



LE RENDEZ-VOUS SANTÉ

« L'HÔPITAL SORT DE SES MURS
POUR SE RAPPROCHER
DE LA POPULATION »

L'INTERVIEW

PROF MARC-OLIVIER SAUVAIN

« Le robot chirurgical élargit
le champ des possibles »

VÉCU

« Je me promène avec
sept mètres de tuyau »

Après quarante ans de tabagisme,
Alfred, 67 ans, vit aujourd'hui
avec un emphysème

CARTE BLANCHE

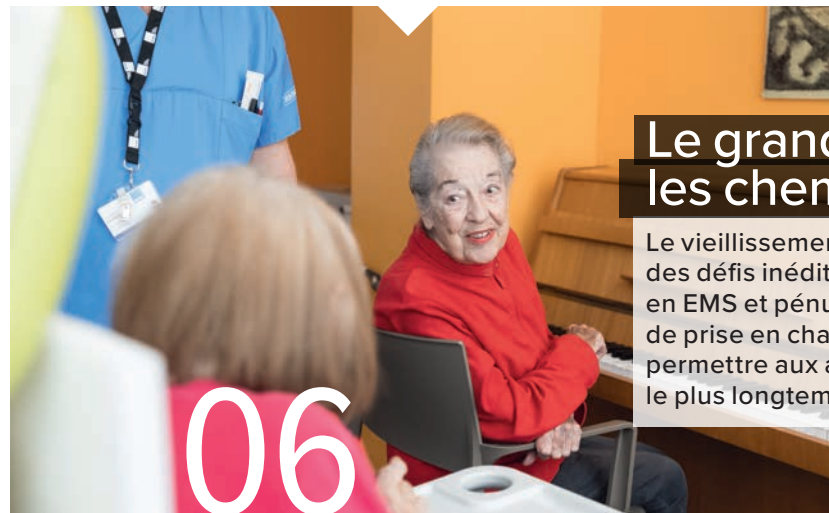
Le regard du photographe
Guillaume Perret

« Le calme avant
la tempête »

DOSSIER

Le grand âge redessine les chemins de vie

Le vieillissement de la population pose des défis inédits.
Entre manque de places en EMS et pénurie de personnel,
un réseau de prise en charge solide se réinvente pour permettre
aux aîné-e-s de rester à domicile le plus longtemps possible



LE DOSSIER

Le grand âge redessine les chemins de vie

Le vieillissement de la population pose des défis inédits. Entre manque de places en EMS et pénurie de personnel, un réseau de prise en charge solide se réinvente pour permettre aux aîné-e-s de rester à domicile le plus longtemps possible

06

CARTE BLANCHE
GUILLAUME PERRET

« Le calme avant la tempête »



14

L'INTERVIEW

PROF MARC-OLIVIER SAUVAIN

Le chef de département a initié la chirurgie robotique au RHNe avec son collègue urologue Daniel Nguyen en février 2025. Il tire un bilan positif de cette première phase de test



18

- ▶ **03**
L'ÉDITORIAL
Le défi hospitalier de la prise en charge des seniors
- ▶ **04**
COMPÉTENCES
Les nouveaux visages du RHNe
- ▶ **05**
LA REVUE DE PRESSE
Le salut du RHNe passera par l'ambulatoire
- ▶ **12**
LE RENDEZ-VOUS SANTÉ
« L'hôpital sort de ses murs pour se rapprocher de la population »
- ▶ **21**
HISTOIRE DES SOINS & MÉDECINE
Marie de Thilo, première femme à ouvrir un cabinet médical en Suisse romande
- ▶ **22**
PLANÈTE SANTÉ
La rougeole, une menace toujours bien réelle
- ▶ **24**
HEIDI.NEWS
Lève-toi et marche: « J'ai cessé de croire aux miracles de la science »
- ▶ **26**
VÉCU
« Je me promène avec sept mètres de tuyau »

Le défi hospitalier de la prise en charge des seniors



Pour une personne âgée, polymorbide, affaiblie, le passage à l'hôpital représente une étape qui peut avoir des conséquences multiples. À l'atteinte liée au problème de santé aigu, s'ajoutent les effets d'un changement d'environnement, ainsi que ceux de l'alitement. Ces patient-e-s peuvent rapidement être désorienté-e-s, confus-e-s et perdre leur capacité de mobilisation. La prise en charge hospitalière stationnaire aiguë doit donc être la plus brève possible, dans un secteur spécialisé, avec une réduction drastique de tout ce qui entrave, comme les perfusions et les sondes.

Les besoins en soins des seniors vont augmenter, au vu de l'évolution démographique. Leur prise en charge doit donc être repensée en profondeur pour répondre à ce nouveau défi. L'hôpital, vu sa position centrale dans les réseaux qui se mettent en place avec les autres partenaires de santé, a un rôle important à jouer dans la construction de nouvelles offres de soins pour les patient-e-s âgé-e-s.

D'abord, il convient de renforcer l'accessibilité des aîné-e-s aux soins ambulatoires, tant il est démontré qu'un suivi médical régulier permet d'éviter ou de retarder une hospitalisation. C'est le rôle des centres de santé, multiprofessionnels, qui se déploient dans toutes les régions du canton.

Lorsqu'un renforcement des soins est nécessaire, des équipes mobiles spécialisées en gériatrie et en soins palliatifs peuvent se rendre au domicile du/de la patient-e pour lui apporter une compétence médico-soignante spécifique, complémentaire à celles du médecin traitant et de l'équipe de soins à domicile. Si la situation l'exige, une hospitalisation à domicile peut être organisée. Ces mesures permettent de délivrer des soins proches de ceux de l'hôpital dans l'environnement habituel. Or, ces professionnel-le-s spécialisé-e-s sont dans leur grande majorité des collaborateur-trice-s de l'hôpital.

Si l'hospitalisation est inévitable, le séjour en gériatrie aiguë doit être court, suivi par une offre de soins adaptée aux besoins spécifiques de chaque patient-e. Ceci peut aller d'un retour à domicile, avec le soutien des soins à domicile et de l'équipe mobile de réadaptation gériatrique à un séjour hospitalier en réadaptation.

Et si la personne est très affaiblie, dépendante et qu'un doute subsiste sur un futur retour chez elle, les professionnel-le-s d'une unité de soins aigus et de transition lui prodiguent un traitement de réadaptation adapté à sa situation et des évaluations médico-soignantes répétées, permettant de suivre son évolution et de décider, au terme de cette phase, si un retour à domicile est organisable ou s'il convient de l'orienter vers un établissement médico-social.

L'organisation de ces structures et de ces filières nécessite la coordination de tout-e-s les professionnel-le-s de santé. L'hôpital a un nouveau rôle à jouer, par le soutien qu'il apporte dans toutes les prestations spécialisées à délivrer de façon décentralisée à nos aîné-e-s malades. Ceci s'inscrit pleinement dans un réseau de soins intégrés cantonal.

« Le séjour en gériatrie aiguë doit être court, suivi par une offre de soins adaptée »

IMPRESSUM |

UNE PUBLICATION DU RÉSEAU
HOSPITALIER NEUCHÂTELOIS

RÉDACTEUR EN CHEF

Pierre-Emmanuel Buss,
responsable communication

Ont participé à ce numéro:

Trinidad Barleycorn
Clémence Planas
Brigitte Rebetez
Julia Rippstein
Serge Michel

GRAPHISME

additive, Aline Jeanneret
Corcelles

PHOTOGRAPHE

Guillaume Perret
Cormondrèche

TIRAGE 2400 exemplaires

Paraît 2 fois par an

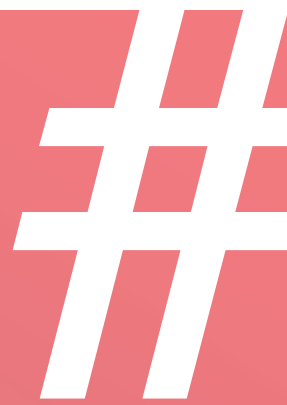
IMPRESSION

Europ'Imprim Swiss
Bevaix

ABONNEMENTS

mag@rhne.ch

Les nouveaux visages du Réseau hospitalier neuchâtelois



1

M. PASCAL BRAICHET
#1

est entré en fonction le 1^{er} octobre 2025 en tant que directeur du site de La Chaux-de-Fonds et président du Collège des directions.

DRE AUDREY CARLHAN-LEDERMANN
#2

est entrée en fonction le 1^{er} novembre 2025 en tant que médecin-chef adjointe au sein du département de pédiatrie.



3

DRE FANNY WILLEN
#3

est entrée en fonction le 1^{er} novembre 2025 en tant que médecin-chef adjointe au sein du département de pédiatrie.

DR ROMAIN BAILLOT
#4

est entré en fonction le 1^{er} novembre 2025 en tant que médecin-chef adjoint au sein du département d'orthopédie et traumatologie.



4

DRE AURÉLIE SEGUIN
#6

est entrée en fonction le 5 janvier 2026 en tant que médecin-chef adjointe au sein du service de médecine interne.



5

DRE SIMONE ACKERMANN
#5

est entrée en fonction le 1^{er} novembre 2025 en tant que médecin-chef adjointe au sein du service de médecine interne.



6

L'AGEFI

Les hôpitaux appellent à l'aide

Selon une étude commandée par la faïtière des hôpitaux H+, le paysage hospitalier suisse n'est pas organisé de manière durable, que ce soit sur le plan financier ou opérationnel. Il est donc urgent d'agir, aussi bien au niveau des hôpitaux, que de la politique, des partenaires tarifaires et de la société. Selon l'étude de PwC (...), la demande de prestations de santé augmente, la pénurie de personnel qualifié devient plus grave et les tarifs ne couvrent pas les coûts. Sans changements, des problèmes d'approvisionnement, des temps d'attente plus longs et une moindre qualité menacent et les pertes des hôpitaux pourraient atteindre 1,1 milliard de francs d'ici à 2045. Selon l'étude, une transformation est nécessaire, mais aussi réalisable. Il existe pour cela trois leviers efficaces: il faut une meilleure coordination et collaboration entre les hôpitaux, ce qui permettrait aux différents acteurs de se profiler et d'éviter les doublons inutiles. De plus, il faut renforcer l'ambulatoire. Cela pourrait réduire la pénurie de personnel, permettrait des modèles de travail plus flexibles et réduirait les coûts. (...) La numérisation est un autre levier: elle permettrait d'augmenter l'efficacité des prestataires de soins. Pour ce faire, H+ demande notamment des «tarifs couvrant les coûts» et un financement fiable de l'innovation et des prestations numériques.

• L'AGEFI, 28 novembre 2025

Le Matin Dimanche

Conseils pour éviter les urgences quand son médecin n'est pas disponible

On le répète souvent: il faut éviter de se rendre aux urgences pour le moindre pépin de santé pour éviter une saturation de ces services déjà chargés et de longs temps d'attente pour les patients. À Berne, une initiative parlementaire de Thomas Weibel (Vert'lib/ ZH) demande même l'instauration d'une taxe de 50 francs pour les personnes qui se rendent dans un tel service hospitalier alors que leur cas est bénin. Pour l'instant, aucune taxe n'est perçue et le Conseil fédéral s'oppose à l'initiative Weibel. À gauche, une autre piste est évoquée. Christian Dandrès (PS/GE) a déposé une motion demandant la suppression de l'obligation de produire un certificat médical durant les premiers jours d'absence liée à une maladie. Le but est de décharger les médecins de premier recours. (...) Dans l'immédiat, nos conseils pour éviter les urgences hospitalières.

«L'accès aux soins est facile et notre médecine de qualité, relève Michel Matter, président de l'Association des médecins du canton de Genève. Le revers de la médaille est qu'il est très facile d'y recourir.» Comme le degré d'urgence est d'abord établi par le patient, l'ophtalmologue appelle à faire preuve de bon sens. Avoir le rhume et la toux, par exemple, ne signifie pas immédiatement qu'on a une pneumonie. Et parfois, un thé et du repos suffisent. (...)

Les pharmaciens peuvent fournir des conseils et prendre en charge des affections médicales simples. Et vous rediriger, si nécessaire, vers d'autres prestataires (triage). La majorité des officines disposent d'un espace distinct pour effectuer des consultations plus approfondies et certaines analyses. Ces prestations concernent notamment des situations telles que la cystite, le lumbago, la conjonctivite, l'angine, la sinusite ou les allergies, et s'adressent aux personnes dès 16 ans. (...)

(...) La plupart des assurances maladie ont conclu des partenariats avec une plateforme de télémédecine. Christophe Kaempfer, porte-parole de la faïtière des caisses maladie Prio.Swiss, mentionne que, «dans certains cas, tous les assurés peuvent y avoir gratuitement accès. (...) Si votre assurance ou le modèle que vous avez choisi n'offre pas un tel service gratuit, les consultations sont facturées selon le tarif médical Tardoc, comme un rendez-vous en cabinet. (...) En fonction de la situation, le médecin consulté à distance peut produire des ordonnances et des certificats médicaux.» (...)

Parmi les autres options, il y a bien entendu les permanences médicales. Ou le site onedoc.ch qui permet de prendre un rendez-vous en ligne. (...)

• Le Matin Dimanche, 1^{er} février 2026



ARCINFO

Le salut du RHNe passera par l'ambulatoire

Pour le Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe), l'année 2025 aura été particulièrement chargée. «Nous avons rendu nos options stratégiques au Conseil d'État, géré la reprise du Groupe santé Volta et développé le projet de Monruz», a relevé Philippe Eckert, président du RHNe, lors d'une conférence de presse, hier. En plus de ces dossiers, qui ont échauffé les esprits au Grand Conseil, l'hôpital public a également dû travailler à réduire son déficit. Pour l'année en cours, ce dernier est estimé à 12,4 millions de francs, dont un peu moins d'un million de francs dû au rachat de Volta, sauvé de la faillite. La reprise des collaborateurs, ainsi que d'une partie des sites et des activités, a donné naissance à une société anonyme, Réso. ne, dont 100% des actions sont désormais en mains du RHNe. (...) «Les soins ambulatoires sont au cœur de notre stratégie, en accord avec la politique fédérale et cantonale», a rappelé le président du conseil d'administration. (...)

Pour déployer ce réseau ambulatoire, en collaboration avec d'autres acteurs de la santé, le RHNe se basera sur les sites récupérés de Volta. (...) Pour décharger l'hôpital de Pourtalès, à Neuchâtel, une autre pièce du futur dispositif ambulatoire se situe dans le quartier de Monruz. Le RHNe louera une partie du bâtiment des laboratoires Admed. «Nous signerons le bail prochainement et nous finaliserons notre programme d'activités d'ici l'été.» (...) Le RHNe va par ailleurs poursuivre l'extension de la chirurgie ambulatoire à l'hôpital de La Chaux-de-Fonds. Et diminuer le nombre de lits occupés par des patients en attente d'une place en EMS. Un nombre record des fameux «lits C», moins rémunérateurs, a été atteint l'an dernier. En moyenne, l'hôpital en comptait 54. D'entente avec le Conseil d'État, l'objectif est de les limiter à 45 cette année.

Même si le chiffre d'affaires attendu, de 461 millions de francs, est en hausse de 1,5%, «nous serons à nouveau déficitaires, sans grande surprise», a noté Léonard Blatti. (...) Le RHNe remonte toutefois la pente, après un déficit record en 2023, de 34,5 millions de francs. (...) Il faudra encore trouver 30 à 40 millions de francs ces trois ou quatre prochaines années pour atteindre l'équilibre. Un objectif que la mise en œuvre de la stratégie qui met l'accent sur l'ambulatoire doit permettre d'atteindre. «Nous ne prévoyons pas de suppressions de postes en tant que tel», a déclaré Philippe Eckert.

• Arcinfo, 30 janvier 2026

Le grand âge redessine les chemins de vie



| par Trinidad Barleycorn

PARCOURS EN MUTATION

Le vieillissement de la population pose des défis inédits. Entre manque de places en EMS et pénurie de personnel, un réseau de prise en charge solide se réinvente pour permettre aux aîné-e-s de rester à domicile le plus longtemps possible

« Il y a dix jours, j'étais chez moi. Aujourd'hui, je sais que je ne vais plus jamais rentrer. » Alice* est hospitalisée sur le site du Locle du Réseau hospitalier neuchâtois (RHNe), en réadaptation, après un passage aux urgences du site de Pourtalès. Pour elle, la suite est déjà écrite: un placement en établissement médico-social (EMS), si possible au home des Charmettes, un lieu qu'elle apprécie pour y avoir travaillé.

Elle a fini par accepter cette situation, discutée également avec son fils: sa maison n'est plus adaptée à sa santé, fragilisée par ses 93 printemps. Alice aborde désormais cette étape comme elle a vécu toutes les autres: avec curiosité, positivité et sans renoncer à son indépendance. « J'ai toujours décidé par moi-même », dit-elle en souriant. Elle souhaite une chambre individuelle. En attendant qu'elle se libère, elle restera au Locle. « Je me plais ici. Je peux jouer du piano, j'ai de la physio, de l'ergo, des soins. Le personnel est très souriant et la nourriture exceptionnelle. »

« À l'hôpital, les personnes âgées perdent rapidement leurs automatismes »

Quand l'hôpital devient salle d'attente

Mais Alice n'a plus besoin de soins hospitaliers. Dans quelques jours, elle déménagera un étage plus bas, dans l'unité de soins de transition. Là, hormis les séances de physiothérapie, les journées s'étirent. Ce n'est plus vraiment un hôpital, pas encore un lieu de vie. On y attend: une place en réadaptation, en court ou long séjour en EMS, dans un appartement adapté ou, parfois, un retour à domicile. Pour faire passer le temps, les collaborateur-trice-s se mobilisent au-delà de leur rôle habituel, proposant des activités créatives, jeux, discussions.

Ces chambres existent sur deux sites du RHNe. Ce sont des « lits déclassés », les fameux lits C. « Les lits sont classés selon le niveau de soins: les A pour les soins aigus, les B pour la réadaptation. Les C regroupent des patients qui n'ont plus besoin d'être à l'hôpital mais qui ne peuvent pas en sortir faute de solution adaptée », détaille la Dre Yolanda Espolio Desbaillet, méde-

cin-chef du département de gériatrie, réadaptation et soins palliatifs.

Des lits partiellement remboursés

Même s'ils concernent une petite part de la population âgée, ces lits C, zone tampon entre l'hôpital et le réseau médico-social, cristallisent aujourd'hui les tensions du système. Ils immobilisent des places alors que les soins aigus ne sont plus nécessaires et mobilisent des équipes pour tenter d'améliorer le quotidien des patient-e-s dans un cadre peu adapté aux personnes âgées. « Elles y perdent rapidement leurs automatismes, sont davantage exposées aux infections et restent peu stimulées physiquement ou cognitive-ment », résume la spécialiste en gériatrie.

Outre les deux unités dédiées dont dispose le RHNe, les patient-e-s en attente d'une solution peuvent également occuper des lits dans les unités de soins aigus ou en réadaptation. Ils font l'objet d'un « déclassement » administratif, parfois sans changer de chambre ou de lit, qui modifie les modalités de financement. Ils passent ainsi d'un financement de type hospitalier, sans participation du/de la patient-e (hormis franchise et quote-part), à un financement de type EMS dans lequel une part est directement à la charge du/de la patient-e.

Ces changements de modalités de financement ne sont pas non plus anodins pour le RHNe qui voit sa rémunération moyenne journalière de CHF 2000.- (pour





Dre Yolanda Espolio Desbaillet,
médecin-chef du département de gériatrie,
réadaptation et soins palliatifs du RHNe

les soins aigus) à CHF 300-500.- (pour les lits C) alors que ses coûts n'en sont pas spécialement réduits, hormis dans les unités dédiées. Ces rémunérations incluent une part de financement par l'État au titre de prestations d'intérêt général, qui s'est montée à plus de 4 millions de francs en 2025. Néanmoins, la rémunération globale perçue par le RHNe pour ce type de patient-e-s est insuffisante. En 2025, 54 lits C ont été occupés en moyenne, contre 43 en 2024 et 33 en 2023, avec des pics dépassant parfois 75 lits, soit près de 20% du dispositif hospitalier.

Rose, entre deux mondes

« Environ 90% des patients âgés arrivent à l'hôpital via les urgences avec un problème aigu », explique la Dre Espolio Desbaillet. Après quelques jours en médecine aiguë, plusieurs issues sont possibles: retour à domicile, réadaptation, EMS de court séjour ou de long séjour. Mais depuis l'introduction des forfaits Swiss-DRG en 2012, la pression sur les durées d'hospitalisation s'est renforcée. « Le financement ne dépend plus du temps dont un patient a besoin pour se rétablir, mais d'un forfait lié au diagnostic. Plus un patient reste longtemps, plus l'hôpital perd de l'argent. »

Dans le même temps, certaines structures ont disparu. « Avant, les centres de soins de suite permettaient de terminer le traitement instauré en aigu. Aujourd'hui cette frange de patients n'a plus vraiment sa place dans le système hospitalier. »

Les lits C accueillent aussi parfois des personnes en soins palliatifs qui ne remplissent pas les critères de La Chrysalide, devenue « un lit aigu prenant en charge les cas complexes et la crise palliative. »

« Il arrive que des personnes entrent en EMS après s'être déconditionnées en lit C »

Au Locle, douze patient-e-s vivent actuellement dans ces lits C, dont Rose*, 78 ans. Après deux mois d'hospitalisation, elle attend une place en court séjour. Ensuite, elle espère obtenir un appartement avec

encadrement, dans le bas du canton, près de ses enfants. Son logement à Marin, elle ne peut plus — et ne veut plus — y retourner. Depuis que sa santé s'est dégradée, vivre seule est devenu source d'angoisse.

En attendant, Rose prend son mal en patience. « Je fais des mots fléchés, on regarde la télévision... On s'occupe comme ça. » Une place en EMS? Elle n'y serait pas opposée. Mais il n'y en a pas pour elle. « On m'a dit qu'il y avait des gens bien plus malades que moi qui étaient prioritaires. Le canton devrait faire davantage de homes, d'appartements adaptés, mais un jour, on manquera même de médecins et de soignants... »

Aujourd'hui, le canton compte environ 2100 lits répartis dans une cinquantaine d'EMS, dont trois institutions spécialisées dans le court séjour. « Les places en long séjour sont rares et se libèrent au compte-gouttes, parfois, le temps de refaire une chambre. Mais globalement, c'est plein », résume Fabienne Wyss Kubler, secrétaire générale de l'Association neuchâteloise des établissements et maisons pour personnes âgées (ANEMPA). L'entrée en EMS dépend donc largement du degré de dépendance. Lequel détermine aussi le financement: plus une personne nécessite d'accompagnement, plus l'EMS est rémunéré pour renforcer la prise en charge en fonction des besoins. « Il arrive que des personnes entrent en EMS après s'être déconditionnées en lit C et qu'après quelques semaines, elles aillent mieux parce qu'elles ont été requinquées et surtout parce qu'elles retrouvent du lien social. Comme leur logement a déjà été libéré, elles doivent rester en EMS, occupant une place qui aurait pu être destinée à quelqu'un de plus atteint dans sa santé. »

Un réseau complexe à coordonner

Le système cantonal repose sur plusieurs acteurs: le RHNe pour les soins aigus, NOMAD et des prestataires privés pour les soins à domicile, AROSS pour l'évaluation et l'orientation et les EMS pour le court ou le long séjour. La ligne directrice reste la vie à domicile: environ 95% des aîné-e-s restent à la maison, parfois avec l'aide des proches et des services de soins. Pour renforcer le dispositif actuel, la Dre Espolio Desbaillet souhaiterait des équipes mobiles de gériatrie, de soins palliatifs et de réadaptation pour intervenir déjà à domicile. « C'est de toute façon ce que veut la majorité des personnes âgées: rester chez elles, rappelle-t-elle. Pour garder les gens à domicile, il faut des soins, des foyers de jour, de l'animation et surtout une coordination forte avec un vrai chef d'orchestre. C'est ce qui manque parfois: une expertise pour évaluer correctement, anticiper le parcours du patient et vérifier que l'orientation choisie est la bonne. L'expert de ces situations reste le gériatre, car son diagnostic n'est pas seulement médical: il est bio-psycho-social, mais aussi spirituel et économique. »

Suite en page 10

« Ici, on est entre le soin et l'accompagnement de vie »

Frédéric Guibelin, infirmier chef de l'unité de soins de transition (UST) et réadaptation du site RHNe du Locle, décrit le rôle des équipes et la réalité du terrain dans la prise en charge des personnes en lits C

Quel est le principal défi dans ces unités?

La communication. Les patients arrivent souvent dans un moment de fragilité, après un événement de santé, et doivent soudain naviguer dans un système complexe où beaucoup d'informations circulent. Des décisions importantes sont prises avec eux — ou parfois pour eux selon leurs capacités de discernement — et avec les proches aidants. Plus tard, quand leur état s'améliore, ils ne comprennent plus toujours le sens de ces décisions et peuvent avoir l'impression de n'avoir pas été entendus et considérés.

Les projets peuvent-ils évoluer?

Oui, parfois. On réévalue les situations. Il arrive — même si c'est rare — qu'un projet de placement en EMS soit revu si la personne regagne suffisamment d'autonomie. Mais cela demande du temps et une vraie évaluation pluridisciplinaire. On essaie d'avoir une vision globale: l'état de santé, l'histoire de vie, les ressources du patient, mais aussi l'avis des proches aidants, qui est déterminant dans la prise de décision. Parfois même c'est juste la résiliation du bail de l'appartement anciennement occupé par la personne hospitalisée qui oriente le projet. D'où encore une fois l'importance de faire des points de situation réguliers en y intégrant le patient, la famille éventuellement, pour réexpliquer les options et mieux faire accepter les décisions prises.

Le manque de places complique-t-il la situation?

Beaucoup. Un patient relativement autonome ne sera pas prioritaire en EMS et peut rester chez nous plusieurs mois. Le court séjour pourrait parfois permettre de se donner le temps d'évaluer la situation. Il existe aussi d'autres alternatives, comme les soins à domicile ou les structures de jour où les personnes vivent chez elles mais viennent la journée pour des activités et un suivi. Mais ces solutions, qui intègrent aussi les appartements avec encadrement, demandent des ressources et surtout une bonne coordination autour du patient et de ses proches.



Frédéric Guibelin, infirmier chef de l'unité de soins de transition et réadaptation du Locle, et la patiente Rose*

Votre métier est-il différent dans l'unité de soins de transition?

Oui. Ici, on est à la frontière entre le soin et l'accompagnement de vie. On prodigue encore des soins, mais on essaie surtout d'accompagner les personnes avec ce qu'il leur reste de potentiel. Même à un âge avancé, il reste de la vie à accompagner. On propose des activités simples, des discussions, des moments d'animation. Les patients peuvent aussi bénéficier de prises en charge physio, ergo dans un but de maintien fonctionnel. L'hôpital n'est pas un cadre de vie idéal. L'UST devait être un service provisoire, mais le temps montre que cette mission a tout son sens au regard des besoins de la population vieillissante du canton. C'est pourquoi, grâce à des collaboratrices bienveillantes et créatives, on essaie de rendre cette période de transition la plus humaine possible.

C'est difficile à vivre pour les équipes?

Tout dépend des situations. Dans certains cas, l'accompagnement est difficile car les patients témoignent d'un grand désarroi par rapport au deuil qu'ils doivent faire de leur vie antérieure. Dans d'autres cas, après une période d'hospitalisation souvent difficile, c'est un lieu où ils retrouvent le réconfort et le soutien nécessaire pour repartir du bon pied. Dans tous les cas, l'équipe doit être attentive à la fragilité des patients tout en reconnaissant la personne dans sa globalité. Cela demande de réelles compétences qu'il faut savoir maîtriser. Le choix de travailler en UST est souvent mûrement réfléchi et il me semble qu'au quotidien, les équipes trouvent pleinement le sens de leur mission.



Or la spécialité manque de bras: moins d'une centaine de gériatres certifié-e-s exercent en Suisse romande. «Vu les défis démographiques, une année de gériatrie obligatoire dans la formation de médecine interne générale serait idéale. Mais on n'en prend pas le chemin et les étudiants sont rares à vouloir se consacrer aux personnes âgées. Alors que, en dehors de la gynécologie-obstétrique et de la pédiatrie, les personnes auxquelles ils seront confrontés seront de toute façon majoritairement âgées.»

Fabienne Wyss Kubler tient un discours similaire. L'orientation suppose de connaître le/la patient-e mais aussi les lieux, l'entourage, les capacités réelles et les enjeux du quotidien. «Nous voyons des entrées en EMS de personnes qui ne bénéficiaient même pas encore de soins à domicile ou pour lesquelles un accueil de jour n'a jamais été envisagé.»

Une pression démographique croissante

La tension va encore s'accroître. Selon l'Observatoire suisse de la santé, le nombre de personnes de 65 ans et plus augmentera de 52% d'ici 2040 et celui des 80 ans et plus de près de 90%. Un autre défi s'ajoute à cette pression: la pénurie croissante de professionnel-le-s de la santé qui touche tous les pays (lire l'interview de Frédéric Mairy ci-contre).

Selon les projections, la Suisse pourrait avoir besoin de plus de 54 000 lits supplémentaires de long séjour. Or, la pénurie de personnel touche aussi les EMS, un secteur encore parfois considéré — y compris au sein du système de santé — comme moins attractif que d'autres domaines de soins. «Outre les soignants, il faut du personnel socio-hôtelier, de l'animation, de la coordination, précise la secrétaire générale de l'ANEMPA, bref une véritable interdisciplinarité autour des habitudes de vie des résidents.»

Dans le même temps, si l'espérance de vie continue d'augmenter — 82,4 ans pour les hommes et 85,9 ans pour les femmes selon l'Office fédéral de la statistique — elle s'accompagne aussi d'un allongement de la vie en bonne santé, ce qui repousse les entrées en institution.



Face au vieillissement de la population, les spécialistes insistent aussi sur l'importance d'anticiper. «Personne ne peut prévoir s'il va bien vieillir, remarque Fabienne Wyss Kubler, mais on peut adapter son logement pour pouvoir y rester le plus longtemps possible, envisager un dernier déménagement dans un appartement plus accessible, se rapprocher à temps d'un environnement social plus adapté. Cela peut changer toute la suite du parcours avant qu'une chute, une hospitalisation ou l'épuisement d'un proche aidant ne dicte une décision.»

Dans ce contexte, le système de santé évolue également vers des prises en charge plus proches du domicile, afin de réserver l'hôpital aux situations les plus aiguës. Pour la Dre Espolio Desbaillet, cela passe à la fois par le renforcement de dispositifs existants — comme les hôpitaux de jour ou les programmes de prévention autour des chutes et de la dénutrition, portés par des médecins spécialistes — et par le développement de nouvelles formes d'intervention, notamment d'équipes mobiles. Elle souligne aussi la nécessité de développer des solutions intermédiaires en soins palliatifs, adaptées à des situations trop complexes pour le domicile ou les EMS, mais ne relevant pas d'une prise en charge hospitalière aiguë à La Chrysalide. L'objectif: intervenir plus tôt, mieux orienter les patient-e-s et éviter des hospitalisations inutiles ou des placements précipités.

Le rôle du court séjour en EMS, permettant de prendre le temps d'évaluer une situation sans fermer la porte à un retour à domicile, est aussi appelé à gagner en importance. «Parmi les personnes placées en court séjour, 60% rentrent chez elles, se réjouit Fabienne Wyss Kubler. Mais aujourd'hui, quand l'hôpital appelle au secours parce que les lits débordent, cette étape intermédiaire peut être court-circuitée. Entre les personnes prioritaires à domicile et celles qui attendent à l'hôpital, le court séjour se retrouve dans une situation de blocage paradoxal, avec des lits inoccupés tandis que les besoins sont immenses. C'est alors le serpent qui se mord la queue.» ■

* prénoms d'emprunt

« La coordination du système doit être renforcée »

Frédéric Mairy, conseiller d'État neuchâtelois chargé de la santé, suit de près les enjeux liés au vieillissement de la population dans le canton. Alors que les lits C cristallisent certaines tensions du système, il revient sur ce qui fonctionne aujourd'hui, tout en évoquant les défis à venir.

Comment le canton fait-il face au vieillissement de la population ?

Nous avons un dispositif qui, dans son ensemble, fonctionne bien. Les différents acteurs connaissent leur rôle et nous sommes encore en capacité d'assurer un niveau de soins globalement bon pour les personnes âgées. Le canton dispose d'un réseau solide: une cinquantaine d'EMS sur l'ensemble du territoire, ainsi que des soins à domicile assurés par Nomad et des prestataires privés ou encore des appartements avec encadrement qui offrent des alternatives à l'entrée en EMS tant que la santé de la personne le permet. AROSS, qui doit encore monter en puissance, représente aussi un atout important. Là où nous rencontrons des difficultés, c'est notamment avec les lits d'attente, les fameux lits C de l'hôpital, où certaines personnes attendent un placement, dans un milieu qui ne correspond pas à leurs besoins. Pour cette catégorie de population, la situation actuelle est donc insatisfaisante.

Pourquoi les lits C posent-ils aujourd'hui autant de problèmes ?

Les lits C ont aussi un coût — quelques millions de francs — mais le fond du problème est surtout celui de la prise en charge. L'hôpital mobilise des ressources disproportionnées par rapport aux besoins des personnes. Si l'état de santé d'un patient est stabilisé rapidement dans un environnement approprié, ses besoins futurs en soins seront moindres. Au contraire, un séjour prolongé dans un cadre inadapté entraîne une dégradation, qui coûtera aussi plus cher ensuite. Même si l'État reconnaît cette charge par une subvention, mobiliser ces lits au RHNe a des effets négatifs en cascade: saturation de l'hôpital, pression sur le personnel et fragilisation de toute la chaîne de prise en charge.

Qu'est-ce qui rend les parcours parfois difficiles à fluidifier ?

La coordination. Le système de santé suisse rémunère la prestation, pas le travail de coordination. Chaque institution fait fonctionner sa structure, ce qui est normal, mais le travail de coordination reste insuffisamment reconnu. C'est pourquoi nous

travaillons au développement d'un réseau cantonal de soins intégrés. AROSS, qui évalue les situations et oriente les personnes âgées dans le réseau médico-social, constitue à cet égard une spécificité neuchâteloise importante. Mais pour que le système fonctionne pleinement, la coopération entre les acteurs doit encore être renforcée.

Le maintien à domicile reste-t-il la priorité ?

Oui, il concerne la grande majorité des personnes âgées, mais nous préférons parler aujourd'hui de vie ou d'accompagnement à domicile. Il ne s'agit pas de maintenir les gens chez eux, mais de leur permettre de vivre dans de bonnes conditions, dans un logement et un environnement adaptés, ainsi qu'avec des interactions sociales.

La planification médico-sociale repose sur le postulat qu'environ 95% des personnes de plus de 80 ans à un instant donné vivent à domicile. Leur qualité de vie dépend aussi du rôle essentiel des proches aidants, qu'il faut mieux soutenir, et de l'environnement qui dépend pour beaucoup de la commune: accessibilité des espaces publics, tissu associatif ou lieux de rencontre. Beaucoup de communes en ont pris conscience et une dynamique positive est en cours.

Le court séjour peut-il aider à mieux orienter les situations ?

Le canton dispose proportionnellement de davantage de lits de court séjour que d'autres cantons, mais ils ne parviennent pas encore à remplir pleinement leur rôle. Une réflexion est en cours pour améliorer la fluidité des parcours des personnes âgées, en coordination notamment avec le RHNe.

Quelles autres évolutions sont envisagées ?

La priorité est le développement d'un réseau de soins intégrés capable de mieux coordonner les acteurs publics et privés et d'améliorer ainsi les parcours de soins. Il contribuera aussi à mieux répondre aux besoins de la population et à réduire certains problèmes, notamment celui des lits C. C'est dans cette logique que s'inscrit le projet stratégique du RHNe pour 2026-2030 et le rachat du Groupe Santé Volta. L'objectif est notamment d'accroître le virage ambulatoire et de développer des infrastructures hospitalières de proximité plus légères. Pour les personnes âgées, cette proximité est particulièrement importante en raison des enjeux de mobilité. Cette évolution représente également un changement pour le personnel des différentes entités, qui sera



© David Wagnières

amené à travailler à une prise en charge globale des patients, au-delà des frontières des institutions.

Pourquoi l'avenir vous inquiète-t-il malgré tout ?

Le nombre de personnes de plus de 80 ans va fortement augmenter d'ici 2035-2040, soit précisément la population dont les besoins en soins sont les plus importants. Cette évolution se combinera avec une pénurie de personnel soignant et médical, ainsi qu'une pression accrue sur les ressources financières. Toute la difficulté consiste donc à gérer une situation actuelle encore globalement bonne tout en préparant un avenir beaucoup plus tendu.

Aurait-on pu mieux anticiper cette situation ?

Le dispositif en cours de mise en place vise précisément à répondre à cette évolution. Mais cela ne signifie pas que tout est gagné. En ce qui concerne la pénurie de personnel, nous travaillons sans garantie de succès et il faut se préparer aussi à des alternatives. Du côté des EMS, l'augmentation du nombre de lits dépend aussi des partenaires privés et certains projets peuvent ne pas se concrétiser. Il est en outre difficile de disposer aujourd'hui d'un réseau dimensionné pour répondre aux besoins de demain: le système de santé fonctionne selon une logique à la prestation, or créer des capacités non utilisées, prêtes à être activées, génère des charges importantes alors que les ressources sont déjà contraintes.

Et la pénurie de personnel ?

Elle touche tous les pays. L'enjeu est de mieux utiliser les ressources existantes, d'éviter les doublons et de renforcer la formation. Le canton mène actuellement une « offensive de formation » dans le cadre de la mise en œuvre de l'initiative pour des soins infirmiers forts. Malgré ces efforts, les inscriptions restent modestes. Il faut donc améliorer l'attractivité de ces professions et leurs conditions d'exercice, une responsabilité partagée entre autorités politiques, institutions et acteurs du terrain.



« L'hôpital sort de ses murs pour se rapprocher de la population »



Aux Geneveys-sur-Coffrane, le premier centre de consultation de médecine de famille du RHNe marque une étape importante pour la formation de futurs médecins généralistes. Ce modèle de soins est appelé à se développer sous la bannière de Réso.ne

Début novembre 2025, le Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe) a mis en place sa première consultation de médecine générale au sein du Centre médical des Geneveys-sur-Coffrane. C'est l'amorce du développement des soins ambulatoires de proximité, qui figurent en tête des options stratégiques 2026-2030 du RHNe. L'objectif est double: rapprocher l'hôpital public des Neuchâteloises et Neuchâtelois et répondre à la pénurie du personnel médico-soignant.

Sous la bannière de Réso.ne (lire l'encadré), la consultation vaudruzienne du RHNe est placée sous la coordination du Dr Loïc Payrard, spécialiste en médecine interne générale, et du Dr Christophe Coucke, médecin-chef adjoint du service de médecine et responsable de la Clinique ambulatoire de médecine de Pourtalès. Il est prévu que d'autres praticiens du RHNe les rejoignent. Il est ouvert à tout patient qui souhaite un suivi chronique. Le public cible? «Les personnes du canton actuel-

lement à la recherche d'un médecin de famille», répond Christophe Coucke.

Un cas de figure courant, si l'on considère par exemple que 28% des patients qui consultent aux urgences de l'hôpital de La Chaux-de-Fonds n'ont pas de médecin traitant. Avec la création de ce centre médical – et des autres qui suivront – l'espoir est aussi de faire diminuer la pression sur les urgences hospitalières. On sait également qu'un bon suivi chez un médecin généraliste améliore la qualité des soins.

S'appuyer sur le réseau

Le centre des Geneveys-sur-Coffrane va s'investir dans la formation des médecins assistants en lien avec l'hôpital. «J'ai déjà un profil hybride, fait remarquer le Dr Payrard, car je pratique la médecine interne hospitalière, en participant aux gardes notamment, et j'exerce comme généraliste ici. Nous fonctionnons en réseau; en cas de besoin, je peux rapidement adresser les patients à un spécialiste du RHNe. Comme nous partageons le système informatique de l'hôpital, je suis en mesure de consulter les résultats des examens effectués sur les patients qui y ont séjourné. On gagne du temps et on évite les doublons!»

À l'inverse, si l'un de ses patients est hospitalisé, le service peut voir quelles analyses ont été faites au cabinet. «Nous avons aussi la possibilité de faire appel à la Clinique ambulatoire de médecine sur le site de Pourtalès, à mi-chemin entre l'ambulatoire et le stationnaire, pour assurer le suivi des situations plus complexes: elle permet de faire des investigations plus rapprochées, dans le but de tenter d'éviter une hospitalisation», complète le Dr Coucke.

Séduire la relève

La formation des praticiens de demain constitue l'autre enjeu majeur du centre médical et de Réso.ne: l'objectif est d'y créer des postes de formation pour les médecins assistants intéressés à se spécialiser en médecine de premier recours. Christophe Coucke fait savoir que «dès le mois de mai des consultations supplémentaires par un médecin assistant seront ouvertes. L'hôpital, par l'intermédiaire de son département de médecine, va s'investir dans la création de plusieurs postes dédiés à la formation post-graduée de médecine générale ambulatoire.

Pour le Prof Jacques Donzé, médecin-chef du département de médecine, une formation en médecine interne générale ambulatoire permet à la fois de combler une partie des besoins en médecine de famille pour la population et d'encourager la relève dans cette discipline parmi les jeunes médecins qui passent se former au RHNe. La plus grande partie de la formation étant dispensée dans des hôpitaux de soins aigus, il est important d'offrir des postes de consultations de type de cabinet de généraliste. Tout le cursus de formation au sein du département a donc été repensé pour favoriser la relève en médecine interne générale dans le canton.

«La projection effectuée montre que la force de travail des spécialistes en médecine interne générale se réduira de près de 40% d'ici 2033», prévient Olivier Plachta, codirecteur médical du RHNe. C'est pourquoi les options stratégiques 2026-30 de l'hôpital portent notamment sur le développement des soins ambulatoires de proximité dans plusieurs centres de santé. «L'hôpital doit évoluer vers un rôle de coordination et de formation ainsi que de fournisseur de prestations complémentaires dans le réseau ambulatoire. L'objectif est de travailler en réseau avec tous les acteurs et de créer une filière forte pour former les médecins assistants qui se spécialisent en médecine de famille. Nous prévoyons d'élargir le nombre de postes dédiés à la formation ambulatoire à une dizaine de postes à terme en collaboration avec les cabinets également formateurs.»

Le centre médical veut se montrer attractif en proposant une alternative au modèle d'installation traditionnel. «De moins en moins de médecins veulent ouvrir un cabinet, avec toute la charge administrative et comptable que cela suppose, analyse Christophe Coucke. C'est pourquoi nous voulons leur proposer la possibilité d'exercer sans devoir se préoccuper des tâches de gestion. Cette solution peut aussi constituer un tremplin pour les jeunes médecins qui

songent à ouvrir un cabinet dans un deuxième temps.»

Pour inciter la relève à rester dans le canton une fois son cursus terminé, «les conditions doivent être souples et doivent être attractives!», reprend Olivier Plachta. D'où de nouveaux modèles contractuels proposés par l'hôpital: le praticien est déchargé de tâches d'organisation et administratives et peut facilement exercer à temps partiel. ■



Réso.ne, un nouvel élan pour les soins ambulatoires

Fin 2025, le RHNe est intervenu en urgence pour reprendre les activités du Groupe Santé Volta, en situation d'insolvabilité et de surendettement. La société, qui appartient désormais à 100% à l'hôpital cantonal, a changé de raison sociale pour devenir Réso.ne. Elle continue à exploiter les sites de Volta à La Chaux-de-Fonds, de Fleurier, des Cadolles à Neuchâtel et des Geneveys-sur-Coffrane. Cette reprise a permis de poursuivre les consultations médicales sans interruption des prises en charge.

La création de Réso.ne donne un nouvel élan aux soins ambulatoires dans le canton, offrant une prise en charge de proximité particulièrement importante pour une population vieillissante. Elle permet également de développer des synergies en matière de formation postgrade en lien direct avec le RHNe. Il sera en effet possible de créer au sein des différentes structures ambulatoires un parcours de formation attractif pour les futurs médecins de premier recours, ce qui contribuera à la formation de la relève et à son implantation dans le canton de Neuchâtel.

Les centres ambulatoires de Réso.ne ont pour objectif de rassembler des médecins généralistes et ponctuellement des spécialistes selon le besoin des régions. L'activité est appelée à se déployer en réseau, en collaboration avec les médecins de famille du canton et le réseau de soins neuchâtelois, entre autres partenaires.



Le nombre de passages aux urgences du RHNe ne cesse d'augmenter, avec un nouveau record de 54'598 passages en 2025 sur les différents sites. Le personnel médico-soignant doit être prêt à accueillir tous les cas, du plus bénin au plus sérieux, 365 jours par année, 24h sur 24

« Le calme avant la tempête »





- PROF MARC-OLIVIER SAUVAIN -

Le chef de département a initié la chirurgie robotique au RHNe avec son collègue urologue Daniel Nguyen en février 2025. Il tire un bilan positif de cette première phase de test

« Le robot chirurgical élargit le champ des possibles »



«Grandes incisions, grand chirurgien.» L'adage a longtemps fait autorité dans les blocs opératoires des hôpitaux suisses et européens. Il a fallu attendre l'apparition de la laparoscopie, dans les années 1970, pour le mettre au rebut. La chirurgie robotique s'inscrit dans la même logique mini-invasive, avec de petites incisions qui réduisent les douleurs, la taille des cicatrices et le temps de récupération.

La chirurgie robotique se développe depuis une quinzaine d'années, d'abord aux États-Unis puis en Europe. Elle est en phase de test depuis février 2025 au sein du Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe). Chef du département de chirurgie, le Prof Marc-Olivier Sauvain a été le premier à être formé au robot avec le Dr Daniel Nguyen, chef de service en urologie. Entretien.

RHNEMAG Quel bilan tirez-vous de ces 12 premiers mois de pratiques de la chirurgie robotique?

MARC-OLIVIER SAUVAIN Le bilan est très positif. On a réussi à fédérer toute une équipe autour du projet. Ce n'était pas gagné d'avance: tout changement est une source de stress. Dès le départ, on a impliqué toutes les personnes qui allaient participer au projet. On a très vite senti un fort engouement. L'autre motif de satisfaction a trait à la technologie elle-même: pour certaines pathologies, le robot nous permet d'opérer de manière plus sécuritaire et efficace.

Comment décrivez-vous la chirurgie robot-assistée?

Je dirais que c'est un apport technologique qui permet d'être plus efficace. C'est une extension technologique de la main et du regard du chirurgien. C'est toujours le chirurgien qui tient les commandes. Rien ne se passe si on ne le décide pas.

Avez-vous le sentiment de «mieux opérer» grâce au robot, ou simplement «différemment»?

J'ai vraiment le sentiment de mieux opérer. Je vois mieux, mes gestes sont plus précis. En laparoscopie, c'est parfois compliqué d'opérer avec des instruments qui ressemblent à de longues baguettes. Pour des opérations dans la cavité abdominale, le bras de levier est souvent important, ce qui rend le geste plus complexe. Avec le robot, c'est toujours la même précision. Certes, ceci n'est pas encore démontré par des études, car cela nécessite d'avoir des cohortes de patients gigantesques. Un autre point important: l'ergonomie pour le chirurgien. Avec la laparoscopie, on a rapidement mal à la nuque et aux épaules. Avec le robot, on est assis en face de son écran. Pour une intervention de 5 à 6 heures, ce n'est pas négligeable, je vous assure.

« Des innovations d'aide au chirurgien sont en train d'émerger, comme la réalité augmentée »

Est-ce comparable au vol aux instruments pour un pilote de ligne?

Non, il n'y a pas de boutons «autopilote» pour opérer. C'est en cours de développement pour certains types de procédures, mais on n'y est pas du tout. Par contre, des innovations d'aide au chirurgien sont en train d'émerger, comme la réalité augmentée. On pourra surexposer des images sur l'écran qui nous donneront des indications sur le site opératoire. L'intelligence artificielle va aussi être intégrée. Elle pourra nous avertir par exemple: «Attention, vous risquez de trouver un vaisseau derrière cette paroi.» Pour revenir à l'automatisation, c'est avant tout une question de responsabilité: un chirurgien doit-il être dans la salle? Que se passe-t-il si ce n'est pas le cas?

Aujourd'hui, on accepte peu à peu l'automatisation pour des métros et des voitures. Pour la chirurgie, il y a encore un grand «gap» à franchir.

Faut-il avoir peur qu'un robot tombe en panne pendant une opération?

Non, c'est extrêmement rare. Mais si ça arrive, on est entraîné. On a suivi une formation dédiée au Centre de formation en chirurgie mini-invasive de Strasbourg (IRCAD). Il y a des protocoles de sécurité en cas d'incident. S'il y a une panne d'électricité, on dispose d'un petit générateur. Si une pince ne fonctionne pas, on a des procédures de secours. En une année, on n'a eu aucun incident majeur. Il y a eu une fois une pince qui ne s'est pas ouverte correctement. Cela a entraîné un retard de 5 minutes, rien de plus.

La société Medtronic, qui a développé le robot Hugo, met également à disposition un ingénieur dans la salle pour chaque opération. Ils peuvent aussi proposer des opérateurs spécialisés pour une intervention spécifique – ce statut de formateur est défini par le nombre de cas réalisés, comme pour les heures de vol d'un pilote de ligne. J'ai obtenu ce statut, cela veut dire que je peux désormais former la relève.

Quels types d'interventions sont les plus souvent réalisées avec un robot?

Les interventions minimales invasives en chirurgie viscérale, qu'il s'agisse de chirurgie de la paroi, colorectale pour les cancers ou d'autres types de pathologies. On a les mêmes indications que pour la chirurgie laparoscopique et plus encore car le robot élargit le champ des possibles. Ce qui semblait non réalisable en chirurgie minimale invasive devient possible. L'aspect financier reste un problème: d'une part par les coûts inhérents à ce type de chirurgie et d'autre part par des remboursements qui n'évoluent que peu ou très lentement.

La chirurgie robotique restera-t-elle réservée aux hôpitaux des pays occidentaux, avec le renforcement d'une médecine à deux vitesses?

Oui clairement, mais c'est déjà le cas avec la laparoscopie, qui reste peu répandue hors des pays développés. Ces innovations technologiques ont un coût très élevé. Mais les choses changent. Le marché s'ouvre et les prix sont déjà en train de diminuer sous l'effet d'un marché plus concurrentiel. Jusqu'il y a peu, une seule entreprise avait le monopole. Elle a donc pu imposer ses prix qui étaient clairement surfaits.

À terme, on peut imaginer que des robots soient installés dans des pays qui n'ont pas forcément les moyens de s'offrir cette technologie. Les opérations pourraient se faire à distance. Cela a déjà été réalisé il y a plus de 20 ans. Le 7 septembre 2001, le Prof Jacques Marescaux, de l'IRCAD, a opéré depuis New York un patient hospitalisé à Strasbourg de la vésicule biliaire. Cette prouesse transatlantique avait été baptisée Opération Lindbergh en clin d'œil à la première traversée de l'Atlantique sans escale réalisée en 1927. Avec les attentats du 11 septembre, on en a très peu parlé.

Cette chirurgie robot-assistée à distance a déjà été réalisée notamment en Chine, mais cela reste encore anecdotique. Par contre, les consultations pré- et postopératoires par télé-médecine sont déjà pratiquées régulièrement dans certains pays nordiques. Ce développement est également une des réponses pour combattre la pénurie annoncée de ressources humaines spécialisées. Ce sera un enjeu majeur dans le futur. Mais cela a des conséquences: il n'y a plus de contact physique avec le patient, on perd quelque chose. Et en cas de complication, il faut toujours avoir quelqu'un sur place pour faire une reprise. Heureusement, cela reste rare.

- 1975 Naissance à Neuchâtel, maternité de Pourtalès
- 2001 Diplôme fédéral de médecine à Genève et début d'une formation à l'EPFL en biologie moléculaire et génétique
- 2006 Thèse en biologie moléculaire (MD-PhD) à l'EPFL
- 2011 FMH en chirurgie à l'Hôpital universitaire de Zurich
- 2016 Titre de sous-spécialisation en chirurgie viscérale
- 2017 Arrivée au RHNe
- 2019 Cours de management à la HEC Saint-Gall
- 2023 Nommé chef du département de chirurgie

Est-ce que la chirurgie robotique modifie l'apprentissage des jeunes chirurgiens?

Pas encore, mais ça commence. Aujourd'hui, ce sont plutôt des chirurgiens seniors qui se forment pour des raisons de disponibilité des machines. En Suisse, il n'y a qu'un nombre limité de robots, hormis aux HUG, qui ont pris de l'avance. Ils ont investi très rapidement et disposent de plusieurs plateformes. À terme, quand la technologie sera moins chère, ce sera un outil de recrutement. Sans robot, ce sera impossible d'attirer la relève.

Pour un hôpital, c'est donc aussi une question d'image...

Oui, d'attractivité, d'image et d'orientation vers le futur. À moyen terme, les hôpitaux formateurs ne pourront pas se passer d'un robot.

À quoi ressemblera selon vous un bloc opératoire dans 20 ans?

En 2050, les hôpitaux qui subsisteront auront fait le virage technologique. En chirurgie, il y aura plusieurs robots par établissement avec des flux séparés pour l'ambulatoire et le stationnaire. Cette séparation des flux est assurément un défi plus important que la bascule technologique. En Suisse, la chirurgie ambulatoire représente à peine plus de 20% des prises en charge, contre plus de 80% pour les meilleurs pays au sein de l'OCDE. L'inversion de cette tendance va constituer un changement de paradigme majeur. Mais pour passer l'épaule, il faut absolument que les forfaits ambulatoires soient adaptés. Aujourd'hui, ils constituent un frein et incitent les hôpitaux à continuer à privilégier le stationnaire pour couvrir leurs coûts. ■

La gynécologie passe à son tour à la chirurgie robotique

Durant la première année d'exploitation du robot Hugo, le Dr Daniel Nguyen (à gauche sur la photo) et le Prof Marc-Olivier Sauvain (2^e depuis la gauche) étaient les seuls à l'utiliser, respectivement en urologie et en chirurgie viscérale. Comme cela était prévu, ils ont réalisé 100 interventions en 2025. Début janvier 2026, le déploiement de la chirurgie robotique a été effectué au sein du département de gynécologie avec les formations du Dr Yves Brünisholz, chef de département (tout à droite), et du Dr Nikolaos Evangelopoulos, médecin-chef adjoint.

Cette deuxième étape de la phase de test est réalisée en partenariat avec la compagnie Medtronic, qui prête le robot. Cela permet au RHNe de développer ses prises en charge en limitant fortement ses engagements financiers: l'hôpital cantonal ne supporte que le forfait fixe par intervention, couvrant l'ensemble des consommables et instruments nécessaires. Sur le plan technique, Medtronic prend également en charge la maintenance, les réparations en cas de dégâts au matériel et la présence d'un-e chirurgien-ne expert-e du robot jusqu'à l'autonomie complète des équipes.

La société propriétaire du robot a également assuré la formation certifiée des chirurgiens et du personnel soignant, garantissant une prise en main optimale du nouvel outil et un haut niveau de sécurité. Quant aux patient-e-s, ils/elles sont systématiquement informé-e-s des spécificités de cette technologie et donnent leur consentement éclairé avant toute intervention robotisée.

À l'issue des deux ans de test, début 2027, la location pourrait être prolongée avant une potentielle décision d'achat dans un domaine où les évolutions sont majeures et permanentes ces dernières années. S'il y a encore 15 ans, la chirurgie robotique était l'apanage des centres universitaires, elle est désormais largement répandue. On recense aujourd'hui plus de 60 robots de chirurgie assistée exploités en Suisse, avec une présence dans la très grande majorité des cantons.



Marie de Thilo, première femme à ouvrir un cabinet médical en Suisse romande

Le RHNe mag plonge dans le passé et vous propose de découvrir des personnalités qui ont marqué l'histoire des soins et de la médecine en Suisse. Dans ce numéro, retour sur la trajectoire tragique d'une pionnière: Marie de Thilo



La Chaux-de-Fonds.

5 décembre 1883: *La Revue de Lausanne* rapporte comme fait exceptionnel que «une dame, Mlle Marie de Thilo, a été autorisée à pratiquer l'art de guérir à La Chaux-de-Fonds». La nouvelle est importante: il s'agit de la première femme à ouvrir un cabinet médical en Suisse romande. La veille, *La Revue neuchâteloise* se réjouissait également de l'arrivée de «ce jeune praticien»: «Nous avons la satisfaction d'annoncer au public, et particulièrement aux dames de La Chaux-de-Fonds et des environs, que Mlle Marie de Thilo, médecin-praticien patenté, viendra s'établir dans notre ville. Après de brillantes études dans les Universités de Zurich, de Berne et de Genève, et après un séjour comme interne à la Maternité de Dresde et à l'Hôpital cantonal de Zurich (...) Nous souhaitons à ce jeune praticien toute la réussite que méritent ses grands talents et son travail persévérant.»

À La Chaux-de-Fonds, l'accueil de la municipalité est également favorable. Mais ces louanges contrastent avec la réalité: «La population est alors partout extrêmement méfiante envers les femmes médecins parce que c'est une nouveauté absolue. Se constituer une patientèle hors des grandes villes universitaires s'avère difficile», explique l'historienne Dre Amélie Puche, post-doctorante sur le projet MEDIF* poursuivant les recherches sur Marie de Thilo initiées par la Dre Izel Demirbas.

Incarcérée à Bâle-Campagne

Originaire de l'actuelle ville de Tallinn, alors intégrée à l'Empire russe, Marie de Thilo avait choisi de se former en Suisse, seul pays d'Europe, avec la France, à admettre les femmes en faculté de médecine dès les années 1860. «Il est probable qu'elle ait francisé son nom, comme énormément d'étudiantes étrangères à l'époque, pour faciliter son intégration», indique l'experte. L'ouverture des universités suisses aux femmes restait toutefois relative: seules les étrangères étaient admises, avec l'idée implicite qu'elles repartiraient exercer dans leur pays d'origine. Les Suissesses, privées d'accès à la maturité, devront attendre la détermination de l'Argovienne Marie Heim-Vögtlin, diplômée en médecine à Zurich en 1874 (voir son portrait dans le RHNe mag n°08/2023).

«Les jeunes femmes russes disposent d'une formation équivalente à la maturité et maîtrisent aussi plusieurs langues.» Un atout lié à l'éducation des femmes bourgeoises dans l'Europe du XIX^e siècle, qui explique leur grande mobilité universitaire: «Elles apprennent plusieurs langues pour pouvoir entretenir la correspondance et les relations sociales de la famille dont elles ont la charge.»

Après l'obtention de son diplôme à Genève en 1882, Marie de Thilo choisit, comme un tiers environ des étudiantes étrangères, de rester en Suisse. De sa vie privée, les archives disent peu: «On sait qu'elle ne s'est pas mariée et n'a pas eu d'enfant.» Ne parvenant pas à se constituer une patientèle, elle quitte rapidement La Chaux-de-Fonds pour Lausanne. Sans y connaître davantage de succès. Elle multiplie alors les initiatives: elle écrit six manuels médicaux, dont *Les maladies du corps humain*, et des ouvrages destinés aux femmes, publiés chez Attinger à Neuchâtel, maison réputée pour son ouverture aux autrices. «Écrire des manuels de santé grand public est une stratégie classique chez les premières femmes médecins pour se faire connaître et prouver leur sérieux. Elle va aussi écrire des fascicules et donner énormément de conférences, à Genève, Lausanne et Neuchâtel.»

Tous ses efforts resteront vains. Acculée financièrement, Marie de Thilo en vient à pratiquer des avortements. Arrêtée après la mort d'une patiente et accusée de huit avortements — elle en reconnaît sept — elle est condamnée à trois ans et demi de travaux forcés à Liestal (Bâle-Campagne). La presse nationale relaie largement l'affaire.

À sa libération, la praticienne n'a plus le droit d'exercer. Elle meurt peu après, à 57 ans, totalement désargentée, dans un foyer de l'Armée du salut à Zurich. Malgré l'échec professionnel, son héritage est précieux, souligne Amélie Puche: «Marie de Thilo s'est accrochée à son métier alors que beaucoup d'autres cabinets de femmes disparaissaient après deux ou trois ans. Rien que cette persévérance dit quelque chose d'essentiel: si les femmes sont aujourd'hui pleinement présentes en médecine, c'est aussi parce que certaines ont accepté de vivre des années de précarité pour avoir le droit d'exercer.» ■

* *Médecine féminine: Une histoire des premières femmes médecins et de leur contribution à l'innovation médicale entre la Suisse francophone et la France, 1867-1939 (215100)*



La rougeole, une menace toujours bien réelle

Extrêmement contagieuse et potentiellement mortelle, la rougeole est en recrudescence malgré un vaccin sûr et efficace. Si les causes sont multiples, la pandémie de Covid-19 a favorisé son actuelle résurgence, en Suisse comme ailleurs dans le monde

Bien connue, la rougeole, maladie infectieuse qui peut se déclarer à tout âge, est une préoccupation majeure de santé publique. L'existence d'un vaccin sûr

La rougeole est l'un des virus les plus contagieux: un individu infecté entraînera en moyenne 12 à 18 nouveaux cas.

et efficace en fait une maladie potentiellement éradicable. Et pourtant, les épidémies se multiplient. Ainsi, entre 2022 et 2023, le nombre de cas au niveau mondial a augmenté de 20% et le virus a tué plus de 100 000 personnes.

Aux États-Unis par exemple, depuis le début de l'année 2025, près de 1500 cas dont trois décès ont déjà été recensés, soit 30 fois plus que l'année précédente. Plus de 92% des personnes concernées n'étaient pas vaccinées.

Reléguée au second plan pendant la pandémie

En 2020, la pandémie de Covid-19 a sévèrement impacté à la fois la surveillance et le taux de vaccination, mais aussi la transmission du virus. En raison des mesures barrières et de la restriction des voyages, plusieurs pays européens dont la Suisse n'ont déclaré aucun cas après la mise en place du confinement. Cependant, ce dernier

a eu des répercussions négatives sur les programmes de vaccination, avec pour conséquence une diminution de la couverture vaccinale, particulièrement dans les pays à bas et moyens revenus. Cela s'est traduit par une recrudescence des épidémies dans toutes les régions du monde. La Suisse n'est pas épargnée: en 2019, 220 cas et deux décès ont été rapportés lors d'une épidémie survenue dans les cantons alémaniques à la couverture vaccinale insuffisante. Début 2024, une épidémie locale de rougeole sur un campus universitaire a été à l'origine de 50 infections et entraîné la fermeture temporaire de l'établissement. Les foyers de contamination apparaissent généralement de manière

très locale, où le virus peut facilement circuler, c'est-à-dire où il n'y a pas suffisamment de personnes vaccinées (taux de moins de 95% avec deux doses de vaccin) et dans des endroits clos.

Contagion exponentielle

La rougeole circule principalement en hiver et au début du printemps dans les zones tempérées et durant la saison sèche dans les zones tropicales. Elle se transmet surtout par aérosol, autrement dit par le biais de particules respiratoires en suspension. Ces dernières peuvent rester jusqu'à deux heures dans l'air. La rougeole est l'un des virus les plus contagieux: un individu infecté entraînera en moyenne 12 à 18 nouveaux cas. À titre de comparaison, une personne atteinte de la grippe en contaminera en moyenne deux autres.

Qu'en est-il des symptômes? Ils se manifestent 7 à 21 jours après la contamination, en deux temps. La première phase est caractérisée par une toux, une conjonctivite bilatérale avec photophobie (intolérance à la lumière) et une rhinorrhée (nez qui coule). Puis apparaissent la fièvre et une éruption cutanée caractéristique qui se traduit par des plaques rouges partant du visage et s'étendant sur tout le corps. Une personne est contagieuse quatre jours avant à quatre jours après cette éruption.

En cas de suspicion d'infection, par exemple lors de symptômes tels que la toux, la fièvre et les plaques rouges, la personne est isolée le temps d'obtenir le résultat du frottis nasal ou de gorge. Si le test s'avère positif, le médecin et le laboratoire doivent signaler le cas à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et au Service du médecin cantonal afin de suivre l'incidence de la maladie. Une enquête d'entourage est aussi entreprise pour vérifier le statut vaccinal ou sérologique des contacts exposés, afin de freiner toute propagation. Si besoin, un traitement spécifique (on parle de «prophylaxie post-expositionnelle»), par vaccin ou injection d'anticorps, est proposé pour éviter le développement de la maladie.

La prévention est la meilleure protection

Si le diagnostic est confirmé, la prise en charge consiste en un traitement symptomatique. Par ailleurs, au vu du risque de complications augmenté en cas de carence en vitamine A et de la diminution de son taux lors de l'infection, un traitement à base de vitamine A est recommandé par l'Organisation mondiale de la santé pour les enfants.

Le seul moyen, sûr et efficace, de lutter contre cette maladie est la prévention par la vaccination. Disponible depuis 1963 et contenu dans le fameux ROR, le vaccin offre une protection de 98% après deux doses. En Suisse, il est recommandé –mais pas obligatoire – de vacciner les bébés à l'âge de 9 mois, puis à 12 mois. Il est possible de faire un rappel à n'importe quel âge. Attention: les femmes enceintes et les personnes immunosupprimées doivent éviter le ROR. ■

Paru dans «Planète Santé magazine»
N° 59 - Décembre 2025

* Adapté de Fournier, L., et al., «Rougeole: une menace persistante malgré un vaccin efficace». Rev Med Suisse. 2025; 21 (913): 736-741.



Une maladie grave, en particulier chez les enfants et les femmes enceintes

En l'absence de vaccination, la rougeole peut se déclarer à tout âge, mais certaines catégories de la population sont particulièrement à risque de souffrir de complications, potentiellement mortelles. Il s'agit des enfants de moins de 5 ans ou souffrant de malnutrition, des personnes immunosupprimées et des femmes enceintes. Les surinfections bactériennes, des diarrhées, otites ou laryngites sont les complications les plus fréquentes. Dans de rares cas, des affections plus graves peuvent survenir. On compte parmi elles les pneumonies et les atteintes cardiaques ou neurologiques. Chez les enfants, ces dernières peuvent s'avérer irréversibles et létales. Chez les femmes enceintes, une infection peut entraîner un retard de croissance, voire la mort du fœtus ou une naissance prématurée.



Lève-toi et marche: «J'ai cessé de croire aux miracles de la science»

Le journaliste et réalisateur suisse Arnaud Robert est devenu tétraplégique à 45 ans à la suite d'un accident. Il a participé à un essai clinique destiné à lui rendre en partie l'usage de son bras, auprès des deux sommités romandes en la matière, Grégoire Courtine et Jocelyne Bloch

En février 2022, le journaliste et réalisateur suisse Arnaud Robert fait une chute sur un sentier valaisan et se retrouve tétraplégique. Il passe un an à la Clinique romande de réadaptation, à Sion, où il ne récupère qu'un peu de fonction du bras droit. Ses autres membres sont presque inertes. À peine sorti, en fauteuil roulant, voilà qu'on lui propose de contacter deux sommités de la recherche médicale, Grégoire Courtine, professeur à l'EPFL, et Jocelyne Bloch, neurochirurgienne au CHUV. Ils font alors la une des journaux et des télévisions du monde entier.

On est en mai 2023. Ils annoncent avoir fait remarquer un homme paralysé en installant un «pont digital» entre son cerveau et sa moelle épinière. Ils aimeraient essayer avec un bras car, paraît-il, c'est plus compliqué.

Arnaud est le cobaye idéal, mais c'est aussi un homme de radio. Il signe le consentement pour tenter de récupérer son bras gauche, à une condition: pouvoir tout enregistrer. Deux ans plus tard, voici *Mon corps électrique*, son podcast en sept épisodes. C'est haletant, profond, troublant. Arnaud Robert est à la fois un journaliste talentueux, primé à de nombreuses reprises, et un ami – d'où le tutoiement dans cet entretien.

Heidi.news: Est-ce qu'on peut dire non, quand on est tétraplégique et qu'une technologie révolutionnaire peut vous redonner l'usage d'un bras?

Arnaud Robert: On peut dire non, parce qu'il y a quelque chose d'effrayant dans le côté invasif de la proposition. On te dit: on va te scalper, on va te faire un trou dans le crâne, te poser des implants dans la moelle épinière. Je pense que c'est réhibitoire pour beaucoup de gens. Maintenant, moi, j'étais le cobaye idéal.

La lésion était fraîche, même pas un an et demi. Il y avait encore une capacité de récupération. Mais je sortais à peine de l'hôpital, je n'avais pas encore été confronté au monde en tant qu'handicapé. Je touchais seulement la pointe de l'iceberg de ce que cette vie allait être à ce moment-là. J'ai dit oui.

Tu le dis bien, l'exploit de Courtine et Bloch avec leur premier patient confine au miracle. Notre société rationnelle, désacralisée, y croit encore, aux miracles? Évidemment, et c'est frappant à quel point, en déplaçant le thaumaturge du côté de la science et de la médecine, en passant de la promesse christique à la promesse technologique, on a décuplé sa force, parce qu'elle est entérinée par des savoirs indiscutables. J'en suis d'autant plus conscient que le jour-même de ma chute, j'étais en train de travailler sur la version en anglais pour le *Guardian* de ma série publiée par Heidi.news sur le médicament le plus cher du monde. C'est-à-dire une promesse démesurée, exorbitante de la science. Et une promesse qui pose vraiment les mêmes questions que le podcast *Mon corps électrique*, sur le mirage du progrès, le marché qui impose ses règles, notre soif anthropologique de miracles.

Le principe, c'est de reconnecter le cerveau aux muscles. On pense «plug and play», on se dit que sitôt que c'est branché, sitôt que le courant passe, ça marche. Et en fait, tu y es allé trois heures par jour pendant huit mois...

On sait bien que tout se joue autour des mots. Appeler cela le «digital bridge», le pont numérique, c'est une astuce de communication. C'est donner une image simplifiée, directe, compréhensible, d'un processus qui, au fond, est expérimental

et embryonnaire. Mais c'est quand même une vision assez géniale. Il y a un obstacle? On va le contourner. Un problème? mécanique? On va le réparer. Mais on est dans le biologique, il faut établir un lien entre un organe aussi complexe que le cerveau et un outil aussi intriqué que mon bras gauche avec des dizaines de muscles, tout ça avec seulement 32 électrodes sur ma moelle épinière....

Entre ton cerveau et tes muscles va donc passer de l'électricité. D'où le titre du podcast. Et ça fait quoi, ce courant qui passe en toi? Selon l'ampérage et les électrodes associées, les sensations peuvent être très différentes. Ça peut aller de la brûlure légère au picotement. Et cela peut se diffuser. Mais peu importe les sensations bizarres, elles te disent que tu es dans la bonne direction. S'il y a des picotements, c'est que l'intelligence artificielle t'a entendu, que la machine est d'accord de t'aider.

Justement, quel est le rôle de l'intelligence artificielle? Il y a l'implant sur le cerveau et les électrodes sur les muscles. Entre les deux, pas de câbles, tout passe par Bluetooth, mais un ordinateur, qui doit décrypter les signaux du cerveau en disant: cette zone-là du cortex qui s'anime de cette manière, ça veut dire qu'Arnaud veut ouvrir la main. C'est une intelligence artificielle qui décrypte le langage ultra-complexe de l'intention pour décider d'utiliser, par exemple, les électrodes trois et cinq à tel ampérage, dans un processus permanent de «trial and error». Elle essaye, elle se trompe. Peu à peu se construit un modèle, un algorithme, une traduction efficace de tes intentions pour une transmission efficace à la stimulation électrique. C'est ça l'idée, c'est vraiment d'avoir un modèle qui tout le temps apprend, tout le temps évolue pour pouvoir s'adapter à ton corps.

Et ça a marché? Ta main a bougé, par exemple quand ils lui ont fait piloter un drone? En vérité, je devais donner une énergie colossale et je n'arrivais pas à savoir si c'était ma main qui bougeait et



pilotait ainsi le drone, ou si c'était juste l'idée de bouger la main qui donnait des ordres au drone. Et pour eux, pour les ingénieurs, cela ne faisait pas grande différence. Ils regardaient leur écran et disaient: «Ça marche!» Je les regardais et je leur disais: «Mais ma main, elle n'a pas bougé!» Pour eux, ce qui comptait, c'était que l'ordinateur ait compris que je voulais tourner ma main. Qu'elle bouge ou pas, c'était pour un deuxième temps...

Quand tu démarres l'étude, tu penses sans doute avoir affaire à des médecins. Et tu comprends que ce sont des investisseurs, qui lèvent des fonds, qui entrent en bourse. C'est une déception? Un sentiment de trahison? Non, parce que c'est très clair depuis le début, qu'ils sont les deux. Là encore, ça résonne vraiment avec notre enquête sur le Zolgensma, le médicament le plus cher du monde. Quand on était dans l'usine à Chicago qui le fabrique, tout le monde était hyper conscient des enjeux économiques. Et pourtant, je te jure, ils avaient les larmes aux yeux en parlant des enfants qu'ils avaient sauvés. Il n'y a pas besoin de choisir. On procède tous du monde de l'idéal et du monde du réel. Grégoire Courtine et Jocelyne Bloch l'assument totalement. Dans certaines interviews, ils parlent sans détours. Ils disent: si on n'a plus d'argent, on tire la prise.

C'est plus complexe pour les cobayes. Car on se rend bien compte que ce n'est peut-être pas à nous que cette recherche va bénéficier. Mais en tant que cobaye, tu t'en fiches. Ce que tu veux, c'est que ton bras fonctionne, c'est récupérer ta vie d'avant. Et c'est encore pire avec Elon Musk. Lui, il utilise vraiment les tétraplégiques comme de la chair à canon. Il y a ce livre génial de Grégoire Chamayou, *Les corps vils*. Il raconte comment sont utilisés, dans la médecine, les prosti-

tués, les prisonniers, les colonisés, les malades mentaux ou les handicapés. Vraiment, c'est une constante dans l'histoire.

Vous, les «pilotes d'essai», comme sont appelés les candidats de l'étude, vous passez par des hauts et des bas inimaginables. Et pourtant, il n'y a pas de suivi psychologique. Juste une séance prévue au début, à laquelle tu n'as pas eu droit. Comment tu l'expliques? C'est incompréhensible. Non seulement il n'y a pas de psy, mais quand on leur en parle, ça paraît anodin. Et même une séance, c'est absurde. Voir un psy au début ne veut rien dire. Les physiothérapeutes, eux, sont là tout au long. Ils sont les gardiens du corps, dans une expérience entièrement vouée à l'ingénierie. De la même manière, il devrait y avoir des gardiens de l'esprit.

Dans un des épisodes, on entend que tu arrêtes la fabrication du podcast pendant deux mois. Cela correspond à un passage à vide, parce qu'il faut digérer des choses de l'étude? C'est ça. Et c'est aussi que c'était difficile de l'écrire, ce podcast. Il fallait prendre de la distance, ne pas faire un truc trop plombant. Et j'ai eu des conflits de loyauté durant tout le processus. D'un côté, je doutais de moi, parce que je ne suis pas journaliste scientifique. De l'autre, je me trouvais en train de déconstruire une entreprise qui, si ça se trouve, allait vraiment un jour guérir des tétraplégiques. Je ne raconte pas tout dans le podcast. Notamment que, quand je suis sorti de l'étude, j'ai pris des ergothérapeutes qui venaient chez moi plusieurs fois par semaine. Je me disais qu'il fallait peut-être une confrontation avec le réel, pour que l'étude donne quelque chose. Mais cela a été le cimetière des bonnes idées. Ils me disaient: «On va mettre un tuyau

pour que tu puisses toi-même ouvrir le robinet.» Ou bien: «Il faudrait que tu puisses sortir des plats du frigo.» Ou encore: «On va mettre tel dispositif pour que tu puisses actionner la poignée.»

Et puis, peu à peu, d'échec en échec, on se rend compte que la fenêtre se referme, que la possibilité que je capitalise sur cette étude s'éloigne. J'ai aussi tenté un séjour à Nottwil, dans le canton de Lucerne, au centre suisse de paraplégie, de renommée européenne. C'est le Club Med des fauteuils roulants, avec 12 activités par jour. Toutes les spécialités, toutes les technologies sont là. J'en suis sorti, et puis rien. Rien n'a changé.

Paradoxalement, j'ai une chance folle. J'ai un amour, des amis, suffisamment d'argent et des employeurs qui ont voulu continuer de bosser avec moi. C'est une combinaison ultra-rare avec un handicap aussi lourd que le mien. Et j'ai compris une chose. Quand les gens te regardent avec tristesse ou ne t'adressent plus la parole, en fait, il ne s'agit pas de toi, mais d'eux. De leurs projections. Ils ne savent rien de ton existence, tu es simplement un archétype à roulettes. Ce n'est pas facile, mais j'apprends ça. Le dégoût, la peur ou l'affection des autres, cela les concerne, eux, en fait. Je suis empêché, mais le suis-je davantage que mes amis haïtiens qui vivent dans un pays sans État, avec des gangs qui les menacent en permanence? Que ces Ukrainiens pris dans une guerre qui a commencé la veille de ma chute et que je voyais sans arrêt, à la télévision, dans ma chambre d'hôpital? J'ai transporté dans ma catastrophe les conditions de vie très privilégiées de notre pays, et cela me permet de garder intacts mes capacités d'imaginaire. ■

Après quarante ans de tabagisme, Alfred, 67 ans, vit aujourd'hui avec un **EMPHYSÈME** et sous oxygène jusqu'à dix-huit heures par jour. Malgré ces contraintes, il s'efforce de rester actif, soutenu au quotidien par sa compagne

« Je me promène avec sept mètres de tuyau »



« **A**ux fumeurs, je leur dirais d'arrêter le tabac avant que cela ne dégénère. La cigarette finit toujours par atteindre la santé, d'une manière ou d'une autre. » Alfred, 67 ans, parle d'expérience. Cet habitant de Couvet vit depuis plus de dix ans avec un emphyème, une maladie chronique incurable qui détruit progressivement les alvéoles pulmonaires. Dans son cas, l'origine ne fait guère de doute: pendant quarante ans, il a fumé deux paquets de cigarettes par jour.

Le tournant survient en 2013. Cette année-là, Alfred est hospitalisé en urgence aux soins intensifs pour détresse respiratoire. « Mon médecin traitant m'avait déjà diagnostiqué un emphyème et vivement encouragé à arrêter de fumer, mais je ne l'ai pas écouté », se souvient-il. L'épisode agit comme un électrochoc. Les médecins lui tiennent alors un discours sans détour: s'il continue à fumer, il ne lui reste probablement que six mois à une année à vivre. « À ce moment-là, j'ai compris que je n'avais plus le choix », raconte-t-il. Alfred sort de l'hôpital sévré.

Quelques années plus tard, la maladie refait parler d'elle. En 2020, il contracte le Covid-19. L'infection entraîne de graves complications. « J'ai de nouveau dû passer une dizaine de jours aux soins intensifs. » À partir de ce moment-là, l'état de ses poumons ne laisse plus beaucoup d'alternatives aux médecins. Alfred doit être placé sous oxygène quinze heures par jour. Une décision difficile à accepter. « À l'époque, je travaillais encore et ce dispositif était très contraignant. »

Le sexagénaire doit alors transporter un concentrateur d'oxygène, un appareil qui capte l'air ambiant et le restitue sous forme concentrée. Une aide devenue indispensable. « Il m'était devenu difficile de faire des efforts, même modérés, comme marcher ou monter les escaliers. J'étais rapidement essoufflé et mon cœur devait travailler davantage pour fournir assez d'oxygène à mon corps. »

Malgré ces mesures, la maladie continue de progresser. Il y a deux ans, Alfred subit une opération de réduction de volume pulmonaire. Certaines zones de ses poumons sont alors tellement endommagées qu'elles ne fonctionnent plus et entravent



même le fonctionnement des parties encore saines. L'intervention ne se déroule toutefois pas comme prévu. « Une mauvaise cicatrisation a provoqué un pneumothorax », explique-t-il. (ndlr: présence d'air entre le poumon et la paroi thoracique pouvant empêcher l'organe de se gonfler correctement). Il doit être réopéré en urgence.

Avec la dégradation de son état, Alfred doit finalement abandonner le concentrateur au profit d'un dispositif plus performant: l'oxygène liquide. Le temps d'utilisation augmente également. Il doit désormais être relié à l'appareil dix-huit heures par jour. Chez lui, une grande bonbonne d'oxygène liquide est installée et remplie chaque semaine par une entreprise spécialisée. « Quand je suis à la maison, je me branche directement dessus. Je me promène donc avec plus de sept mètres de tuyau derrière moi », raconte-t-il en souriant. « Il arrive souvent que ma compagne et moi nous encoublions dedans. »

« Je dois anticiper: remplir la bonbonne, adapter mes efforts et planifier mes activités en fonction de l'autonomie du dispositif »

Lorsqu'il sort, Alfred emporte une version portable dans un sac à dos. L'équipement reste néanmoins conséquent. « Je ne veux même pas savoir combien ça pèse », plaisante-t-il. En réalité, près de cinq kilos. Chaque sortie demande désormais un minimum d'organisation. « Je dois anticiper: remplir la bonbonne, adapter mes efforts et planifier mes activités en fonction de l'autonomie du dispositif, qui est d'environ quatre heures. Lorsque la bonbonne est vide, je désature vite. Ma vie n'est pas en danger, mais je dois éviter les efforts trop intenses pour ne pas m'essouffler ou fatiguer mon cœur. »

Malgré tout, Alfred s'efforce de conserver une vie aussi normale que possible. Il a d'ailleurs gardé une petite activité dans son ancienne entreprise. Et dès que les conditions s'y prêtent, il aime continuer à bouger. « Quand les températures ne sont ni trop froides ni trop chaudes, je vais volontiers me promener, à pied ou à vélo. » L'an dernier, il est même remonté sur sa moto. « Grâce au flux d'air que je reçois quand je roule et au plaisir d'être au guidon, je n'ai pas besoin de bonbonne », explique-t-il avec enthousiasme. Voyager reste également possible, avec un peu d'organisation. En 2025, Alfred et sa compagne se sont offert des vacances en Sardaigne. « Pour l'occasion, j'avais loué un concentrateur, mais je n'en ai presque pas eu

besoin grâce à la faible altitude du bord de mer. » Il constate d'ailleurs que son besoin en oxygène varie selon l'altitude. « À La Chaux-de-Fonds, j'en ai davantage besoin qu'au bas du canton. »

Son quotidien est aussi rythmé par des séances de physiothérapie à la Ligue pulmonaire neuchâteloise et au RHNe. Il y travaille l'endurance, l'équilibre et la force musculaire. Un entraînement important, car des muscles plus développés utilisent l'oxygène plus efficacement. Alfred a également participé au programme de réhabilitation pulmonaire stationnaire proposé sur le site RHNe – La Chaux-de-Fonds. « Ces trois semaines d'hospitalisation, avec beaucoup d'activités physiques, m'ont fait beaucoup de bien. Et j'ai aussi rencontré des personnes qui vivent les mêmes difficultés. »

Aujourd'hui, sa santé reste fragile. L'opération subie il y a deux ans a néanmoins apporté un certain soulagement. Mais le retraité doit aussi composer avec d'autres problèmes: hypertension, cholestérol et hypertension pulmonaire, pour laquelle un traitement adapté est encore en cours de recherche. « Ces derniers mois, j'ai dû intensifier les visites chez mon pneumologue pour surveiller l'évolution de la maladie et voir si le nouveau traitement fonctionne. Je ne tolérais pas le précédent. »

Dans ce quotidien parfois exigeant, Alfred peut heureusement compter sur un soutien essentiel: celui de sa compagne. Présente à ses côtés au jour le jour, elle l'aide dans de nombreuses tâches et l'accompagne dans les moments plus difficiles. Il le dit simplement: « Elle est d'un très grand soutien. Heureusement qu'elle est là. Sans elle, ce serait vraiment compliqué. » ■

En partenariat avec



Jeudis du RHNe

Cycle de conférences publiques



Les prochains rendez-vous > 19h00 > Auditorio du site de Pourtalès

2026 > 23 avril

Contraception: mieux prévenir les grossesses non désirées

21 mai

Alimentation en oncologie: démêler les mythes et renforcer l'essentiel

25 juin

Addiction à l'alcool: en parler pour en sortir

27 août

L'excès du sport chez les jeunes

24 septembre

180 ans d'anesthésie: de l'éther à l'ère numérique

22 octobre

Le cancer du sein chez la femme jeune

Toutes les conférences sont diffusées **en live** sur la page Facebook du RHNe

<https://www.facebook.com/reseauhospitalierne>

