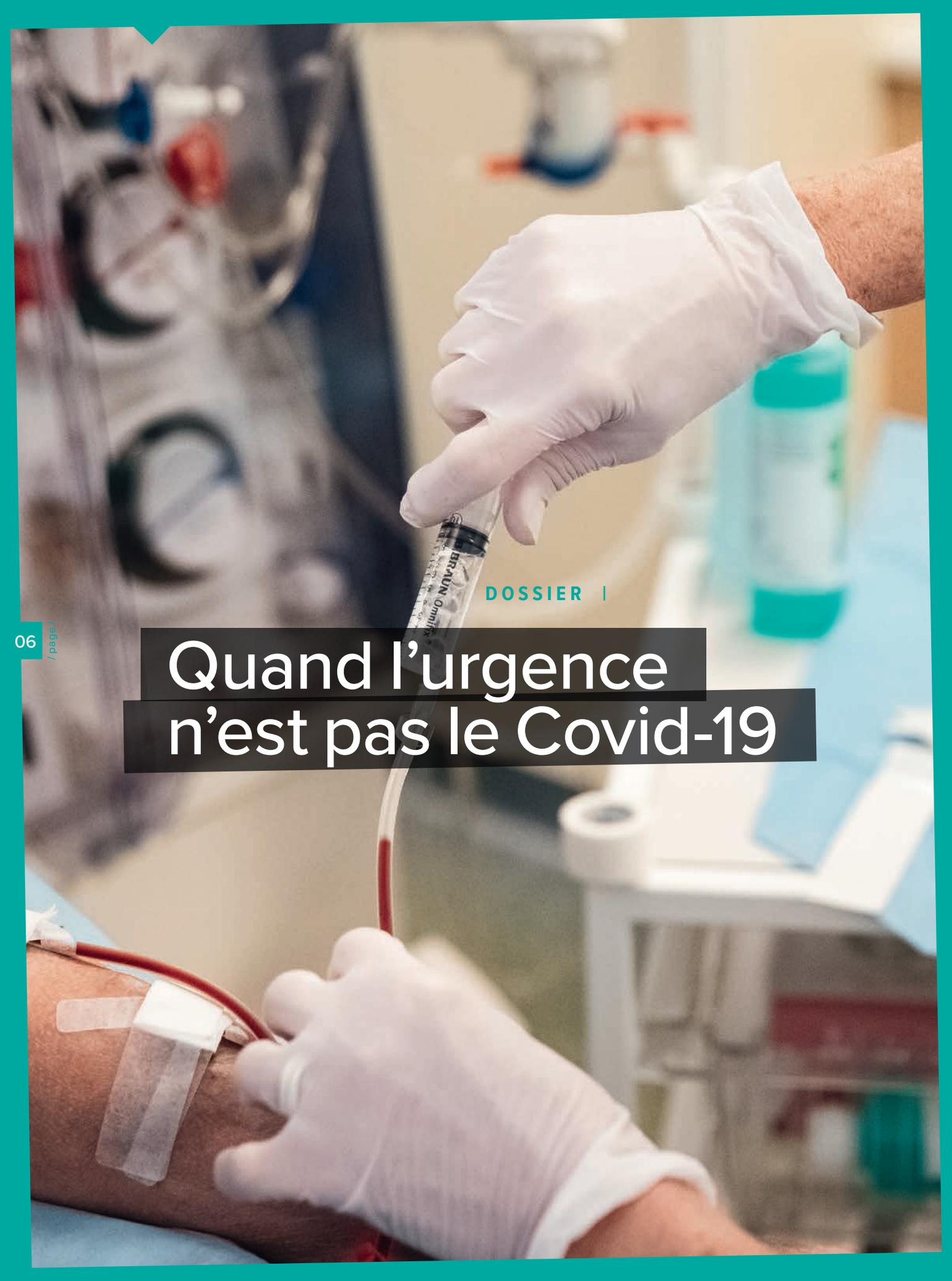
Malgré les signaux d'alarme qui résonnent à l'interne, le discours du Conseil fédéral demeure rassurant. Le nombre d'hospitalisations reste faible et il n'y a presque pas de morts. Mais pour plusieurs experts, l'erreur de la Suisse a justement été de laisser gonfler le nombre de cas au cours de l'été, sans trop s'inquiéter. À partir de juin, le taux de reproduction du virus est resté supérieur à 1, ce qui signifie que l'épidémie progresse. (...)

Le 12 août, le Conseil fédéral autorise les manifestations de plus de 1000 personnes à partir du 1er octobre. Cette décision prend à rebrousse-poil les directeurs cantonaux de la Santé, qui préféreraient attendre. (...) Officiellement, le discours du Conseil fédéral n'a pas changé: la situation est toujours «sous contrôle». Mais le 20 août, après sa première réunion avec les cantons en près de deux mois, Alain Berset dénonce le problème qui préoccupe ses services depuis le printemps: dans 40% des cas dépistés, les cantons ne livrent pas assez de données à la Confédération. (...)

Le 13 septembre, le conseiller fédéral demande aux cantons de mettre en place «les capacités nécessaires» pour mener correctement le traçage de contacts. Ce rappel arrive un peu tard, car la météo est sur le point de changer. (...) Un temps froid, pluvieux et humide s'abat sur la Suisse, repoussant les activités humaines à l'intérieur. L'effet sur l'épidémie est immédiat. Le taux de reproduction du virus passe de 1,1 à 1,5 (...) La Suisse passe d'environ 300 cas par jour début octobre à près de 6000 cas par jour le 21 octobre.

«Si les chiffres avaient été plus bas à la fin de l'été, par exemple à 40 ou 50 cas par jour, on se serait peut-être retrouvé avec une accélération qu'on aurait pu contrôler, commente l'épidémiologiste Emma Hodcroft. Mais avec des centaines de cas par jour ce n'était plus possible. À ce moment-là, toutes ces petites étincelles ont formé un énorme incendie.» (...)

• Le Matin dimanche, 22 novembre 2020



DOSSIER |

# Quand l'urgence n'est pas le Covid-19

## PANDÉMIE

Le virus a marqué l'année 2020, faisant parfois oublier que l'hôpital a continué à prendre en charge des patients vulnérables en oncologie-hématologie, en néphrologie ou en cardiologie. Une tâche difficile, encore compliquée par des absences au sein des équipes médico-soignantes

Faire face à un diagnostic de cancer, aux traitements, aux peurs liées à la maladie est déjà un défi. Avoir à se battre dans un contexte de crise sanitaire mondiale, en sachant aussi que le cancer, signe d'un système immunitaire affaibli, vous rend particulièrement vulnérable au Covid-19, ajoute à la détresse. «Pour nos patients oncologiques, ce virus, c'est vraiment la double peine», résume d'entrée le Dr Bernardino De Bari, médecin-chef de service en radio-oncologie. «Au début de la pandémie, ils exprimaient beaucoup de craintes sur les risques qu'ils courraient en venant prendre leur traitement à l'hôpital et sur l'accès à ces traitements si la situation venait à empirer.»

### « Les cancers n'ont jamais souffert de retard dans la prise en charge au Réseau hospitalier neuchâtelois »

Si, durant la première vague, les hôpitaux suisses ont reçu l'ordre de suspendre les consultations ambulatoires non-urgentes, les cancers, considérés comme des cas graves, n'ont jamais souffert de retard dans la prise en charge au Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe). Encore fallait-il rassurer les patients et garantir leur sécurité. Cela a été fait grâce à la mise en place des gestes barrières dès le début de l'épidémie: port du masque obligatoire, désinfection systématique et réorganisation des salles d'attentes pour maintenir les distances de sécurité.

Pour réduire tout risque de contagion au sein du département, le flux de personnes circulant dans le service a aussi été réduit. En repoussant des consultations notamment: «Il n'y a que certaines situations bien précises où on pouvait décaler les rendez-vous sans impact sur le suivi des traitements, précise la Dre Alix Stern, médecin-chef du département d'oncologie-hématologie. Par exemple, pour les hémochromatoses, nous avons pu décaler les saignées.» Pour réduire le flux, les accompagnants ont été interdits en salle de traitement. Mais un accompagnant reste toujours autorisé durant les consultations: «Ce sont des moments difficiles et il y a beaucoup de perte d'informations liée au stress. Quatre oreilles valent alors toujours mieux que deux.»

Enfin, des consultations de suivi par téléphone ou visioconférence ont été mises en place pour les personnes en rémission, qui peuvent rester immunosupprimées et donc vulnérables au Covid. «L'immunosuppression peut durer longtemps. Même plusieurs années après une chimiothérapie, le patient peut garder une immunosuppression relative», explique la Dre Amina Faiza Chouiter-Djebaili, médecin-chef en oncologie et présidente de la Ligue neuchâteloise contre le cancer. Et de rappeler: «Aucun patient n'est abandonné. A chaque appel, nous leur précisons qu'en cas de symptômes, même anodins, ils doivent consulter. Nous sommes toujours là pour eux.»

Contrairement à la première vague du printemps, le rebond de l'automne n'a pas épargné les patients

Dr Bernardino De Bari  
médecin-chef de service en radio-oncologie



oncologiques. Tous semblent avoir été contaminés dans leur cadre privé, et non à l'hôpital. Pourtant, même positives, les personnes sous traitement ont dû continuer à se rendre à l'hôpital: «Il a fallu, à chaque fois, réorganiser les plages de traitements afin de les accueillir en fin de journée, pour qu'elles ne croisent pas d'autres patients, explique Bernardino De Bari. On peut continuer une radiothérapie sur un patient Covid asymptomatique, mais dans le cas contraire, il faut tout arrêter, car la priorité devient son coronavirus.»

Une décision difficile à prendre: si elle est interrompue, une radiothérapie, qui comprend généralement entre 10 et 40 séances, est complètement inutile. Dans le cas de la chimiothérapie, toute infection susceptible de fragiliser le patient, entraîne son arrêt immédiat.

Pour faire face à ce problème, une nouveauté a été introduite fin novembre: avant de débuter un traitement, les patients oncologiques estimés à haut risque sont systématiquement testés. «On peut ainsi déceler les cas asymptomatiques ou une infection au stade précoce, et décaler le début du traitement, indique Alix Stern. Outre les facteurs classiques, comme l'âge ou un cancer du poumon, l'expérience de la première vague a montré que les personnes sous immunothérapie avaient également un risque de décours défavorable avec le virus.»

Depuis le début de la deuxième vague, plusieurs patients traités pour un cancer au RHNe ont succombé au Covid. Alix Stern a elle-même déploré deux décès dans sa patientèle: «Ils étaient en rémission de leur lymphome. Patients âgés et polymorbides oui, mais



Dre Alix Stern  
médecin-chef du département  
d'oncologie-hématologie

## « Nous nous sommes complètement réinventés avec le Covid »

Dès la première vague, le service de cardiologie a mis sur pied une offre digitale afin de garantir la qualité de la prise en charge, tout en évitant à ses patients vulnérables des visites à l'hôpital. Explications du Dr Cyril Pellaton, médecin-chef de service



### **HNE Mag:** Pourquoi était-il nécessaire de repenser votre activité de réadaptation cardiovasculaire pour les patients ayant eu un infarctus ou subi une chirurgie cardiaque?

**Dr Cyril Pellaton:** D'habitude, nous proposons un programme de réadaptation cardiovasculaire de trois mois à Pourtalès, à raison de trois demi-journées par semaine. Avec le Covid, il a fallu arrêter ce programme pour deux raisons. Premièrement, les physiothérapeutes ont été mobilisés pour prendre en charge les patients hospitalisés dans les unités Covid et aux soins intensifs. Deuxièmement, comme le programme s'effectue en petits groupes, les mesures sanitaires nous ont obligés à le mettre en pause. Or, il s'agit de santé publique: la réadaptation améliore le pronostic post-infarctus.

### **- Qu'avez-vous entrepris pour palier à l'arrêt du programme?**

- Dès la première vague, avec le soutien du service informatique, nous avons pris l'initiative de filmer tous les cours théoriques et d'éducation thérapeutiques dispensés pendant la réadaptation. Les patients peuvent ainsi visionner ces films depuis chez eux. Même s'ils ne remplacent pas les cours interactifs et les consultations de suivi, ils permettent aux patients d'avoir accès à une infor-

mation importante après leur événement cardio-vasculaire. Nous avons également créé un forum de discussion où nous répondons à leurs questions.

### **- Comment réagissent les patients?**

- Ce système est très apprécié. Même les patients qui avaient de la peine avec le digital, y ont eu facilement accès: il suffit d'une adresse mail et d'un code d'accès pour visionner les cours.

### **- Allez-vous continuer ces vidéos hors crise sanitaire?**

- Absolument! Nous nous sommes complètement réinventés avec le Covid et c'est bénéfique pour les patients. Nous allons encore développer cela. Nous pratiquons déjà la télémedecine, avant le Covid, notamment pour les patients insuffisants cardiaques qui ont l'habitude de prendre leurs constantes vitales à la maison. Au lieu de les faire venir à l'hôpital, une infirmière spécialisée les appelle et nous pouvons ainsi très vite adapter leur traitement. Cette expérience préalable nous a permis d'adapter la télécadiologie dès l'apparition du virus et d'éviter les rendez-vous superflus pour tous. Ceci est d'autant plus important que nos patients cardiaques sont extrêmement vulnérables. La télémedecine nous a également permis de favoriser le télétravail avec l'abandon de l'ambulatoire lors de la première vague.

### **- Quelles consultations étaient concernées par cet abandon?**

- Par exemple, lors de la première vague, les bilans annuels de patients de tout âge et de toute pathologie, mais relativement stables, ont été différés. Nous faisons une consultation téléphonique avec chacun pour estimer s'il y avait une urgence ou si le rendez-vous pouvait être repoussé de trois ou six mois. Durant la deuxième vague, nous avons par contre eu une activité assez soutenue, car nous avons dû voir tous ceux dont le rendez-vous avait été repoussé.

### **- Avez-vous remarqué des conséquences négatives à ces reports de rendez-vous?**

- À ma connaissance, aucune pour le service de cardiologie, bien que je ne puisse pas l'exclure. Je dirais que nous avons aussi eu de la chance, car un téléphone permet certes d'identifier certains problèmes, mais ne remplace pas une consultation en présentiel. Par contre, nous avons constaté en Suisse et dans le monde que, par crainte du virus, moins de gens se sont rendus aux urgences pour des symptômes annonciateurs d'accidents vasculaires-cérébraux et d'infarctus.

ils avaient vaincu leur cancer. C'est amer!» Face à la mort, la docteure a pris l'habitude de laisser parler son cœur: «J'écris une carte de condoléances à la famille en témoignant de mes pensées et en rendant hommage au défunt. Cela aide à boucler la boucle.»

### « J'écris une carte de condoléances à la famille en témoignant de mes pensées et en rendant hommage au défunt. »

Comme bon nombre de ses collègues, l'oncologue ne cache pas l'impact psychologique de la pandémie. «Ce qui m'a permis de tenir, c'est l'équipe, le fait de sentir que nous tirons à la même corde. Je suis très impressionnée par nos collaborateurs, par leur flexibilité, leur adaptabilité et leur résilience. Il y a aussi des échanges agréables avec les patients. Et trouver un traitement qui fonctionne, voir un patient entrer en rémission, c'est motivant peu importe le contexte.»

### Augmentation de l'activité oncologique de 22%

L'un des piliers de l'équipe oncologique, Christine Saraiva, infirmière cheffe (ICUS) du département où elle travaille depuis 1999, a œuvré en véritable cheffe d'orchestre. Deux de ses infirmières, l'une certifiée en soins intensifs et l'autre au bénéfice d'une expérience en soins continus, ont été réquisitionnées début novembre dans l'unité de soins continus, devenus soins intensifs à La Chaux-de-Fonds. Imposant une réorganisation habile du service qui compte 17 infirmières, dont une est en arrêt suite à un accident. En octobre, l'absence de deux soignantes touchées par le virus avait pu être compensée par l'aide du service volant. «Mais depuis novembre, nous devons composer avec les ressources à l'interne du département, rappelle Christine Saraiva. Depuis le début de la deuxième vague, nous travaillons toutes en moyenne un à deux jours de plus par mois pour remplacer les infirmières manquantes.» Début décembre, une infirmière retraitée depuis deux ans du service d'oncologie a été rappelée pour renforcer l'effectif soignant.





Dre Sophie Hügli  
médecin assistante en néphrologie

## Les patients dialysés, catégorie à risque

En cas d'insuffisance rénale avancée, le risque de décès est très élevé. Pour faire face à cette situation extraordinaire, le service de néphrologie a dû repenser son organisation

«Les patients dialysés ont 20-30% de risque de mourir s'ils attrapent la Covid»: le Dr Fabien Stucker, médecin-chef de service en néphrologie, va droit au but. La maladie rénale avancée, l'âge généralement élevé des patients, le diabète dont souffre le tiers des dialysés ainsi que l'hypertension qui touche la majorité, aggravent en effet le pronostic. La priorité de son service, dès l'apparition du virus, a donc été d'assurer une protection maximale aux personnes suivant un traitement de dialyse, obligées de continuer à se rendre à l'hôpital à raison de 4 heures par jour, trois fois par semaine. «On a séparé tous les postes de dialyses, instauré le port du masque dès février et fermé la salle d'attente pour éviter les contacts, détaille Fabien Stucker. Nous avons aussi régulièrement envoyé des courriers de soutien à nos patients pour qu'ils tiennent le coup. Durant la première vague, personne n'a été atteint. Durant la deuxième, 15 à 20% du personnel a été touché ainsi que onze patients sur 80, dont quatre sont malheureusement décédés. La plupart des contaminations ont clairement eu lieu en privé. Donc au moins, nos mesures de protection semblent efficaces.»

Grâce à ces mesures, Jean-Baptiste Vienot, 77 ans et dialysé depuis 2015, n'a jamais eu peur d'être contaminé: «Je me suis toujours senti en sécurité, bien pris en charge et bien informé. Le personnel soignant fait un travail formidable.» Malgré tout, la situation impacte son traitement lourd: «Depuis le début de la pandémie, nous sommes tous séparés par un rideau en plastique. C'est devenu difficile de se parler. Ce contact avec les autres patients me manque. Et puis, certains sont décédés et ça, c'est très dur.»

En coulisses, le service a sans cesse dû s'adapter pour faire face. Surtout durant la deuxième vague, avec le maintien de l'activité ambulatoire et un personnel infirmier à flux tendu en raison des isolements et des quarantaines. Grâce à l'interruption de l'activité chirurgicale à l'hôpital de la Providence, des infirmières en chirurgie ont ainsi pu être formées pour venir en renfort. Et quand deux médecins de néphrologie, Dre Hügli et Dre Ackermann, ont été réquisitionnées en octobre pour les unités Covid, les deux cadres, Dr Stucker et Dr Humbert, se sont organisés pour se partager l'ensemble de la patientèle.

«C'était difficile de quitter mes patients du jour au lendemain», reconnaît la Dre Sophie Hügli, 30 ans, engagée comme médecin assistante en néphrologie pour une année fin 2019 et nommée cheffe de clinique en unité Covid du 26 octobre au 11 décembre. «Mais comme j'ai un FMH en médecine interne, il était normal que j'aide. Dans mon cursus, je n'avais encore jamais été cheffe de clinique, mais j'avais les qualifications. Donc l'expérience a été positive, même si j'avais un peu d'appréhension au début face au virus. Et puis je l'ai attrapé... Mais j'ai eu la chance de faire une forme légère.» Sophie Hügli, supervisée par un médecin cadre, était ainsi en charge d'une équipe de quatre médecins assistants et d'une vingtaine de patients Covid. Début janvier, elle a retrouvé la spécialité qui la passionne, la néphrologie, aux HUG cette fois. Si elle repartirait au front pour une troisième vague? «Sans hésiter!»

Au service de radio-oncologie, trois des douze techniciens ont également été atteints par le Covid. Tout comme la Dre Chouiter-Djebaili, absente durant trois semaines en octobre. A chaque fois, les collaborateurs doivent prendre la relève avec une grande réactivité. Un système joker ainsi que des groupes de travail ciblés (meilleures pratiques, formation continue, technologie, données) ont donc été mis en place.

Une mesure nécessaire car depuis octobre, l'activité en oncologie a augmenté de 22% par rapport à la première vague. A cause du maintien des consultations, mais aussi, coïncidence, parce que le nombre de cancers diagnostiqués depuis l'été a augmenté. «Il ne faudrait pas que la situation s'éternise, mais pour l'instant, le moral de l'équipe est bon», juge Christine Saraiva.

### Des retards de diagnostics?

Quel bilan peut-on tirer de la gestion de cette deuxième vague, bien plus rapide et haute que la première? L'arrêt des dépistages du cancer en mars fait craindre aux spécialistes un retard de diagnostic. Et par crainte des hôpitaux, certains nouveaux patients oncologiques ont aussi attendu trop longtemps avant de consulter pour des symptômes. «Il va falloir faire un sérieux bilan», déclare la cheffe du département Alix Stern.

La Dre Marie-José Chevènement, directrice du Centre du sein du site de La Chaux-de-Fonds, émet la même crainte. «Les tumeurs découvertes lors du dépistage organisé sont rarement agressives, mais il faudra étudier selon chaque cas, si le report de dépistage



**Dre Amina Faiza Chouiter-Djebaili**  
médecin-cheffe en oncologie  
présidente de la Ligue neuchâteloise contre le cancer

**Christine Saraiva**  
infirmière cheffe (ICUS) en oncologie



Dre Marie-José Chevènement  
directrice du Centre du sein du site de La Chaux-de-Fonds

**« Durant ces deux vagues, seules les reconstructions mammaires et les ablations de tumeurs bénignes ont été mises en attente. »**

a eu un impact sur la santé.» Durant ces deux vagues, seules les reconstructions mammaires et les ablations de tumeurs bénignes ont été mises en attente. «Un cancer n'attend pas. On a 20 jours ouvrables, après un diagnostic, pour opérer un cancer ou administrer le premier traitement systémique. On a respecté les délais dans tous les cas», se réjouit la directrice du centre certifié.

Un autre aspect, plus inattendu, a redéfini le travail des spécialistes en oncologie: les gestes barrières,

comme le souligne le Dr Bernardino De Bari. «Le port du masque qui cache les expressions et le fait de ne pas pouvoir toucher la main des patients sont perturbants, admet-il. Ces gestes ne rentrent pas dans la technique médicale, mais dans la pratique médicale. Ils permettent de créer une alliance avec le malade. Certains nous font part de leurs regrets à ce sujet. Avant, beaucoup d'émotions passaient par la communication non verbale. Donc aujourd'hui, il est très important pour le patient de dire ce qu'il ressent. Car comprendre son état d'esprit, nous permet d'orienter la consultation.»

Et de conclure que la situation a malgré tout créé des relations fortes au sein du département: «On se serre tous les coudes. On va à l'essentiel. Il y a un véritable esprit d'équipe. J'espère que c'est la chose positive que l'on gardera de cette horrible expérience.» ■

# Chronologie d'une crise

L'accueil des patients positifs au coronavirus a imposé à l'hôpital de se réinventer une nouvelle fois pour s'adapter au mieux à l'évolution de la situation épidémiologique



**19 octobre**  
**27 patients Covid+**  
**dont 3 aux SI**

Augmentation de 10 à 12 lits de soins intensifs et de 4 à 6 lits de soins continus.

**20 octobre**  
**37 patients Covid+**  
**dont 4 aux SI**

Décision de limiter la chirurgie électorale progressivement entre le 22 et le 26 octobre.

Mise en place des rocadés médicales interservices.

Réorganisation des flux et de l'organisation des urgences.

Création d'une unité supplémentaire et augmentation du nombre de lits non Covid pour garantir un nombre de lits suffisant pour tous les patients (+18 lits).

**15 octobre**  
**17 patients Covid+**  
**dont 1 aux SI**

Activation de trois unités Covid: une unité de soins aigus par hôpital et une unité de réadaptation (63 lits).

Activation de la cellule de prévention.

Saturation du dispositif au vu de la perte de contrôle de l'épidémie en Romandie.

**10 septembre**  
**1 patient Covid+**

Réactivation des cellules de vigilance Covid au sein du RHNe dès septembre 2020.

Préparation de la montée en charge du dispositif.

Surveillance épidémiologique renforcée au vu des premiers clusters dans le canton.

**1er juillet**  
**0 patient Covid+**

Le RHNe publie une information via les réseaux sociaux pour expliquer la crainte d'une résurgence de la pandémie au vu du relâchement dans les comportements et les gestes barrières.

**6 octobre**  
**6 patients Covid+**

Augmentation de 7 à 10 lits de soins intensifs (SI).

Première zone de cohortage des patients positifs.

**12 octobre**  
**13 patients Covid+**

Activation des deux zones Covid de cohortage sur nos 2 sites aigus.

**Nombre de patients Covid+**

Date-Année 2020

0

1.07

1

10.09

6

6.10

13

12.10

17

15.10

27

19-20.10

37

...

**22 octobre**  
**51 patients Covid+**  
**dont 5 aux SI**

Augmentation progressive des capacités dans les unités Covid (+8 lits soit 71 Covid).  
 Réactivation de l'unité de ventilation non invasive de Pourtalès (10 lits).  
 Séniorisation de tous les flux décisionnels pour fluidifier et accélérer les prises en charge.

**30 octobre**  
**91 patients Covid+**  
**dont 14 aux SI**

Passage de 14 à 20 lits de SI.  
 Augmentation progressive du nombre de lits non Covid et Covid (131 lits Covid).  
 3 transferts de patients des SI dans le cadre de la coordination des SI.  
 Diminution proportionnée et sélective des activités de consultations pour réallocation de personnel et dispositif.

**27-28 octobre**  
**86 patients Covid+**  
**dont 14 aux SI**

Augmentation du nombre de lits Covid avec l'identification de deux unités supplémentaires (+56 lits soit 127 lits Covid).  
 6 transferts de patients de soins intensifs dans le cadre de la coordination romande des SI.

**2 novembre**  
**105 patients Covid+**  
**dont 16 aux SI**

Activation des zones de pré tri Covid aux urgences adulte de Pourtalès et réorganisation complète des services d'urgence.  
 Identification d'une 6ème unité Covid (157 lits Covid).  
 3 transferts de patients des SI dans le cadre de la coordination des SI.  
 Transfert de 5 patients Covid légers à la Providence avec suivi médical par le RHNe.  
 Tournus annuel des médecins assistants avec remplacement par les nouveaux médecins assistants en formation.

**3 novembre**  
**110 patients Covid+**  
**dont 17 aux SI**

Passage de 20 à 23 lits de SI.  
 1 transfert de patient des SI dans le cadre de la coordination des SI.  
 Transfert de 2 patients Covid légers à la Providence avec suivi médical par le RHNe.

**6 novembre**  
**123 patients Covid+**  
**dont 19 aux SI**  
**et 7 hors les murs**

Passage de 23 à 26 lits de SI avec l'ouverture de 3 lits de SI en salle de réveil à Pourtalès.  
 1 transfert de patient des SI dans le cadre de la coordination des SI.

**9 novembre**  
**140 patients Covid+**  
**dont 19 aux SI**  
**et 8 hors les murs**

Démarrage de l'activité de traumatologie délocalisée sur la Providence par les médecins du RHNe.

**12 novembre**  
**157 patients Covid+**  
**dont 19 aux SI**  
**et 13 hors les murs**

Ouverture de 5 lits de ventilation non invasive à La Chaux-de-Fonds.

**15 novembre**  
**167 patients Covid+**  
**dont 20 aux SI**  
**et 14 hors les murs**

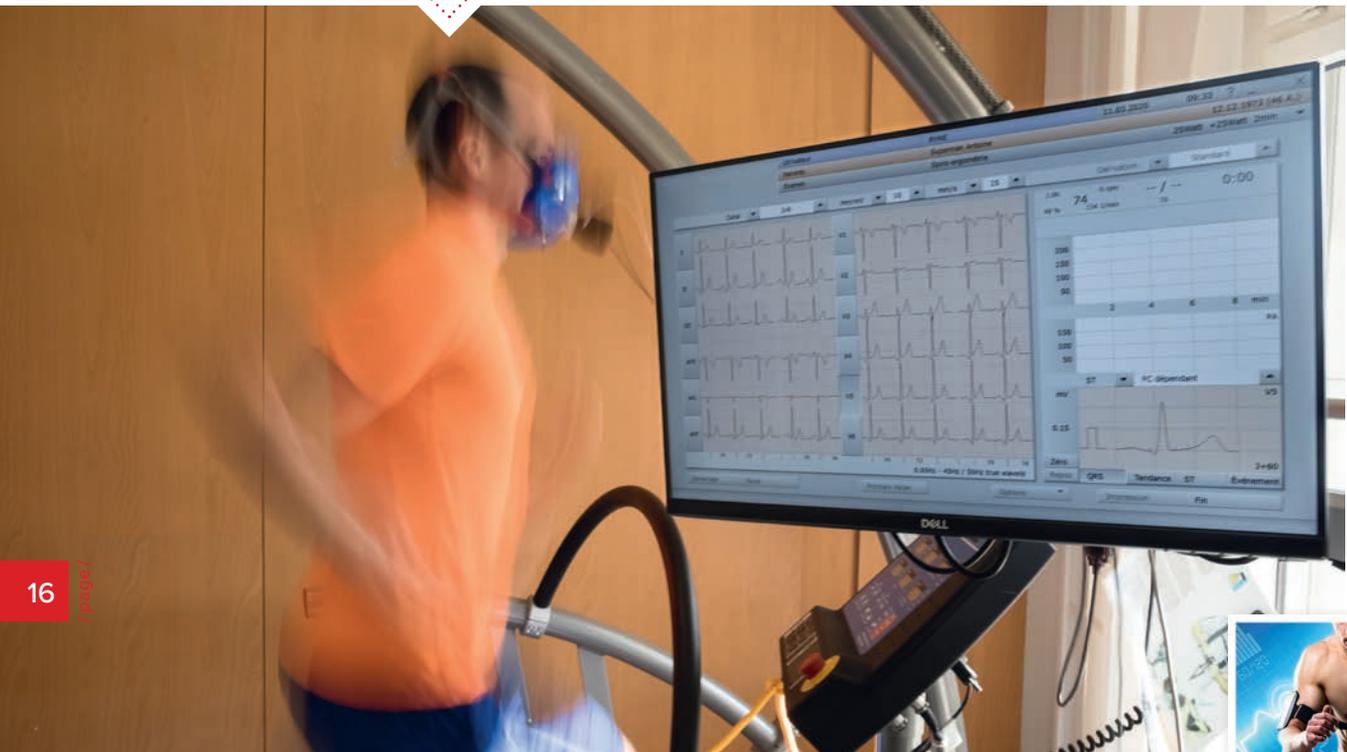
Pic du nombre de patients Covid hospitalisés

**18 novembre**  
**135 patients Covid+**  
**dont 19 aux SI**  
**et 9 hors les murs**



**31 décembre**  
**41 patients Covid+**  
**dont 4 aux SI**

# «Un suivi SUR mesure pour tous les sportifs»



16

Consultez la brochure détaillée sur [www.rhne.ch/medecine-du-sport](http://www.rhne.ch/medecine-du-sport)



Le Centre de médecine du sport du RHNe propose une prise en charge pluridisciplinaire qui s'adresse aux amateurs comme aux athlètes de haut niveau. Avec des prestations alignées aux standards de Swiss Olympic

«**C**ertaines personnes pratiquent beaucoup de sport sans rencontrer de problèmes particuliers, alors que d'autres ressentent déjà des symptômes lors de charges modérées», constate la Dre Cécile Pancaz Blanc, l'une des trois médecins du sport du Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe). Elle consulte au Centre de médecine du sport installé sur le site de Landeyeux, dont le catalogue de prestations a été élargi depuis le début de l'année 2020.

Ce pôle de compétences pluridisciplinaire est conçu pour accueillir les athlètes de haut niveau comme les

joggeurs du dimanche. Il propose une prise en charge médico-sportive générale sur mesure, dont les objectifs peuvent être très divers: reprise d'une activité physique, ré-athlétisation après une blessure, gestion du poids corporel ou préparation en vue d'une compétition, pour ne citer que ces cas de figure. A l'instar du partenariat avec le NUC Volleyball de ligue nationale A, le Centre de médecine du sport prodigue des conseils et met ses compétences au service des équipes, des entreprises et des sportifs individuels. Comme il vise l'obtention d'une labélisation Swiss Olympic, ses prestations se conforment déjà aux exigences de la fédération.

Les consultations médicales visent à traiter toute pathologie en lien avec une activité physique (surentraînement, entorses, claquages, tendinopathies, fractures de fatigue, arthrose, etc.) et les prévenir. «Nous voyons des patients qui ont eu des soucis de santé, des blessures ou qui viennent pour un check-up parce qu'ils ont plus de 40 ans et veulent reprendre un sport», spécifie le médecin responsable Michel Hunkeler, dont l'expertise comprend les domaines de l'ostéoporose, la rhumatologie, la réadaptation et le sport. Il est recommandé aux jeunes sportifs faisant plusieurs entraînements par semaine d'effectuer des contrôles spécifiques

afin de prévenir des pathologies liées à la croissance.

### Tester ses performances

«Dans mes consultations, je vois pas mal de cas de blessures liées au sport. Il est donc important de trouver le juste milieu quand on s'entraîne», dit le Dr Hunkeler, lui-même coureur à pied et initialement prof de sport. «Quand une personne court 10 km et qu'elle se met à avoir mal après 8 km, le médecin du sport sera sensible à ce problème, alors qu'un généraliste aura tendance à lui conseiller d'arrêter sa course au 8e kilomètre.»

Le centre est en mesure de proposer une prise en charge complète, avec un plan thérapeutique pouvant comprendre des conseils d'adaptation de l'activité lors de blessures, de la physiothérapie, un bilan médicalisé spécialisé selon la pathologie, des infiltrations, des traitements médicamenteux ou encore l'accompagnement d'un préparateur physique. Les prestations vont bien au-delà de la réadaptation et la ré-athlétisation, avec une offre payante qui permet aux sportifs de mesurer et améliorer leur condition physique (lire encadré).

A l'image de l'infrastructure équipée d'appareils high-tech pour chiffrer la performance, d'un pôle de physiothérapie équipé d'appareils d'endurance et de renforcement musculaire, d'installations de plein air et d'un bassin thérapeutique à fond réglable, le centre rassemble une large palette de compétences. «Entre les médecins, les diététiciennes, les physiothérapeutes du sport et moi-même, nous travaillons en coordination», explique le physiologiste du sport Jeremy Barfuss. «Cela veut dire que les personnes qui consultent peuvent bénéficier d'un suivi de A à Z: un sportif blessé commencera par voir un médecin du sport, puis il sera suivi par un physiothérapeute qui s'occupera de sa rééducation. Il pourra ensuite continuer avec la phase de ré-athlétisation: mon rôle est de le ramener au sport avec un plan d'entraînement adapté.»

Pour faire le point en matière de nutrition, les sportifs ont la possibilité de réaliser un bilan alimentaire avec une

diététicienne et se faire conseiller le cas échéant. Pour Jeremy Barfuss, «la nutrition est trop souvent sous-estimée dans le sport alors qu'elle fait fréquemment partie du problème quand il y en a un. C'est le cas dans le trail, par exemple. Sans compter qu'il y a beaucoup de fausses croyances qui circulent autour de l'alimentation des sportifs...»

Parmi les cas de figure où un suivi est préconisé, le Dr Hunkeler mentionne les personnes qui pratiquent une activité physique dans le but de perdre du poids – «être conseillé peut leur éviter

des carences» – de même que celles qui se préparent pour une compétition, parce que «les besoins sont différents avant, pendant et après. D'ailleurs il arrive que des coureurs nous consultent parce qu'ils sont malades et vomissent durant une course. La diététique peut les aider à résoudre ce problème.»

Inquiète de la consommation de compléments alimentaires, la Dre Pancza Blanc souligne qu'un bilan nutritionnel auprès d'une diététicienne est de loin préférable à une supplémentation non supervisée. ■



## Soutien pour une préparation réussie

Tester sa condition physique, mettre en place un plan d'entraînement, préparer une compétition, évaluer l'efficacité de son entraînement... Ces prestations sur-mesure sont réalisées au Centre de médecine du sport qui réunit compétences et outils performants pour établir un diagnostic complet dans les domaines de l'endurance et de la force. Tout sportif peut y faire un test d'effort sur vélo ou tapis (avec évaluation du volume d'oxygène maximal, de la vitesse maximale aérobie et de la fréquence cardiaque maximale), de mesure de la force explosive sur plateforme de force et des mesures anthropométriques.

«En examinant comment un individu réagit au test d'effort, nous pouvons définir ses zones d'entraînement, illustre Jeremy Barfuss. Certaines personnes courent cinq fois par semaine, mais toujours au même rythme, et ont l'impression de ne plus progresser». Nous leur proposons de varier l'intensité de leur séance pour gagner en efficacité.»

Pour minimiser le risque de blessure et préparer une course, le physiologiste du sport établit des plans d'entraînement individuels, accessibles via une plateforme en ligne interactive. Il pourra ensuite analyser les sessions réalisées et adapter la suite du programme. Pendant le semi-confinement du printemps dernier, le centre a d'ailleurs proposé des circuits d'entraînement à la population via des vidéos postées sur le compte Facebook du RHNe.

## Privilégier le contact humain

Physiothérapeutes et malades du Covid gardent le lien physique au travers de soins visant à rétablir les capacités physiques et respiratoires du patient.

Alors que patients et soignants doivent le plus souvent garder leurs distances, la chaleur des contacts humains reste une thérapie indispensable







# « Il serait très difficile de faire face à une nouvelle vague »

---

« Nous avons pu compter sur des collaborateurs engagés et volontaires qui ont donné plus que de raison. »



Sandra Jeanneret

## - COVID-19 -

Sandra Jeanneret, directrice des soins, et Olivier Plachta, directeur médical, tirent un premier bilan de cette crise inédite. Elle a contraint le RHNe à se réinventer pour prendre en charge les patients atteints par le virus, mais aussi tous les autres cas urgents.

### Entretien

Après le reflux de la première vague et un été presque normal, le Covid-19 a ressurgi à l'automne. Depuis le 1er octobre, le RHNe a dû se réorganiser pour pouvoir faire face à un rebond marqué, avec plus de 700 patients positifs hospitalisés fin décembre, contre 174 au printemps. Le RHNe a à nouveau été contraint de se réinventer pour faire face au virus, mais aussi pour assurer la prise en charge de tous les cas nécessitant des soins urgents. Premier bilan de crise avec Sandra Jeanneret, directrice du département des soins, et Olivier Plachta, directeur du département médical.

**RHNE MAG** La deuxième vague de Covid-19 a surpris par sa vitesse. Le RHNe était-il prêt à y faire face?

**OLIVIER PLACHTA** La deuxième vague a surpris par sa vitesse, mais encore davantage par son ampleur. Malheureusement, une conjonction d'éléments a entraîné un terrain fertile pour une croissance exponentielle du virus: respect moindre des mesures barrières, brassage de population pendant l'été ou encore redéploiement des activités en groupes tant dans le cadre professionnel que privé. Début juillet déjà, nous avions tiré la sonnette d'alarme et communiqué sur le relâchement apparent de la vigilance de la population ainsi que sur l'augmentation ponctuelle de cas. Le 10 septembre, les cellules de crises ont été réactivées pour anticiper l'augmentation de cas. La phase hospitalière a commencé le 6 octobre avec le dépassement de la barre des 5 cas hospitalisés. Dès lors, le RHNe était prêt. Les équipes étaient mobilisées et les plans de montée en puissance que nous avons mis en œuvre au printemps ont été adaptés avec l'expérience de la première vague. Néanmoins, je n'aurais jamais cru que notre canton enregistre un jour un taux d'incidence aussi élevé, avec la propagation exponentielle la plus rapide au monde, comme ce fut le cas début novembre.

## BIO EXPRESS SANDRA JEANNERET

- 1973 Naissance à Besançon
- 1994 Diplôme d'infirmière, IFSI Besançon
- 2001 Déléguée qualité à l'hôpital de La Chaux-de-Fonds
- 2006 Directrice des soins de l'Hôpital neuchâtelois
- 2011 Diplôme fédéral d'expert en gestion hospitalière
- 2017 Membre du comité de H+



**Le dispositif du RHNe a connu une montée en puissance très rapide pour faire face à cette augmentation exponentielle du nombre de cas. L'expérience de la 1ère vague a-t-elle été décisive pour pouvoir répondre à ce défi?**

**SANDRA JEANNERET** Effectivement, nous avons tiré les leçons du printemps mais aussi de l'expérience des autres hôpitaux. Nous savions qu'il nous fallait rapidement augmenter le dispositif de soins critiques, que nous devions limiter les interventions au bloc opératoire pour disposer des ressources nécessaires pour les patients ventilés. Nous savions aussi que les

séjours de patients avaient une durée augmentée en soins intensifs. Nous savions enfin que les soins intermédiaires et des places de ventilation non invasive étaient nécessaires.

**OLIVIER PLACHTA** L'expérience acquise nous a aussi permis d'assumer des décisions fortes et rapides. Par exemple, nous avons été le premier hôpital en Suisse à annoncer l'arrêt des interventions non urgentes le 20 octobre. Il faut néanmoins noter une différence de taille avec le printemps: durant la deuxième vague, il n'y a pas eu d'ordonnance fédérale limitant les activités des différents acteurs sanitaires. Dès lors, la mobilisation des ressources externes au RHNe était nettement plus limitée par le maintien des activités courantes des professionnels de santé du canton.

**L'ambiance a complètement changé au sein de la population depuis le printemps: les applaudissements ont été remplacés par une grande lassitude. Comment avez-vous motivé vos équipes dans ce contexte?**

**SANDRA JEANNERET** C'est le sens éthique et la conscience professionnelle de chacun qui ont permis à l'institution de parvenir, malgré les difficultés, à assumer ses missions.

**OLIVIER PLACHTA** Les institutions sanitaires se souviendront de cette période durant laquelle de grands arbitrages ont dû être réalisés entre les enjeux majeurs de notre société. Des bilans devront être tirés et cette crise ne pourra que clarifier la nécessité de disposer d'hôpitaux publics et de professionnels compétents soutenus par les autorités. L'attention portée principalement sur les chiffres et les statistiques entraîne malheureusement une déformation de la réalité. Derrière les chiffres, il s'agit de parents, frères, sœurs et enfants avec une souffrance qui ne peut être ignorée. C'est la prise en charge de personnes bien réelles et le sens même de l'aide aux patients qui ont porté notre personnel et amené cet engagement extraordinaire.

**L'absentéisme a-t-il été plus marqué qu'au printemps?**

**SANDRA JEANNERET** L'augmentation du taux d'incidence et du nombre de personnes positives dans la population s'est vérifiée également chez les collaborateurs qui ont, en dehors du RHNe, une vie, une famille et des activités même si des précautions ont été prises. Dans le département des soins, nous avons engagé 50 équivalents plein temps (EPT) pour faire face aux besoins supplémentaires liés à la charge des patients Covid, mais aussi pour faire face aux absences en lien avec le virus (maladie, isolement, quarantaine). Chaque semaine, nous devons procéder au remplacement de 200 collaborateurs car les autres pathologies n'ont pas disparu avec le Covid.

Dans certains secteurs avec des compétences spécifiques et des effectifs de base réduits, il était difficile de garantir les effectifs nécessaires. Il y a aussi eu beaucoup d'entraide entre les unités, les services et les sites du RHNe.

**Le nombre d'hospitalisations et de passages aux soins intensifs est beaucoup plus élevé que lors de la première vague. Comment l'expliquez-vous?**

**SANDRA JEANNERET** Le pourcentage de patients Covid hospitalisés qui ont besoin de soins intensifs ou de ventilation non invasive restent dans la même proportion que lors de la première vague. C'est l'incidence dans la population qui a changé, ce qui a fait augmenter le nombre d'hospitalisations de patients positifs. Nous avons gardé une proportion de 20% de patients hospitalisés qui avaient besoin de prises en charge en soins critiques. Au pic de la première vague, nous avons eu 60 patients Covid hospitalisés contre 174 patients au pic de la deuxième vague, soit 3 fois plus. Depuis le 1er octobre, nous avons reçu plus de 700 patients dont plus de 120 sont passés par les soins intensifs, sans compter les patients qui ont bénéficié de soins en unités de ventilation qui dans nombre d'hôpitaux sont inclus dans les soins intensifs.

**Depuis mi-novembre, le nombre de patients hospitalisés est en légère baisse. Est-ce un indice de sortie de crise?**

**OLIVIER PLACHTA** C'est en tout cas un signe positif que les mesures prises par les autorités cantonales ont portées leurs fruits: le taux de contamination dans le canton baissant, les hospitalisations suivent la même tendance. Il était pour nous primordial d'entrer dans la période des Fêtes avec un nombre inférieur à 60 patients Covid hospitalisés. Après deux mois d'efforts très intenses, les collaborateurs ont besoin de souffler et de se reposer autant que faire se peut. Néanmoins, rappelons que 60 patients correspondent au pic de la première vague! Nous suivrons attentivement les contaminations et le taux de reproduction du virus dans le canton durant et après la période critique des Fêtes de fin d'année, qui entraînent un brassage important de la population. Nous espérons vraiment éviter un rebond de l'épidémie. Il serait très difficile de faire face à une nouvelle vague.

**Outre les opérations électives non urgentes, le RHNe a-t-il dû suspendre d'autres missions de santé publique?**

**OLIVIER PLACHTA** Oui, plusieurs missions non urgentes ont été ralenties ou reportées: certaines activités électives non chirurgicales, les activités de dépistages, les consultations de contrôle, et des activités ambulatoires ont été réorganisées pour libérer du personnel et du dispositif.

1978 Naissance à Neuchâtel

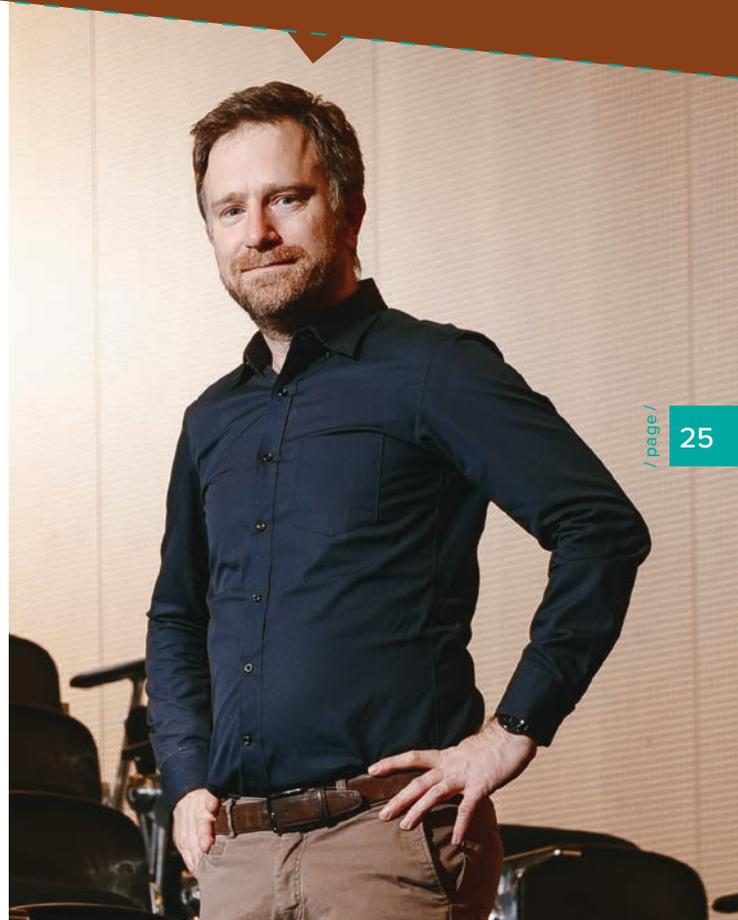
2004 Diplôme de médecine humaine, Université de Lausanne

2005 Médecin assistant, Hôpital neuchâtelois

2010 Master en politique et gestion des établissements de santé, Université de Lausanne

2013 Directeur général GSMN-Neuchâtel

2017 Directeur médical Hôpital neuchâtelois



**Quelles sont les principales leçons que vous tirez de cette crise?**

**SANDRA JEANNERET** Il est important que tout le monde travaille dans un même but et tire à la même corde. Nous avons pu compter sur des collaborateurs engagés et volontaires qui ont donné plus que de raison. Nous devons donner une ligne de conduite et prendre des décisions en essayant d'anticiper un maximum. Ne pas en faire trop et ne pas en faire insuffisamment. Chacun a fait de son mieux dans le sens de l'intérêt général. ■

## VIEILLISSEMENT

Vous avez le sentiment d'avoir pris un «coup de vieux»? C'est possible... Une récente étude tend à démontrer que la vieillesse n'a rien de linéaire et que certains âges de la vie seraient particulièrement propices à nous faire vieillir. Explications

# Le «coup de vieux», c'est à quel âge?

26

page /

34, 60 et 78 ans. Voici les trois périodes charnières de la vie. Du moins selon une étude de la Stanford University School of Medicine publiée dans la revue *Nature Medicine*. Les chercheurs ont analysé les aspects du vieillissement afin de mettre en évidence des perspectives sur l'apparition de maladies liées à l'âge. Pour cela, ils ont observé de près les protéines plasmatiques

de certaines protéines dans le sang peut vous donner des informations sur l'état de santé d'une personne – les lipoprotéines pour la santé cardiovasculaire, par exemple, a déclaré Tony Wyss-Coray, professeur de neurologie et de sciences neurologiques ayant participé à l'étude. Mais nous ne savions pas qu'une grande partie d'entre elles subissent de brusques changements de concentration à certains âges.»

Le vieillissement physiologique ne se déroulerait donc pas de façon uniforme mais plutôt selon un processus hétérogène comprenant trois paliers distincts à 34, 60 et 78 ans. «Vers 80 ans, on passe clairement un seuil, de robuste à vulnérable», ajoute le Pr Christophe Büla, chef du Service de gériatrie au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV).

À ces moments spécifiques, les niveaux de nombreuses protéines, constants jusqu'alors, subissent soudain une augmentation ou une diminution importante. Sur la simple observation de ces niveaux chez les individus de leur panel,



les chercheurs ont ainsi pu prédire leur âge dans une fourchette de trois ans. En outre, sur la base de cette observation, un âge estimé inférieur à l'âge réel était corrélé à un meilleur état de santé.

Si elle doit être complétée par des travaux supplémentaires, cette étude pourrait néanmoins ouvrir la voie à une nouvelle approche du vieillissement. L'identification de «signatures» biologiques permettrait en effet d'anticiper un diagnostic ou de mettre en place une prise en charge précoce dans le cas de certaines pathologies neurodégénératives ou cardiovasculaires. «Il n'a cependant pas été démontré véritablement, dans les processus pathologiques qui amènent les gens à décliner, de paliers spécifiques et universels, tempère

« En l'absence de pilule miracle ou de fontaine de jouvence, prendre soin de son hygiène de vie est le seul moyen de retarder les signes de l'âge »

(partie liquide du sang) de plus de 4000 individus âgés de 18 à 95 ans et relevé les différentes altérations de ces protéines. Résultat, des vagues de changements ont été mises en évidence au cours de trois décennies en particulier: la quatrième, la septième et la huitième. «Nous savons depuis longtemps que la



## Rester «jeune» dans sa tête?

Âge biologique ou âge «ressenti», auquel s'identifier? Chacun vieillit à son rythme et le corps est parfois en décalage avec l'esprit. Certains octogénaires sont ainsi en bien meilleure forme cognitive et mentale que des personnes de 50 ans. Alors certes, les virages des dizaines sont compliqués à passer d'un point de vue psychologique pour la plupart d'entre nous, mais les paliers de vieillissement ne sont pas uniquement liés aux mécanismes cellulaires. L'aspect psychologique joue un grand rôle dans le déclin. Les relations sociales, la stimulation cérébrale ou encore le bien-être psychologique contribuent à diminuer le risque de développer certaines maladies.

«On sait qu'un trait de personnalité optimiste est associé à une longévité plus importante», ajoute le Pr Christophe Büla, chef du Service de gériatrie au CHUV. Une étude menée sur une cohorte de personnes âgées de 65 ans et plus a en effet montré qu'à difficultés physiques égales, les optimistes restaient plus actifs que les pessimistes... Il existe donc des liens évidents entre somatique et psychique. «Mais est-ce la survenue de pathologies qui entraîne un impact psychologique ou l'inverse? Difficile de le dire», conclut le spécialiste. En attendant, si on ne peut contrôler le vieillissement de nos cellules, essayons au moins de «rester jeune» dans notre tête!

le Pr Büla. Le vieillissement ne touche pas tout le monde de la même façon, plusieurs facteurs entrant en jeu.»

### Ces facteurs qui accélèrent le vieillissement

Le vieillissement est en effet un processus complexe et multifactoriel. Il est dû en partie à l'accumulation de radicaux libres qui altèrent l'organisme, ou encore à l'usure des tissus. C'est le lot de chacun d'entre nous: le vieillissement est impossible à contrer. En l'absence de pilule miracle ou de fontaine de jouvence, prendre

soin de son hygiène de vie est le seul moyen de retarder les signes de l'âge. En effet, la sédentarité, la malnutrition, une mauvaise hydratation, la consommation d'alcool et de tabac ou encore la dépression semblent accélérer le vieillissement.

### Hommes et femmes inégaux

Autre facteur en jeu: le sexe. En effet, femmes et hommes sont ici inégaux. «Même si l'écart tend à se réduire, les femmes vivent en moyenne 4-5 ans de plus que les hommes, explique le Pr Büla. La contrepartie, c'est qu'elles

passent plus de temps en dépendance, et ont davantage de maladies.» On observe donc un vieillissement différentiel selon les sexes, un déséquilibre qui ne s'explique pas toujours. L'explication tient probablement en partie à l'hygiène de vie mais aussi à l'action des hormones, notamment les œstrogènes qui semblent protéger les femmes jusqu'à la ménopause. ■



# Le casse-tête du Covid-19 long chez les enfants



Jusqu'à très récemment, on a considéré que les enfants contaminés par le Covid-19 présentaient pas ou peu de symptômes, qu'ils se remettaient rapidement et sans dommage. Mais certains parents commencent à se regrouper sur les réseaux sociaux et témoignent d'une persistance possible des symptômes au-delà de plusieurs semaines, sinon plusieurs mois, chez leurs enfants.

**Pourquoi on vous en parle.** Aujourd'hui, le Covid-19 long chez les adultes, conçu essentiellement comme un syndrome de fatigue post-virale, commence à être bien documenté et reconnu. Mais, chez les enfants et les adolescents, la communauté pédiatrique manque cruellement de données. Face à ce vide, les parents s'inquiètent et frappent à toutes les portes pour trouver des solutions.

**Ce que l'on sait du Covid-19 chez les enfants.** Nous connaissons désormais mieux les symptômes typiques du Covid-19 chez l'enfant. Les critères du CHUV pour proposer un test de dépistage donnent une idée des principaux signes:

- Chez les moins de 12 ans: symptômes respiratoires (difficultés à respirer, toux), fièvre, des syndromes septiques chez les nourrissons.
- Chez tous les enfants de plus de 12 ans: symptômes d'affection aiguë des voies respiratoires (toux, gêne au déglutissement, respiration douloureuse, douleur thoracique), fièvre sans autre explication, perte de goût et d'odorat, sensation de fièvre et douleurs musculaires.

Dans la Revue Médicale Suisse, les pédiatres infectiologues Arnaud L'Huillier (HUG) et Sandra Asner (CHUV) estiment que les signes digestifs comme la diarrhée doivent être intégrés à la symptomatologie Covid chez l'enfant. Ils remarquent aussi une surreprésentation des manifestations cliniques atypiques.

L'Académie française de médecine mentionne par exemple les pseudo-engelures comme un symptôme devant évoquer un Covid-19 possible chez l'enfant.

**Une persistance possible sur plusieurs mois.** Les formes persistantes de la maladie chez les enfants et les adolescents, somme toute rares et difficiles à objectiver, restent peu documentées et peu étudiées malgré les alertes lancées par les parents.

Le 17 novembre dernier, le Pr Jonas Ludvigsson, pédiatre et épidémiologiste à l'institut Karolinska (Suède), a publié une étude de cas témoignant de l'existence probable d'une forme de Covid persistant chez l'enfant.

- Cinq enfants positifs à Covid-19, âgés de 9 à 15 ans, ont été suivis pendant 6 à 8 mois après leur diagnostic initial.
- Les jeunes patients rapportent des signes persistants: fatigue, difficulté à respirer, palpitations cardiaques, douleurs à la poitrine, difficultés de concentration ou encore faiblesse musculaire.
- Si l'état des enfants s'est amélioré, aucun n'avait pu reprendre l'école au moment de la parution de l'article.

Conclusion du médecin suédois: «*Les enfants peuvent présenter des symptômes longs du Covid-19 similaires à ceux des adultes et les filles pourraient être davantage affectées.*»

**Le Covid long chez des adultes.** Au moins pour les enfants de plus de 12 ans, la connaissance du Covid long chez les adultes peut offrir des pistes d'analyse. La plainte des patients adultes souffrant de symptômes persistants a été entendue, et de nombreuses études sont en cours. Des consultations post-Covid ont été ouvertes. C'est le cas à l'Hôtel-Dieu (Assistance publique – Hôpitaux de Paris, AP-HP), où exerce la Pr Dominique Salmon-Ceron, infec-

tiologue: «*Aujourd'hui, nous en savons davantage sur les symptômes prolongés du Covid-19. Ils affectent environ 30% de ceux qui ont contracté le virus sous des formes plus ou moins sévères. En consultation, nous voyons trois types de symptômes majeurs: la fatigue, parfois extrême, les troubles neurologiques (difficultés de concentration, problèmes de mémoire...) et les signes thoraciques. À cela s'ajoutent parfois des pertes d'odorat et de goût totales ou partielles, des signes digestifs et, bien souvent une grande anxiété.*»

**« Les signes digestifs comme la diarrhée doivent être intégrés à la symptomatologie Covid chez l'enfant »**

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer la persistance. Certains médecins pensent qu'il s'agit uniquement de troubles somatomorphes («psychosomatiques», en langage courant). D'autres exploitent la piste de réactivation du virus ou d'un terrain génétique prédisposant à ce type de troubles durables. Enfin, beaucoup penchent vers un syndrome de fatigue chronique que l'on voit apparaître après certaines infections ou un gros stress.

Dominique Salmon-Ceron (AP-HP): «*Le Covid long est sans doute multifactoriel. Je pense qu'il faut prendre le temps d'une exploration très approfondie: clinique, biologique, psychologique. Nous proposons systématiquement une évaluation*



psychologique. Pour nous, c'est aussi important que de chercher le virus. Mais je ne pense pas qu'il s'agisse de gens préalablement anxiodépressifs.»

Le Dr Laurent Suchet, neurologue à l'Hôpital européen (Assistance publique – Hôpitaux de Marseille, AP-HM), voit une grande similarité entre le Covid persistant et le syndrome de fatigue chronique: «Ce syndrome de fatigue chronique, à la différence de la fibromyalgie, survient généralement après une infection virale réelle ou supposée. Elle frappe le plus souvent des gens jeunes et se manifeste cliniquement par une vraie limitation musculaire à l'effort. Aux yeux de la médecine, ce syndrome n'est pas reconnu car on ne peut pas établir de causalité directe. Reste que les patients ne simulent pas et que viennent se greffer à la fatigue un isolement et un manque de reconnaissance qui participent à la chronicisation des troubles.»

Laurent Suchet explique que le Covid-19 a une certaine appétence pour le système nerveux et que des pistes relatives à des séquelles neurologiques ne sont pas aberrantes.

À Marseille, le Pr Eric Guedj, chef du service de médecine nucléaire de l'hôpital de la Timone (AP-HM), a exploité cette piste en étudiant le cerveau de quelques patients présentant des formes longues du Covid. Au scanner, il a mis en évidence des anomalies cérébrales distinctes de celles observées chez les patients atteints de stress post-traumatique. Laurent Suchet, à propos de ces travaux:

«Nous sommes toujours très méfiants avec le TEP scan car il vise essentiellement à objectiver des dysfonctionnements dans l'activité cérébrale: cela pose une question de causalité. Mais, les anomalies mises en évidence par le Pr Guedj peuvent effectivement être des séquelles du Covid, d'autant que l'on constate une amélioration chez le patient sans aucune intervention médicamenteuse.»

Arthur a d'ailleurs subi un TEP Scan dans le service du Pr Guedj. Selon sa mère, l'imagerie a mis en évidence quatre zones cérébrales sous-activées. Mais les neurologues consultés ne sont pas en mesure d'exploiter ces résultats à des fins cliniques.

Concernant la façon dont ces syndromes longs doivent être appréhendés par les médecins, Dominique Salmon-Ceron insiste avant tout sur «une prise en charge globale avec une réhabilitation par le sport». Une recommandation que valide le neurologue marseillais Laurent Suchet: «Il faut reconnaître la souffrance du patient même si on n'en connaît pas la cause et effectuer une réadaptation à l'effort avec l'aide de professionnels. La fatigue est une courbe en U: pas assez d'efforts et on est fatigué par le manque d'exercice; trop et on est fatigué par l'excès. Les kinésithérapeutes sont à l'écoute pour trouver le juste milieu qui permet au patient de trouver la juste dose et d'améliorer sa condition.»

Une difficile reconnaissance. La reconnaissance du Covid long pédiatrique semble aujourd'hui être un vrai problème

pour les parents, confrontés à une absence de réponse du corps médical. Deux universitaires britanniques – une gynécologue du University College de Londres et une psychologue cofondatrice de l'association LongCovidSOS – s'en ouvrent dans un commentaire paru le 16 octobre dans la section «opinions» du British Medical Journal. Extrait: «Dans les groupes consacrés au Covid long sur les réseaux sociaux, des parents ont exprimé leur mécontentement face à la disqualification et la minimisation («gaslighting») des médecins vis-à-vis de leurs préoccupations. Ils expriment aussi la crainte que leur insistance à demander une prise en charge pour leurs enfants ne soit étiquetée comme un syndrome de Munchausen par procuration.»

Ce manque de reconnaissance affecte aussi les enfants eux-mêmes, comme en témoigne Alexandra à propos de son fils de 12 ans: «Arthur a été très affecté que les médecins supposent qu'il simule la maladie pour ne pas retourner au collège. Alors qu'il a un moral d'acier, il a vraiment été choqué car il n'a qu'une envie, c'est retrouver ses copains.»

Le Dr Erwan Zidi, médecin généraliste d'orientation pédiatrique à Saint-Maur-des-Fossés (région parisienne), explique les difficultés rencontrées par les médecins: «Nous avons besoin de recul pour parler de Covid long chez les enfants. Et force est de reconnaître que nous avons vu beaucoup de phobies scolaires ou sociales chez les adolescents depuis le début de la crise. Mais ce type de troubles est assurément multifactoriel. On est dans une zone qui tient du no man's land médical et le temps de la recherche n'est malheureusement pas le temps de la souffrance des patients. Lorsque nous soupçonnons un facteur psychologique, nous avons souvent du mal à l'évoquer en consultation, sans doute pour nous protéger ou par peur de passer pour des brutes en blanc insensibles.»

Le praticien parisien fait également part de sa crainte que, face à des médecins sceptiques et minimisant l'état des enfants et des adolescents, les parents se tournent vers les promesses des pseudo-médecines.

Aujourd'hui, alors que les familles s'échangent des traitements alternatifs sur les groupes Facebook, le corps médical, les parents, les enfants mais aussi leur entourage ont besoin d'études pour pouvoir penser les symptômes du Covid long pédiatrique, et de trouver des explications et des perspectives fondées sur la science. ■

Le **DEUIL PÉRINATAL** concerne 1,5 à 2% des grossesses\* entre la conception et quelques jours après la naissance. Un sujet encore tabou, tant il est douloureux de le relier à l'acte de donner la vie. Un couple témoigne

# « On ne se remet pas. On apprend à vivre avec »

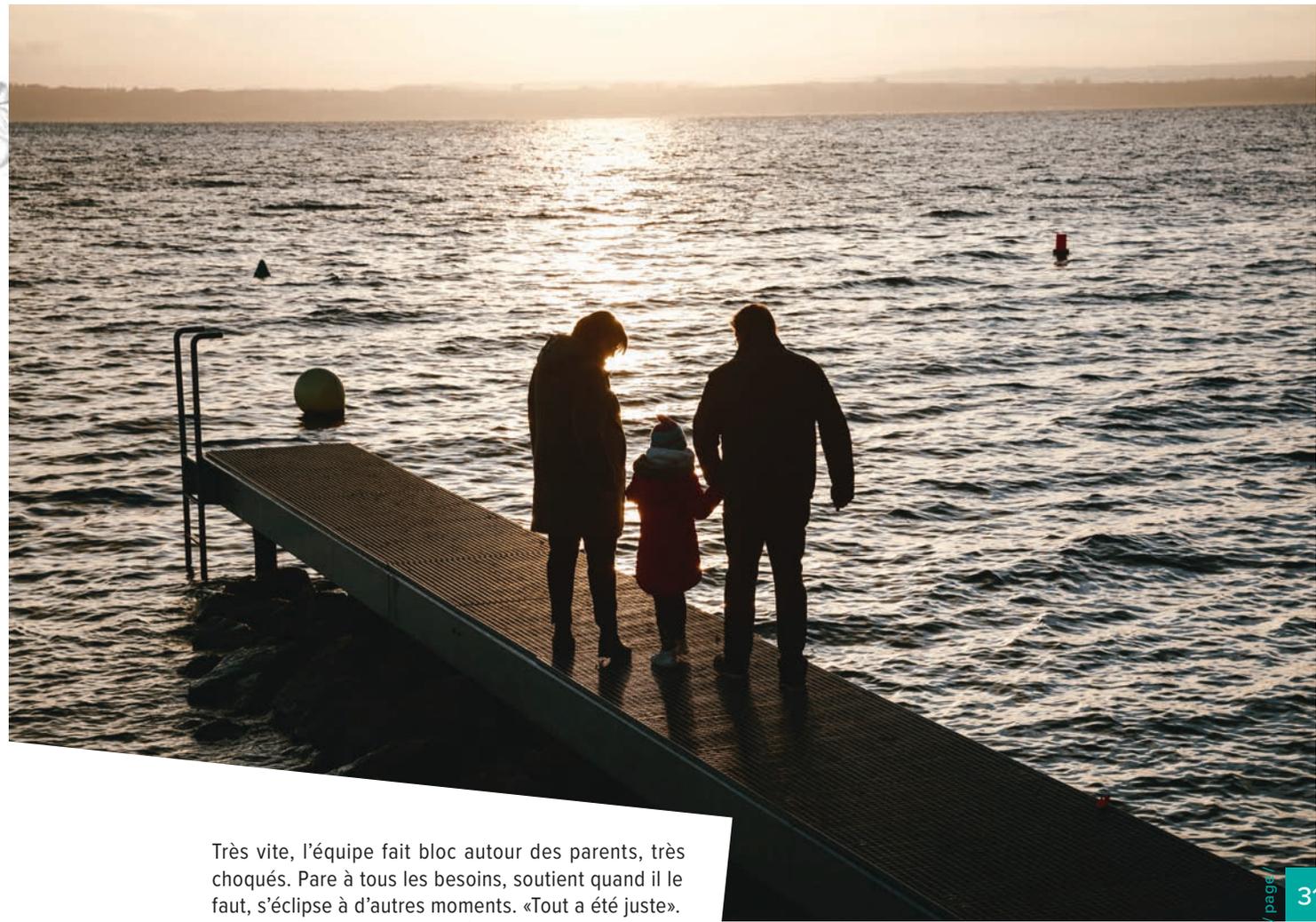
30 / page /



Dans la cuisine de Stéphanie et Christophe, le soleil entre à grands rayons ce matin-là. Comme pour réchauffer la vie alors que le couple raconte la mort périnatale de leur petite fille, Emma, à quelques jours de son arrivée au monde. « Nous voulons partager, avant tout pour dire merci à toute l'équipe de la maternité de l'hôpital Pourtalès, à tous ces gens si bienveillants, altruistes et merveilleux que nous avons croisés lors de ce terrible drame. Ils ont été si justes qu'un simple « merci » n'est pas du tout suffisant », explique Stéphanie. Son mari, Christophe, a un autre message: « Nous sommes tellement tombés des nues... A aucun moment de la grossesse, la mort périnatale n'est évoquée. Nous n'étions absolument pas préparés. Nous sommes informés de toutes sortes de problèmes potentiels, mais le deuil périnatal n'apparaît jamais. C'est important d'évoluer à ce sujet. »

Ce 27 août 2019 commence par une visite de routine chez le gynécologue. Les futurs parents s'y rendent à deux. Le bébé va bien: la naissance par césarienne est programmée le 5 septembre, ce sera le second enfant du couple. En début de soirée, quelques contractions légères, puis régulières, incitent Stéphanie à appeler l'hôpital qui convie les parents à une nouvelle visite. « Personne n'était inquiet, c'était peut-être du faux travail », souligne Christophe. A l'arrivée à l'hôpital, la sage-femme ne trouve pas le poulx du bébé. Pas d'inquiétude, elle va chercher une collègue. Puis la gynécologue pour une échographie. Les parents, eux, pensent surtout à un bug technique. Mais les mots de la médecin tombent, glaçants. « Je suis désolée Madame. Le petit coeur de votre bébé s'est arrêté. »

« Ces mots. Le monde entier te tombe sur la tête. Tu te dis « mais non, tu te trompes, ce n'est pas possible, va chercher quelqu'un d'autre, recommence l'examen, tu te trompes... » C'est pas vrai, ça ne peut pas être vrai... C'est impossible de croire à une telle nouvelle », raconte Stéphanie, très émue.



Très vite, l'équipe fait bloc autour des parents, très choqués. Pare à tous les besoins, soutient quand il le faut, s'éclipse à d'autres moments. «Tout a été juste». La chambre dans laquelle Stéphanie est installée est loin de la maternité, il n'y aura pas de pleurs de bébés à portée d'ouïe. Chaque soin se fait avec un moment d'attention particulière. «Un ton neutre, des voix douces, sans injonction, ni obligation. Cela a été très important: nous avons plusieurs personnes autour de

### « Nous venons accueillir notre petite fille et nous nous retrouvons à choisir un cercueil... »

nous, mais nous avons eu l'impression que chacune était à l'unisson et ça a eu un effet très sécurisant... Puis, dans ce cauchemar, émerge une question cruciale. «Comment annonce-t-on à sa fille de 5 ans que sa petite soeur est morte? Cela a été le plus terrible. Là encore, l'équipe a su nous répondre: la pédopsychologue allait venir. Elle s'avérera adéquate, magnifique. Encore un soutien venu de l'hôpital. Nous n'avons jamais été lâchés, le soutien reste total.»

L'accouchement aura lieu au plus vite. «Je voulais voir ma fille: je n'y croyais pas du tout», raconte Stéphanie, qui doit décider d'une autopsie, ou non, pour son enfant. «Nous avons choisi de la laisser intacte.»

Il y a, ensuite, la rencontre avec leur bébé. «Je l'ai prise dans mes bras... Elle était toute belle, toute chou, toute choupinette... Elle res-

semblait à sa grande soeur, Margaux: on aurait dit qu'elle était simplement endormie, avec ses petites joues toutes mignonnes qui invitaient aux bisous. La seule chose qui était différente, c'est qu'elle était froide, qu'elle ne bougeait pas». Sur proposition de la sage-femme, quelques photos sont prises, les empreintes du bébé sont conservées. C'est important, pour plus tard. Pour le deuil.

Le deuil, justement. Et les funérailles. «Nous venons accueillir notre petite fille et nous nous retrouvons à choisir un cercueil...» Mais là encore, entourés comme dans «une bulle de coton», les parents sont accompagnés, pas à pas, sans pression. La cérémonie se fera à l'hôpital avant l'inhumation en France. A dix heures d'ici. «C'est notre terre, c'est sa place. Nous la rejoindrons, plus tard.»

«Emma est décédée dans mon ventre le 27 août, officiellement le 28. C'est une petite fille de 3,4 kilos, 48 centimètres. C'est ainsi que, au lieu d'accueillir notre enfant, à 39 ans, nous sommes allés choisir un caveau, et avons préparé un enterrement au lieu d'une liste de naissance. C'est comme si nous étions amputés d'un bras. On ne se remet pas, mais on apprend à vivre avec.»

Bientôt, leur petit garçon arrivera au monde. Une manière, encore une fois, d'inviter le soleil et ses rayons, comme pour réchauffer la vie. ■



Un immense MERCI à toutes les collaboratrices et tous les collaborateurs du RHNe pour leur engagement et leur professionnalisme dans la crise du Covid-19.



Réseau  
Hospitalier  
Neuchâtelois