

## LA MORT DES SOINS PALLIATIFS ?

# 33 – MARS 2019

CHF 4.50

Amour et attachement : quel est votre profil ? • Cigarettes aujourd'hui... et demain ? • Appendice et maladie de Parkinson • Les ballonnements sans tabous • Remarcher malgré une paralysie • QUIZ Que savez-vous sur les allergies ? • Bypass : quand ça ne passe pas • Vivre avec un enfant difficile • Alcool et grossesse : dangers



Salon / du / Livre  
1 → 5  
mai 2019  
Genève

**Palexpo / Genève**  
**1 → 5 mai 2019**

*salondulivre.ch*

Fondation / pour / l'Écrit   

RÉDACTEUR EN CHEF  
MICHAEL BALAVOINE  
RÉDACTRICE EN CHEF ADJOINTE  
ELODIE LAVIGNE  
RÉDACTEURS  
CLÉMENTINE FITAIRE  
CHARLOTTE FROSSARD  
STÉPHANY GARDIER  
ELISABETH GORDON  
LAETITIA GRIMALDI  
MARC HOCHMANN FAVRE  
ANOÛK PERNET  
AUDE RAIMONDI  
ESTHER RICH

CONCEPTION GRAPHIQUE  
GIGANTO.CH

PHOTOGRAPHIE  
DR

EDITION  
JOANNA SZYMANSKI

ÉDITEUR  
EDITIONS MÉDECINE & HYGIÈNE  
CHEMIN DE LA MOUSSE 46  
1225 CHÊNE-BOURG  
PLANETESANTE@MEDHYG.CH  
TÉL : +41 22 702 93 11  
FAX : +41 22 702 93 55

FICHE TECHNIQUE  
ISSN : 1662-8608  
TIRAGE : 25 500 EXEMPLAIRES  
4 FOIS PAR AN

PUBLICITÉ  
MÉDECINE & HYGIÈNE PUBLICITÉ  
MICHAELA KIRSCHNER  
CHEMIN DE LA MOUSSE 46  
1225 CHÊNE-BOURG  
PUB@MEDHYG.CH  
TÉL : +41 22 702 93 41  
FAX : +41 22 702 93 55

ABONNEMENTS  
VERSION ÉLECTRONIQUE : GRATUITE  
ABONNEMENT PAPIER : CHF 12/AN  
TÉL : +41 22 702 93 11  
FAX : +41 22 702 93 55  
ABONNEMENTS@MEDHYG.CH  
WWW.PLANETESANTE.CH

PLANÈTE SANTÉ  
EST SOUTENU PAR  
- LA SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE  
- LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VALAIS  
- L'ASSOCIATION DES MÉDECINS  
DU CANTON DE GENÈVE  
- LA SOCIÉTÉ NEUCHÂTELOISE  
DE MÉDECINE  
- LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU CANTON  
DU JURA

COMITÉ DE RÉDACTION  
DR PIERRE-YVES BILAT  
DR HENRI-KIM DE HELLER  
DR BERTRAND KIEFER  
DR MICHEL MATTER  
DR MONIQUE LEKY HAGEN  
DR REMO OSTERWALDER  
M. PIERRE-ANDRÉ REPOD  
DR WALTER GUSMINI  
DR PHILIPPE EGGIMANN

COUVERTURE  
©ISTOCK/NADOFOTOS



Michael Balavoine  
rédacteur en chef  
Planète Santé

## FIN DE VIE : REDONNER DE L'AUTONOMIE AUX SOIGNANTS

On préférerait se laisser porter par les utopies technologiques du moment et l'oublier à tout jamais. Mais la mort, pour l'instant en tout cas, reste notre futur à tous. Or, il y a urgence à repenser ce futur encore indépassable. Car les manières de mourir ont diamétralement changé au cours des cinquante dernières années. Fini le temps où dominaient les grandes épidémies, les morts violentes et les infections sans remède. La mort, aujourd'hui, se fait plus lente : dans les pays industrialisés, près de 85% des gens succombent des suites de maladies chroniques multiples avec leur cortège souvent pénible de handicaps, de dépendances et de fragilités se prolongeant durant des années, voire des décennies.

Une situation qui force à imaginer la fin de vie autrement. Avec, au cœur des réflexions, un credo : faire sortir les soins de l'hôpital et les mettre en adéquation avec les priorités des malades actuels. Ce concept porte un nom : l'*advance care planning* ou, pour le dire en simple français, le projet de soins anticipé (lire notre dossier en page 6).

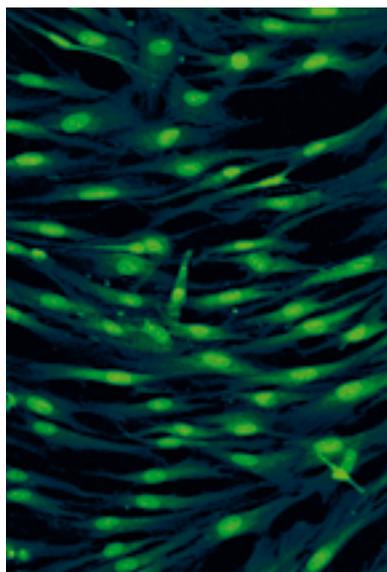
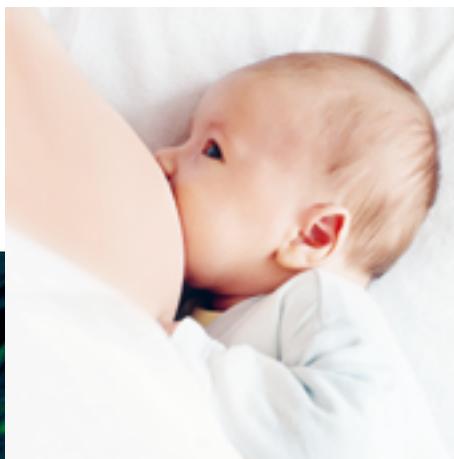
Mais il reste un paradoxe non résolu : comment suivre les souhaits des patients concernant la qualité de vie à l'heure où le discours dominant dans le monde des soins est centré sur l'efficacité et l'économicité ? Cette différence de discours entraîne une souffrance non seulement des patients mais aussi des soignants.

Déshumanisation du métier, organisation chronométrée des prises en charge et changements incessants d'interlocuteurs pour les patients : la rationalisation des soins à marche forcée est de plus en plus pénible à supporter pour des travailleurs en contact permanent avec des situations où les humains sont avant tout aux prises avec la finitude.

Mettre en place une nouvelle culture de la mort et d'accompagnement de ceux qui l'approchent devient, pour toutes ces raisons, une véritable priorité. Et la solution pourrait bien passer par un retour au premier plan des soignants. Au Pays-Bas, la révolution est déjà en marche. Dans ce pays, l'entreprise *Buurtzorg* a totalement transformé l'aide à domicile en s'appuyant sur une organisation horizontale des prises en charge, avec de petites équipes locales autogérées de douze soignants au maximum, chacune dans un secteur géographique bien déterminé. Une idée qui a fait des émules en Suisse, où l'entreprise *Soins Volants* propose, sur le même modèle et avec un mandat de l'Etat, ses services à Montreux, Vevey et bientôt Aigle et Lausanne.

En attendant une hypothétique mort de la mort, c'est sans doute de ces formes novatrices et décentralisées de gouvernance que viendra une amélioration. Pour accompagner par le dialogue et la compassion des patients en fin de vie, les soignants ont besoin d'autonomie et de sens dans leur propre travail. ●

26



42



6



24



48

# LA MORT DES SOINS PALLIATIFS ?

---

- Pr PHILIP JAFFÉ
- 12 « Les enfants qui posent de gros problèmes souffrent de leur condition »**
- ONCOLOGIE
- 16 Cet étrange cancer du pancréas qui ne touche que les femmes**
- QUIZ
- 18 Que savez-vous sur les allergies ?**
- RECHERCHE
- 20 Maladie de Parkinson, l'appendice en ligne de mire**
- VRAI/FAUX
- 22 Ballonnements : ce que vous n'osez pas demander**
- NEUROSCIENCES
- 24 Cerveau : la glie rebat les cartes**
- PRÉVENTION
- 26 Lorsque maman boit pendant la grossesse, bébé trinque**
- ZOOM
- 28 Remarquer malgré une paralysie**
- OBÉSITÉ
- 30 Le bypass gastrique, pas si infaillible**
- ADDICTIONS
- 32 Cigarettes aujourd'hui... et demain ?**
- COUPLE
- 34 Les liens amoureux, un héritage de l'enfance**
- BOUGER
- 36 Alimentation et sport : comment faire de la première une alliée pour le second ?**
- EN BREF
- 38 Prise de poids : hommes vs femmes • Du placenta pour la cornée • Acouphènes et neurofeedback**
- JURIDIQUE
- 40 En matière médicale, le conjoint ou le concubin a-t-il son mot à dire ?**
- SOINS
- 42 Des techniques d'excellence pour sauver les grands brûlés**
- FICHE MALADIE
- 44 La BPCO**
- MARIE ROBERT
- 48 « J'ai deux marathons à tenir par jour, un le matin et un le soir »**

## LA MORT DES SOINS PALLIATIFS ?

La période de fin de vie amène réflexions, choix et décisions. Chacun doit pouvoir exprimer ses priorités pour traverser le plus sereinement possible le dernier stade de son existence. Les soins palliatifs ont justement pour rôle d'anticiper, soulager et écouter. Mais cet aspect fondamental des soins ne devrait-il pas être introduit plus tôt dans la prise en charge ? La question est ouverte.

TEXTE AUDE RAIMONDI



Lorsqu'on évoque la mort, nous avons tous (ou presque) le souhait de mourir en bonne santé, dans notre lit. Pourtant, ce n'est pas ce qui attend la plupart d'entre nous. Plusieurs études récentes indiquent que nous avons environ 70 % de risques de mourir à la suite d'une ou plusieurs maladies chroniques, à l'hôpital. Un déclin progressif qu'il va donc falloir traverser, tout en prenant de nombreuses décisions thérapeutiques.

Les soins palliatifs prennent alors tout leur sens. Anticiper, soulager et écouter sont des éléments indispensables pour habiter pleinement le dernier stade de son existence. « Notre rôle est de prendre en charge les symptômes physiques et psychologiques de nos patients, détaille la Pr Sophie Pautex, responsable du Service de médecine palliative aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). Un temps d'écoute et la communication doivent être au centre du processus de soin. » Une partie importante du travail des médecins en soins palliatifs consiste à anticiper les complications pour limiter au maximum les souffrances, tout en prenant en compte les priorités des patients.

## MOURIR CHEZ SOI

Le lieu de décès est justement l'une des principales priorités des personnes en fin de vie. Plus de 70 % de la population suisse déclare souhaiter mourir à la maison. Dans la réalité, le même pourcentage décède en institution (hôpital ou EMS). Un problème auquel les acteurs du système de santé essaient de répondre en développant notamment les soins à domicile. « En Suisse, nous distinguons deux types de soins palliatifs, explique le Pr Ralf Jox, directeur de la Chaire de soins palliatifs gériatriques au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV).

D'une part, les soins spécialisés pour des situations complexes, qui nécessitent l'apport des experts en soins palliatifs. D'autre part, les soins palliatifs généraux, effectués par tout professionnel de la santé, par exemple en EMS ou à domicile.» Cette branche, moins connue, est pourtant essentielle au système. «A

d'assurer le maintien à domicile. Et, dans presque chacun d'eux, on trouve une équipe médicale spécialement formée en soins palliatifs. Mais actuellement, le système est en danger à cause de la politique des gouvernements successifs qui ont cassé la première ligne de soins, comme les généralistes ou les pédiatres

patients admis en soins palliatifs spécialisés ont un problème oncologique, relève la Pre Pautex. Ce ne sont pas des bons chiffres.» Plusieurs voix s'élèvent en effet pour dénoncer une inégalité d'accès à ces soins. «Le cancer, ce n'est qu'une petite partie des pathologies pour lesquelles nous pouvons intervenir, ajoute le Pr Jox. Nous devrions augmenter la prise en charge de patients avec d'autres vulnérabilités, comme par exemple les personnes âgées avec une démence.» Mais les familles et les patients eux-mêmes ne sont souvent pas assez bien informés. Sans connaître les options qui existent, difficile de faire des choix.

## LES SOINS PALLIATIFS, DÉFINITION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les soins palliatifs sont une approche destinée à améliorer la qualité de vie des patients (adultes et enfants) et de leur famille, confrontés aux problèmes liés à des maladies potentiellement mortelles. Ils préviennent et soulagent les souffrances grâce à la reconnaissance précoce, l'évaluation correcte et le traitement de la douleur et des autres problèmes, qu'ils soient d'ordre physique, psychosocial ou spirituel.

l'hôpital, on a parfois de la peine à se rendre compte des priorités des gens, estime la Pre Samia Hurst, médecin et bioéthicienne aux HUG. On leur offre de la réactivité et des bons moyens pour les soulager. Pourtant, ce qu'ils souhaitent avant tout, c'est être dans un endroit familial, entourés de leurs proches.»

La technologie apporte déjà des progrès dans ce sens. En amenant des compétences médicales au domicile du patient, les temps d'hospitalisation sont raccourcis. Le personnel soignant dans les EMS est également de mieux en mieux formé pour accompagner les patients en fin de vie. Mais l'organisation générale des soins palliatifs reste en majorité cristallisée autour des hôpitaux. «Au Québec, la plupart de ces soins sont pris en charge par les centres de services communautaires de santé, explique le Pr Nago Humbert, fondateur de l'Unité de soins palliatifs pédiatriques au CHU Sainte Justine et professeur à l'université de Montréal. Ces organismes sont notamment chargés

qui consultent en cabinet, pour tout rediriger aux urgences. Or c'est n'est pas le meilleur endroit pour prodiguer des soins emplit d'humanité.»

## INÉGALITÉS D'ACCÈS

Si le système suisse de soins palliatifs est construit sur un solide réseau, les spécialistes admettent qu'une réorganisation est nécessaire. «Nous travaillons encore trop en silos, analyse la Pre Pautex. Il y a un vrai travail à faire pour améliorer la coordination entre chaque service et institution de soins.» Dans bien des cas, les soins palliatifs sont requis trop tard par rapport à l'évolution de la maladie. Ils gagneraient pourtant à être mis en place juste après le diagnostic. Une pratique qui reste pour l'heure encore trop souvent réservée aux personnes atteintes de cancer. «Aux HUG, 70 à 80 % des

## LE TABOU DE LA MORT

Mais tout choix demande d'abord une discussion. Or, le tabou de la mort reste fortement ancré dans notre société. C'est en tout cas l'avis du Pr Daniel Scheidegger, président de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM): «A l'époque, lorsqu'une personne âgée mourait, on la laissait quelques jours dans la maison pour que sa famille puisse lui rendre une dernière visite. Tout le monde avait déjà vu un corps mort. Mais aujourd'hui, tout cela est caché».

Le tabou touche également les médecins. L'organisation actuelle du système de santé a parfois tendance à déconnecter certains spécialistes de la notion de mort. «Je connais certains médecins qui n'ont jamais assisté à tout le processus de décès d'un patient», ajoute le Pr Scheidegger. Une construction sociale qui explique peut-être que les soins palliatifs n'aient pas encore la place qu'ils méritent dans notre système de soins. La Pre Hurst encourage donc les praticiens à oser ouvrir la discussion. «La plupart des patients en fin de vie ont beaucoup réfléchi à la question et sont volontaires pour en parler. Mais parfois, personne n'ose aborder le sujet en premier. C'est ce qu'on appelle la complicité du silence.» Mettre en place des lieux et des moyens pour en discuter sereinement serait un

début de solution, mais semble pour le moment avoir de la peine à se concrétiser. « Pour beaucoup de médecins, la mort est perçue comme une grande défaite, analyse le Pr Scheidegger. Par conséquent, il leur semble plus facile d'ajouter un autre traitement plutôt que de se mettre autour d'une table pour en parler concrètement. »

## QUAND S'ARRÊTER

Une tendance qui risque parfois de conduire à l'acharnement thérapeutique. Mais toute la difficulté est précisément de repérer à quel moment nous sommes peut-être en train de trop en faire. « On parle d'acharnement thérapeutique lorsque la médecine commence à faire plus de mal que de bien, définit la Pre Hurst. Plus le médecin connaît son patient, mieux il pourra adapter cette évaluation à ses priorités. » Malgré cela, les patients meurent souvent à l'hôpital, entourés de personnel soignant qu'ils connaissent mal.

Les spécialistes en soins palliatifs tiennent tout de même à signaler que dans leur discipline, c'est un phénomène qui reste rare. « L'acharnement thérapeutique est une notion difficile à définir, car chacun a sa propre vision, appuie la Pre Pautex. Mais je ne crois pas que nous en fassions trop. D'après mon expérience personnelle, c'est nettement plus fréquent que les proches ou le patient lui-même nous en demandent beaucoup. »

## LA QUESTION DES COÛTS

Avouons que l'acharnement thérapeutique est aussi l'ennemi du financier. Ce n'est pas un secret : prescrire une chimiothérapie très chère à un patient qui ne le souhaite pas vraiment, ne contribue pas à réduire les coûts. Le système de santé en général a donc tout intérêt à assurer des soins palliatifs de qualité et soutenir



©ISTOCK/KATARZYNA BIALASIEWICZ

la communication avec le patient. « Il a clairement été démontré que si nous respectons la volonté du patient et prévoyons un projet de soins anticipé, nous pouvons épargner des efforts et des coûts inutiles », souligne le Pr Jox. Introduire des soins palliatifs contribue donc à réduire les coûts, pour autant qu'ils soient appliqués de manière générale à tout le système et pas uniquement dans les services hospitaliers qui leur sont dédiés.

Il faut dire que la dernière année de vie d'une personne est celle qui coûte le plus cher en termes de soins. En 2017, une étude du Fonds national suisse (FNS)

montrait que les coûts moyens d'assurance-maladie d'une personne dans sa dernière année de vie dépassent la barre des 30'000 francs. Les coûts habituels, qui varient en fonction de l'âge, se situent environ entre 3500 et 6700 francs par an. Pour la Pre Hurst, ces coûts plus élevés marquent les esprits justement car ils ne concernent pas la moyenne des gens. « Les coûts de la dernière année de vie sont plus élevés si on décède plus jeune, mais ce sont les coûts liés aux personnes âgées que les personnes retiennent. C'est comme si nous devenions plus sensibles dès que la population concernée s'écarte du "citoyen lambda". Avec nos impôts,

nous finançons sans cesse des services publics pour tous, comme les routes, les écoles, etc. Mais nous oublions que ces services-là aussi sont chers, simplement parce que tout le monde les utilise.»

## DIRECTIVES ANTICIPÉES

Beaucoup s'accordent à dire que le système mériterait d'être repensé, dans l'objectif d'être à la fois plus humain et plus efficace. Et lorsqu'on parle de solutions, les directives anticipées reviennent immanquablement sur la table. Il s'agit d'un document à remplir à l'avance pour fixer les mesures médicales que l'on approuve et celles que l'on refuse. Leur objectif est entre autres de permettre aux médecins de prendre plus facilement certaines décisions compliquées

et de décharger les proches de lourdes responsabilités. Certains aspects pourraient toutefois être améliorés. «Plus de 50 % de la population suisse ne connaît même pas l'existence de ces directives anticipées, relève le Pr Jox. Il y a donc

déjà un gros effort d'information à faire à ce sujet.» La Pre Hurst constate quant à elle que ces directives sont souvent mal utilisées. «On a le droit de les remplir seul, mais je recommande vivement de le faire avec son médecin traitant. Il pourra

“Plus de 50 % de la population suisse ne connaît pas l'existence des directives anticipées.,”



vous conseiller et les "traduire" dans un langage qui correspond à la culture du monde médical. Vous mettez ainsi toutes les chances de votre côté pour que vos priorités soient bien comprises.»

## PERSONNALISER ET INFORMER

Certains vont même plus loin en parlant d'*advance care planning* (projet de soins anticipé). Un concept qui s'appuie sur l'importance d'anticiper les traitements et soins à très long terme, en fonction des valeurs du patient. Contrairement à l'approche traditionnelle des directives anticipées, qui sont une démarche personnelle que l'on peut proposer aux patients, l'*advance care planning* devrait faire partie intégrante de chaque prise en charge. Cette réflexion va dans le sens de

la médecine personnalisée, qui doit permettre d'ajuster le traitement en fonction des particularités individuelles de chaque patient.

Pour la plupart des spécialistes, la solution passe en tous les cas par l'humain. Et sur ce plan, pourquoi ne pas s'inspirer de l'esprit communautaire de nos voisins? «En Allemagne, le bénévolat fait partie de la culture du pays, témoigne le Pr Jox. Une grande partie de la population, quel que soit son métier, prend sur son temps libre pour accompagner des personnes en fin de vie.» Cette tradition a également pour avantage de rendre la population attentive à ce qu'engendre une telle situation. Un cercle vertueux, puisque plus les personnes sont informées, plus elles réfléchissent à leurs propres priorités. «Il faut vraiment que le grand public sache mieux ce que l'on fait, pour avoir moins peur de la fin de vie, ajoute le Pr Jox. L'information ne doit pas uniquement

être transmise via le domaine médical. C'est une question de société, qui devrait être abordée de manière beaucoup plus large, par exemple à l'école ou dans les communes.»

## TOUT À RÉINVENTER

L'avenir des soins palliatifs semble donc s'inscrire en grande partie dans les soins communautaires et à domicile. «Dans quelques années, je ne suis pas certaine qu'il y ait encore beaucoup de soins palliatifs à l'hôpital, estime la Pr Pautex. Le travail du médecin devrait évoluer vers un rôle de coordinateur entre les différents membres du personnel soignant.» Le modèle actuel avec les patients au centre et des professionnels tout autour devrait donc être amené à évoluer. Un fonctionnement en partenariat, qui intègre aussi les proches, permettrait au patient de co-organiser son traitement. «Le patient sera en quelque sorte un chef d'orchestre», sourit Sophie Pautex.

Quand il s'agit de se tourner vers le futur, d'autres ont des visions plus radicales. «Je vais être un peu provocateur en disant cela, mais je crois que la notion même de soins palliatifs devrait disparaître, avance le Pr Humbert. Améliorer la qualité de vie des patients, prendre en charge leurs symptômes physiques et moraux, c'est quelque chose que nous devons faire avec chaque patient et pas uniquement dans une unité réservée aux soins palliatifs.» Un avis partagé par le Pr Scheidegger: «J'ai presque été déçu lorsque les soins palliatifs ont été introduits comme une discipline en tant que telle. Cela devrait simplement faire partie du travail de tous les médecins, dans tous les services».

La sonnette d'alarme est en tout cas désormais tirée. Il est urgent que la mort ne soit plus un tabou, aussi bien à l'hôpital qu'à la maison. ●

## LE SUICIDE ASSISTÉ CONTINUE DE FAIRE DÉBAT

Le 25 octobre dernier, la Fédération des Médecins (FMH) a refusé les nouvelles directives sur la fin de vie soumises par l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM). L'objectif de ce texte était d'adapter une série de directives à l'évolution de la société. Or, un aspect précis du nouveau document a retenu l'attention des médecins: la question du suicide assisté. Jusqu'ici, l'ASSM ne l'admettait que dans les cas où «la maladie dont souffre le patient permet de considérer que la fin de vie est proche». Selon ces nouvelles directives, l'aide au suicide devait être élargie aux personnes dont la maladie cause des «souffrances intolérables». C'est cette modification précise qui a entraîné le refus de la FMH.

A noter que ces directives ne sont pas des lois, mais plutôt une déontologie que chaque médecin

est encouragé à suivre. Chacun conserve la possibilité de refuser d'accompagner un patient sur ce chemin. Pour de nombreux médecins cependant, cette modification était trop extrême, d'autant que les associations d'aide au suicide sont déjà habilitées à intervenir dans ce genre de situations. Le Pr Ralf Jox, directeur des soins palliatifs au CHUV, comprend les arguments des deux camps et admet que la question du suicide assisté est particulièrement délicate. Il regrette cependant que ces tensions aient entraîné le refus de la totalité des nouvelles directives. «Globalement, ce texte était très important pour répondre à l'évolution des besoins actuels des patients. C'est vraiment dommage que la FMH n'ait pas accepté au moins 90% des directives, en rejetant seulement celles à propos du suicide.»

# « LES ENFANTS QUI POSENT DE GROS PROBLÈMES SOUFFRENT DE LEUR CONDITION »

Directeur du Centre interfacultaire en droits de l'enfant et professeur ordinaire à la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'Université de Genève, le professeur Philip Jaffé sera, dès 2019, l'un des prestigieux membres du Comité des droits de l'enfant de l'ONU. Sans détour ni complaisance, il nous parle de son ascension professionnelle, mais aussi de celui qui est depuis toujours au cœur de son travail, l'enfant.

PROPOS RECUEILLIS PAR ÉLODIE LAVIGNE

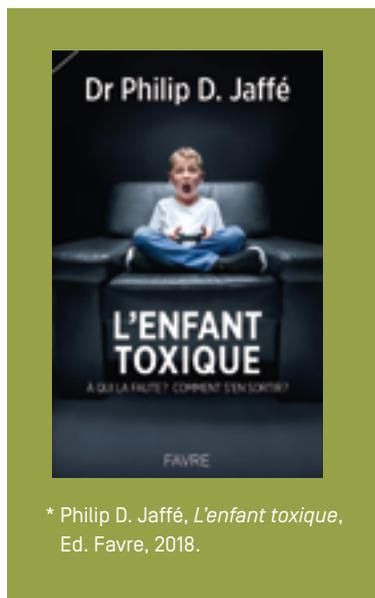
**Planète Santé:** Vous êtes le deuxième Suisse à avoir été élu membre du Comité pour les droits de l'enfant de l'ONU. Parlez-nous de ce nouvel engagement.

**Pr Philip Jaffé:** Ce comité s'occupe de surveiller comment les Etats parties appliquent les dispositions de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, la convention la plus ratifiée au monde. Le Département des affaires étrangères a proposé ma candidature. C'est un honneur. Ayant travaillé avec des ONG, j'ai toujours eu cette perspective internationale. Nous avons mené à New York une campagne électorale en bonne et due forme. C'est un processus très chronophage. Il faut persuader les 196 états membres qu'on est un bon candidat, faire très bonne figure, répondre à beaucoup de questions et avoir la peau très épaisse. C'est le Graal d'accéder à ce perchoir, de pouvoir observer comment les enfants sont pris en charge et existent dans leurs sociétés respectives. Être prof d'uni, c'est bien, mais être élu à l'ONU, c'est pas mal aussi !

**Revenons un peu en arrière, quel enfant étiez-vous ?**

J'étais un enfant compliqué, probablement un peu haut potentiel, sûrement

avec des troubles du comportement, super anxieux et casse-cou !



\* Philip D. Jaffé, *L'enfant toxique*, Ed. Favre, 2018.

**Est-ce pour cela que vous avez choisi la voie de la psychologie ?**

Je suis devenu psychologue pour deux raisons. D'abord, j'ai été très tôt en contact avec le milieu de la psychiatrie. Ma mère travaillait comme responsable

des bénévoles à l'Hôpital psychiatrique de Belle-Idée à Genève. Je l'y accompagnais souvent. J'ai été moi-même bénévole très jeune. J'ai aussi fait des stages en psychothérapie. A l'époque, il n'y avait pas autant de médicaments qu'aujourd'hui. L'expression du désordre et de la maladie mentale était très visible. Et je trouvais cela fascinant. Et puis, je croisais souvent Jean Piaget lorsque j'allais à l'école, parce qu'il habitait tout près de chez moi. Il arrêtrait parfois les enfants et nous posait des questions bizarres. C'était un personnage fascinant. Il était collègue de mon père, aussi professeur d'Université. Mais mon père ne savait pas trop sur quoi travaillait Piaget. A l'époque, la psychologie n'était pas la bienvenue dans un monde scientifique pur et dur.

**Le titre de votre ouvrage, *L'enfant toxique*\*, est très provocateur...**

Cela faisait longtemps que je voulais appeler un chat un chat. Il y a des enfants compliqués qui désespèrent leur entourage et l'épuisent. Ils rongent la bienveillance et la bonne volonté de leurs parents jusqu'à la rupture, parfois. Ce n'est pas l'enfant en lui-même qui est toxique, mais il y a une série de paramètres



qui font qu'on arrive mal, voire plus, à s'en occuper. C'est avant tout un titre-métaphore, une formule choc qui vise à libérer la parole. D'ailleurs, depuis la sortie du livre, plein de familles et d'enseignants me disent qu'ils osent davantage parler de ce qu'ils vivent. Beaucoup s'y retrouvent. Ceux qui me connaissent savent que je ne cherche pas la provocation, mais que j'aime remuer les choses.

#### Alors, qu'est-ce qu'un enfant toxique ?

D'abord, j'aimerais préciser que ce livre n'est pas un ouvrage scientifique, mais plutôt une synthèse d'idées qui me trottaient dans la tête depuis longtemps. J'y dresse, de façon personnelle et non exhaustive, un catalogue de profils d'enfants qui compliquent la vie de leurs parents. Ils ont en commun de trancher avec cette représentation générale qui voudrait que tous les enfants soient beaux, gentils et fassent le bonheur de leurs parents. Ce n'est pas toujours vrai. Il y a des cas extrêmes qui génèrent beaucoup de souffrance et de casse.

#### Ce n'est pas très optimiste comme point de vue...

Ces enfants nous donnent de grandes leçons d'humilité. En tant que psychologue clinicien, il m'est arrivé de ne pas voir d'issue favorable, d'être face à des enfants et des parents à bout de force. Et puis, une quinzaine d'années plus tard, ils me recontactent. Ce sont des adultes qui fonctionnent étonnamment bien. Ils ont fait le tri, trouvé d'autres modèles et d'autres soutiens. Ils ont progressé malgré la capacité insuffisante de leur entourage à les encadrer.

#### Un enfant qui pose problème n'est-il pas avant tout un enfant en souffrance ?

Certains oui, mais pas tous. Dans mon livre, je parle par exemple de ces enfants qui ne perçoivent pas la souffrance et qui n'éprouvent aucune empathie. Mais en règle générale, les enfants qui posent de gros problèmes souffrent en réalité de leur condition, du décalage dans la façon dont leur milieu réagit à leur comportement. Je pars de l'idée bienveillante que ceux qui ne sont pas dans la norme

dysfonctionnent, à leur manière, pour moins souffrir et parfois appeler à l'aide. Le but n'est pas de constater en laissant tout ce monde macérer dans son jus, mais de leur venir en aide.

#### Pour un père ou une mère, ce n'est pas forcément évident de demander de l'aide.

Encore une fois, il faut tordre le cou au mythe selon lequel les parents doivent être armés pour s'occuper de tous les enfants. Pas tout le monde n'est sophistiqué et n'a les outils pour affronter des situations difficiles. Et tout le monde ne sait pas que des consultations existent. Il n'y a pas de raison de rester seul. Quand il y a péril en la demeure, il faut chercher de l'aide. Être suffisamment humble pour admettre qu'on n'y arrive pas.

## BIO EXPRESS

1958

Naissance à Port-of-Spain, Trinité et Tobago.

2008

Émigration de Genève à Sion, Valais.

2009 et 2012

Père et « re-père ».

Dès 2015

Directeur du nouveau Centre interfacultaire en droits de l'enfant de l'UNIGE

29 juin 2018

A l'ONU, New York, élection au Comité des droits de l'enfant.

#### Alors comment s'en sortir ?

Les enfants et les familles en difficulté ont beaucoup de chance si les parents cherchent du soutien auprès de leur entourage, pour commencer. Il n'y a pas de mal à y mettre du sien et à vouloir trouver des solutions par soi-même. Mais si on n'y arrive pas, il faut consulter. Il y a chez nous une pléthore d'offres sociales et thérapeutiques, du lundi au dimanche. Les parents doivent frapper à toutes les

portes, jusqu'à trouver la bonne. Plus le tableau est particulier et extrême, moins il y a de spécialistes formés. Les professionnels de l'aide n'ont pas de réponses à tout. On offre ce qu'il y a de mieux, mais cela ne fonctionne pas toujours malheureusement. Tous les thérapeutes ne se valent pas. Certains sortent du lot car ils ont des qualités supérieures sur le plan des compétences thérapeutiques. Les parents suffisamment sophistiqués sentent ce qu'il y a de mieux pour leur enfant. Ils perçoivent quand la réponse qu'on leur apporte n'est pas adéquate. Il faut écouter son baromètre intérieur.

#### Comment mener une parentalité heureuse ?

Pour être un parent efficace, on doit assurer son propre équilibre. On a tous une obligation de se préserver soi-même. Un égoïsme sain doit entrer en ligne de compte. Si vous ne vous respectez pas, ce ne sera pas à l'avantage de l'enfant. Il est aussi important d'entretenir un partenariat sain et ouvert avec l'autre parent et de pouvoir s'appuyer sur lui.

#### Il y a d'un côté ces enfants qui dysfonctionnent, de l'autre ces parents qui n'arrivent pas à faire face. Quelle part de responsabilité notre société a-t-elle dans le bien-être et l'équilibre des enfants et de leur famille ?

C'est un paradoxe incroyable. On prend n'importe qui, au bistrot, dans le monde académique, chez les politiciens, etc. Tout le monde veut le bien de l'enfant, considéré comme la « chose » la plus précieuse au monde et pour qui on se doit d'offrir un monde meilleur. Et en même temps, ces mêmes personnes sont prêtes à tolérer la maltraitance et à ne pas mettre les ressources là où il faut pour aider les familles et encadrer les jeunes en difficulté. On ne met pas notre énergie là où nous mènent nos belles paroles. Ça m'interpelle parfois, et me choque toujours. On devrait investir beaucoup plus dans certains domaines et valoriser beaucoup mieux certaines professions. On ne doit pas se voiler la face. Une part de notre responsabilité est d'affronter ce qu'il y a dans le caniveau! ●

Information santé  
grand public

## Collection J'ai envie de comprendre...

Les douleurs chroniques  
et rebelles

Les douleurs chroniques et rebelles aux traitements classiques minent, parfois gravement, le quotidien d'environ 20 % de la population. Le fait que ces douleurs « ne se voient pas » lors des examens médicaux joue en défaveur des individus touchés qui ne se sentent pas toujours pris au sérieux dans leur souffrance. Elles n'ont pourtant rien d'imaginaire. Comment éviter que ces douleurs ne prennent toute la place? Quel est le rôle des émotions dans les symptômes? Comment contrôler soi-même ses douleurs? Ce livre fournit des clés de compréhension, utiles également pour les proches aidants. Il propose une série d'outils pour mieux gérer ces douleurs complexes et redevenir le pilote de sa vie.

## Auteurs

Suzy Soumaille  
Valérie Piguet

## Prix

CHF 16.- / 14 €  
ISBN 978-2-88941-049-1  
© 2018

Vous pouvez passer votre commande par: E-mail: [livres@planetesante.ch](mailto:livres@planetesante.ch) / Internet: [boutique.revmed.ch](http://boutique.revmed.ch)  
Tél.: +41 22 702 93 11 / Fax: 022 702 93 55

Pour allier plaisir  
et bien-être.

Depuis plus de dix ans, Coop s'engage activement pour faciliter la vie aux personnes souffrant d'une intolérance alimentaire et leur permettre de se faire plaisir sans craindre d'effets secondaires.

En plus d'offrir le plus vaste choix de produits spéciaux du commerce de détail suisse, Coop propose également de multiples services aux personnes souffrant d'une intolérance alimentaire. Pour en savoir plus: [coop.ch/freefrom](http://coop.ch/freefrom)

free  
from

coop

Pour moi et pour toi.

# Cet étrange cancer du pancréas qui ne touche que les femmes

Des médecins genevois ont découvert l'origine des kystes mucineux du pancréas, des tumeurs très particulières de cet organe qui touchent essentiellement les femmes jeunes. Tout remonte au développement de l'embryon.

TEXTE ELISABETH GORDON

Les tumeurs mucineuses du pancréas ont de quoi surprendre. Elles se développent dans le corps ou la queue de l'organe et elles ne sont pas en contact avec le canal qui le traverse, alors qu'habituellement les cancers du pancréas se situent le plus souvent dans sa tête et prennent naissance dans ce canal. Ces tumeurs affectent principalement (à 95 %) des femmes, jeunes de surcroît, ce qui est d'autant plus étonnant que le pancréas est peu soumis aux hormones

sexuelles. En outre, on y retrouve du tissu de soutien de l'ovaire. «J'ai été perturbée par toutes ces caractéristiques bizarres», explique la Dre Intidhar Labidi-Galy. La cheffe de clinique au Service d'oncologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) a donc cherché à découvrir l'origine de ces singularités. Cette spécialiste des cancers gynécologiques a eu la puce à l'oreille en constatant que ces kystes mucineux du pancréas ont, sur le plan clinique, de nombreux points communs avec ceux des ovaires. En outre, ils ont «la même signature génétique». Pour elle, cela ne pouvait s'expliquer qu'en remontant à la formation de l'embryon, seule période durant laquelle ces deux organes sont proches l'un de l'autre.

## Migration et multiplication

Dans l'embryon très précoce - entre quatre et six semaines -, des cellules germinales primordiales (précurseurs des ovocytes chez la femme et des spermatozoïdes chez l'homme) le traversent de haut en bas. «Au cours de leur migration, elles se multiplient, précise l'oncologue. Elles ne sont qu'une centaine au début du voyage et plus de 1700 à la fin». Ces cellules pourraient-elles être à l'origine des tumeurs mucineuses ? «Cela justifierait leur localisation dans le pancréas et la présence du tissu ovarien, sans toutefois

expliquer pourquoi elles affectent principalement les femmes.»

La Dre Intidhar Labidi-Galy et son équipe, en collaboration avec des collègues américains du Brigham and Women's Hospital de Boston, ont donc entrepris de tester cette hypothèse. Ils ont écumé des banques de données publiques afin de comparer les profils génétiques de tumeurs du pancréas «classiques» (les adénocarcinomes), de tissus sains de l'organe, de cellules germinales embryonnaires et de kystes mucineux du pancréas. Le résultat n'a laissé planer aucun doute: vus sous cet angle, ces kystes «sont très proches des cellules germinales, mais différents des carcinomes du pancréas». Les mêmes conclusions s'appliquent dans le cas de l'ovaire. Les deux types de tumeurs mucineuses ont donc une origine commune. «Notre hypothèse était donc confirmée», se réjouit la docteure des HUG.

## Erreurs de parcours

Que se passe-t-il ? «Lorsque les cellules germinales primordiales migrent, il se produit parfois des erreurs», explique l'experte. Certaines d'entre elles, au lieu d'atteindre leur destination finale (les ovaires), «s'arrêtent en chemin». Chez les femmes adultes, il reste alors des «reliques de cellules embryonnaires»

## D'autres organes affectés

Outre le pancréas et les ovaires, les kystes mucineux peuvent affecter d'autres organes ou tissus, comme le foie ou le péritoine (la membrane qui tapisse les parois intérieures de l'abdomen), situés sur le trajet qu'empruntent les cellules germinales primordiales lors de leur migration dans l'embryon. Lorsque ces cellules s'arrêtent en chemin, elles favorisent, plusieurs décennies plus tard, le développement de ces tumeurs particulières. Toutes peuvent faire des métastases contre lesquelles les oncologues sont démunis.



qui, sous l'influence de facteurs de risque comme le tabac, peuvent développer des tumeurs à l'endroit où ils se trouvent (lire encadré).

Ces recherches pourraient avoir des implications cliniques. Les cancers de ce type sont très rares - «aux HUG, nous en diagnostiquons trois ou quatre par an sur les ovaires et un à deux sur le pancréas, contre environ 500 cancers du sein», selon l'oncologue. Lorsqu'ils sont traités précocement, ils peuvent être ôtés chirurgicalement, mais s'ils font des métastases, ils sont très agressifs et le pronostic de survie n'est que d'un an.

**“LES CANCERS DE CE TYPE SONT TRÈS RARES, MAIS S'ILS FONT DES MÉTASTASES, ILS SONT TRÈS AGRESSIFS,,**

«Si nous arrivions à déterminer à quel stade de leur développement les cellules germinales cessent de migrer, nous pourrions tenter d'intervenir». Il serait alors

possible de substituer aux chimiothérapies classiques des thérapies ciblées et d'ouvrir ainsi la voie à un traitement oncologique personnalisé. ●

# QUE SAVEZ-VOUS SUR LES ALLERGIES ?

Causes, fonctionnement, dépistage...  
Testez vos connaissances.

## 1 Les allergies sont causées par...

- A Le système respiratoire
- B Le système digestif
- C Le système immunitaire

## 2 De quelle autre façon appelle-t-on le rhume des foins ?

- A Un coryza
- B Une rhinite allergique saisonnière
- C Une allergie distincte et particulière au foin

## 3 Comment appelle-t-on une allergie au(x) pollen(s) ?

- A Une pollinose
- B Une palynose
- C Une pollinite

## 4 Au niveau immunitaire, l'allergie se manifeste par...

- A Une exagération des défenses immunitaires
- B Une neutralisation des défenses
- C Une diminution des défenses

## 5 Sous quel autre nom désigne-t-on l'allergie au soleil ?

- A L'urticaire solaire
- B La lentigine solaire
- C La lucite estivale bénigne

## 6 Le médiateur chimique principalement responsable des manifestations allergiques est...

- A L'adrénaline
- B L'histamine
- C La dopamine

## 7 Qu'est-ce le « prick test » ?

- A Une injection à faible dose d'allergène sous la peau
- B Une analyse de sang pour connaître les réactions immunitaires
- C Un test de personnalité pour connaître les phobies des patients

## 8 Un de ces termes ne désigne pas un médecin spécialiste des allergies. Lequel ?

- A Un allergologue
- B Un allergiste
- C Un allergologue

## 9 Que sont les allergies croisées ?

- A Des allergies qui évoluent avec le temps
- B Des allergènes communs à plusieurs substances (aliments, allergènes dans l'air)
- C Des allergies contagieuses qui peuvent se transmettre d'une personne à une autre



©ISTOCK/LEB/OLIVIERO

RTS Découverte



Retrouvez ce quiz  
et des explications  
en ligne sur  
RTS Découverte

Réponses: 1: c / 2: b / 3: a / 4: a / 5: c / 6: b / 7: a / 8: b / 9: b

# planète santé

Information  
médicale  
grand public

## Le site [planetesante.ch](http://planetesante.ch)

Le site Planetesante.ch est le portail médical n° 1 en Suisse romande. Une équipe de médecins, d'experts et de journalistes produit des articles qui répondent aux questions santé du grand public. Ce site résulte également d'une collaboration réunissant une cinquantaine de partenaires de santé publique.



## Le magazine

Le magazine Planète Santé décrypte autant la santé au quotidien que les concepts médicaux novateurs, en restant indépendant. [www.planetesante.ch/magazine](http://www.planetesante.ch/magazine)

## La collection de livres

Ces petits guides thématiques répondent aux questions que tout le monde se pose sur différents thèmes de santé. En mettant le patient au centre, ils renouvellent l'approche de la compréhension de la santé par la population. [www.planetesante.ch/collection](http://www.planetesante.ch/collection)

# Maladie de Parkinson, l'appendice en ligne de mire

Une étude de grande ampleur est venue confirmer l'implication de l'appendice dans la survenue de la maladie de Parkinson. Un nouvel argument qui renforce l'hypothèse du lien entre système digestif et système nerveux dans cette maladie dégénérative.

TEXTE STÉPHANY GARDIER

La maladie de Parkinson est caractérisée par la présence dans le cerveau de protéines alpha-synucléine agrégées, qui conduisent à la destruction des neurones dopaminergiques. Mais tout pourrait commencer bien avant... dans l'intestin ! Depuis le milieu des années 2000, plusieurs études, menées chez l'homme ou sur des modèles animaux, ont apporté des éléments pointant dans cette direction. De nouveaux travaux, publiés dans la revue *Science Translational Medicine*, apportent une nouvelle pierre à l'édifice. Ils mettent en évidence une diminution du risque de développer la maladie de Parkinson de 19 à 25% chez les personnes qui ont subi une appendicectomie dans leur jeunesse.

## Réservoirs d'alpha-synucléine

« Ces travaux renforcent l'hypothèse d'un début périphérique de la maladie de Parkinson, en dehors du cerveau, avec un rôle important de l'appendice, commente la Dre Vanessa Fleury, neurologue dans le Service de neurologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). La grande force de cette étude est d'avoir analysé les données issues d'un registre de plus de 1,6 million de personnes. » Les auteurs se sont en effet appuyés sur le Registre national suédois des patients, qui compile de nombreuses informations de santé sur les citoyens suédois depuis 1964. Ils ont également utilisé

les données du Parkinson's Progression Markers Initiative, qui rassemble diverses informations biomédicales au sujet de patients atteints de la maladie. Pour mieux comprendre la signification de leurs résultats, les scientifiques ont également mené des analyses histologiques et biologiques sur des appendices provenant de personnes en bonne santé et de patients atteints de Parkinson. De l'alpha-synucléine anormale a été mise en évidence dans l'appendice, que les personnes soient atteintes ou non de la

maladie de Parkinson. « C'est très intéressant de voir que cette protéine dans sa forme anormale est présente chez la personne saine, et même chez les jeunes, souligne la Dre Fleury. L'appendice serait un réservoir d'alpha-synucléine qui, suite à un ou des événements encore inconnus, pourrait migrer vers le cerveau et aboutir à une maladie de Parkinson. » De précédents travaux ont en effet avancé l'hypothèse d'un déplacement de l'alpha-synucléine depuis l'intestin vers le système nerveux central, via le nerf

## MIEUX COMPRENDRE LE RÔLE DU MICROBIOTE BUCCAL

Des perturbations du microbiote intestinal ont été rapportées chez les patients atteints de Parkinson, sans que l'on sache si ces « dysbioses » (ou déséquilibre) sont la cause ou la conséquence de la maladie. Mais les recherches sur le sujet s'intensifient. Une équipe des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) a choisi d'investiguer le rôle du microbiote buccal. « La bouche est un lieu stratégique. C'est la porte d'entrée d'agents extérieurs véhiculés par la nourriture, les liquides et l'air,

rappelle la Dre Vanessa Fleury, neurologue aux HUG. De plus, la population bactérienne de la bouche joue un rôle important dans la protection contre la colonisation par des micro-organismes pathogènes. Enfin, les glandes salivaires sont connues pour être riches en alpha-synucléine anormale, les fameuses protéines (lire article principal), chez les patients parkinsoniens. » Vingt volontaires et vingt patients atteints de Parkinson ont accepté de fournir des échantillons biologiques et de subir un examen bucco-dentaire approfondi pour cette étude, dont les premiers résultats devraient être disponibles dans les prochains mois.



©ISTOCK/STUARTPIKIN

“LE TUBE DIGESTIF EST EN CONTACT PERMANENT AVEC L'EXTÉRIEUR. CE RÔLE D'INTERFACE POURRAIT EXPLIQUER SON IMPLICATION DANS LA MALADIE DE PARKINSON,,

vague. « On serait face à une propagation de cellule à cellule, un peu comme cela se produit pour une infection à prions (*ndlr*, agent infectieux responsable de maladies neurodégénératives) », précise la Dre Fleury. La spécialiste rappelle que l'appendice ne serait pas seul en cause : des « réservoirs » d'alpha-synucléine ont été identifiés dans diverses régions du tube digestif, notamment dans les glandes salivaires (*lire encadré*).

#### **Interface avec l'environnement**

Les causes de la maladie de Parkinson ne sont aujourd'hui toujours pas connues, mais il semble de plus en plus évident qu'elle résulte d'interactions complexes entre des facteurs de vulnérabilité génétique et des facteurs environnementaux. Ces derniers restent en grande partie à identifier, mais l'exposition aux pesticides a notamment été mise en cause. « Le tube digestif est en contact permanent avec l'extérieur, via ce que nous mangeons, buvons et même respirons, et ce rôle d'interface pourrait expliquer son implication dans la maladie de Parkinson », observe la Dre Fleury.

Le tube digestif est d'ailleurs lui aussi touché par la maladie de Parkinson, et les neurones entériques (situés dans l'intestin) pourraient être les premières victimes de la maladie. Il est en effet aujourd'hui reconnu que longtemps avant la survenue des symptômes moteurs, caractéristiques de cette pathologie, les patients peuvent manifester des symptômes moins spécifiques (appelés prodromes), parmi lesquels la constipation est très fréquente. « Les recherches sur l'axe cerveau-intestins dans la maladie de Parkinson sont assez récentes, rappelle Vanessa Fleury. Nous disposons déjà de beaucoup d'éléments, mais il faudra encore du temps pour assembler les pièces de ce puzzle. » ●

# BALLONNEMENTS : CE QUE VOUS N'OSEZ PAS DEMANDER

La plupart du temps bénins, les ballonnements peuvent toutefois peser lourd sur le quotidien. D'où viennent-ils ? Comment les éviter ? Le point avec le Pr Jean-Louis Frossard, chef du Service de gastroentérologie aux Hôpitaux Universitaires de Genève.

TEXTE AUDE RAIMONDI



### Avoir de l'air dans le ventre est un phénomène fréquent.

**VRAI.** Nous évacuons tous du gaz entre dix et vingt fois par jour, c'est physiologique. Il existe deux causes de ballonnements très fréquentes. Premièrement, nous avalons parfois de l'air sans nous en rendre compte (par exemple en mâchant un chewing-gum ou en mangeant trop vite). La deuxième cause est liée aux bactéries présentes dans notre intestin : les aliments non-assimilés sont utilisés par ces organismes pour se nourrir et leur dégradation provoque des gaz.

### Des ballonnements à répétition doivent inquiéter.

**VRAI et FAUX.** Une personne produit en moyenne entre 0,2 et 2 litres de gaz par jour, ce qui est tout à fait normal. Au-delà, c'est parfois le symptôme d'une maladie sous-jacente. L'important, c'est surtout d'être attentif à votre transit. Si vous constatez un changement soudain et récent, du sang dans les selles et/ou une perte de poids, il faut consulter.

### Certains aliments favorisent les gaz.

**VRAI.** Dans certains fruits et légumes, on trouve des sucres dits « non-absorbables ». Comme ils ne sont pas assimilés par l'intestin, les bactéries les utilisent comme carburant, ce qui provoque des gaz. En cas de gênes, il vaut donc mieux éviter principalement les pruneaux, les lentilles et toute la famille des choux. Si le problème est récurrent, il est parfois bénéfique de faire une consultation diététique, afin d'adapter son alimentation en suivant un régime plus spécifique.

### On a plus tendance à être ballonné le soir.

**FAUX.** C'est une idée reçue ! Les ballonnements peuvent être présents à tout moment. Mais en journée, on est accaparé par les tâches du quotidien. Le soir venu, on est plus disponible pour écouter son corps et on prête donc plus attention aux ballonnements. Un cardiologue vous dirait la même chose au sujet des palpitations cardiaques : certaines personnes ont probablement des arythmies durant la journée sans expérimenter des palpitations. Elles ne les remarquent que lorsqu'elles sont tranquilles chez elles.

### Les ballonnements sont parfois provoqués par l'anxiété et le stress.

**VRAI.** C'est aujourd'hui scientifiquement prouvé, notre cerveau « parle » à l'intestin. Le système nerveux autonome régule des fonctions automatiques de l'organisme, comme la digestion. Des facteurs externes tels que le stress peuvent donc faire accélérer le transit.

### Les femmes sont plus concernées.

**VRAI.** De manière générale, les femmes sont plus sujettes que les hommes aux troubles digestifs. Si on ne sait pas très bien pour quelles raisons, on suspecte tout de même que les hormones jouent un rôle. Pendant la grossesse, les ballonnements sont souvent plus fréquents pour une raison physiologique : le bébé exerce une pression sur le système digestif. Cela induit plus de constipation, car les intestins ont tendance à être comprimés.

### L'âge ne fait aucune différence.

**FAUX.** Les ballonnements augmentent souvent avec le vieillissement. Plusieurs facteurs sont susceptibles de ralentir le transit. D'une part, le tube digestif vieillit et devient un peu moins efficace. D'autre part, les personnes âgées boivent moins, ce qui favorise la constipation. De plus, certains médicaments prescrits à un âge avancé peuvent avoir une incidence sur le transit.

### Les traitements médicamenteux sont relativement inefficaces.

**VRAI.** Pour traiter les ballonnements, les médicaments actuels ne sont pas la panacée. Il en existe qui sont destinés à améliorer le transit ou absorber les gaz, mais leur efficacité est relative. L'huile de menthe est connue pour apaiser l'intestin, mais il y a peu de littérature scientifique à ce sujet. L'arrivée d'un nouveau médicament cristallise cependant certains espoirs. Son mode d'action est différent : il s'agit de cibler une bactérie précise manquante dans le système digestif et de la transplanter. Cela pourrait être utile lorsque la qualité du microbiote est altérée. ●

## Suis-je constipé ?

La constipation est très souvent accompagnée de ballonnements. Mais comment savoir si c'est bien de cela dont vous souffrez ? Médicalement parlant, la constipation est définie par une fréquence de moins de trois selles par semaine. A noter toutefois que c'est un problème chronique, qui s'inscrit dans le temps. Si vous avez des difficultés à aller à selles pendant une semaine, c'est une simple variation du transit. Ces phénomènes sont souvent liés au contexte, par exemple un changement de régime alimentaire pendant les vacances. En revanche, si vous souffrez de troubles du transit depuis plus de six mois, il est recommandé de consulter et d'envisager un traitement. Dans un premier temps, vous pouvez adapter votre hygiène de vie en consommant des aliments riches en fibres (légumes, fruits, céréales) et en veillant à bien vous hydrater.

# Cerveau : la glie rebat les cartes

Les cellules gliales ont bien longtemps été les grandes oubliées des neurosciences centrées sur les neurones. Pourtant, ces cellules sont essentielles au bon fonctionnement du cerveau et pourraient être des cibles thérapeutiques de choix.

TEXTE STÉPHANY GARDIER

**A**lors que les neurones sont aujourd'hui connus par le plus grand nombre et même passés dans le langage courant, astrocytes, microglie et oligodendrocytes sont bien moins populaires. Et pourtant, ces cellules sont aussi nombreuses dans le cerveau humain que les neurones, et sans elles ces derniers auraient bien de la peine à fonctionner correctement. Pourquoi ces cellules, qui ensemble constituent la « glie », sont-elles restées dans un tel anonymat ?

Sans doute en grande partie car elles ont été présentées, dès leur découverte en 1846 par Rudolph Virchow, comme ayant un simple rôle de tissu de soutien, une sorte de « glu », qui leur a d'ailleurs donné leur nom. La glie était ainsi vue comme l'ensemble des cellules qui remplissent le vide autour des nobles neurones. « Ce qui a également joué contre les cellules gliales, c'est que contrairement aux neurones, elles ne produisent pas de potentiel d'action. Or les neurosciences se sont bâties sur les enregistrements de ces signaux électriques, marqueurs de l'activité cérébrale », explique le Pr Pierre Magistretti, professeur honoraire de l'École polytechnique fédérale de Lausanne (EPFL) et de l'Université de Lausanne (UNIL), co-auteur avec le Pr Yves Agid de *L'Homme Glial* (Ed. Odile Jacob). Le chercheur lausannois, qui a consacré sa carrière à ces

cellules, n'hésite d'ailleurs pas à avouer que lui-même s'y est intéressé grâce « au hasard et à l'ignorance » !

## Une vision « neurocentrée »

Le titre de l'ouvrage de Pierre Magistretti n'est pas innocent et se veut un clin d'œil à *L'Homme Neuronal*, publié par le célèbre neuroscientifique français Jean-Pierre Changeux, dans les années 1980. Si, pendant plus d'un siècle, la glie a été déconsidérée et étudiée seulement par une poignée de groupes de recherche

centre de la discipline. « C'est aussi pour cela que peu de chercheurs se sont intéressés aux cellules gliales, relève Andrea Volterra, professeur au département des neurosciences fondamentales de l'Université de Lausanne, autre spécialiste suisse de la glie. Les neurones et leurs interactions sont déjà bien complexes à étudier. Considérer en plus ces cellules relève du casse-tête pour beaucoup de scientifiques ! » Mais si l'acquisition de connaissances sur le cerveau a été gigantesque au cours des

“POUR AVANCER, LES NEUROBIOLOGISTES DOIVENT S'INTÉRESSER À TOUTES LES CELLULES DU CERVEAU,,

dans le monde, elle occupe aujourd'hui le devant de la scène scientifique. Et les dogmes actuels sur le fonctionnement de notre cerveau pourraient bien s'en trouver remis en cause.

Les cinquante dernières années ont été marquées par un essor considérable des neurosciences, qui ont mis l'étude et la compréhension des neurones au

dernières décennies, force est de constater qu'elles ont laissé sans réponses de nombreuses questions, notamment celles relatives aux maladies neurodégénératives et mentales. « Pour avancer, les neurobiologistes doivent s'intéresser à toutes les cellules du cerveau, puisque l'on sait désormais qu'elles ont des rôles variés et qu'elles communiquent ensemble,



©ISTOCK/BLACKJACK3D

insiste Andrea Volterra. Il est nécessaire de mieux comprendre le micro-environnement des neurones qui joue forcément un rôle dans les processus qui précèdent leur destruction.»

#### **Développer la «gliopharmacologie»**

«Les cellules gliales intéressent de plus en plus de jeunes chercheurs. Ce n'est plus un sujet réservé à une poignée de connaisseurs», se réjouit le Pr Magistretti. L'intensification des recherches sur ces cellules a permis de mettre au jour les

nombreuses fonctions des différents types cellulaires de la glie au sein du système nerveux central. Dès la formation du système nerveux central dans l'embryon, puis tout au long de l'existence, la glie assure les apports en énergie des neurones, évacue leurs déchets, améliore la communication nerveuse, contribue à la plasticité cérébrale, assure l'immunité autour des cellules nerveuses... Beaucoup de ces fonctions sont assurées par les astrocytes, cellules en forme d'étoile, qui sont bien plus que du «petit

personnel des neurones», note Pierre Magistretti. Comme Andrea Volterra, il est convaincu que ces cellules, en interaction étroite et permanente avec les neurones, sont impliquées directement ou indirectement dans les pathologies qui touchent ces derniers. «Pour trouver de nouveaux traitements, leur rôle ne doit plus être négligé. Il faut développer une "gliopharmacologie" qui considère les processus gliaux comme autant de cibles thérapeutiques possibles», conclut le spécialiste. ●

# Lorsque maman boit pendant la grossesse, bébé trinque

Éviter apéros et verres de vin est primordial dès les premiers jours de gestation pour éviter des problèmes de santé, potentiellement graves, au nouveau-né.

TEXTE ESTHER RICH

Les femmes enceintes ne devraient pas boire d'alcool, pas même un verre de temps en temps. C'est du moins ce que recommandent les milieux de la prévention et les obstétriciens. Une abstinence rigoureuse qui peut sembler un peu extrême. Mais lorsqu'on regarde d'un peu plus près ce que l'alcool peut causer chez un enfant à naître, cette interdiction prend tout son sens. En voici un aperçu : malformations, troubles neurologiques,

déformations faciales, poids de naissance léger, risque de prématurité ou de fausse couche. Et plus tard, d'éventuels troubles de l'apprentissage.

« Aucune étude ne permet d'affirmer qu'une consommation faible d'alcool pendant la grossesse est dénuée de risques, explique le Pr Jean-Bernard Daepfen, chef du Service d'alcoologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). A la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, il y

a eu beaucoup de victimes du syndrome d'alcoolisation fœtale (lire encadré) que l'on n'a pas vues venir. Ce mal touche les bébés de femmes alcooliques, mais on sait aujourd'hui que dans les premiers jours de gestation, boire de l'alcool, même en petite quantité, peut avoir des répercussions sur la santé du nourrisson. »

## La règle du tout ou rien

Idéalement, il faudrait donc arrêter l'apéro en même temps que l'on décide d'abandonner la contraception. « Les quinze premiers jours suivant la conception se caractérisent par la loi du "tout ou rien", explique la Dre Frédérique Rodieux, cheffe de clinique au Service de pharmacologie et toxicologie cliniques des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Pendant cette phase peri-implantatoire (ndlr, avant la nidation), soit les agressions chimiques, induites par la substance nocive (alcool, drogue ou médicament), interfèrent avec la division et l'implantation de l'œuf, ce qui n'est pas compatible avec la vie et provoque une fausse couche spontanée ; soit l'œuf est capable de compenser complètement les éventuelles lésions et est viable sans séquelles. »

Comme 50 % des grossesses actuelles ne sont pas planifiées, il n'est pas rare qu'une femme consomme de l'alcool

## PAS BESOIN DE BOIRE BEAUCOUP POUR CAUSER DES DÉGÂTS

Le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) touche les bébés de mères alcooliques. Il est associé à des anomalies graves du développement et à des pathologies associées. Le trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) désigne quant à lui les problèmes de santé des enfants dont la mère a bu pendant la grossesse, même parfois de faibles quantités. Les enfants touchés ont un visage assez spécifique. Ce dernier présente souvent des fentes aux coins des yeux, un nez effacé ou allongé, une lèvre supérieure très

fine, un front bombé, un crâne petit, des os soudés. A ces caractéristiques physiques s'ajoutent parfois des retards d'apprentissage ou des troubles du comportement plus ou moins sévères.

Selon l'Office fédéral de la santé publique, dans les pays occidentaux, près de 20 enfants sur 1000 naissent avec un TSAF et deux à cinq présentent un SAF. En 2017 en Suisse, sur 85'000 naissances vivantes, cela se traduirait donc par 1700 cas d'enfants souffrant d'un TSAF et entre 170 à 425 cas de SAF. Des chiffres élevés qui semblent pourtant vraisemblables, sachant qu'en comparaison internationale, la Suisse est un des pays dont les habitants consomment le plus d'alcool.



©ISTOCK/KHARICHKINA

sans savoir qu'elle attend un enfant. Faut-il s'alarmer? Les deux médecins se veulent rassurants. Inutile de dramatiser, de culpabiliser et de s'inquiéter outre mesure, mais il convient de s'abstenir dans les mois à venir et même après, étant donné les risques. «Les femmes qui allaitent ne devraient pas boire, car l'alcool consommé par la mère passe dans le

lait maternel, explique la Dre Frédérique Rodieux. Bien qu'un nouveau-né allaité soit exposé à une infime quantité de l'alcool consommé par la mère, il le métabolise moins vite qu'un adulte. Sa concentration dans le sang diminue donc plus lentement avec un risque d'accumulation dans son organisme lors de consommations répétées.»

Par ailleurs, l'alcool peut modifier le goût du lait maternel et produire une diminution de la prise alimentaire, un effet sédatif ou encore de l'agitation chez le tout-petit.

Lorsque le nourrisson tète à heures plus ou moins fixes, la mère peut s'accorder un petit verre, mais il faut alors attendre deux heures avant de donner le sein. ●

# REMARCHER MALGRÉ UNE PARALYSIE

**On ne guérit pas d'une paralysie. A l'EPFL, le neuroscientifique Grégoire Courtine a pourtant imaginé un moyen de court-circuiter les lésions de la moelle épinière.**

ADAPTATION AUDE RAIMONDI

Permettre à une personne paralysée de (re)marcher a longtemps été une utopie. Mais grâce à ses travaux avant-gardistes, une équipe de chercheurs de l'Ecole polytechnique fédérale de Lausanne (EPFL) et du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) s'approche de ce rêve. Après plus de huit ans d'expérimentation scientifique, des hommes en fauteuil roulant ont réussi à faire leurs premiers pas à l'aide d'impulsions électriques. Alors qu'à travers le monde de nombreuses études se consacrent à ce sujet, les résultats lausannois sont les plus aboutis à ce jour.

## Reconnecter la moelle avec le cerveau

Notre cerveau est le chef d'orchestre de la marche. En temps normal, il envoie un signal à la moelle épinière, qui le transmet ensuite aux muscles pour déclencher le mouvement. Dans les cas de paralysie, les influx nerveux envoyés par le cerveau ne passent plus, bloqués par la lésion. La zone de la moelle épinière dédiée à la locomotion n'a en revanche pas disparu : elle est en quelque sorte endormie. « Notre objectif est donc de la ranimer à l'aide d'électrodes

qui la stimulent électriquement », explique à 36.9° (RTS) Grégoire Courtine, neuroscientifique à l'EPFL.

## Premiers exploits chez les rats

Avant d'imaginer faire marcher un humain, les chercheurs ont commencé par travailler avec des rats. En 2012, les résultats qu'ils publient sont révolutionnaires. Grâce à des électrodes implantées le long de la moelle épinière, des rongeurs paralysés parviennent à marcher. Les impulsions électriques ont permis de créer de nouvelles connexions autour de la lésion. Débute alors une nouvelle grande étape de l'étude : transposer ce dispositif à l'homme. Quatre ans de préparation ont été nécessaires pour commencer les entraînements avec des patients.

## Lève-toi et marche !

En 2016, la neurochirurgienne du CHUV Jocelyne Bloch implante les premières électrodes à un patient paralysé. Au total, huit personnes ont participé au premier volet de l'étude. A l'issue de plusieurs mois d'intenses séances d'entraînement sous stimulation électrique, les progrès sont spectaculaires. Certains parviennent à bouger pour la première fois leurs membres, même sans stimulation. D'autres deviennent capables de marcher seuls à l'aide de béquilles. Les chercheurs lausannois pensent que les résultats seront encore meilleurs avec des patients dont la lésion est récente. Une saga scientifique qui n'a donc pas fini de faire parler d'elle.

Adapté de l'émission « Remarcher malgré une paralysie ? », 36.9° (RTS), diffusé le 31/10/2018.

## L'ÉMISSION 36,9° (RTS) SUR PLANETESANTE.CH

L'émission grand public 36,9° aborde de nombreuses problématiques de santé en se plaçant du point de vue du patient. Elle s'intéresse particulièrement aux dimensions affectives, sociales et économiques de notre rapport à la santé. Pour vous offrir toujours plus d'informations, les émissions de 36,9° peuvent désormais être aussi visionnées sur [Planetesante.ch/36.9](http://Planetesante.ch/36.9) !

Retrouvez des témoignages et des experts dans le reportage que 36,9° a consacré à ce sujet.

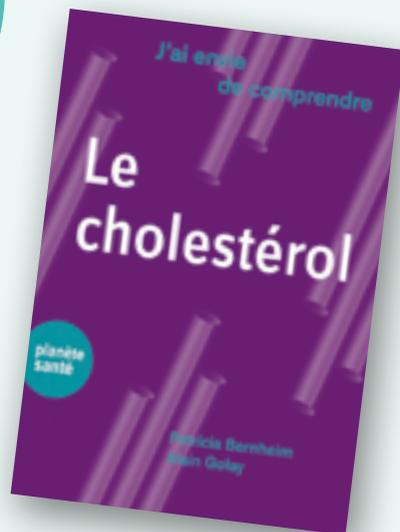


Retrouvez toutes  
ces émissions sur  
[planetesante.ch/36.9](http://planetesante.ch/36.9)



Information santé  
grand public

## Collection J'ai envie de comprendre...



## Le cholestérol

Indispensable au bon fonctionnement de notre organisme, le cholestérol est surtout connu pour son implication dans l'apparition de maladies cardiovasculaires. Le cholestérol n'est pas à bannir, mais à surveiller et à traiter, le secret résidant principalement dans la qualité et la quantité des apports lipidiques ainsi que dans l'hygiène de vie. Qu'est-ce que le « bon » ou le « mauvais » cholestérol ? Comment en améliorer le taux ? Quelles sont les causes, les conséquences et les traitements d'une hypercholestérolémie ?

**Auteurs**Patricia Bernheim  
Alain Golay**Prix**CHF 16.- / 14 €  
ISBN 978-2-88941-041-5  
© 2019**Auteurs**Elisabeth Gordon  
Laurent Nicod**Prix**CHF 16.- / 14 €  
ISBN 978-2-88941-042-2  
© 2019

## La respiration

Diverses maladies affectant les voies aériennes peuvent créer des difficultés respiratoires, allant des plus bénignes et ponctuelles telles que le rhume, aux plus invalidantes et chroniques comme l'asthme, la broncho-pneumopathie chronique obstructive ou la mucoviscidose.

Environnement, génétique, hygiène de vie... À quoi sont dus ces différents troubles et en quoi consistent-ils ? Comment les traiter ? Comment préserver nos poumons ?

En retournant ce coupon à Planète Santé /  
Médecine et Hygiène - CP 475 - 1225 Chêne-Bourg :

Je m'abonne à la collection et reçois automatiquement  
chaque ouvrage dès sa parution au prix préférentiel  
de CHF 10.- / 8 € par ouvrage.

Je commande au prix de 16.- / 14 € :

\_\_\_ ex. Le cholestérol

\_\_\_ ex. La respiration

\_\_\_ ex. Les douleurs chroniques

\_\_\_ ex. La méditation de pleine conscience

\_\_\_ ex. Comment bien vieillir

**Adresse de livraison**

Timbre / Nom Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Vous pouvez aussi passer votre commande par : E-mail : livres@planetesante.ch  
Internet : boutique.revmed.ch / Tél. : +41 22 702 93 11 / Fax : 022 702 93 55

Planète Santé est la marque grand public de Médecine & Hygiène

# Le bypass gastrique, pas si infaillible

Le bypass gastrique est un traitement efficace de l'obésité. Pourtant, cette intervention chirurgicale n'offre pas les résultats escomptés chez de nombreuses personnes.

TEXTE CHARLOTTE FROSSARD

**P**erdre du poids de façon efficace et durable est très difficile lorsqu'on souffre d'obésité. Les thérapies conventionnelles sont souvent insuffisantes et, au vu des maladies graves qui accompagnent l'obésité morbide (diabète, pathologies cardiovasculaires), l'urgence d'agir, pour la santé, est réelle.

L'intervention chirurgicale est donc de plus en plus sollicitée, à l'instar du bypass gastrique. Praticqué depuis une vingtaine d'années en Suisse, il est perçu par beaucoup comme un remède infaillible pour perdre du poids rapidement.

## Quand le bypass gastrique fonctionne

Le bypass gastrique est une intervention chirurgicale relativement peu invasive qui consiste d'une part à réduire la taille

de l'estomac et, d'autre part, à diminuer l'assimilation des aliments dans le tube digestif. Il est bien plus efficace que les traitements non chirurgicaux qui visent simplement à changer le mode de vie, et ses effets bénéfiques sont indéniables :

une perte de poids, une rémission partielle ou totale du diabète de type 2 et une résolution des maladies associées à l'obésité. Et, incidemment, une forte réduction de la mortalité. Or il arrive que le bypass reste sans effet ou presque. En effet, jusqu'à un tiers des personnes ayant bénéficié de cette opération ne perd pas suffisamment de poids ou en reprend peu de temps après.

## Peut-on prédire l'échec ?

Des études s'intéressent aux personnes qui ne répondent pas au bypass gastrique comme attendu. Le but est d'identifier les facteurs jouant un rôle dans cet échec, en amont et en aval de l'opération. Ces recherches identifient plusieurs éléments cliniques et psychologiques qui contre-

viendraient à la réussite de l'intervention, tels qu'un IMC particulièrement élevé, la présence d'un diabète, la sédentarité, le bas niveau d'éducation ou la présence de certains comportements alimentaires avant l'opération. Il n'existe toutefois pas

de certitude absolue sur leur impact. D'autres facteurs relatifs à la période post-opératoire sont plus largement admis comme ayant un impact positif : le suivi de tous les rendez-vous médicaux, un environnement socio-économique et émotionnel stable, une diminution du stress, le changement des habitudes alimentaires au niveau quantitatif et qualitatif, la reprise d'une activité physique et la capacité à questionner sa relation à la nourriture.

## Se préparer pour l'opération

Afin d'augmenter les chances de succès du bypass, être bien préparé est indispensable. Un programme d'éducation thérapeutique à destination des personnes obèses existe par exemple aux Hôpitaux universitaires de Genève. Le but est d'agir, par le biais d'ateliers pratiques et de discussions, sur les éléments que le bypass gastrique ne pourra pas résoudre à lui seul : le rapport à l'activité physique, à la diététique, au corps et aux émotions... le tout pour diminuer les risques de reprise pondérale après l'intervention et améliorer la qualité de vie sur le long terme. ●

“PRÈS D'UN TIERS DES PATIENTS NE PERD PAS ASSEZ DE POIDS OU EN REPREND PEU DE TEMPS APRÈS,,

viendraient à la réussite de l'intervention, tels qu'un IMC particulièrement élevé, la présence d'un diabète, la sédentarité, le bas niveau d'éducation ou la présence de certains comportements alimentaires avant l'opération. Il n'existe toutefois pas

de l'estomac et, d'autre part, à diminuer l'assimilation des aliments dans le tube digestif. Il est bien plus efficace que les traitements non chirurgicaux qui visent simplement à changer le mode de vie, et ses effets bénéfiques sont indéniables :

Adapté de « Pas tous égaux devant le bypass gastrique », Drs Z. Pataky, L. Locatelli et Pr A. Golay, Service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques, Centre collaborateur de l'OMS, Dpt de médecine communautaire, de premier recours et d'urgences, HUG ; Dr M. Jung, Service de chirurgie viscérale, Dpt de chirurgie, HUG. In Revue Médicale Suisse 2016 ; 12 : 597-601.



# Cigarettes aujourd'hui... et demain ?

Une personne par heure. C'est le rythme auquel la cigarette tue en Suisse. Depuis une dizaine d'années, des alternatives de consommation de nicotine existent. Des méthodes aux effets encore peu connus, qui se développent dans un cadre légal en construction.

TEXTE ANOUK PERNET

Fumer tue, on ne le répètera jamais assez. En Suisse, 9'500 fumeurs meurent chaque année des conséquences du tabagisme. Leur espérance de vie est diminuée de quatorze ans en moyenne.

Face à cette réalité, l'arrêt s'impose. Fait encourageant, jeter son paquet de cigarettes aux oubliettes a des bénéfices immédiats pour la santé, avec une réduction des risques de maladies cardiovasculaires et pulmonaires, ainsi que de cancers. Mais les symptômes du manque peuvent être difficiles à supporter, en raison de l'addiction à la nicotine.

## Combustion cancérigène

Lorsqu'elle est absorbée par inhalation, la nicotine est particulièrement addictive: il suffit de quelques semaines pour que la dépendance s'installe. En soi, elle n'est pourtant pas toxique aux doses habituelles. «La toxicité de la cigarette provient surtout de la combustion du tabac, explique Jean-François Etter, professeur en santé publique à l'Université de Genève. Mais la toxicité du snus (tabac à usage oral, non brûlé), dont on a retiré les nitrosamines cancérigènes, est quant à elle très faible.»

Parmi les substances nocives issues de la combustion, on retrouve les goudrons, principale cause des cancers liés à la fumée. Il y a également le monoxyde de carbone, qui remplace l'oxygène dans la circulation sanguine et cause des maladies cardiovasculaires. C'est pour cette

raison que les industriels cherchent des alternatives à la cigarette, dans lesquelles on éviterait de brûler le tabac.

## Besoin d'un coup de main ?

L'idéal, pour la santé, est évidemment de ne pas fumer du tout. Vous souhaitez arrêter? Voici différentes plateformes pour vous soutenir dans votre démarche.

- [www.stop-tabac.ch](http://www.stop-tabac.ch)
- [www.smokefree.ch](http://www.smokefree.ch) et son appli Smokefree Buddy
- [www.carrefouraddictions.ch](http://www.carrefouraddictions.ch)
- [www.addictionsuisse.ch](http://www.addictionsuisse.ch)
- [www.safezone.ch](http://www.safezone.ch)
- [www.jarretedefumer.ch](http://www.jarretedefumer.ch)

## Vapeur ou tabac « chauffé » ?

Dans la vaporette (ou cigarette électronique), il n'y a pas de tabac. La nicotine est absorbée sous forme d'aérosol à partir de liquides. Si on ne connaît pas encore les risques à long terme de cette consommation, les experts la considèrent comme substantiellement moins dangereuse que la cigarette. «Les médecins devraient proposer directement la vaporette pour arrêter de fumer, estime le Pr Etter. Elle est aussi efficace que les patchs et les chewing-gums.»

Nouvelle venue dans la famille des cigarettes électroniques, la Juul rencontre un grand succès aux Etats-Unis, lancée à grand renfort de marketing pour séduire les jeunes. Ses liquides contiennent de la nicotine sous forme de sels, ce qui permet d'en obtenir une dose élevée, mais en absorbant moins d'aérosols. Cela limite l'inhalation de liquides, contenant notamment des arômes alimentaires à la toxicité encore mal connue.

Autre alternative: les produits de tabac « chauffés », comme l'IQOS de Philip Morris. Ils sont composés d'une cigarette insérée dans un dispositif chauffant. Ils amènent la nicotine dans le sang à la même vitesse et à la même dose qu'une cigarette classique. Mais en ce qui concerne les risques, le débat fait rage. L'industrie cigarettière soutient que le tabac ne brûle pas et qu'on évite ainsi les substances nocives de la combustion. «Pourtant, quand on ouvre une IQOS après consommation, on voit bien que les restes sont carbonisés», nuance le Pr Etter. Une étude indépendante récente<sup>1</sup> souligne la présence de pyrolyse, un processus de combustion incomplète qui entraîne l'émanation de nombreux produits toxiques.

En attendant des recherches qui préciseront la nature de ces composants nocifs, on retiendra que ces alternatives ne sont pas sans risque pour la santé. ●

<sup>1</sup> Berthet et al., Rev Med Suisse 2018; 14:1935-41.



©ISTOCK/SHIPSKY

Les nouveaux produits du tabac sont poussés sur le marché à grand renfort de marketing pour séduire notamment les jeunes.

## LE POINT LÉGAL

Parmi les pays développés, la Suisse possède l'une des législations les plus laxistes sur le tabac. En 2016, le Parlement refuse une loi contenant l'interdiction de la publicité cigarettière. L'influence des lobbies sur les parlementaires est pointée du doigt. En novembre 2018, un nouveau projet de loi vise à interdire la vente de cigarette aux mineurs. Actuellement, cette décision est du ressort des cantons, et certains, comme Genève, n'imposent aucune limitation d'âge. Toute régulation supplémentaire de la publicité a été abandonnée. Une mesure qui aurait pourtant un réel

effet. « Avec une interdiction totale de la publicité, un prix élevé et un paquet au design neutre, on arriverait à diminuer l'attractivité pour le réduire à ce qu'il est : un produit nocif », souligne Grégoire Vittoz, directeur d'Addiction Suisse. Une initiative populaire, « Oui à la protection des enfants et des jeunes contre la publicité pour le tabac », a été lancée par diverses organisations suisses de santé, notamment l'Alliance pour la santé en Suisse, la Ligue suisse contre le cancer, les ligues pulmonaires cantonales, entre autres. Plus d'informations sur [enfantssanstabac.ch](http://enfantssanstabac.ch)

# Les liens amoureux, un héritage de l'enfance

Et si notre vie amoureuse était en grande partie conditionnée par la relation à notre mère durant la prime enfance ? Cet héritage joue bel et bien un rôle déterminant dans les relations amoureuses et intimes à l'âge adulte. Éclairage.

TEXTE ÉLODIE LAVIGNE



Pour survivre, le petit d'homme a besoin de liens durables et profonds avec une figure d'attachement. Et c'est la mère qui remplit le plus souvent ce rôle. L'existence de ce premier lien est aussi vitale que la nourriture, comme l'ont démontré des études du siècle dernier, déjà. C'est grâce à cette base de sécurité affective que l'enfant peut se construire et explorer le monde. En difficulté, il met en œuvre ce système d'attachement dans le but d'obtenir ou de maintenir la proximité avec sa figure maternelle, de réguler les comportements d'aide et de soutien. Autrement dit, il sollicite sa mère pour se sentir rassuré. Cette dernière va répondre à ses besoins, de façon plus ou moins adéquate, en fonction de sa propre histoire, de son contexte de vie, mais vraisemblablement aussi en fonction de bases neurobiologiques qui lui sont propres.

Selon sa réponse, très attentionnée ou à l'inverse indifférente, voire agacée ou désécurisée à l'égard des demandes de l'enfant, celui-ci se révélera « sécurisée » ou « insécurisée » dans son rapport au monde et à l'autre, selon les termes de John Bowlby, psychiatre britannique à l'origine des théories de l'attachement. « On reconnaît aujourd'hui la force de ses observations. Comme une clé de voûte, ses théories permettent d'expliquer beaucoup de choses dans les relations intimes, dans le choix du partenaire et dans la sexualité », estime le Pr Francesco Bianchi-Demicheli, responsable de l'Unité de médecine sexuelle et sexologie aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).

### Sécurisée ou insécurisée

L'attachement se détermine en fonction de deux paramètres majeurs : l'angoisse de séparation d'un côté, et l'angoisse de proximité de l'autre. Les individus dits « sécurisés » sont à l'abri de ces deux extrêmes : leur relation à la mère est harmonieuse, ils ont du plaisir à explorer le monde, rassurés de savoir qu'ils peuvent trouver du réconfort auprès d'elle. Un attachement sécurisé durant l'enfance est une chance pour les relations sociales et amoureuses futures, comme

l'explique Yvane Wiart dans son ouvrage *L'attachement, un instinct oublié* : « Les adultes sécurisés n'ont aucune difficulté à devenir intimes et à faire confiance à leurs partenaires. Ils pensent que l'amour existe et qu'il peut être durable. Ils ont globalement confiance en eux-mêmes et en autrui, ce qui leur permet d'anticiper une issue positive y compris en cas de conflit dans le couple, et de tout mettre en œuvre pour y parvenir ».

Les choses sont plus compliquées pour les adultes insécurisés, dont il existe plusieurs catégories - qui diffèrent selon les théoriciens. Globalement, on peut en retenir trois. Les « anxieux » ont une

mauvaise estime de soi, ils recherchent la fusion en raison de leur grande peur de l'abandon ; les « désorganisés » fluctuent entre une peur de l'abandon et de la proximité, tandis que les « évitants » ont une vision négative du couple, sont peu démonstratifs, contrôlent leurs émotions, manquent de confiance et surtout se sentent vite envahis, ce qui se manifeste par un fort besoin d'indépendance et de liberté.

### Influence sur le devenir amoureux

Le profil auquel on appartient influence le choix du partenaire, la longévité du couple et la sexualité, explique le Pr Bianchi-Demicheli : « Il y a des couples classiques. Par exemple, ceux qui associent deux personnalités sécurisées ou ceux formés par un anxieux et un évitant. Les premiers sont ceux qui durent le plus longtemps. La relation entre l'anxieux et l'évitant est également durable, l'anxieux étant le seul à pouvoir tolérer un partenaire aussi épris d'indépendance ». Mais

elle est plus houleuse. Et pour cause, l'un étant dans le besoin constant d'être aimé et rassuré, tandis que l'autre se sent peu écouté.

L'expression de la tendresse et la sexualité varient aussi en fonction de sa tendance. L'individu sécurisé a une sexualité acceptée, engagée et marquée par la fidélité. L'anxieux, à cause de sa peur de l'abandon, a souvent une libido importante. La sexualité est pour lui un moyen de se rapprocher et d'être rassuré, sexe et amour ne faisant alors qu'un. Mais son fort besoin d'attention peut aussi le conduire à avoir des partenaires sexuels multiples. L'évitant a une sexualité plutôt

## “ON RECONNAÎT AUJOURD'HUI LA FORCE DES OBSERVATIONS DE JOHN BOLWBY,,

faible étant donné sa difficulté à entrer en relation avec l'autre. Il est peu enclin à la tendresse et aux démonstrations d'affection. Il n'accorde que peu d'importance à l'intimité, mais il peut aussi multiplier les conquêtes, sans s'attacher. Les désorganisés ont peur du rejet et peuvent en même temps se montrer infidèles par désir qu'on prenne soin d'eux. « Ce sont des personnes très attachantes, mais qui fuient dès qu'on les approche », commente le sexologue.

Les systèmes d'attachement auxquels on appartient se vérifient souvent lorsque l'équilibre du couple est mis à mal, par exemple à la suite d'une maladie, d'une infidélité, d'un désamour, etc. « Le fait de connaître son profil est très utile pour comprendre ce qu'on génère chez l'autre et pour pouvoir moduler son comportement et sa réponse émotionnelle », explique le Pr Bianchi-Demicheli, qui regrette que les théories de l'attachement ne soient pas plus utilisées dans les thérapies de couple. ●

# Alimentation et sport : comment faire de la première une alliée pour le second ?

Boissons énergétiques, barres en tout genre, cocktails survitaminés, poudres pour solutions protéinées : l'arsenal diététique envahit les salles de sport. Notre corps en a-t-il vraiment besoin ? Décryptage avec le Pr Bengt Kayser, directeur de l'Institut des sciences du sport de l'Université de Lausanne.

TEXTE LAETITIA GRIMALDI



### La veille d'une course, le fameux plat de pâtes est-il utile ?

**Oui.** L'enjeu majeur pendant une activité sportive est d'assurer un apport suffisant en carburant pour les muscles en action, mais également pour le reste du corps, en particulier le cerveau, très peu tolérant face à un manque d'approvisionnement. Une source d'énergie importante pour l'un comme pour l'autre ? Le sucre, plus précisément, le glucose. S'il est en partie disponible dans le sang circulant, le glucose est stocké dans le foie et les muscles sous forme de glycogène. Durant l'effort physique, les muscles puisent surtout dans leurs propres réserves. Le cerveau mise quant à lui sur les réserves présentes dans le foie. La veille d'une épreuve sportive, faire un repas riche en hydrates de carbone (glucides), sous forme de pâtes par exemple, est donc une excellente stratégie pour recharger les stocks de glycogène au niveau du foie comme des muscles eux-mêmes. Quant au jour J, l'idéal est d'opter pour une alimentation pauvre en matières grasses et d'éviter de prendre un repas durant l'heure précédant l'effort.

### Croquer dans une banane est-il efficace pour reprendre des forces ?

**Oui.** Pendant l'effort, muscles et cerveau ont un besoin impérieux et permanent en glucose. Si les réserves en glycogène (présentes dans les muscles et dans le foie) et, si besoin, les graisses, assurent cet approvisionnement en glucose par le biais de réactions en chaîne, une dose directe de glucose ou de fructose est idéale pour un « coup de fouet » immédiat. De bons candidats ? Un simple carré de sucre, un morceau de banane ou encore quelques grains de raisin.

### Avoir soif est-il le signe que le corps est déjà déshydraté ?

**Non.** L'idée reçue selon laquelle la soif est le signe d'une déshydratation déjà trop avancée est non seulement erronée, mais surtout dangereuse, car elle peut inciter à boire en excès. Or le plus grand risque pour un sportif n'est pas la déshydratation, mais à l'inverse la

surhydratation. Preuve de ce réel danger : le décès de plusieurs coureurs amateurs aux marathons de Chicago et de Boston par exemple. La raison d'un tel péril ? L'organisme a besoin de temps pour éliminer l'excès de boisson. Investi sur un effort physique intense, l'organisme voit cette régulation interne ralentie. L'excès d'eau peut alors déclencher une cascade de réactions physiologiques péril-

## Repères

Facteur clé de la santé physique et mentale, l'activité physique est devenue centrale dans les recommandations médicales. Les bons dosages ? Par semaine, un minimum de 2,5 heures de mouvements d'intensité moyenne (marche, balade à vélo, jardinage) ou 1,25 heure de sport d'intensité élevée (course, rameur, tennis, etc.). L'idéal : répartir les séquences sur plusieurs jours. Si l'on peut faire plus, c'est encore mieux. Les bienfaits se font alors sentir en termes d'endurance, de force et de souplesse.

leuses, voire dramatiques. En effet, en se répandant dans le sang, l'eau dilue les minéraux qui s'y trouvent, notamment le sodium. Par souci d'équité, les cellules vont elles aussi se gorger d'eau. Le risque est alors l'apparition d'œdèmes (cérébraux notamment), à l'issue potentiellement fatale. Comment se prémunir d'un tel danger ? Tout simplement en écoutant sa soif, sans forcer la consommation.

### La vitamine C est-elle un bon remède pour éviter les courbatures ?

**Non.** Les courbatures sont le signe de micro-dommages musculaires. Confrontées à une épreuve inhabituelle,

certaines fibres musculaires peuvent être blessées, causant une inflammation et une douleur caractéristique. Comment y remédier ? En ne faisant rien ! Et pour cause, ces micro-dommages s'inscrivent dans un processus de renforcement du muscle, qui se voit fragilisé pour ensuite se renforcer naturellement. Or la prise de vitamine C ou d'autres antioxydants annule cet effet. Les courbatures s'estompent généralement au fur et à mesure des entraînements.

### Les crampes pendant l'effort sont-elles le signe d'un manque de magnésium ?

**Non.** Le plus souvent, les crampes sont le reflet d'un manque d'entraînement. A une longueur de neurone de là, elles trouvent leur origine dans l'un des « centres de contrôle » de l'activité musculaire, au niveau de la moelle épinière. Parfois avancée comme solution, la prise de magnésium n'a pas fait la preuve unanime de son efficacité. Les meilleurs remèdes ? L'entraînement et une bonne hygiène de vie qui constituent à eux seuls les meilleurs atouts pour s'attaquer à un effort physique.

### Accroître la consommation de protéines pour intensifier la prise musculaire, est-ce dangereux ?

**Non et oui.** Associer des exercices de musculation et une alimentation enrichie en viande, œufs, poissons et éventuellement en décoctions protéinées peut être judicieux si l'on souhaite surtout développer sa masse musculaire. Jusqu'à quel point ? L'important est de maintenir une alimentation équilibrée, de ne pas tomber dans l'excès et d'avoir une bonne fonction rénale. Un excès de protéines peut en effet être dommageable chez les personnes ayant des problèmes rénaux et favoriser la goutte, une maladie inflammatoire et douloureuse des articulations. Attention, il n'est pas rare que les produits protéiques vantés pour la musculation contiennent des substances dopantes interdites comme des stéroïdes anabolisants, qui sont quant à eux tout sauf inoffensifs. La vigilance est de mise car bien souvent, les étiquettes ne mentionnent pas leur présence. ●



## POURQUOI LES HOMMES PRENNENT DU VENTRE ET LES FEMMES DES CUISSSES ?

**L'endroit où les graisses sont stockées n'est pas toujours le même entre les hommes et les femmes. Principales responsables : les hormones.**

ADAPTATION AUDE RAIMONDI

Nous ne sommes pas tous égaux face aux kilos ! C'est bien connu, les hommes ont tendance à prendre du ventre, tandis que les femmes voient plutôt leurs fesses et leurs cuisses s'arrondir. Mais d'où vient cette différence ? La réponse est à chercher dans la nature même de la graisse. Celle-ci est faite de cellules capables de reconnaître des signaux envoyés par notre organisme. Chez les femmes, la graisse située au niveau des fesses et des cuisses répond aux œstrogènes (des hormones notamment impliquées dans le cycle menstruel). N'en déplaise à certaines, cette graisse est donc là pour une raison bien précise : il s'agit d'une sorte de réserve en prévision d'une grossesse. « C'est pour cette raison qu'il est difficile d'en perdre dans cette zone et que les privations alimentaires ne servent pas à grand-chose, explique au micro de CQFD (RTS) le Dr Vittorio Giusti, spécialiste en endocrinologie et directeur médical du Centre médico-chirurgical de l'obésité de la Clinique de la Source. Cette graisse est en quelque sorte protégée par l'organisme,

car elle doit servir à nourrir un éventuel bébé. » A l'adolescence, « les règles se déclenchent d'ailleurs uniquement lorsque le corps de la jeune femme a atteint une certaine quantité de graisse ». Ce n'est qu'à la ménopause, suite aux changements hormonaux, qu'elle disparaît plus facilement de cette région. Elle a en revanche tendance à se relocaliser... dans le ventre.

La bedaine rebondie, c'est aussi et surtout le lot des hommes. Chez eux, le tissu adipeux au niveau du ventre est sensible à d'autres signaux métaboliques, comme par exemple l'insuline. Lorsqu'on consomme des aliments gras, l'excès de calories est tout d'abord stocké dans le foie. Mais ces réserves étant très limitées, le gras s'installe vite à l'intérieur du corps, puis entre la peau et les muscles. Le problème, c'est qu'il met alors à risque le bon fonctionnement de l'organisme. « Avoir un excès de poids au niveau du ventre peut représenter un danger pour la santé, avertit le Dr Giusti. Une accumulation de graisse trop importante est susceptible d'entraîner du diabète, de l'hypertension, un accident vasculaire cérébral ou encore un infarctus. » Et dans ce cas, pas de remède miracle. Manger équilibré et faire de l'exercice physique restent les maîtres-mots. Que l'on se rassure tout de même : avoir un minimum de graisse reste nécessaire à la survie de l'être humain. Elle devrait représenter 10 à 20 % du poids total chez l'homme et même 20 à 30 % chez la femme.

## DU PLACENTA POUR RÉPARER LA CORNÉE

Telle une bulle protectrice, le placenta apporte au fœtus tout ce dont il a besoin pour se développer. Un organe très important donc pendant la grossesse, mais pas seulement. Ses propriétés anti-inflammatoires, antibactériennes et cicatrisantes sont aussi utiles en ophtalmologie.

Dans les cas d'infection sévère de la cornée avec un retard de cicatrisation, la membrane amniotique peut agir comme une sorte de pansement. Cette structure très fine, translucide et souple est la paroi interne du placenta. Au bloc opératoire, l'ophtalmologue la fixe à la cornée avec un fil de suture. Ce processus va permettre de calmer l'inflammation, aspirer les toxicités et contribuer à la cicatrisation.

En temps normal, des résultats sont déjà constatés après deux à trois jours. Puis la membrane se résorbe toute seule en quelques semaines et il suffit alors de retirer les fils.

Ce processus demande bien sûr une minutieuse préparation. Si la mère donne son consentement, le placenta est tout d'abord acheminé vers une biobanque de tissus pour être contrôlé, analysé et découpé en fins fragments. Un seul placenta permet de préparer une trentaine de patchs prêts à être greffés. Le grand avantage de cette méthode: la membrane amniotique ne provoque pas de réaction du système immunitaire. Il n'y a donc quasiment aucun risque de rejet. *A.R.*

Adapté de «Du placenta pour réparer la cornée», CQFD (RTS), diffusé le 04/09/18.

## LE NEUROFEEDBACK CONTRE LES ACOUPHÈNES

Sifflements, bruissements et bourdonnements qui envahissent la tête... 10 % de la population suisse souffre d'acouphènes. Malheureusement, les thérapies cognitivo-comportementales actuelles ne parviennent pas toujours à améliorer la situation. Une étude menée au Campus Biotech à Genève teste donc de nouvelles solutions.

On sait aujourd'hui que les acouphènes peuvent être liés à des traumatismes auditifs. Pour compenser la lésion des cellules, le cortex auditif (la partie du cerveau qui analyse les informations sonores) développe une hyperactivité. Ce phénomène provoque alors des bruits fantômes. L'équipe de chercheurs genevois mise donc sur l'imagerie médicale pour apprendre à réduire l'hyperactivité du cortex auditif. Celle-ci est analysée «en direct» et montrée

au patient sur un écran. C'est ce qu'on appelle le «neurofeedback». L'objectif est de tester différentes stratégies cognitives pour essayer de faire abstraction des acouphènes.

Concrètement, les participants à l'étude effectuent quinze séances d'une heure dans une IRM. Leur activité cérébrale est symbolisée par une barre rouge sur un écran. Le but est de la faire monter le plus haut possible. Plus c'est le cas, plus cela signifie que la stratégie d'abstraction fonctionne. A chaque participant de trouver la méthode qui lui convient le mieux: relaxation, visualisation de couleurs, attention sensorielle, etc. A long terme, un entraînement régulier devrait permettre de réduire sensiblement les désagréments engendrés par l'acouphène. *A.R.*

Adapté de «Le neurofeedback contre les acouphènes», CQFD (RTS), diffusé le 20/09/18.

## CQFD (RTS LA 1ÈRE) SUR PLANETESANTE.CH

Tous les matins de 10h à 11h sur la Première, l'équipe de CQFD aborde des sujets santé passionnants, décrypte et explique les découvertes, les maladies et les progrès scientifiques et médicaux. Pour vous offrir toujours plus d'informations, les sujets santé de l'émission sont également disponibles pour écoute sur [Planetesante.ch/cqfd](http://Planetesante.ch/cqfd) !



Retrouvez toutes ces émissions sur [planetesante.ch/cqfd](http://planetesante.ch/cqfd)

RTS LA 1ÈRE



# En matière médicale, le conjoint ou le concubin a-t-il son mot à dire ?

Face à un problème de santé, le choix d'un traitement ou son refus incombent au patient. En cas d'incapacité de discernement, à qui revient le droit de décider ? Les réponses de notre expert.

TEXTE MARC HOCHMANN FAVRE



Marc Hochmann Favre  
Avocat – Médecin  
LHA Avocats

Lorsque le patient est capable de discernement, lui seul décide du traitement ou de la prise en charge qui lui sont proposées par le médecin. Il exerce ainsi son droit à l'autodétermination, un principe cardinal du droit du patient.

Le conjoint ou le concubin n'a en principe pas voix au chapitre. Mais il peut arriver que le patient ne soit plus en mesure de se déterminer sur un traitement ou une prise en charge, par exemple parce qu'il se trouve dans le coma. Dans cette situation où le patient est incapable de discernement, et sauf situation d'urgence,

le médecin ne peut pas décider seul du traitement ou de la prise en charge. Ce rôle incombe en effet au représentant thérapeutique.

L'art. 378 du Code civil (CC), tel qu'il est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2013 lors de la modification du droit de la protection de l'adulte, prévoit une cascade dont l'ordre permet de désigner la personne qui sera l'interlocuteur du corps médical si le patient devient incapable de discernement. En premier lieu, le représentant thérapeutique est la personne préalablement désignée par le patient dans une directive anticipée ou un mandat pour cause d'inaptitude (art. 378 al. 1 ch. 1 CC). Ceci étant, peu nombreux sont les patients qui prennent de telles dispositions en pratique.

C'est là qu'intervient la cascade instaurée par l'art. 378 CC. A défaut de directive anticipée, et en l'absence de curateur de soins nommé par l'autorité, la loi attribue la qualité de représentant thérapeutique au conjoint<sup>1</sup> ou au partenaire enregistré<sup>2</sup> (art. 378 al. 1 ch. 3 CC). Il faut toutefois que le conjoint ou le partenaire enregistré fasse ménage commun avec le patient et lui fournisse une assistance régulière (art. 378 al. 1 ch. 3 CC *in fine*). Le législateur veut ainsi éviter que le conjoint par exemple en instance de divorce, ne puisse se déterminer sur des questions

médicales touchant l'autre conjoint devenu incapable de discernement.

La loi consacre également un rôle au concubin<sup>3</sup>, lequel a la qualité de représentant thérapeutique en cas d'incapacité de discernement du patient dès lors qu'il fait ménage commun avec le patient et qu'il lui fournit une assistance régulière (art. 378 al. 1 ch. 4 CC). On vise là une communauté de vie. Peu

“LA LOI  
PRÉVOIT UN  
ORDRE  
PRÉCIS POUR  
DÉSIGNER LE  
REPRÉSENTANT  
THÉRAPEU-  
TIQUE,,

capacité de discernement du patient dès lors qu'il fait ménage commun avec le patient et qu'il lui fournit une assistance régulière (art. 378 al. 1 ch. 4 CC). On vise là une communauté de vie. Peu



©ISTOCK/PEOPLEIMAGES

importe que le concubinage soit hétérosexuel ou de même sexe. En revanche, le simple partage d'une habitation commune - comme le feraient par exemple de simples colocataires d'études - n'est pas suffisant pour que la personne puisse être qualifiée de représentant thérapeutique.

Viennent ensuite dans la liste prévue par l'art. 378 CC: les descendants du patient, ses père et mère, et enfin ses frères et sœurs, à la condition à chaque fois qu'ils

lui fournissent une assistance personnelle régulière.

En pratique, lorsqu'il s'agira de se déterminer sur un traitement ou une prise en charge, le représentant thérapeutique devra agir dans l'intérêt et selon la volonté présumée du patient devenu incapable de discernement (art. 378 al. 3 CC). En cas de doutes, le corps médical pourra toujours faire appel à l'autorité de protection de l'adulte pour qu'un curateur de soins soit nommé, lequel

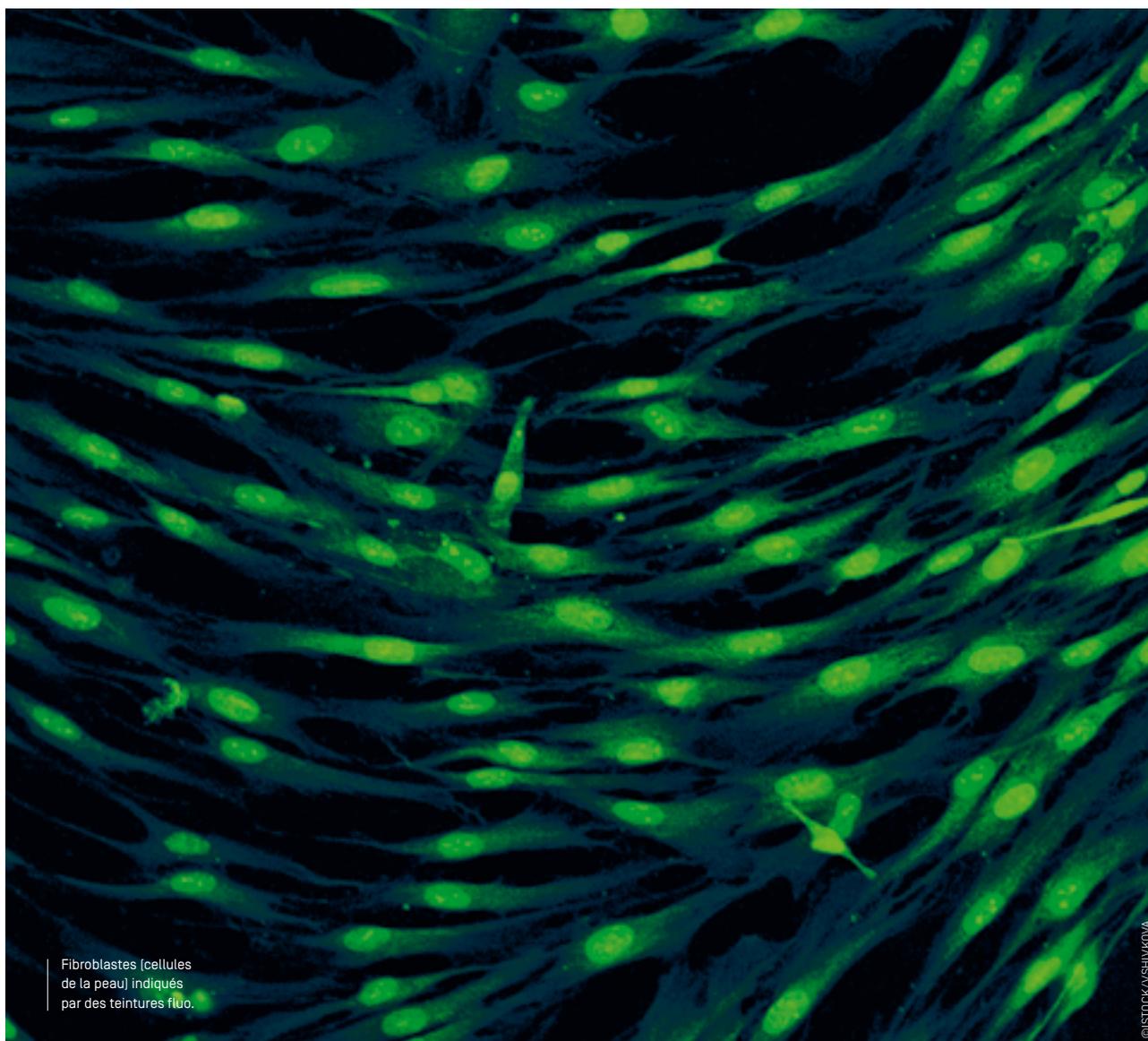
devient ainsi l'interlocuteur unique du corps médical pour les décisions médicales concernant le patient devenu incapable de discernement (art. 378 al. 1 ch. 2 CC). ●

- 1 Mariage.
- 2 Partenariat enregistré entre personnes de même sexe au sens de la loi fédérale sur le partenariat enregistré (LPart).
- 3 Le concubinage correspond à une communauté de vie entre deux personnes non mariées/non partenaires enregistrés.

# Des techniques d'excellence pour sauver les grands brûlés

Soigner un grand brûlé nécessite des traitements médicaux de pointe. Tour d'horizon de ces méthodes complexes, sans lesquelles certains patients ne survivraient pas.

TEXTE AUDE RAIMONDI



Fibroblastes [cellules de la peau] indiqués par des teintures fluo.

La prise en charge des grands brûlés fait intervenir de nombreuses professions du corps médical. Médecins, biologistes, infirmier(ère)s, physiothérapeutes et ergothérapeutes collaborent pour offrir les meilleurs soins possibles. A son arrivée à l'hôpital, le patient doit d'abord être douché, sous anesthésie générale. Les soignants utilisent de l'eau filtrée et des petites brosses pour retirer toutes les impuretés et prévenir les infections. Il est ensuite transféré aux soins intensifs, en milieu aseptisé, pour poursuivre la réanimation. Lorsque la peau est brûlée, des toxines se mettent à circuler dans le sang et provoquent un état de choc. Il est donc généralement nécessaire de perfuser des quantités importantes de liquide, d'intuber et ventiler pour assister les organes. Et pour que la personne souffre le moins possible, une sédation analgésique profonde lui est administrée. « Nous tenons toutefois à garder contact avec le patient, souligne la Pre Mette Berger, coordinatrice du Centre romand des grands brûlés au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). Il est nécessaire qu'il soit plus ou moins conscient mais sans douleur. »

### Mesures et calculs sophistiqués

La nutrition et l'hydratation sont fondamentales pour maintenir les fonctions vitales. Un grand brûlé a besoin de beaucoup de calories. Pour savoir combien il doit en recevoir, des instruments sophistiqués mesurent sa consommation d'oxygène et sa production de CO<sub>2</sub>. Le patient reçoit ensuite les quantités de nourriture adaptées par voie digestive ou en intraveineuse. L'hydratation est quant à elle réglée en fonction du poids de la personne, pesée presque chaque jour pour être le plus précis possible.

### Chirurgie et thérapie cellulaire

Dès le quatrième jour d'hospitalisation, les chirurgiens peuvent généralement commencer à intervenir. Au bloc opératoire, ils retirent d'abord les tissus morts (environ 10 à 15% de la surface corporelle par intervention). Une étape très importante pour atténuer l'inflammation et prévenir les infections.

## L'hypnose contre la douleur

Depuis plusieurs années, l'hypnose est très utilisée dans les centres pour grands brûlés dans le but de gérer la douleur. A Lausanne, certains membres du personnel soignant ont suivi des formations d'hypno-praticiens. Deux à trois séances d'introduction permettent aux patients d'utiliser ensuite eux-mêmes l'autohypnose. « Grâce à ces méthodes, nous pouvons effectuer plus facilement des douches et des pansements, sans anesthésie générale, commente la Pre Mette Berger, coordinatrice du Centre romand des grands brûlés du CHUV. L'hypnose a aussi des effets bénéfiques sur le stress post-traumatique et a permis de réduire nettement la durée de séjour aux soins intensifs. »

La plupart du temps, des greffes sont ensuite réalisées à partir de prélèvements de peau restée intacte. Au Centre des grands brûlés du CHUV, toute une équipe de médecins et de biologistes effectue de la culture cellulaire. Dans ce cas, un morceau de peau saine de la taille d'un ongle est prélevé. En laboratoire, les cellules se reproduisent pour créer de nou-

velles plaques de peau saine, prêtes à être greffées. Cette technique complexe existe depuis plus de 25 ans, mais ne cesse d'être améliorée par les chercheurs. « Le Centre des grands brûlés est l'un des rares en Europe à proposer cette

méthode, qui sauve vraiment des vies », commente la Pre Berger.

### Pansements améliorés

Des pansements perfectionnés permettent quant à eux une meilleure cicatrisation. Certains sont notamment fabriqués avec des cellules fœtales, issues de placenta et de cordon ombilical. Celles-ci contiennent des facteurs de croissance extraordinaires et sont particulièrement efficaces pour soigner la peau des enfants. Les soignants utilisent également des pansements à l'argent, réputés pour leurs effets antiseptiques. De plus, ils se détachent tout seuls quand la plaie est guérie, ce qui évite des souffrances au moment de les retirer.

### Mobilité passive

Une étape essentielle dans la guérison des grands brûlés est la réhabilitation. Dès le premier jour aux soins intensifs, les physiothérapeutes et ergothérapeutes veillent à ce que le patient garde un maximum de mobilité. Pour cela, ils utilisent notamment la mobilité passive. Cette méthode consiste à bouger les membres de la personne, en particulier les articulations (par exemple plier les coudes ou fléchir les doigts) pour qu'elles ne raidissent pas. « La moyenne d'âge des patients que nous traitons est de 43 ans, contre 65 ans dans le reste des soins intensifs, constate la Pre Berger. Ce sont donc des personnes très jeunes, qu'il faut vraiment parvenir à réinsé-

“NOS PATIENTS SONT TRÈS JEUNES, IL FAUT VRAIMENT PARVENIR À LES RÉINSÉRER DANS LA SOCIÉTÉ,,

rer dans la société». Un processus de longue haleine, puisque la réadaptation des grands brûlés prend souvent jusqu'à deux ans. Réapprendre à vivre avec la brûlure, c'est l'ultime étape vers la guérison. ●

# FICHE MALADIE

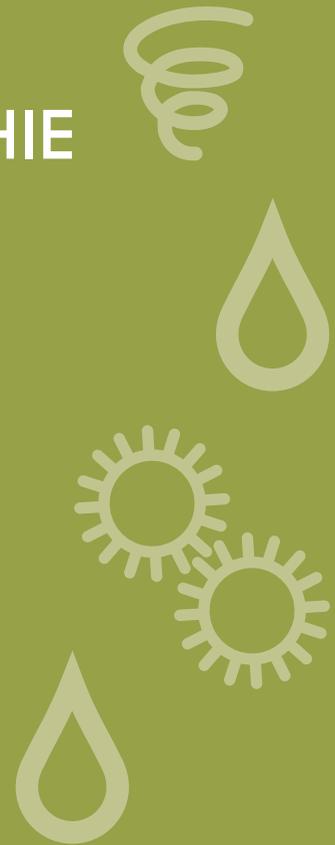
## LA BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE (BPCO)

La bronchopneumopathie chronique obstructive ou BPCO<sup>1</sup> est l'une des conséquences insidieuses du tabagisme. En effet, une exposition répétée au tabac, ainsi qu'à d'autres polluants, provoque à la longue un rétrécissement des voies respiratoires, avec son lot de symptômes : toux chronique, expectorations et essoufflement. Un diagnostic est indispensable pour freiner l'évolution de cette maladie qui touche près de 400'000 personnes en Suisse.

<sup>1</sup> Le terme générique de bronchopneumopathie obstructive chronique (BPCO) regroupe un ensemble de maladies respiratoires, dont les plus connues sont la bronchite chronique obstructive et l'emphysème.

TEXTE ELODIE LAVIGNE

EXPERT PR JEAN-PAUL JANSSENS, RESPONSABLE DE L'UNITÉ DE PNEUMOLOGIE AMBULATOIRE ET CENTRE ANTITUBERCULEUX DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (HUG)



La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) désigne un groupe de maladies respiratoires touchant essentiellement les voies aériennes, depuis les bronches jusqu'à la périphérie des poumons (les alvéoles). En Suisse, 7 à 10 % de la population est concernée. Dans 90 % des cas, la BPCO est une conséquence du tabagisme, mais elle peut aussi résulter d'une exposition prolongée à des substances irritantes dans l'industrie ou l'agriculture, ou encore à la combustion de bois et de charbon dans les pays émergents (pollution domestique). A long terme, l'inhalation de la fumée du tabac (ou d'autres polluants) altère les muqueuses des voies respiratoires, causant une inflammation et une augmentation des sécrétions locales, qui provoquent leur obstruction. La probabilité d'être concerné par la maladie augmente avec le nombre d'années de consommation du tabac (ou d'exposition à d'autres irritants), et donc avec l'âge.

Non traitée, la BPCO affecte sérieusement la qualité de vie des malades : le manque de souffle (dyspnée) va entraîner une intolérance à l'effort et progressivement limiter les activités quotidiennes. A terme, la maladie peut conduire notamment à des infections respiratoires répétées, à une insuffisance respiratoire ou à une atteinte cardiaque secondaire.



### Symptômes

La BPCO peut se développer selon deux pôles différents, en fonction de déterminants génétiques. Les symptômes varient selon que le patient souffre plutôt de bronchite chronique ou d'emphysème (dilatation excessive et permanente des alvéoles pulmonaires, avec rupture de leurs cloisons).

- **Symptômes de la bronchite chronique obstructive :** une toux chronique avec des expectorations (toux grasse, dite «toux du fumeur»); un essoufflement croissant, associé à une inflammation chronique des bronches qui limite de plus en plus le passage de l'air; des poussées infectieuses (exacerbations) sous forme de bronchites, nécessitant la prise d'antibiotiques et pouvant conduire à des hospitalisations fréquentes. Les patients atteints auront, à un stade avancé, une cyanose (lèvres, muqueuses et peau bleues) et des chevilles enflées (œdèmes).
- **Symptômes de l'emphysème :** peu de toux et moins d'exacerbations, mais un souffle court. Plus la maladie avance, plus les fonctions respiratoires sont altérées, avec pour conséquence un essoufflement de plus en plus invalidant pour le patient, qui voit ses activités physiques toujours plus restreintes au quotidien. L'amaigrissement est fréquent, parfois très important.



## Causes

- Dans 80% des cas, la BPCO est causée par le tabagisme (cigarettes, pipe, cigare, marijuana, etc.). De plus en plus de fumeurs de joints relativement jeunes développent des formes sévères d'emphysème.
- La pollution intérieure, surtout dans les pays émergents, avec l'utilisation de carburants de type biomasse (cuisine au charbon ou au bois, par exemple).
- La pollution atmosphérique. Un air fortement pollué joue un rôle très probable dans la survenue de ces troubles.
- L'exposition aux biomasses (foin, moisissure, décomposition biologique) dans le contexte agricole.
- Des facteurs génétiques, dont l'ampleur est certainement sous-estimée. Par exemple, un déficit en alpha 1 antitrypsine (une protéine qui protège les tissus contre des enzymes produites par les cellules inflammatoires) d'origine génétique entraîne un emphysème potentiellement sévère et pouvant survenir déjà chez l'adulte jeune même en l'absence de tabagisme.
- La survenue de maladies pulmonaires dans l'enfance (bronchiolites sévères et graves infections respiratoires, notamment en lien avec la prématurité).
- L'asthme méconnu ou insuffisamment traité.



## Facteurs de risque

- Le tabac sous toutes ses formes est le facteur de risque numéro un.
- L'âge: il faut en effet un certain temps pour que les dégâts au niveau des poumons

soient perceptibles. Les symptômes débutent communément dans la cinquantaine.

- Le sexe: la BPCO est plus fréquente chez l'homme que chez la femme.
- Des facteurs génétiques, dont beaucoup sont probablement encore méconnus.
- Le statut socio-économique. La prévalence de la maladie est en effet plus élevée dans les couches basses de la population que dans les couches élevées.
- Des infections respiratoires sévères répétées dans la petite enfance.
- Des formes d'asthme chronique non diagnostiquées, qui touchent en majorité les femmes. Cet asthme sous-traité perd sa réversibilité et conduit au développement d'une maladie qui ressemble en tout point à la BPCO.



## Traitements

La prise en charge de la BPCO dépend de la forme de la maladie exprimée majoritairement par le patient: bronchite chronique obstructive ou emphysème. Dans tous les cas, elle inclut plusieurs axes de traitement (lire ci-dessous). L'objectif est de freiner la dégradation des fonctions respiratoires.

### • Mesures visant à modifier l'hygiène de vie :

- > **L'arrêt du tabagisme :** c'est sans doute la mesure dont les effets sont les plus spectaculaires, tant sur la progression de la maladie que sur ses symptômes.
- > **Un régime adapté et du mouvement :** en cas d'emphysème, on observe une perte de la masse maigre (muscle) et un amaigrissement. Le suivi de l'état nutritionnel avec un ajustement des besoins, mais aussi un contrôle de la masse musculaire (mesure du diamètre des cuisses et des biceps), s'avèrent indispensables pour le pronostic du patient. L'essoufflement causé par la maladie peut conduire à la sédentarité: le patient bouge moins pour minimiser sa sensation d'inconfort. Or, il risque ainsi de se déconditionner. Et moins il fait d'effort, plus il sera essoufflé et vite fatigué. Pour mettre fin à ce cercle vicieux, des programmes de réhabilitation respiratoire sont proposés. Ils consistent à redévelopper la masse musculaire ainsi que la tolérance à l'effort dans le but d'améliorer les performances au quotidien. Ce traitement est sans doute le plus efficace pour lutter contre l'invalidité que peut causer la maladie.

### • Les médicaments :

- > Les bronchodilatateurs agissent sur la faible part de réversibilité de la maladie et améliorent le confort du patient. Les bêta2-mimétiques et les anticholinergiques ouvrent les voies aériennes et permettent de mieux respirer. Ils

sont utilisés dans tous les cas en fonction de la sévérité de l'obstruction bronchique et des symptômes.

- > Les corticoïdes en inhalations sont utilisés en cas d'exacerbations fréquentes et dans les cas les plus sévères. En cas d'exacerbation aiguë, l'administration temporaire de corticoïdes par voie générale peut parfois être nécessaire.
- > L'association de plusieurs familles de médicaments peut être indiquée afin d'espacer les exacerbations.
- > Le recours aux antibiotiques est nécessaire en cas de poussées infectieuses.

• **La vaccination** : les sujets souffrant de BPCO sont plus vulnérables aux infections respiratoires, c'est pourquoi on préconise le vaccin contre la grippe et celui contre les pneumocoques, une bactérie couramment impliquée dans les infections respiratoires.

• **Les approches techniques** : en cas d'emphysème sévère, le tissu pulmonaire est progressivement détruit par l'inflammation et les substances relâchées par celle-ci (enzymes). Les poumons sont distendus et occupés par de grosses bulles. Cette distension limite la fonction respiratoire et contribue fortement à l'essoufflement. Visuellement, le thorax de ces patients peut prendre une forme caractéristique dite « en tonneau ». Des interventions chirurgicales ou par endoscopie (bronchoscopie) visant une réduction de volume des poumons atteints par l'emphysème peuvent améliorer le confort respiratoire. La chirurgie permet d'enlever les parties du poumon détruites, alors que l'approche par bronchoscopie permet d'entraîner la fermeture des parties du poumon non fonctionnelles en plaçant des valves ou des petites spirales.

• Dans les stades les plus avancés de la maladie, **le recours à l'oxygène et à l'assistance respiratoire** est parfois nécessaire.

• **La transplantation pulmonaire** peut être indiquée dans les stades les plus avancés, mais sous certaines conditions.



## Evolution et complications possibles

L'**évolution** naturelle de la maladie est caractérisée par une aggravation progressive des symptômes, c'est-à-dire un essoufflement plus prononcé et une limitation respiratoire toujours plus handicapante au quotidien. En marge de ces symptômes, le patient peut présenter des exacerbations, le plus souvent liées à des infections. Au cours de

ces exacerbations, l'essoufflement, plus prononcé, peut nécessiter une hospitalisation et la prise d'antibiotiques. Il n'est d'ailleurs pas rare que le patient doive faire l'objet d'hospitalisations répétées. La maladie évolue par paliers, avec à chaque fois une aggravation des symptômes et une tolérance à l'effort toujours plus faible. De plus, l'atteinte pulmonaire représente une charge pour le cœur pouvant induire une insuffisance cardiaque.

Une prise en charge bien conduite et un traitement bien suivi ont généralement une influence positive sur la maladie. Si cela permet de freiner la progression des symptômes, on ne revient malheureusement jamais en arrière. Les **complications** principales portent sur les capacités respiratoires (essoufflement plus important) et sur le cœur. Dans les phases avancées, et après vingt à trente ans d'évolution de la maladie, la survenue d'une insuffisance respiratoire exige souvent une assistance respiratoire et un apport en oxygène.



## Prévention

**Pour éviter d'être atteint** de BPCO :

- il est fortement recommandé de ne pas fumer et, pour les fumeurs, d'arrêter, ce qui peut changer radicalement la situation ;
- limiter le plus possible l'exposition aux polluants professionnels et domestiques (chauffage ou cuisine au charbon par exemple).

**Lorsqu'on est malade**, les mesures pour limiter l'évolution de la maladie et prévenir les complications sont les suivantes :

- l'arrêt du tabac ;
- la vaccination contre la grippe et les pneumocoques ;
- pratiquer une activité physique régulière pour augmenter les capacités cardiorespiratoires et diminuer les symptômes et leur impact sur la vie de tous les jours ;
- une nutrition saine : viser un poids normal (IMC supérieur à 22 et inférieur à 30 kg/m<sup>2</sup>). Lorsqu'on a un poids trop faible, on a moins de muscles respiratoires et on est plus rapidement limité dans les activités de la vie quotidienne. A l'inverse, avec un poids trop élevé, on a besoin de plus d'énergie pour respirer et se déplacer, ce qui occasionne également plus d'essoufflement. De plus, l'obésité limite la fonction respiratoire.



## Quand contacter le médecin

Plusieurs situations peuvent se présenter et nécessiter une consultation médicale.

- Entre 40 et 45 ans, en cas de tabagisme régulier ou d'exposition à risque à des polluants, il est important de faire un dépistage chez le médecin de famille, dans l'objectif de pouvoir enclencher les mesures de prévention adéquates.
- La présence des symptômes suivants: toux chronique (plus de huit semaines, mais au-delà de trois semaines il faut déjà s'inquiéter), essoufflement même lors d'efforts modérés comme monter les escaliers par exemple, et diminution des performances respiratoires gênant le quotidien et poussant à modifier ses habitudes.
- Lorsque le diagnostic de BPCO a déjà été établi et qu'il y a une aggravation des symptômes, il faut contacter le médecin sans délai.
- Il convient de faire appel au médecin de garde ou de se rendre aux urgences si l'on est en proie à un essoufflement important avec ou sans les symptômes d'exacerbation. Un changement brutal dans le niveau d'essoufflement doit aussi alarmer. De même, une rétention d'eau (œdèmes) au niveau des jambes et des chevilles, associée à un essoufflement, ne doit pas être prise à la légère, car c'est un signe de répercussion de la maladie pulmonaire sur le cœur.



## Informations utiles au médecin

Vous aiderez le médecin à établir son diagnostic si vous lui signalez les éléments ci-dessous.

- Les facteurs précipitants: tabagisme, exposition à des polluants domestiques ou professionnels.
- Les cas de BPCO dans la famille et des éventuelles prédispositions génétiques (cas d'emphysème).
- La présence d'un asthme, d'allergies avérées ou de manifestations allergiques.
- Les symptômes respiratoires tels que de la toux (sèche ou productive), la survenue de surinfections bronchiques ou la présence de douleurs thoraciques.
- L'essoufflement, avec une quantification aussi précise que possible (situations qui le provoquent ou l'aggravent, par exemple).
- La survenue d'infections répétées et sévères (bronchiolites) durant l'enfance.
- Les éventuels traitements reçus, dont ceux pour soigner les symptômes respiratoires de la BPCO.



## Examens

En cas de suspicion de BPCO, plusieurs examens devront être effectués pour permettre au médecin d'établir le diagnostic.

- L'examen clinique repose sur l'évaluation de plusieurs paramètres: le contrôle des pulsations cardiaques, une auscultation cardiopulmonaire, l'observation du thorax.
- On mesure ensuite le taux d'oxygène dans le sang (au bout du doigt) grâce au saturomètre.
- La capacité respiratoire est évaluée dans un premier temps chez le généraliste à l'aide du « peak flow », un appareil en forme de petit cylindre, dans lequel le patient doit souffler de toutes ses forces.
- L'examen le plus important est la spirométrie. Il s'agit d'un examen fonctionnel pulmonaire réalisé à l'aide d'un spiromètre, au cours duquel le patient doit faire une expiration forcée pour révéler la présence, ou non, d'une obstruction bronchique, marqueur de la BPCO. Le patient remplit complètement ses poumons, puis les vide lors d'une expiration maximale. Ce test peut souvent être réalisé chez le généraliste. Si ce dernier n'est pas équipé, il se fera chez un pneumologue. Après un premier test, l'administration d'un bronchodilatateur et une deuxième spirométrie permettent de déterminer si l'obstruction est réversible (si elle diminue ou disparaît: c'est le cas lors d'un asthme), ou si elle est peu modifiée (ce qui est le cas lors de BPCO).
- Un test de marche est réalisé pour estimer les performances physiques du patient. La fréquence cardiaque, le taux d'oxygène dans le sang, la distance parcourue et le degré d'essoufflement sont mesurés.
- Une prise de sang est utile d'une part pour faire la différence entre un asthme et une BPCO (en cas d'asthme, présence possible de marqueurs d'allergie dans le sang), d'autre part pour savoir si le patient est atteint d'une forme génétique de la BPCO (1 à 2% des cas) par un dosage de l'enzyme alpha-1 antitrypsine.
- Une radiographie des poumons, ou le plus souvent un scanner, permet de voir l'étendue des lésions pulmonaires et de déterminer l'évolution de l'emphysème.
- Un électrocardiogramme ainsi qu'un avis de spécialiste en cardiologie permettront d'évaluer les répercussions de la maladie sur le cœur.

## Références

- Pour en savoir plus: [www.liguepulmonaire.ch/fr/maladies-et-consequences/bpc/symptomes.html](http://www.liguepulmonaire.ch/fr/maladies-et-consequences/bpc/symptomes.html)
- Références scientifiques: [www.goldcopd.org](http://www.goldcopd.org) [en anglais]

MARIE ROBERT

# « J'AI DEUX MARATHONS À TENIR PAR JOUR, UN LE MATIN ET UN LE SOIR »

A seulement 30 ans, Marie Robert est déjà à la tête de l'une des tables renommées du pays, le Café Suisse, à Bex. Après avoir été sacrée « Cuisinière Suisse de l'année 2019 » par le prestigieux guide Gault&Millau, la jeune cheffe a reçu sa première étoile Michelin. Rien que ça. Rencontre avec une fée des fourneaux qui n'a pas fini de faire parler d'elle.

PROPOS RECUEILLIS PAR CLÉMENTINE FITAIRE

**Planète Santé:** Quand vous racontez votre goût très jeune pour la cuisine, vous le qualifiez souvent de vocation... Comment est née cette passion ?

**Marie Robert:** Depuis toute petite, c'est quelque chose qui m'attirait, je ne sais pas trop l'expliquer car dans ma famille personne n'évoluait dans ce milieu. J'ai toujours su que c'était ma voie, et d'ailleurs je n'ai pas envisagé d'autre option ! J'ai eu la chance que mes parents me soutiennent toujours et me rassurent sur mes choix. Dans ce métier où on commence jeune, c'est important de se sentir accompagnée. Je pense qu'une grande partie de ma réussite vient du fait que mes proches ont toujours cru en moi.

**Vous avez été nommée « Cuisinière de l'année 2019 » par le prestigieux Gault&Millau. Qu'est-ce que cela représente pour vous ?**

C'est une grande satisfaction, mais aussi une sorte de remerciement pour le travail accompli, autant pour moi que pour mon équipe. La cuisine est une passion, certes, mais c'est aussi beaucoup d'heures de travail. Ce titre me donne surtout la niaque pour le futur !

**A seulement 30 ans, vous êtes considérée comme l'une des cheffes montantes de la gastronomie suisse. Pas trop de pression ?**

Je n'ai pas le temps d'avoir la pression, je croule sous le boulot ! Je pense que je vais simplement continuer à être moi-même et à faire ce que je sais faire.

**Comment définiriez-vous votre cuisine en trois mots ?**

Goûteuse, savoureuse et originale !

**Une saveur, un fruit, une plante... découvrez récemment ?**

La cornouille. C'est une baie rouge, que l'on trouve en Suisse et que peu de monde connaît. Elle ressemble à l'airelle, je la cuisine avec mes plats de chasse.

**La cuisine est question de créativité mais aussi de grande rigueur. L'une peut-elle aller avec l'autre ?**

Oui, de toute façon on n'a pas le choix. Quand on dirige une brigade, on doit faire preuve de rigueur, avoir la tête sur les épaules. On a deux marathons par jour à tenir : un le matin et un le soir. Et les clients attendent une certaine

prestation qu'il faut pouvoir leur offrir. Mais je ménage toujours du temps pour créer, développer, tester de nouvelles choses... sur mes jours de congé le plus souvent !

**Le milieu de la gastronomie est très masculin. Avez-vous parfois ressenti des difficultés à vous faire une place, en tant que femme ?**

Non, je n'ai jamais ressenti cela, peut-être parce que j'ai un caractère bien trempé ! Mais en effet, j'ai du mal à expliquer l'absence de femmes dans les élites de la gastronomie. Alors qu'elles sont souvent aux fourneaux dans le foyer, ce métier est plutôt peuplé d'hommes. Il y a heureusement une nouvelle génération de femmes qui arrive, mais ça reste assez rare. Ça viendra sûrement avec le temps.

**Vous faites partie des 40 grands chefs cuisiniers qui ont lancé en octobre dernier un appel au « droit de bien manger en Suisse ». Pourquoi cet engagement vous tient-il à cœur ?**

J'aimerais sensibiliser les jeunes, et notamment les enfants, à l'importance d'une bonne alimentation. Remplacer le



poisson pané pour leur faire découvrir ce qu'est un vrai poisson par exemple. Je sais que ce n'est pas toujours évident, que les parents doivent jongler entre travail, tâches ménagères, cuisine... mais une fois par semaine au moins, on devrait prendre le temps de cuisiner des choses simples mais fraîches.

**“UNE FOIS  
PAR SEMAINE  
AU MOINS,  
TOUT LE MONDE  
DEVRAIT  
PRENDRE  
LE TEMPS  
DE CUISINER,,**

**Intégrez-vous toujours cette idée de «santé» lorsque vous cuisinez ?**

Oui. J'équilibre toujours mes plats, j'utilise beaucoup de légumes, de féculents... mais je suis aussi très généreuse sur le beurre !

**Êtes-vous sensible aux grands enjeux d'aujourd'hui pour notre santé alimentaire comme le bio, le local, l'étiquetage...**

Ça m'interpelle bien sûr. Mais je suis cuisinière, pas politicienne. Et j'ai mon restaurant à faire tourner. Je me fournis évidemment au maximum en produits locaux, c'est important pour moi de connaître la provenance des aliments avec lesquels je travaille. Mais pour autant, je ne me prive pas de certaines denrées que j'apprécie, comme le foie gras par exemple.

**D'une manière générale, quel rapport entretenez-vous avec votre santé ?**

J'ai très peu de temps pour prendre soin de moi. C'est un métier où on n'a pas le

droit d'être malade : on n'a pas le temps. Et c'est souvent pendant les vacances, quand je relâche la pression, que je tombe malade... Ça ne loupe jamais !

**Le métier de chef est très stressant. Quel est votre secret pour garder la forme ?**

Je suis très active à la base. Plus j'ai de stress, mieux je me sens. J'en retire même une certaine énergie. Ce n'est pas toujours facile, c'est une pression constante qu'il faut tenir. J'essaie de bien manger, de faire un peu de sport, je prends des vitamines, j'évite de trop faire la fête... une vie saine quoi, un peu comme un sportif.

**Avez-vous un péché mignon inavouable pour une grande cheffe ?**

Les cannellonis ricotta-épinards de la Migros ! Ils sont excellents mais c'est typiquement le truc où il ne faut pas regarder la composition... Je suis plutôt décomplexée par rapport à ça, ça arrive à tout le monde de se faire un plateau télé le dimanche soir et de ne pas avoir envie de cuisiner. Il ne faut pas culpabiliser si ça reste occasionnel.

**Que pensez-vous de certaines tendances alimentaires du moment, comme le sans gluten ou le végétarisme ?**

Pour le dire poliment, je pense que ce sont des modes, auxquelles je n'adhère pas. Après, pour les vrais intolérants, les vrais allergiques, j'essaie toujours d'adapter ma cuisine au mieux. Mais mes assiettes ne sont ni végétariennes ni végétaliennes, car ça ne me ressemble pas et ça ne m'intéresse pas. Et puis de toute façon les sièges de mon restaurant sont en cuir !

**Vos amis doivent avoir une certaine pression lorsqu'ils vous invitent à dîner... On cuisine quoi à Marie Robert quand elle vient à la maison ?**

Le plus simple possible ! Une fondue chinoise par exemple. Plus c'est simple, mieux c'est, sinon on risque de s'embarquer dans des trucs infaisables. L'essentiel, c'est de partager un bon moment.

**La gastronomie est très présente sur les réseaux sociaux. Comment expliquez-vous que les gens aiment tant photographier et partager leurs assiettes ?**

C'est là aussi un effet de mode. Je réfléchis beaucoup au graphisme de mes assiettes, car on mange d'abord avec les yeux. On est plusieurs chefs à ne pas trop

## BIO EXPRESS

**1988**

Naissance à Châtel-Saint-Denis.

**2004**

Travaille au Bleu Léopard à Lausanne.

**2007**

Rempporte le premier prix d'un concours d'apprentis à l'Ecole professionnelle de Montreux.

**2008**

Termine son apprentissage au Beau-rivage Palace, Lausanne.

**2008**

Travaille pour Thierry Marx à Cordeillan-Bages, près de Bordeaux.

**2010**

S'associe avec Arnaud Gorse pour ouvrir le Café Suisse à Bex.

**Octobre 2018**

Est nommée « Cuisinière de l'année 2019 » par le Gault&Millau Suisse.

aimer que nos plats soient pris en photo, de crainte que cela ne mette pas l'assiette en valeur. Mais bon, c'est aussi le signe que la personne passe un bon moment alors je laisse faire.

**Quels sont vos projets en 2019 ?**

Continuer sur ma lancée ! Je me laisse pour l'instant le temps de digérer cette nouvelle « distinction » et de gérer l'affluence qu'elle a générée. ●

Faut-il faire séquencer son ADN ?

Quelles conséquences sur le système d'assurances ?

A quoi sert l'intelligence artificielle en médecine ?

# Vous avez des questions sur la santé personnalisée ?

Posez-les sur [SantePerSo.ch](https://SantePerSo.ch) et bénéficiez des connaissances de notre communauté d'experts

Puis-je connaître mon profil de risque ?

Comment protéger les données sur ma santé ?

Avec le soutien de



planète  
santé

14 - 17 NOVEMBRE 2019

CERM  
MARTIGNY

# LE SALON VALAISAN DE LA SANTÉ

TESTEZ TOUTES LES FACETTES DE VOTRE SANTÉ

EXPÉRIENCES INTERACTIVES ET INSOLITES

PLUS DE 100 CONFÉRENCES ET DÉBATS

ANIMATIONS ENFANTS

VOTRE SANTÉ  
TELE QUE  
VOUS NE L'AVEZ  
JAMAIS VUE!

[PLANETESANTE.CH/SALON](http://PLANETESANTE.CH/SALON)



planète  
santé