



LE RENDEZ-VOUS SANTÉ

LES DÉFIS DE LA PRISE EN CHARGE
DES PERSONNES MIGRANTES

L'INTERVIEW

DRE LAURENCE RACINE

« La santé de l'enfant se prépare
durant la grossesse »

VÉCU

« J'ai vraiment eu peur de perdre
ma compagne et mon fils »

CARTE BLANCHE

Le regard du photographe

Guillaume Perret

Super Mario visite la STER

DOSSIER

L'hôpital du futur, c'est aujourd'hui !

Le RHNe vient de s'équiper de nouveaux robots pour
renforcer encore les prestations de ses services
de réadaptation. La tendance à recourir à plus
de robotique et d'électronique pour délivrer
des soins va continuer à se développer



LE DOSSIER

L'hôpital du futur,
c'est aujourd'hui!

Le RHNe vient de s'équiper de nouveaux robots pour renforcer encore les prestations de ses services de réadaptation. La tendance à recourir à plus de robotique et d'électronique pour délivrer des soins va continuer à se développer

06

CARTE BLANCHE
GUILLAUME PERRET

Super Mario visite la STER



14

L'INTERVIEW

DRE LAURENCE RACINE

Depuis l'automne 2022, les services de pédiatrie des hôpitaux suisses sont sous pression, avec un nombre record de patient-e-s hospitalisé-e-s. La Dre Laurence Racine, cheffe du département de pédiatrie du Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe), n'a «jamais vu ça» depuis le début de sa carrière. Entretien



18

▶ 03

L'ÉDITORIAL

« Sciences... humaines »

▶ 04

COMPÉTENCES

Les nouveaux visages du RHNe

▶ 05

LA REVUE DE PRESSE

Héliport et dispositif de stérilisation tout neufs

▶ 12

LE RENDEZ-VOUS SANTÉ

Les défis de la prise en charge des personnes migrantes

▶ 21

HISTOIRE DES SOINS & MÉDECINE

Quand les chirurgiens taillaient aussi la barbe

▶ 22

PLANÈTE SANTÉ

Soigner la dépression autrement

▶ 24

HEIDI.NEWS

Les sportifs sont plus vulnérables aux troubles anorexiques

▶ 26

VÉCU

« J'ai vraiment eu peur de perdre ma compagne et mon fils »

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

Élodie Lavigne

Rachel Barbara Häubi

GRAPHISME

additive, Aline Jeanneret
Corcelles

PHOTOGRAPHE

Guillaume Perret
Cormondrèche

TIRAGE 4000 exemplaires

Paraît 2 fois par an

IMPRESSION

Europ'Imprim Swiss
Bevaix

ABONNEMENTS

mag@rhne.ch

« Sciences... humaines »



Du numérique aux biotechnologies en passant par la robotique, les sciences appliquées au domaine des soins permettent un élargissement du champ des possibles en matière de prévention et de thérapie et concourent à la médecine de pointe. La thérapie génique se développe, les robots ont fait leur entrée dans les salles d'opération, des imprimantes 3D fabriquent des prothèses, des tissus, des médicaments et, qui sait, bientôt des organes.

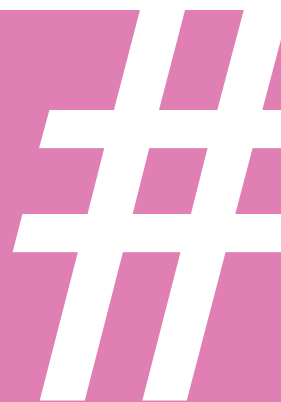
Les patient-e-s, de leur côté, sont de mieux en mieux informé-e-s et de plus en plus connecté-e-s, via internet, leurs smartphones et/ou leurs montres connectées. Ils-elles bénéficient d'une large masse d'informations et d'une grande variété d'applications qui les aident à se maintenir en forme ou à gérer de manière autonome certains paramètres de leur santé. Leurs attentes sont en évolution.

Cette évolution représente-t-elle une opportunité ou un risque pour les patient-e-s, les professionnel-le-s et le système de soins? Les questions soulevées sont nombreuses. Le train est objectivement en marche et le chemin des évolutions semble sans limites sur le plan technique. C'est donc du côté de l'éthique que résideront de plus en plus les défis. Jusqu'où aller et, comment, dans ce contexte, assurer l'égalité dans l'accès aux soins et plus largement, comment définir les limites de la science dans l'intervention sur l'être humain? Autant de questions aujourd'hui encore sans réponses.

Le RHNe est résolument monté à bord du train, les premières évolutions décrites dans ce numéro du RHNe mag en attestent. Il reste toutefois centré sur la nécessité de soins basés sur les valeurs humaines, privilégiant les relations entre soignant-e-s et patient-e-s. La voie choisie est celle d'une technique au service certes de la performance, mais surtout de la qualité des soins, du dialogue et de l'écoute.

« La thérapie génique se développe, les robots ont fait leur entrée dans les salles d'opération »

Les nouveaux visages du Réseau hospitalier neuchâtelois



DRE ILONA KRONIG #1

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

DRE STEFANIA AUR #2

est entrée en fonction le 1er décembre 2022 comme cheffe de clinique puis, dès le 1er mai 2023, comme médecin-chef adjointe au sein du service de cardiologie.

DRE ROXANI PSYCHOGYIOU #3

est entrée en fonction le 1er janvier 2023 comme médecin-chef adjointe au sein du département de médecine.

DRE MAËVA TRÉBILLOD #4

est entrée en fonction le 1er mars 2023 comme médecin cheffe de clinique au sein de l'unité d'endocrinologie-diabétologie.

DRE AMÉLIE PAUCHET #5

est entrée en fonction le 6 mars 2023 comme médecin hospitalière au sein de l'unité d'endocrinologie-diabétologie.

DRE BIANCHI-DECOTIGNIE #6

est entrée en fonction le 1er mai 2023 comme médecin hospitalière à la policlinique de pédiatrie de La Chaux-de-Fonds.

DRE CÉLINE CALLIAS #7

est entrée en fonction le 1er mai 2023 comme médecin hospitalière à la policlinique de pédiatrie de La Chaux-de-Fonds.



ARCINFO

Héliport et dispositif de stérilisation tout neufs

Le site du Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe) à La Chaux-de-Fonds a dorénavant un héliport et une centrale de stérilisation flambant neufs. Ça se fête! Des élus et des représentants de la direction générale et du Conseil d'administration du RHNe ont par conséquent porté un toast lors de leur inauguration hier. «Si tout s'était passé normalement, celle-ci aurait dû avoir lieu il y a plus de deux ans», a commenté Laurent Kurth, le conseiller d'Etat en charge de la santé. (...) «Mais voilà, le Covid est passé par là.» La première centrale de stérilisation était devenue vétuste. «Et elle ne permettait plus un usage conforme aux bonnes pratiques de traitement des dispositifs médicaux.»

La nouvelle unité, dont les travaux ont coûté 4,4 millions, auxquels ajouter 850 000 francs de matériel biomédical, entrera en fonction en avril, après avoir été contrôlée et validée par Swissmedic. (...) Elle accueille trois laveurs désinfecteurs, contre deux auparavant, permettant de répondre à la croissance de l'activité observée sur le site chaux-de-fonnier. C'est environ 2500 interventions chirurgicales par année qui s'effectuent sur le site du RHNe à La Chaux-de-Fonds. «Donc quand un instrument tombe par terre, c'est pratique de pouvoir le faire stériliser sur place et non à 50 kilomètres», a souligné le Dr Pierre-François Cuénoud, président du Conseil d'administration du RHNe et spécialisé en chirurgie viscérale et vasculaire.

Quant à l'héliport, «même si nous n'avons que deux mouvements d'hélicoptère par mois, il fallait le refaire pour des raisons de sécurité», ajoute-t-il. «Nous avons des urgences qui tournent 24 heures sur 24. Nous devons avoir la possibilité d'accueillir les patients qui arrivent par ce biais et d'y recourir si l'un de nos malades va mal et doit être soigné ailleurs.» (...) Le défi a été de faire tenir la piste d'atterrissage, qui pèse 50 tonnes, sur le bâtiment. «Il a donc été nécessaire de chercher tous les points d'ancrage de la structure pouvant supporter ce tonnage», nous explique-t-on. Les travaux ont commencé en avril 2021 et ont été terminés en décembre 2022.

Les deux inaugurations de ce mardi 7 février «marquent une nouvelle étape de modernisation du site de La Chaux-de-Fonds, dont l'activité, en conformité aux décisions populaires, s'est développée de façon très significative ces dernières années», s'est félicité Laurent Kurth. Toutefois, «malgré les étapes successives de modernisation, les défauts relevés depuis une vingtaine d'années s'y font de plus en plus sentir, et la question d'une nouvelle infrastructure se posera immanquablement». A ce propos, un plan d'interventions du Conseil d'administration du RHNe est attendu. (...)

Pour sa part, Patrick Herrmann, président de la Ville de La Chaux-de-Fonds, est ravi de faire le constat que «le site du RHNe à La Chaux-de-Fonds regagne petit à petit et au fil des années une crédibilité qui va de pair avec le redéploiement de la Métropole horlogère». (...)

• ArclInfo, 8 février 2023

ARCINFO

Etude encourageante pour le bracelet Aktiia

L'utilisation du bracelet Aktiia pour le suivi de la pression artérielle donne des résultats équivalents à ceux de la méthode traditionnellement utilisée par le corps médical, indique un bref compte rendu intermédiaire publié par la revue américaine «Nature Hypertension Research (HR)». Un résultat très encourageant pour l'entreprise Aktiia, basée à Neuchâtel. Son bracelet électronique utilisant une méthode optique permet de surmonter le principal défaut des mesures de la pression communément utilisées: le sphygmomanomètre muni d'un brassard qui se gonfle ne permet en effet pas la prise de tension de manière régulière et imperceptible. Mais cet avantage est-il confirmé dans les faits par des mesures précises? C'est ce que démontre pour l'instant le papier publié par Nature HR. Il est issu d'une recherche menée au sein du Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe), par l'équipe du cardiologue Cyril Pellaton, auteur principal. Il faut toutefois préciser que l'article présente «les résultats préliminaires» d'une étude clinique plus large. Ces résultats sont basés sur le suivi de 53 patients neuchâtelois âgés de 46 à 60 ans. Outre le RHNe, les auteurs de l'étude sont issus de la Mayo Clinic à Phoenix (Arizona) et de l'entreprise Aktiia.

• ArclInfo, 5 avril 2023

LE TEMPS

Les urgences «au bord de l'effondrement»

Des médecins urgentistes tirent la sonnette d'alarme dans la presse dominicale. «Nous sommes au bord de l'effondrement», déclare le coprésident de la Société suisse de médecine d'urgence Vincent Ribordy. «L'ampleur actuelle de la charge de travail est sans précédent.» Le problème, qui est d'ampleur nationale, est «lié au fait que nous n'avons pas assez de personnel», abonde dans le même sens dans Le Matin Dimanche le médecin-chef au service des urgences du Centre hospitalier du Valais romand, Vincent Frochoux. Le site de Martigny a dû fermer les urgences la nuit par manque de personnel. «Nous voulons que la décision prise à Martigny reste temporaire, mais nous ne pourrions rouvrir la nuit que lorsque nous serons parvenus à recruter de façon adéquate», ajoute-t-il.

Malgré le manque de personnel médical, les blessés dont le pronostic vital est engagé peuvent toujours être soignés, rassure M. Ribordy dans la Sonntagszeitung. «Mais nous devons faire un tri plus important». La pression permanente épuise les collaborateurs encore disponibles, poursuit-il. «Ils sont fatigués et épuisés, s'absentent plus souvent et le risque d'erreur augmente (...) Cela ne peut pas continuer ainsi.»

Outre un risque d'erreur plus élevé, la situation actuelle conduit à un traitement parfois indigne des patients, note M. Ribordy. Selon le coprésident de la Société suisse de médecine d'urgence, les collaborateurs souffrent de démotivation, de dommages moraux ou psychiques ou de burnout et tournent le dos à la profession pour cette raison.

• Le Temps, 16 janvier 2023

L'hôpital du futur, c'est aujourd'hui!



Béatrice se prépare à une séance de réalité virtuelle avec le physiothérapeute Guillaume Dorville

TECHNOLOGIES

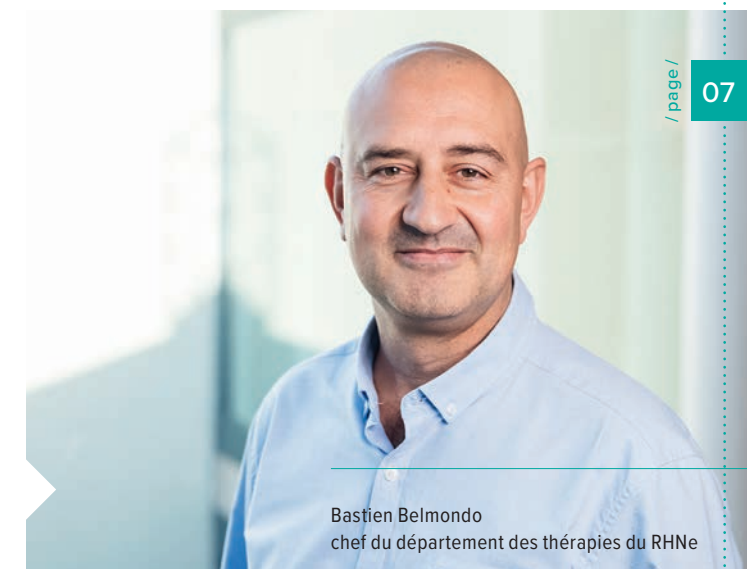
Le RHNe vient de s'équiper de nouveaux robots pour renforcer encore les prestations de ses services de réadaptation. La tendance à recourir à plus de robotique et d'électronique pour délivrer des soins va continuer à se développer

Un casque sur les yeux, des manettes dans les mains, des capteurs sur les jambes, Béatrice s'adonne avec bonheur à la réalité virtuelle dont lui ont tant parlé ses petits-enfants. Elle n'est pas là pour jouer: elle est hospitalisée sur le site RHNe - Le Locle, en réadaptation. Et pourtant, elle s'amuse. Et c'est toute la force de cette technologie mise au service de la santé: «Avec la réalité virtuelle, il me semble que je fais plus de mouvements, confie-t-elle. En tout cas, je sens que pour moi et pour mes réflexes, c'est bénéfique, mais surtout, c'est divertissant.»

« Je sens que pour moi et pour mes réflexes, la réalité virtuelle est bénéfique, mais surtout, c'est divertissant »

Depuis le mois d'avril, le service de réadaptation du Locle dispose d'un poste de réalité virtuelle pour les patient-e-s. À travers plus de 120 exercices adaptables à chaque cas, il crée une simulation interactive et immersive qui va stimuler le cerveau et garantir une réactivité en temps réel.

Fin mai, deux Lambda, des robots «swiss made» mis au point par la firme yverdonnoise Lambda Health System SA, le CHUV et la HES-SO, sont venus agrandir l'offre. «Ils réhabilitent via une mobilisation active ou passive les membres inférieurs, au moyen de jeux, un peu comme en réalité virtuelle, dans lesquels le patient progresse grâce à des mouvements spécifiquement adaptés par le robot», explique le chef du départe-



Bastien Belmondo
chef du département des thérapies du RHNe

ment des thérapies du RHNe, Bastien Belmondo, qui a mené ces projets d'acquisition.

Les robots fournissent également un retour d'information instantané aux thérapeutes qui peuvent ainsi en tout temps adapter la difficulté de l'exercice ou corriger les gestes. Offrant près de 50 modes de thérapies, les Lambda répondent à la plupart des besoins. «Ils ont aussi l'avantage de remplacer plusieurs appareils, comme la leg press, le vélo ou le pédalier, commente Sabrina Locatelli, physiothérapeute responsable d'unité au Locle. Le patient peut donc varier les mouvements sans avoir à changer d'appareil à chaque exercice.»



Sabrina Locatelli
physiothérapeute responsable d'unité au RHNe - Le Locle

Le RHNe pionnier en Suisse

Le RHNe est le premier hôpital public du pays à s'être équipé d'un concept mêlant robots Lambda et réalité virtuelle. «Nous anticipons ainsi la réponse aux normes imposées par les critères de réadaptation de plus en plus contraignants pour les hôpitaux», précise Bastien Belmondo.

Ce pôle de cyber-rééducation, comme l'a baptisé le chef de département, constitue une plus-value patient-e importante: après quelques semaines d'exploitation de la réalité virtuelle, les thérapeutes ont déjà constaté une vitesse de progression et une atteinte des objectifs pouvant être jusqu'à deux fois plus rapides lorsque ces nouvelles technologies sont utilisées en complément des thérapies standards. Qui peut en bénéficier? «La patientèle stationnaire gériatrique ou qui présente des troubles musculosquelettiques, comme c'est le cas de la majorité des personnes hospitalisées sur le site du Locle. Mais également les patients ambulatoires de tout âge, adressés sur ordonnance de physiothérapie ou d'ergothérapie pour différents troubles physiques ou psychosomatiques.»

La patientèle gériatrique en est friande, comme l'ont démontré plusieurs études. «C'est même la population qui accroche le mieux à ces techniques thérapeutiques, poursuit Bastien Belmondo. Il ne faut pas oublier qu'elle est de plus en plus connectée. Et avec ces systèmes, on peut travailler assis ou debout, de manière sécurisée grâce au thérapeute, donc cela reste accessible même pour des personnes qui ont des déficits très importants.»

Le jeu pour rester motivé-e

La grande difficulté lors de longs séjours en réadaptation est de parvenir à conserver intacte la motivation de progresser. C'est là que l'aspect ludique de ces nouvelles technologies joue son rôle majeur. La visualisation des résultats de façon instantanée par l'utilisateur-trice et la possibilité qu'il-elle a de constater ses progrès séance après séance contribuent également à éviter le découragement.

«Les patients gériatriques qui étaient sportifs apprécient énormément de pouvoir à nouveau expérimenter un type de sport. Avec le casque, ils peuvent faire du foot, du ski, du tir à l'arc, du bowling... Cela fait aussi appel à la mémoire du corps et aux bons souvenirs, analyse Sabrina Locatelli. Il y a aussi des mises en situation de la vie courante comme faire ses courses ou cuisiner qui sont utilisées par les ergothérapeutes.» Et d'ajouter: «Une patiente âgée m'a confié qu'elle trouvait ce programme valorisant, car elle avait l'impression de ne pas être laissée au bord de la route de la modernité.»

Lire la suite en page 10



Hospitalisé au Locle, Rémi (au centre) découvre le tout nouveau robot Lambda

L'intelligence artificielle s'invite à l'hôpital

Les algorithmes révolutionnent la prise en charge des patient-e-s, notamment en imagerie médicale. Tour d'horizon



Vous avez le teint cireux et les pupilles dilatées? Le miroir intelligent de votre salle de bains s'en aperçoit et donne l'alerte sur votre smartphone. Votre médecin ne parvient pas à trouver ce dont vous souffrez? Son super-assistant GPT-5 lui propose un diagnostic après avoir analysé votre dossier électronique du patient (DEP). Un scénario de science-fiction? Pas vraiment. Avec l'intelligence artificielle (IA), qui désigne la machine apprenante, le parcours de soins des patient-e-s est en passe de vivre une révolution.

Au RHNe, le département d'imagerie a joué un rôle pionnier en 2019 avec l'intégration de la solution de reconnaissance vocale Dragon Medical Direct (DMD), qui intègre l'IA. L'outil permet aux utilisateur-trices de faire de la saisie de texte par oral dans différents environnements (production de comptes rendus, courriels, documents Word...). Le gain de temps pour la saisie a permis de libérer des ressources de secrétariat pour les réaffecter à d'autres missions. Depuis lors, la solution DMD a été déployée dans une vingtaine de services médicaux.

Avec le développement technologique, des applications informatiques sont capables de manière autonome d'apprendre des profils et des processus, comme ce fut le cas dans les années 1990 déjà avec l'ordinateur d'échecs «Deep Blue». Cette reconnaissance de profils et structures sur la base de ce qui a été appris a déjà été expérimentée dans la reconnaissance faciale sur des photos. Il en résulte de nouvelles perspectives pour le diagnostic en imagerie. Cela fait ainsi plus de dix ans que les foyers ronds dans les poumons peuvent être détectés à l'aide d'un algorithme, ce que l'on appelle les systèmes de «computer-assisted detection» (CAD). Ces systèmes se sont perfectionnés, permettant une interprétation semi-automatisée de certaines images.

Le département d'imagerie du RHNe envisage à court terme de poursuivre ce développement avec l'acquisition de la plateforme Incepto, qui centralise plusieurs solutions d'intelligence artificielle tout en respectant scrupuleusement la législation sur la protection des données. «Dans une première étape, elle sera utilisée pour l'aide au diagnostic des radiographies du thorax, précise Luigi Russo, manager des systèmes d'information du département d'imagerie. Dès 2024, nous pourrions intégrer les radiographies osseuses pour la recherche de fractures.»

Plusieurs bénéfices sont à prévoir avec le déploiement d'Incepto et le perfectionnement des algorithmes. Ces solutions apporteront à terme un allègement de la charge de travail des médecins grâce à l'automatisation des tâches les plus chronophages et à faible valeur médicale; une meilleure prise en charge des patient-e-s par la priorisation des cas, notamment dans les services d'urgences; un diagnostic plus précis, y compris de pathologies rares, par le croisement avec des milliers, puis des millions d'examen déjà annotés; une meilleure visibilité pour le RHNe auprès des médecins installés, l'hôpital misant sur des technologies d'avenir et favorisant leur investissement.

Par Pierre-Emmanuel Buss

Mais la liste des qualités du pôle de cyber-rééducation ne s'arrête pas là. «Le Lambda offre aussi des facilités de transfert, notamment depuis une chaise roulante, et augmente l'intensité des traitements. Son utilisation nous permet aussi de développer des partenariats de recherche avec le constructeur et les hautes écoles, particulièrement dans le domaine gériatrique dont les prises en charge représentent un enjeu majeur au vu du vieillissement attendu de la population», détaille Bastien Belmondo.

« La réalité virtuelle me fait penser que, dehors aussi, c'est possible. »

Hospitalisé au Locle, Rémi a été l'un des premiers à tester l'installation de réalité virtuelle et ne cache pas son enthousiasme. «J'essaie de remarcher normalement depuis un AVC, il y a 8 ans. Et c'est avec la réalité virtuelle que j'ai fait le plus de progrès. En seulement quatre séances à ce jour, elle m'a déjà aidé à récupérer certains mouvements au niveau des genoux et des jambes.» Plongé dans cet univers fictif à 360°, Rémi a aussi senti un regain de confiance: «Je n'arrive pas à me concentrer sur la marche et sur autre chose en même temps. Si on me parle par exemple et que je dois répondre, je tombe. Dehors, avec le bruit, les gens, les voitures, c'est difficile. Dans la réalité virtuelle, on a choisi un jeu de football qui se déroule en pleine ville de Florence, il y a des ballons qui volent, des gens qui courent, un marché pas loin et il faut rester concentré. On sait que ce n'est pas réel, mais j'ignore pourquoi le cerveau est beaucoup plus réceptif. Il réfléchit différemment. Cela m'a fait réaliser que dehors aussi, c'était possible.»

« Sans chercher à diminuer les dotations en personnel, l'autonomisation du patient rendue possible par l'usage des robots peut également permettre de pallier la pénurie de personnel qui touche tous les hôpitaux »

Selon Rémi, ces bienfaits, il les tire principalement de ce côté ludique justement. Il avait déjà eu l'occasion d'en constater l'efficacité à domicile. Son fils physiothérapeute lui avait en effet conseillé, peu après son AVC, de rejouer au football sur sa PS4 afin de récupérer l'usage de ses mains: «Au début, c'est très difficile. Mais on est tellement fixé sur le jeu que, peu à peu, on ne pense plus à la manière dont on va bouger ses doigts, on les bouge et c'est tout. Donc quand on m'a proposé d'essayer la réalité virtuelle au Locle, j'ai dit oui de suite. Je ne dis pas qu'elle fait des miracles, mais pour moi cela fonctionne bien.»

Les robots ne remplaceront pas les humains

Les projections faites au moment d'acquiescer la réalité virtuelle et les Lambda étaient d'une douzaine de patient-e-s par jour sur chaque installation. Mais là n'est



pas l'objectif premier: «Les physiothérapeutes et ergothérapeutes du Locle continueront comme avant d'aller au lit du patient, de lui prodiguer les soins dont il a besoin. Ces appareils constituent un plus à inclure pour certains profils de patients afin de casser la routine et garder la motivation, mais ce n'est pas l'entier du traitement», insiste Sabrina Locatelli.

L'expertise de l'équipe reste ainsi essentielle, tant dans l'établissement des besoins des patient-e-s, dans le choix des exercices sur appareils et dans l'assistance lors de leur exécution. Il n'est pas question de remplacer l'humain par des machines. Du côté de l'équipe, la modernisation du travail a d'ailleurs été bien accueillie, ajoute la physiothérapeute: «Nous avons été bien formés et il n'y a pas eu de réticence. Au contraire, utiliser ces nouveaux outils est motivant et leur présence valorise notre site.»

Les nouvelles technologies entraînent aussi l'efficacité en termes de ressources humaines. D'abord parce qu'elles permettent aux thérapeutes de gérer plusieurs personnes à la fois, sans pour autant leur imposer à toutes le même exercice. En rendant possible la collecte instantanée des données, elles économisent du temps de retranscription. «Sans chercher à diminuer les dotations en personnel, l'autonomisation du patient rendue possible par l'usage des robots peut également permettre de pallier la pénurie de personnel qui touche tous les hôpitaux», rassure Bastien Belmondo.

Sans compter qu'avec l'arrivée au grand âge de l'importante génération des baby-boomers, les besoins en réadaptation ne feront que croître ces prochaines décennies. «Pour l'instant ces dispositifs sont disponibles sur le site du Locle, mais la possibilité d'équiper d'autres sites est à l'étude. Ce qui est sûr à ce stade, c'est que la tendance des soins et thérapies est clairement à plus de robotique et d'électronique.» ■

Un groupe connecté pour se soigner en jouant

Ils s'appellent Pablo (comme Picasso), Diego (comme Maradona) ou Switch: sur le site de réadaptation du Val-de-Ruz, robots, tablette et consoles Nintendo cohabitent avec les patient-e-s depuis 2019 et sont connus par leurs petits noms. Créé en avril, un groupe de travail, baptisé ErgoFiction, optimise leur utilisation. Les patient-e-s y effectuent des exercices amusants et peuvent s'affronter sur des jeux de rééducation.

Co-créateur du groupe avec sa collègue clinicienne Anne Lachat, Luca Maffei, ergothérapeute référent de filière, explique de quelle manière ces nouveautés soutiennent l'ergothérapie, centrée sur le maintien de l'autonomie des personnes dans leurs activités de la vie quotidienne.

RHNE MAG: Pourquoi avoir créé ErgoFiction?

Luca Maffei: Ce groupe de travail, axé sur la réadaptation du membre supérieur, permet d'augmenter l'aide thérapeutique en offrant un espace de partage. L'ergothérapeute qui s'occupe du groupe crée le programme en fonction des besoins des participants. Puis pendant une heure, quatre à cinq personnes passent aux différents postes connectés. Elles jouent seules, en équipe ou l'une contre l'autre. Le côté ludique prime, mais on travaille énormément de choses. L'aspect social est aussi important. Depuis sa création, le groupe ne désemplit pas.

Quels sont les robots utilisés au Val-de-Ruz?

Nous avons deux robots de la marque Tyromotion: le Pablo depuis 2019 et le Diego depuis 2022. Ils servent à la neurorééducation, suite à un AVC par exemple, ou à améliorer les problèmes de mobilité au travers des jeux 1D et 2D. On peut calibrer n'importe quel mouvement grâce à des capteurs et de nom-



breux supports, dont une planche pour travailler tout le corps, très utilisée avec les amputés pour la mise en charge sur la prothèse. Puis, en répétant ce mouvement, le patient fera avancer le jeu. Diego fonctionne comme Pablo, à la différence qu'il offre un délestage pour soutenir les bras dans le cas d'atteintes physiques plus importantes.

Quels sont les bénéfices principaux pour les patient-e-s?

Si je demande à quelqu'un de s'exercer à porter un verre à sa bouche de nombreuses fois, il se lassera. Avec les Tyromotion, les gestes servent à s'amuser. Cela permet d'aller beaucoup plus loin dans la répétition, très importante en neurorééducation.

Ces robots sont-ils destinés à tout le monde?

Non, cela dépend de l'objectif thérapeutique. Mais ils sont quotidiennement très employés et nous avons aussi ouvert leur utilisation à l'ambulatoire.

De quels autres appareils connectés disposez-vous?

Depuis 2023, en plus de la Wii que nous avons déjà depuis plusieurs années,

nous disposons d'une Nintendo Switch, pour jouer au tennis, au badminton, au bowling, debout ou assis. Nous avons également un ordinateur et une tablette pour les patients avec des jeux travaillant la précision, la rapidité ou encore la dissociation des doigts. Nous souhaitons développer cet équipement.

Qu'est-ce que les nouvelles technologies ont changé en ergothérapie?

Elles offrent des outils complémentaires pour des réadaptations intensives, mais ne constituent pas l'essence du traitement. Comme on travaille sur les activités de la vie quotidienne que le patient doit pouvoir accomplir pour rentrer chez lui, on favorise la mise en contexte réelle. On travaille aussi sur ses loisirs et on continue de proposer des jeux physiques ou de société. Le jeu était aussi très présent en ergothérapie avant l'avènement des nouvelles technologies. Ces dernières aident surtout à varier la prise en charge pour garder la motivation de personnes qui ont des mois, voire des années pour les cas ambulatoires, de rééducation derrière elles.

Propos recueillis par T. Ba.

Les défis de la prise en charge des personnes migrantes



Les sages-femmes conseil du RHNe (de gauche à droite): Céline Jeannet, Levana Blum, Nathalie Fischer

Quand des personnes non francophones viennent consulter, comment s'organise l'hôpital pour communiquer avec elles? Gros plan sur la maternité avec les propos d'une future mère réfugiée et d'une sage-femme conseil

Nous avons rencontré Tangreha à la maternité du RHNe, sur le site de Pourtalès, Neuchâtel, à la suite d'une consultation. À 8 mois de grossesse, elle est bientôt à terme. Une situation loin d'être anodine pour cette femme de 28 ans, réfugiée sri lankaise arrivée en Suisse l'été dernier. Elle ne parle pas français, tout juste un peu d'anglais. Si nous parvenons à échanger, c'est par l'intermédiaire d'un téléphone posé sur la table: à l'autre bout du fil, une interprète traduit nos propos en direct.

Ce moyen de communication fait toute la différence pour la future maman. «Quand une consultation se déroule sans interprète, c'est difficile pour moi. J'essaie de me débrouiller comme je peux en anglais.» Tangreha a certes commencé un cours de français, mais il y a un mois à peine... Pour l'accouchement, elle ignore si l'interprète sera présente, «mais ce serait mieux qu'il y ait quelqu'un pour traduire», souffle-t-elle timidement.

Comment se sent-elle? «Ça va», lâche la jeune femme, avant de préciser que ce qui lui importe le plus, désormais, «c'est d'avoir un bébé en bonne santé». Dans le centre de requérants d'asile où elle vit, elle n'a ni famille, ni compatriotes avec qui échanger dans sa langue. Mais elle souligne que la femme turque qui partage sa chambre l'aide énormément, «par exemple pour venir à l'hôpital. Mais cette dame ne sait pas l'anglais, alors nous essayons de communiquer via Google traduction.»

Enceintes et fragiles

En marge des contrôles médicaux, Tangreha est suivie par Levana Blum, l'une des trois sages-femmes conseil du RHNe. Leur mission consiste à offrir un soutien aux femmes enceintes en situation de vulnérabilité. Problèmes psychiques, addictions, précarité, violences conjugales, migration... Les causes à l'origine d'une fragilité peuvent être très diverses. «Un grand nombre de patientes nous sont envoyées par la policlinique. Ce relais fonctionne bien au sein de l'hôpital. En revanche, les intervenants externes ne pensent pas forcément à orienter les femmes dans ce type de situations ici», constate Levana Blum. «Nous les recevons en consultation et organisons leur prise en charge à l'hôpital ainsi que l'accompagnement extérieur, pour leur créer un réseau. Mais parfois, elles refusent tout. Nous sommes alors les seules à les accompagner.» À titre indicatif, les sages-femmes conseil ont pris en charge 160 patientes au cours de l'année 2022, dont 43 migrantes.

«C'est difficile lorsque nous les rencontrons la première fois et que nous découvrons qu'il n'y a pas de compréhension possible, rapporte la sage-femme conseil. Quand nos compétences en anglais, allemand, français, italien ne suffisent pas, nous cherchons à passer par une plateforme qui propose des interprètes. Il en existe plusieurs. L'une d'elle est prévue pour les migrants du Centre fédéral de Boudry. Pour les personnes migrantes qui ne dépendent pas de cette structure nous utilisons le système Bhaasha.» Selon Levana Blum, les ressources internes peuvent aussi s'avérer utiles, grâce à «une liste d'employés polyglottes que l'hôpital a établie. Encore faut-il que la personne qui maîtrise la langue recherchée travaille quand nous en avons besoin.»

Apporter des soutiens

Présentes depuis une quinzaine d'années au RHNe, les sages-femmes conseil fournissent un appui durant la grossesse, en abordant des aspects qui vont au-delà des considérations médicales. Cela peut se traduire par la mise en place d'un soutien psychologique ou autre. Pour la préparation à la naissance, si les femmes n'ont ni les moyens ni la possibilité de suivre les cours collectifs, Levana Blum et ses collègues cherchent des alternatives. Par exemple, le centre Recif qui a ouvert un atelier destiné aux femmes enceintes migrantes. «Nous pouvons aussi les mettre en contact avec une sage-femme indépendante, qui ira les voir pour un examen prénatal, dans la mesure du possible. Cette consultation est prise en charge par la LAMal.»

Lorsqu'une patiente migrante qu'elle suit est admise en salle d'accouchement, Levana Blum essaye d'être présente durant le travail. «Si je suis absente, mes collègues géreront très bien la situation, elles ont l'habitude de s'expliquer avec des gestes! Mais il arrive aussi que certains interprètes se mettent à disposition pour la naissance.» En cas d'urgence vitale, l'équipe cherche à traduire avec les moyens du bord, mais après coup un entretien sera organisé avec un interprète pour veiller à ce que la patiente ait bien compris la prise en charge.



« Dans la santé, le facteur culturel est très fort »

L'hôpital prend en charge un nombre «non anecdotique» de patient-e-s non francophones qu'il est difficile de quantifier. «Pour pouvoir communiquer avec eux, nous nous appuyons sur différents systèmes, détaille Pascale Giron, directrice adjointe à la direction médicale du RHNe. L'objectif est de fournir des informations dans leur langue, surtout quand un diagnostic ou un traitement doit être expliqué ou un consentement donné. Pour les requérants du Centre fédéral de Boudry, nous pouvons solliciter des interprètes via une plateforme dédiée. Pour les autres migrants, nous passons par Bhaasha, un service d'interprétariat communautaire. Nous nous adressons parfois aussi au Service de la cohésion multiculturelle pour demander qu'un traducteur se déplace.»

Il arrive aussi qu'un proche parlant français vienne avec le-la patient-e pour faire la traduction. Pas idéal s'il se retrouve à devoir annoncer un diagnostic grave. «Selon le contexte, nous essayons d'éviter qu'un parent fasse le traducteur: ce n'est pas à un enfant d'accompagner sa mère à une consultation gynécologique. Et en cas de violences sexuelles perpétrées au sein d'une petite communauté, nous ne pouvons pas être sûrs que le proche qui traduit garantisse la confidentialité des échanges. Un interprète agréé est lié au secret professionnel. Il ne s'arrête d'ailleurs pas à la traduction littérale, mais prend aussi en compte le contexte culturel, en veillant à ce que le patient ait compris les enjeux.»

Dans le domaine de la santé, la composante culturelle est très forte: «C'est pourquoi nous accompagnons nos collaborateurs pour les sensibiliser à ce facteur. Dans certaines communautés, des représentations d'une maladie peuvent conduire à un refus de prise en charge. L'épilepsie, par exemple, peut être vue comme une manifestation d'esprits et engendrer des pressions de l'entourage. Quand nous annonçons un tel diagnostic, nous devons être sûrs que le patient comprenne bien les incidences en termes de vie professionnelle, traitement et crises.»

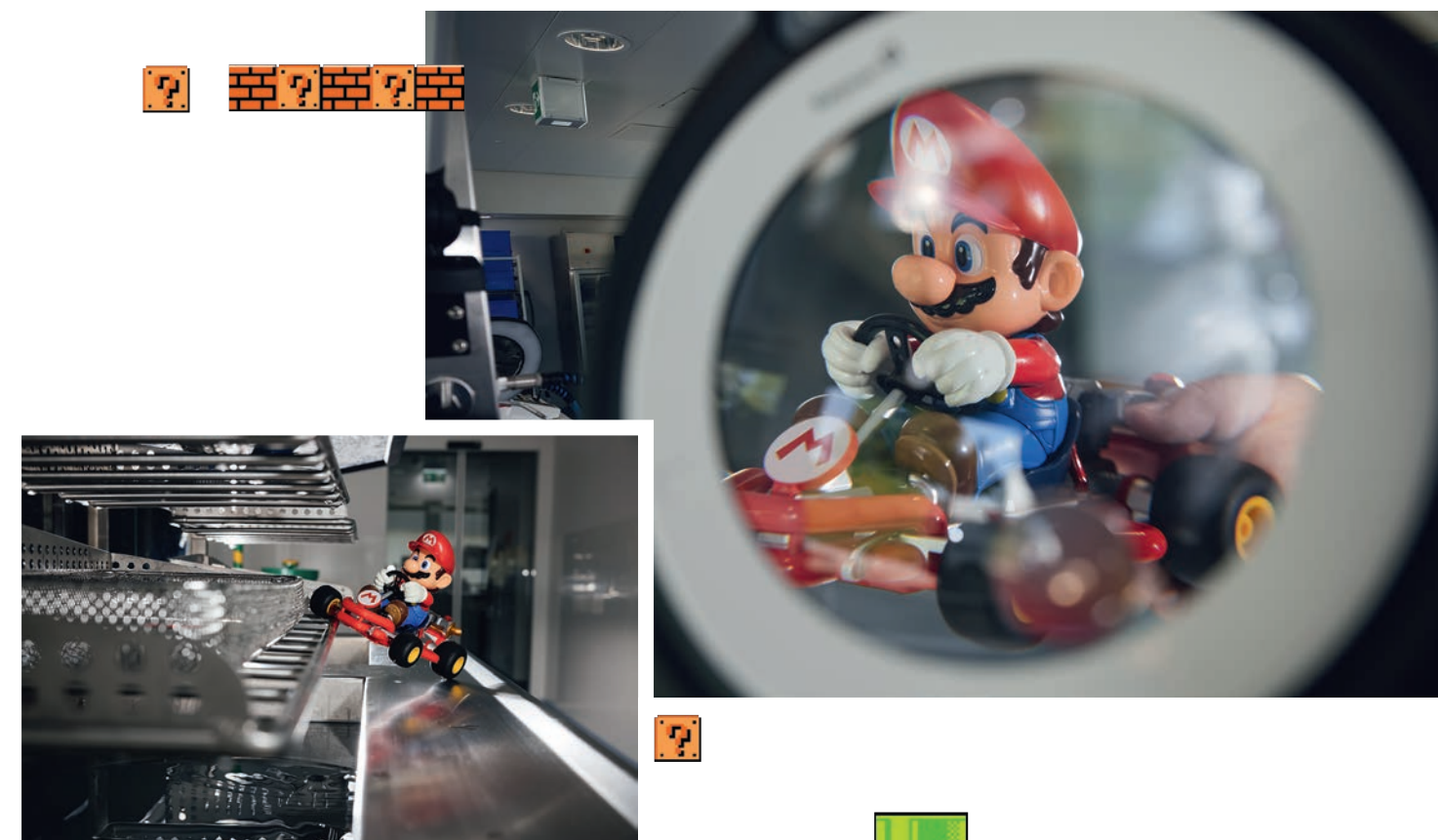
Au gré des besoins, les sages-femmes conseil se rendront auprès de ces patientes durant leur hospitalisation. Pour voir comment elles se sentent, vérifier que tout est bien organisé pour leur sortie avec le bébé ou faire un retour à la sage-femme indépendante. Selon Levana Blum, le plus

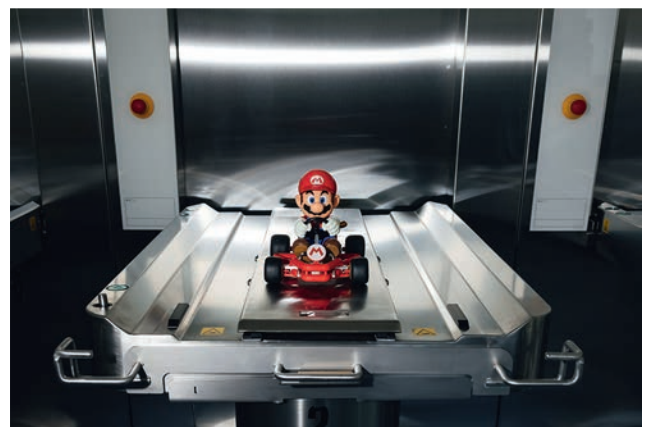
compliqué dans son travail avec les personnes migrantes «n'est pas le problème linguistique, car les interprètes sont bons. C'est plutôt de créer un lien de confiance dans un contexte difficile et de les aider à faire face, tout en sachant qu'on ne peut pas tout résoudre.» ■

Le célèbre personnage né en 1981 dans le jeu Donkey Kong a exploré la nouvelle unité de stérilisation du site RHNe-La Chaux-de-Fonds, inaugurée en février 2023. L'occasion de découvrir les différentes étapes de la stérilisation des dispositifs médicaux utilisés dans les unités de soins et lors d'interventions chirurgicales



Super Mario visite la STER





- DRE LAURENCE RACINE -

Depuis l'automne 2022, les services de pédiatrie des hôpitaux suisses sont sous pression, avec un nombre record de patient-e-s hospitalisé-e-s. La Dre Laurence Racine, cheffe du département de pédiatrie du Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe), n'a «jamais vu ça» depuis le début de sa carrière. Entretien

«La santé de l'enfant se prépare durant la grossesse»



RHNE MAG Quelles sont les causes de cet afflux inédit de patient-e-s pédiatriques?

DRE LAURENCE RACINE On manque encore de recul pour avoir des certitudes. On a observé plusieurs épidémies virales simultanées. Le nombre de consultations et d'hospitalisations a été bien plus élevé que d'habitude. On a eu des patients plutôt gravement atteints, souvent assez jeunes, avec beaucoup de nouveau-nés et de nourrissons. Cela a entraîné une légère hausse des durées d'hospitalisation, ce qui a participé à engorger le dispositif. L'hypothèse des infectiologues est que cette situation est induite par une dette immunitaire liée à toutes les protections mises en place pendant la pandémie de Covid-19.

Est-ce dire que la situation se normalisera l'hiver prochain?

On l'espère, mais les infectiologues restent prudents. Il y a eu une telle exposition aux virus cette année que l'immunité générale va remonter. Mais personne ne sait si cela suffira pour revenir dans les normes dès l'hiver prochain ou s'il faudra attendre une année de plus.

En septembre 2022, la faitière Pédiatrie suisse avait alerté l'opinion du risque de pénurie de personnel spécialisé. Comment vous êtes-vous organisés dans ce contexte?

On est passé à un cheveu d'un réel problème grave de santé publique en Suisse: sans transfert intercantonaux, sans renforcement en urgence des services de pédiatrie, il y aurait eu un manque de lits. Il y a un report de charge sur l'hôpital depuis 15 ans. Avec le manque de personnel qualifié, il est de plus en plus difficile d'absorber tant les hospitalisations avec des patients complexes que les pics hivernaux. Cela impose de former continuellement les équipes. Au sein du département de pédiatrie, cela concerne des formations en pédiatrie, en chirurgie, en néonatalogie, en urgences et en pédopsychiatrie.

Les derniers mois ont été particulièrement compliqués. Pour que chaque patient ait un lit, on est passé de 10 à 20 lits stationnaires. Un dispositif qu'on a pu alléger le 15 avril. Dans le cadre de la coordination romande, on a effectué deux transferts à Yverdon. Une fois notre dispositif passé à 20 lits, on a accueilli près de 30 patients venus de Bienne, de Fribourg et d'autres hôpitaux romands. On n'a pas arrêté de jongler, avec la chance d'avoir pu disposer de plus de renforts qualifiés que d'autres établissements.

La pédiatrie peine à susciter des vocations. Pourquoi avez-vous choisi cette spécialité?

Parce que c'est le plus beau des métiers! Plus sérieusement, j'ai eu beaucoup d'envies différentes mais avec toujours en tête celle de devenir pédiatre. Pédiatre, pas médecin. Mon choix s'est confirmé au cours de mes études, lors des premiers stages à l'hôpital. J'étais enthousiaste, avec le sentiment très net que c'était la bonne discipline pour moi. Plus tard, quand j'ai fait mon FMH de médecine intensive,

j'ai passé 6 mois en médecine adulte. C'était passionnant intellectuellement, mais moins naturel pour moi. Pour moi, la pédiatrie possède tout ce que j'aime: c'est de la médecine de premier recours et en même temps une spécialité qui comprend toutes les sous-spécialités. Elle permet d'être exposé à une palette de patients extrêmement large, avec des pathologies qui sont propres aux enfants, mais qui se présentent de manière différente en fonction de l'âge. Il y a aussi des enjeux de communication très différents de ce qu'on trouve en médecine adulte.

« Avec le manque de personnel qualifié, il est de plus en plus difficile d'absorber tant les hospitalisations avec des patients complexes que les pics hivernaux »

Quel est le profil des enfants que vous prenez en charge avec votre spécialisation en médecine intensive?

Il n'y a pas de soins intensifs pédiatriques au RHNe. En Suisse, cela existe uniquement dans les hôpitaux universitaires et dans quelques hôpitaux alémaniques. On propose des soins intermédiaires, avec de la ventilation non invasive en continu par exemple. Mon cursus d'intensiviste m'aide pour la prise en charge de ces patients complexes. Je pratique encore la médecine intensive pédiatrique au CHUV, où je travaille une demi-journée par semaine. On est confronté à des situations aiguës, à risque vital. Il y a des décès. L'impact sur les soignants est différent.

Pouvez-vous décrire le déroulé d'une de vos journées types?

J'ai des journées orientées sur la clinique, d'autres plus administratives, mais ce n'est jamais totalement étanche. Dans les unités stationnaires, je commence le matin vers 7h30 par prendre connaissance des dossiers des patients avant la transmission de 8h. Nous faisons ensuite la visite avec l'équipe soignante. C'est l'occasion de décider si un plan d'investigation est nécessaire et d'adapter le plan de traitement pour la journée pour chacun des patients. On explique cela aux parents et on essaie de déterminer comment l'état du patient doit évoluer. Si cela ne se passe pas comme prévu, c'est un signal d'alarme.

Si le cas est plus grave ou complexe, je prends du temps spécifiquement avec le patient et ses parents, c'est important. L'après-midi, on reçoit les examens demandés et on les analyse, ce qui entraîne parfois une adaptation des traitements. Vers 17h, on fait un point de situation avant le début du système de garde. La nuit, la permanence est assurée par un médecin-assistant. Je fais un point avec lui à 23h pour m'assurer que tout va bien. Je passe aussi des journées à la maternité et aux urgences pédiatriques, où il faut être vigilant pour détecter les situations à risque et encadrer les médecins-assistants. C'est différent. J'apprécie cette variété.

1970 Naissance à Bienne

1995 Diplôme de médecine à Lausanne

Spécialisations:

2002 Pédiatrie

2003 Médecine intensive

2017 Médecine d'urgence pédiatrique

2008 Arrivée au RHNe

Depuis 2016, le RHNe dispose d'une consultation pédiatrique au centre-ville de La Chaux-de-Fonds. Quelle est l'importance d'une telle structure de proximité?

Les consultations semi-électives qui sont dispensées dans cette structure pourraient être faites en cabinet par des pédiatres de ville. Mais comme ils n'arrivent plus à absorber tous les cas de pédiatrie générale, l'hôpital public reprend en partie ce rôle. C'est une évolution par la force des choses. Cela permet de garantir une prise en charge de qualité et de proximité pour les enfants des Montagnes neuchâteloises, avec des médecins qui connaissent leurs patients. C'est un vrai plus par rapport à une prise en charge aux urgences, où le pédiatre découvre les patients qu'il prend en charge sur le moment, et réciproquement. Une telle structure de proximité est d'autant plus importante que plusieurs pédiatres installés partiront à la retraite ces cinq prochaines années.

Comme les autres disciplines médicales, la pédiatrie s'est spécialisée en filières. Qu'est-ce que cela change dans l'organisation hospitalière?

Cette spécialisation s'est imposée progressivement ces dix dernières années. On a des patients plus complexes, parfois polymorbides. Leur prise en charge nécessite de recourir à un ou plusieurs spé-

cialistes, comme en médecine adulte. Chaque spécialiste est entouré d'une équipe multidisciplinaire pour permettre des soins précis selon les dernières recommandations.

En terme d'organisation, il faut veiller à maintenir des ponts entre ces filières pour garder une vue d'ensemble. Cela impose un très important travail de coordination. C'est chronophage, mais cela apporte une claire plus-value pour les patients. Le rôle des pédiatres et médecins traitants est prédominant dans cette coordination. Sans eux le système ne fonctionne pas.

Le RHNe dispose d'un centre mère-enfant sur son site de Pourtalès, où se trouve la maternité. Quels sont les avantages d'un tel pôle?

C'est important pour un département de pédiatrie d'avoir deux ancrages forts dans l'hôpital: le premier avec le département de gynécologie-obstétrique et la maternité, l'autre avec les urgences adultes. Cela permet d'avoir une continuité entre la grossesse et l'enfance, ce qui peut être décisif: la santé de l'enfant se prépare durant la grossesse. C'est important d'avoir une bonne collaboration interdisciplinaire pour connaître ce qui a pu impacter la santé de l'enfant pendant la grossesse. Au même titre, une transition entre la médecine pédiatrique et adulte est nécessaire.

Quelles sont les mesures à prendre pour renforcer l'attractivité de la pédiatrie auprès de la relève?

Il faut rendre visibles toutes les facettes de la discipline, qui est incroyablement variée. Un point clé serait de recentrer la pédiatrie sur ce qu'elle est censée faire: de la médecine somatique. Aujourd'hui, on est envahi par les aspects sociaux. Il faudrait aussi redonner du temps pour les consultations, temps qui s'est considérablement réduit ces dernières années. C'est lié à la tarification, qui impose d'aller vite, et à une activité toujours plus dense. Cela rend le travail moins gratifiant, avec l'impression de toujours tout faire en courant. Cela décourage certains jeunes médecins, c'est évident. ■

Quand les chirurgiens taillaient aussi la barbe

Le RHNe mag plonge dans le passé et vous propose de découvrir des épisodes insolites de l'histoire médicale. Focus sur la profession de barbier-chirurgien qui a perduré en Suisse jusqu'à la fin du XVIII^e siècle



Difficile de s'imaginer aller dans un salon de barbier pour y subir une intervention chirurgicale, même bénigne. Pourtant entre le XII^e et la fin du XVIII^e siècle, ce sont souvent les tailleurs de barbes qui sont chargés de réaliser les amputations, arrachages de dents, réductions de fractures et surtout les saignées, pratiquées pour, selon le savoir médical de l'époque, calmer les caractères sanguins ou régénérer le corps au printemps.

Pourquoi cet amalgame de professions? Les soins extérieurs étaient souvent effectués par des individus habiles possédant un savoir-faire transmis plus ou moins formellement. «Au début, celui qui arrivait à bien tenir son couteau et avait travaillé avec un autre chirurgien, pouvait devenir chirurgien, explique le docteur en histoire Philip Rieder, enseignant à la Faculté de médecine de Genève. Puis entre les XVI^e et XVIII^e siècles, des corporations sont mises en place dans les différents cantons et la profession, toujours assimilée à de l'artisanat, se structure. Les apprentissages peuvent alors durer jusqu'à cinq ans.»

Les opérations les plus difficiles sont réservées aux praticiens qui ont fait leurs preuves. La réputation était donc essentielle à la bonne marche des affaires. «Deux catégories se forment: ceux qui ne font que la petite chirurgie et ceux qui peuvent tout faire. C'est plutôt la première qu'on associerait aux barbiers.» Dans la seconde, un nom se distingue: celui du Français Ambroise Paré, mort en 1590. Considéré comme le père de la chirurgie moderne, il avait gravi tous les échelons, de barbier-chirurgien à chirurgien d'Henri III.

À chacun son domaine de soins

À l'époque moderne, les opérateurs s'occupaient des maladies externes, les apothicaires préparaient les remèdes tandis que les médecins, peu nombreux et formés à l'université, étaient internistes et uniques garants du savoir médical. «Cette organisation tripartite remonte à la culture indo-européenne, précise

Philip Rieder. Mais les chirurgiens pratiquaient souvent une médecine de premier recours, surtout dans les campagnes où ils étaient généralement les seuls soignants.»

En ville, ces artisans sont aussi très sollicités. Ce sont eux que l'on appelle en cas d'accident. Mais faire la barbe reste leur source de revenus principale et, à Genève par exemple, ils en obtiennent peu à peu le monopole. «La barbe était bien plus rentable que les opérations, car les personnes de classes moyennes prenaient un abonnement.» Dans cet univers très masculin, les femmes faisaient principalement venir le chirurgien à domicile. «Mais en cas d'urgence, elles pouvaient se faire admettre dans une boutique.»

Réunion des deux disciplines

Actif sur tous les fronts, le chirurgien devient de plus en plus populaire. «Contrairement au médecin qui interprète les symptômes pour trouver une thérapeutique, il était dans les soins concrets. Si vous aviez la peste, c'est lui qui venait vous soulager en incisant vos bubons.»

La tension monte alors entre les deux corps de métiers, aboutissant dans la deuxième moitié du XVIII^e siècle, à la réunion des disciplines. En France, au début du XIX^e siècle, la chirurgie s'enseigne à l'université. La découverte de l'anesthésie à la même période puis les premières transfusions sanguines réussies au début du XX^e siècle transforment la chirurgie en une spécialité médicale.

Mais loin d'être tombés dans l'oubli, les barbiers-chirurgiens se rappellent à notre souvenir à chaque coin de rue: le tube surmontant une coupole et entouré de lignes bleue et rouge, qui sert d'enseigne aux barbiers aujourd'hui, serait hérité du symbole de cette profession disparue. Pour signaler leur activité chirurgicale, les barbiers plaçaient en effet sur leur devanture une coupole servant à recueillir le sang. Certaines sources évoquent aussi la présence d'un bâton entouré de bandelettes ensanglantées. ■





Soigner la dépression autrement

De nouvelles approches en médecine intégrative voient le jour pour traiter la dépression, une maladie qui touche 9% de la population suisse. Elles pourraient particulièrement intéresser les personnes réticentes à la prise d'antidépresseurs



Elle est la maladie psychique la plus fréquente en Suisse et sa prévalence est en constante augmentation. Tristesse, perte d'élan et de plaisir, fatigue, sentiment de culpabilité et de dévalorisation, idées noires, etc. caractérisent la dépression. Pour dissiper cette grisaille de l'âme et retrouver l'envie de vivre, on préconise la psychothérapie, associée ou non à des médicaments, principalement des antidépresseurs. Aujourd'hui, des thérapies alternatives et complémentaires viennent enrichir l'offre de soins.

La luminothérapie est recommandée en première intention dans le traitement de la dépression saisonnière

À distance

Concernant la psychothérapie d'abord, les thérapies cognitives et comportementales (TCC) se sont peu à peu développées, permettant désormais une prise en charge à travers divers supports électroniques, notamment les

courriels, les entretiens téléphoniques, les modules en ligne ou des applications smartphone. Une TCC peut ainsi être suivie de manière autonome par le patient ou avec l'accompagnement d'un thérapeute. Il a été démontré que l'efficacité de ce type de TCC était comparable à celle de son homologue en face-à-face. Les plateformes de TCC par internet, proposant des questionnaires ou des vidéos, constituent d'ailleurs des outils de prévention utiles, à l'instar de Stopblues pour traiter la dépression chez les jeunes de 16 à 25 ans. Ce dispositif numérique offre à cette frange de la population la possibilité de communiquer avec d'autres personnes touchées. De manière générale, ces approches à distance, qui visent à soigner et prévenir, ont l'avantage d'augmenter l'accès à la TCC et de diminuer les coûts. Elles nécessitent toutefois une capacité et une volonté du patient à s'engager et à s'auto-observer, ce qui requiert un travail préalable du médecin généraliste pour identifier les patients éligibles à ces modalités de psychothérapie.

En musique

La musicothérapie a elle aussi fait ses

preuves comme traitement complémentaire à court terme pour les formes de dépression sévère, à raison de 12 à 48 séances sur six à douze semaines. Cette thérapie créative et artistique amène les patients à composer de la musique ou à en écouter, de manière individuelle ou en groupe. En plus d'améliorer le fonctionnement global de la personne, elle aurait également un impact positif sur l'anxiété. Elle a enfin l'avantage d'être dénuée d'effets secondaires. Les séances de musicothérapie peuvent être remboursées par certaines assurances complémentaires pour autant que le thérapeute soit inscrit au Registre de médecine alternative ou à la Fondation suisse pour les médecines complémentaires.

Méditer

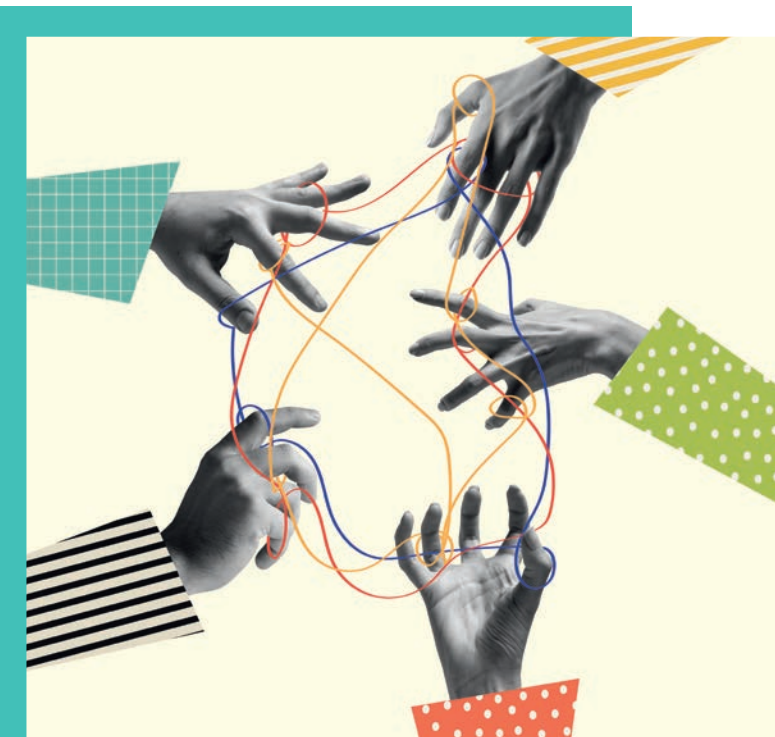
Dans la prévention de la rechute dépressive, la méditation de pleine conscience est une approche désormais reconnue et remboursée si elle s'inscrit dans le cadre d'une thérapie cognitive.

Le recours aux plantes

En matière de phytothérapie, à ce jour, le millepertuis est la seule plante pouvant être prescrite comme traitement unique en cas de dépression légère. Son efficacité a été démontrée et son remboursement est garanti par l'assurance maladie de base. Mais d'autres plantes présenteraient des vertus intéressantes contre la dépression et peuvent aujourd'hui être proposées comme traitements complémentaires. Il s'agit des extraits de *Rhodiola rosea* (ou racine d'or) et de l'acide glycyrrhizique. La première pousse dans les hautes altitudes d'Europe et d'Asie. Ses extraits sont utilisés depuis des décennies en médecine traditionnelle. Son mécanisme d'action n'est pas clairement élucidé, mais il semblerait qu'elle ait la capacité d'influencer les taux et l'activité de la sérotonine, de la dopamine et de la noradrénaline dans le système nerveux central. L'acide glycyrrhizique, extrait des racines de *Glycyrrhiza glabra*, aurait, quant à lui, une action inhibitrice dans le déclenchement et l'amplification de la neuro-inflammation présente dans la dépression. Il existe peu de contre-indications à l'emploi de ces plantes, mais elles ne sont pas recommandées en première intention en raison d'études limitées sur le sujet.

Les bienfaits de la luminothérapie

La luminothérapie est quant à elle recommandée en première intention dans le traitement de la dépression saisonnière, une forme de dépression qui survient en automne et en hiver du fait de la baisse de la luminosité. Cette méthode consiste à s'exposer chaque jour durant environ 20 à 30 minutes à 10'000 lux (intensité de la lumière du jour) à l'aide d'une lampe adaptée. À noter qu'une consultation préalable chez l'ophtalmologue est nécessaire en cas de pathologie ophtalmique. Ce traitement, dont l'efficacité est estimée à 60% environ, peut être pris en charge par l'assurance maladie de base. Le médecin doit fournir une ordonnance médicale qui précise le diagnostic de dépression saisonnière et mentionne l'achat ou la location de l'appareil. ■



Nouveautés dans la prévention

Soigner la dépression, c'est aussi inclure les proches. Des cours de premiers secours en santé mentale sont proposés par Ensa (www.ensa.ch). Ils s'adressent aussi bien aux amateurs qu'aux professionnels. Adapté à la Suisse, ce programme australien (Mental Health First Aid) donne des outils aux proches des patients souffrant de dépression pour prodiguer des soins de premiers secours en santé mentale, dans le but d'éviter une aggravation des symptômes dépressifs.

Paru dans Planète Santé magazine
N° 48 - Mars 2023

* Adapté de Kamdem, G., B., et al. Nouveautés dans les traitements non pharmacologiques de la dépression. Place à une approche plus intégrative. Rev Med Suisse. 2022; 8 (797): 1809-1811.



Les sportifs sont plus vulnérables aux troubles anorexiques

De nombreux sportifs souffrent d'une forme singulière d'anorexie, liée au souci de la performance et de l'hygiène de vie. On en parle avec Vanessa Lentillon-Kaestner, spécialiste en sport et santé à la HEP Vaud

Il y a ceux qui courent pour maigrir, et ceux qui maigrissent pour mieux courir. L'anorexie athlétique, phénomène méconnu, touche selon les disciplines jusqu'à 20% des sportifs. Contrairement aux idées reçues, les athlètes sont ainsi plus concernés par les troubles du comportement alimentaire que la population générale.

L'éclairage de Vanessa Lentillon-Kaestner, enseignante et chercheuse à la Haute école pédagogique (HEP) Vaud et spécialiste de la santé et du sport.

Heidi.news — Quels sont les troubles des comportements alimentaires les plus fréquents chez les sportifs? Vanessa Lentillon-Kaestner — Dans le contexte sportif, les troubles anorexiques sont fréquents. L'envie de performer peut conduire certains athlètes à des restrictions alimentaires ou des techniques de purge, comme des vomissements. Le corps est instrumentalisé pour répondre aux exigences sportives. On parle alors d'anorexie athlétique. Selon la discipline, elle peut

toucher plus de 20% des athlètes, en particulier dans le haut niveau.

Il est important de noter que ces troubles ne répondent pas toujours à l'ensemble des critères du diagnostic de l'anorexie mentale, une maladie rare qui touche seulement 0,5 à 1,5% des femmes, ainsi que 0,2 à 0,3% des hommes athlètes. Par exemple, un individu souffrant d'anorexie athlétique peut restreindre son alimentation, avoir un indice de masse corporelle bas, sans pour autant avoir une perception de son apparence physique fortement altérée.

À terme, ces personnes finissent souvent par se blesser, notamment avec des fractures de fatigue, le corps devenant trop affaibli et ne pouvant plus supporter les charges d'entraînement qu'on lui impose. Dans les cas les plus graves, ces troubles peuvent évoluer en pathologie sévère comme l'anorexie mentale.

Les sportifs seraient donc particulièrement vulnérables? Les troubles alimentaires sont plus fréquents chez les sportifs que chez les non-sportifs.

Le secteur est doublement concerné par les troubles anorexiques: on y trouve le sport au service de la minceur, ou la minceur au service de la performance sportive. Ces troubles ne sont pas forcément déclenchés par le sport en soi, mais répondent souvent à un profond mal-être physique, social ou psychologique.

« Dans les sports à risques, comme le ballet, le saut à ski, l'aviron, le cyclisme, ou l'escalade, les hommes développent également des troubles anorexiques »

Pourtant, on imagine souvent une personne pratiquant du sport comme étant de facto en bonne santé. Tout va dépendre de l'intensité de l'activité physique qu'on pratique. Une activité physique légère, modérée à vigoureuse, comme le yoga, la marche ou le vélo, aura un effet bénéfique sur la santé. En revanche, une activité d'une intensité très vigoureuse à extrême, qui ne cesse de repousser les limites de notre organisme, accroît considérablement les risques pour la santé.

Les hommes ne font pas exception à la règle. L'anorexie masculine est taboue mais bien réelle, en Suisse comme ailleurs. Dans les sports à risques, comme le ballet, le saut à ski, l'aviron, le cyclisme, ou l'escalade, les hommes développent également des troubles anorexiques.

Néanmoins, dans la majorité des cas, les sportives sont davantage exposées, car elles subissent une double influence: l'injonction de correspondre à l'image de la beauté féminine, soit un corps svelte, et la quête de performance athlétique.

Le modèle de la beauté masculine renvoie quant à lui à un corps musclé, ce qui peut donner naissance à d'autres troubles alimentaires, comme la dysmorphie musculaire. Certains hommes auront donc davantage tendance à manger très protéiné et à prendre des compléments alimentaires, voire des produits dopants, en parallèle d'un entraînement de musculation intensif.

Ce phénomène, relativement récent, s'exacerbe avec l'influence des réseaux sociaux.

Quelles disciplines sportives favorisent ces troubles? On distingue quatre catégories de sports à risque.

- Pratiquer un sport esthétique, comme la danse, la gymnastique, la natation ou encore la rythmique, augmente fortement les risques de troubles anorexiques. Pour ces pratiques, avoir un corps svelte est un critère important

dans la performance. On estime qu'environ un danseur de ballet sur cinq, sexes confondus, souffre de troubles des comportements alimentaires.

- Viennent ensuite les sports endurants, comme la course longue distance, le triathlon ou le cyclisme, pour lesquels la légèreté est souvent un gage de performance. Pour la course à pied, le risque est important quel que soit le niveau d'entraînement. Ce sport est souvent pratiqué pour perdre du poids, même chez les non-athlètes. Ainsi 24% des femmes et 9% des hommes qui courent sur des longues distances présentent des troubles anorexiques.

- Les sports à catégorie de poids, comme les sports de combat, l'équitation ou l'aviron, ont aussi tendance à indirectement inciter leurs pratiquants à maigrir pour être classés dans une catégorie inférieure. Ainsi, on estime que 14% des judokas se font vomir et 8% des rameurs présentent des troubles anorexiques.

- La dernière catégorie concerne les sports à déplacements verticaux, comme l'escalade ou le saut à ski. Plus on sera léger, plus on ira loin.

Comment savoir si l'on est atteint d'un trouble alimentaire, et où trouver de l'aide? La ligne est souvent fine entre une hygiène de vie stricte et le développement d'un trouble des comportements alimentaires. Quand cette attention à l'alimentation vire à l'obsession, qu'on ne pense plus qu'aux calories ingérées et dépensées, si bien que cela prend le dessus sur le reste de notre vie, on est probablement dans une situation de trouble alimentaire. En cas de doute, l'Association boulimie anorexie (ABA) propose des consultations psychologiques anonymes. ■



La naissance d'un enfant n'est pas forcément le plus beau jour de la vie d'une femme ou d'un couple. **L'EXPÉRIENCE D'ACCOUCHEMENT** peut être mal vécue et avoir des conséquences néfastes sur les jeunes parents et leur nouveau-né. Témoignages

« J'ai vraiment eu peur de perdre ma compagne et mon fils »



L'ovée dans les bras de son papa, Stanislas, la petite Léonie dort paisiblement. «Elle n'a que dix jours, mais tient déjà bien sa tête», s'émerveille sa maman, Marine. La venue au monde de la petite fille, le 23 avril dernier, est l'heureuse conclusion d'un parcours semé d'embûches. Sur la terrasse de leur appartement de Neuchâtel, son grand frère Raffael, trois ans et demi, constelle le ciel de bulles de savon aux reflets bleutés. «Les difficultés ont commencé lorsque j'étais enceinte de mon grand, confie Marine. Au début, tout se passait bien, mais à six mois de grossesse, on m'a diagnostiqué un diabète gestationnel.»

Premier coup dur pour cette future maman très sportive, adepte d'haltérophilie lorsqu'elle ne porte pas la vie: «Je devais faire attention à tout ce que je mangeais. Je me sentais coupable et n'osais plus rien avaler.» Malgré des injections d'insuline, le diabète n'est pas correctement contrôlé. Arrivée au terme de sa grossesse et dans ce contexte particulier, Marine sait que son accouchement sera déclenché par l'équipe médico-soignante: «Je n'étais pas forcément très sereine. Je craignais que Raffael ait une malformation même si les échographies étaient normales. Pour me rassurer, mon compagnon et moi avons suivi des cours de préparation à la naissance dispensés par la maternité du RHNe. Pour ce premier accouchement, je n'avais pas d'attentes particulières, hormis le fait que je voulais bénéficier d'une péridurale.»

Rendez-vous est donc pris à la maternité au soir du 14 janvier 2020. Après quelques heures, Marine ressent ses premières contractions. Le travail commence. Elle descend en salle de naissance et reçoit la péridurale tant désirée. Tout se passe pour le mieux, jusqu'au moment de mettre au monde son enfant: «À chaque poussée, je m'évanouissais. Quand je reprenais connaissance, il y avait toujours plus de professionnels dans la salle de naissance. Mon cœur et celui du bébé ralentissaient.»

Le papa, lui, assiste, impuissant, à cet accouchement difficile: «J'ai vraiment eu peur de perdre ma compagne et mon fils.» Aidée d'une



ventouse, Marine donne finalement naissance à Raffael, le 15 janvier à 11h22. Après une très brève présentation à sa maman, l'enfant est emmené pour recevoir des soins: «Il était gris et ne respirait pas», précise Stanislas, encore bouleversé.

Finalement, le nouveau-né retrouve des couleurs et les bras de Marine: «Malgré les circonstances, j'ai toujours eu une totale confiance envers le personnel médico-soignant. Je me suis sentie écoutée et épaulée.» Le séjour à la maternité se passe sans encombre. Raffael va bien et l'équipe soignante est aux petits soins: «Chaque jour, je recevais la visite d'une doctresse qui s'inquiétait de mon état psychologique suite à cette naissance compliquée. Elle m'a alors parlé d'un entretien post-accouchement pour débriefer sur ce qu'il s'était passé.»

« Chaque jour, je recevais la visite d'une doctresse qui s'inquiétait de mon état psychologique »

pour me rassurer», explique Marine. D'autant qu'elle ignore alors toujours formellement la cause de ses pertes de connaissance.

Deux mois avant la naissance de sa fille, le couple est reçu par une sage-femme formée spécifiquement: «Ensemble, nous avons parlé de nos ressentis, parcouru mon dossier médical, consulté les tracés de monitoring et sommes finalement arrivés à la conclusion que j'avais été probablement victime de l'effet Poseiro», détaille la jeune maman. Lorsqu'une femme enceinte est allongée sur le dos, le poids de son utérus peut comprimer la veine cave et provoquer des évanouissements.

Après une heure d'entretien, Marine et Stanislas repartent rassurés et déterminés à vivre autrement la naissance qui s'annonce: «Cette ren-

contre nous a permis d'apaiser nos peurs, parfois irrationnelles, et de valider un projet de naissance orienté vers davantage de naturel. Et hors de question d'accoucher sur le dos cette fois!» sourit la trentenaire.

Le couple n'a pas ressenti le besoin de consulter une nouvelle fois avant l'arrivée de leur deuxième enfant. Trois semaines avant le terme de sa grossesse, Marine perd les eaux. Elle est reçue avec bienveillance par l'équipe médico-soignante, au courant de son parcours. Comme elle le souhaitait, tout se passe naturellement, mais non sans peine: «Sans péridurale, je savais que faire naître mon bébé serait la seule solution pour stopper la douleur, pourtant je n'osais pas pousser.»

Une crainte liée à sa première expérience? «Sans doute», reconnaît Marine. Soutenue par son compagnon, coach sportif en dehors de son travail de menuisier, la jeune femme met finalement au monde une petite fille en parfaite santé: «Cette deuxième naissance était parfaitement en phase avec nos envies. Toutefois, de manière générale, je pense qu'il est important de ne pas marteler aux futures mamans que l'accouchement est le plus beau jour de la vie d'une femme. Si ce n'est pas le cas, comme souvent, ça peut être très culpabilisant!» Désormais blottie dans les bras de sa maman, Léonie tête vigoureusement. Raffael, lui, a troqué les bulles contre un déguisement de robot cartonné, confectionné par ses parents. ■

Pour en savoir plus sur le vécu et les traumatismes liés à l'accouchement:



Jeudis du RHNe

Cycle de conférences publiques



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

2023 > 24 août

Suicide assisté, une évolution sociétale

21 septembre

« Restez actif même à l'hôpital! Pour récupérer, il faut bouger »

19 octobre

« Ménopause, brisez le tabou! »

16 novembre

« Radiothérapie et cancer de la prostate: quoi de neuf? »

14 décembre

Faut-il encore avoir peur du Sida?

