

planète
santé

SOINS PALLIATIFS PAS SEULEMENT POUR LA FIN DE VIE

#52 - MARS 2024

CHF 4.50

Les conséquences urologiques du tabagisme • Douleurs chroniques et santé mentale
• Cinq choses à savoir sur l'AVC • Un test salivaire pour diagnostiquer l'endométriose?
• Zoom sur le psoriasis • Le TDAH chez les adultes • Que sait-on vraiment de
l'effet placebo? • Rencontre avec la chanteuse Stéphane



Kraft

La
collection
des idées

Systeme de santé, et si c'était les experts qui étaient malades?

Réformer notre système
de santé sans le détruire!

par Philippe
Eggimann

Vice-président
de la Fédération
des médecins
suisses (FMH)

Kraft
La collection des idées
par Le Temps, Heidi.news et Georg Éditeur

n°03

Crise du système de santé:

Cantons et
Confédération,
il est encore temps!

par Stéphanie
Monod

Professeure
titulaire
à l'Université
de Lausanne -
Unisanté

Kraft
La collection des idées
par Le Temps, Heidi.news et Georg Éditeur

n°02

Par Stéphanie Monod
(professeure titulaire
à l'Université de
Lausanne - Unisanté)
et Philippe Eggimann
(vice-président de
la Fédération des
médecins suisses FMH)

En librairie le
14 novembre 2023



Créée par Heidi.news, Le Temps et les Éditions Georg, Kraft est une collection d'essais dont l'objectif est de permettre aux lecteurs d'accéder à des thématiques actuelles dans un format pratique, abordable et grand public.

Intitulés Crise du système de santé: Cantons et Confédération il est encore temps! et Systeme de santé et si c'était les experts qui étaient malades?, les deux nouveaux volumes de la collection ouvrent le débat sur la délicate question de la réforme du système de santé. Deux essais percutants qui proposent, chacun à leur façon, des solutions pour répondre à l'augmentation inexorable des coûts de la santé.

RÉDACTEUR EN CHEF
MICHAEL BALAVOINE
RÉDACTRICE EN CHEF ADJOINTE
ELODIE LAVIGNE
RÉDACTEURS
MÉLISSA CHERVAZ
LAETITIA GRIMALDI
SOPHIE LONCHAMPT
YSEULT THÉRAULAZ

CONCEPTION GRAPHIQUE
GIGANTO.CH

PHOTOGRAPHIE
DR

EDITION
JOANNA SZYMANSKI

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

FICHE TECHNIQUE
ISSN : 1662-8608
TIRAGE : 9'850 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
REDACTION@PLANETESANTE.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 MARC-HENRI GAUCHAT
DR BERTRAND KIEFER
DR MICHEL MATTER
DR MONIQUE LEKY HAGEN
DR REMO OSTERWALDER
M. PIERRE-ANDRÉ REPOUD
PR BERNARD ROSSIER
M. PAUL-OLIVIER VALLÖTTON
DR VÉRONIQUE MONNIER-CORNUZ
DR WALTER GUSMINI

COUVERTURE
©GETTYIMAGES_OLIVER ROSSI



Michael Balavoine
rédacteur en chef
Planète Santé

SOINS PALLIATIFS : UNE NÉCESSAIRE MAIS DIFFICILE PRISE EN CHARGE HOLISTIQUE

Dire que les soins palliatifs suscitent une appréhension est un euphémisme. Pour beaucoup, qu'il s'agisse des patients, des proches ou des soignants, ils riment avec souffrance et fin de vie. Et d'un côté, rien n'est plus vrai : les soins palliatifs font peur parce qu'ils nous confrontent à la finitude, grand tabou du monde moderne qui cherche à tout prix à repousser les limites de la vie. Mais, comme le montre notre dossier (*lire en page 6*), restreindre ce type de prise en charge aux soins des mourants appartient à un paradigme dépassé. Les soins palliatifs visent en effet avant tout à améliorer la qualité de vie des patients - et de leur famille - confrontés aux problèmes, qu'ils soient d'ordre physique, psychosocial ou spirituel, associés à des maladies potentiellement mortelles. Des études récentes montrent que les mettre en place de façon précoce et appropriée, en plus d'améliorer la qualité de vie, contribue à l'allonger. Avec le vieillissement de la population et des personnes qui souffrent de pathologies multiples, on estime finalement que le nombre de patients nécessitant une telle approche va augmenter de près de trente pour cent.

La question des soins palliatifs est donc bien loin de se limiter au seul domaine oncologique, comme on le pense trop souvent. Pour faire face aux besoins des

patients, notamment de la majorité qui souhaite finir ses jours à la maison, c'est l'ensemble de la première ligne de soins qui devrait se réorganiser. Dans un système de santé qui fonctionne bien, l'essentiel de la prise en charge palliative ne devrait d'ailleurs pas nécessiter d'hospitalisation et pouvoir s'organiser avec le médecin traitant.

Cette approche aurait aussi l'avantage de favoriser une prise en charge holistique, centrée sur la personne. Mais elle reste difficile à mettre en place. Les soins palliatifs se trouvent aux confluent d'une série de difficultés du système de santé. D'abord, la disponibilité et l'écoute des soignants se heurtent au minutage des prestations qui en détermine le remboursement. Ensuite, pour tenir compte des attentes et des besoins spécifiques de chaque personne, il faudrait pouvoir coordonner le travail des différents professionnels. Mais cette organisation d'une approche interprofessionnelle autour du patient reste balbutiante, coincée par de vieux modèles. Les défis auxquels sont confrontés les soins palliatifs ne se résoudront pas par davantage de technologies mais par une profonde réorganisation, donnant sa place à la mission la plus fondamentale de la médecine : écouter et accompagner les malades dans leurs souffrances. ●



26



24



6



18



12

6 DOSSIER

SOINS PALLIATIFS : PAS SEULEMENT POUR LA FIN DE VIE

PR ANDREA SERINO

12 « Une grande opportunité de faire évoluer la neuroréhabilitation »

EN BREF

15 Remédier à notre baisse d'attention • TDAH chez les adultes

TABAC

16 Urologie : les autres méfaits du tabagisme

CERVEAU

18 Cinq choses à savoir sur l'AVC

MAUX

20 La douleur chronique : un langage maladroit du corps

GYNÉCOLOGIE

22 Le test salivaire, un nouvel outil diagnostique face à l'endométriose

TRAITEMENTS

24 L'effet placebo : qu'en dit la science ?

PEOPLE

26 Stéphane : « La musique me maintient en bonne santé et me fait vivre ! »

INFOGRAPHIE

29 Le psoriasis

LIVRES

30 La sélection de la rédaction

SOINS PALLIATIFS : PAS SEULEMENT POUR LA FIN DE VIE

Cette branche de la médecine fait peur car elle évoque la mort. Pourtant, un grand nombre de personnes peuvent tirer profit d'une mise en place précoce d'un tel accompagnement.

TEXTE YSEULT THÉRAULAZ





Pour beaucoup de gens, les soins palliatifs renvoient l'image d'une personne sur son lit de mort dont les soignants tentent de soulager les toutes dernières souffrances avant l'inéluctable trépas. Étymologiquement, l'adjectif palliatif provient du latin *pallium*, qui signifie couvrir d'un manteau, donc protéger, reconforter. «Ce terme donne l'impression que l'on désigne quelque chose qui ne sert à rien. Il entraîne beaucoup de malentendus car les gens pensent que de tels soins sont réservés aux mourants. C'est faux. Les soins palliatifs sont destinés aux personnes qui souffrent d'une maladie incurable, ce qui ne veut pas dire que leur mort est imminente», explique la Pr^e Claudia Gamondi, cheffe du Service de soins palliatifs et de support du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV).

Mais de quoi s'agit-il précisément? Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les soins palliatifs visent à améliorer la qualité de vie des patients - et de leur famille - confrontés aux problèmes associés à des maladies potentiellement mortelles, qu'ils soient d'ordre physique, psychosocial ou spirituel. Avec le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques, ils s'adressent à de plus en plus de gens. Toujours selon l'OMS: 40 millions de personnes seraient concernées. Les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), par exemple, mènent «depuis cinq ans une politique de santé intégrative. Elle implique notamment une prise en charge précoce et holistique des patients souffrant d'une maladie incurable, que ce soit dans les services de cardiologie, neurologie, gériatrie, entre autres», explique la Pr^e Sophie Pautex, cheffe du Service de médecine palliative des HUG.

Le CHUV table également sur une meilleure identification des patients nécessitant des soins palliatifs et cela le plus tôt possible. « Ce type de soins concerne tous les professionnels de la santé. Évidemment, la gériatrie et l'oncologie sont davantage concernées que d'autres spécialités, mais il est important d'agir dans tous les domaines avant que les symptômes n'empirent », précise la Pr Gamondi.

AUSSI EN DEHORS DE L'HÔPITAL

Tout comme il est important de planifier des soins palliatifs en dehors de l'hôpital. Les médecins de ville sont en première ligne, mais aussi les soignants des CMS ou des EMS. « Ils peuvent déjà dispenser des soins palliatifs généraux pour apaiser la douleur, mais aussi

DÉPASSER LE CONTEXTE DE LA MALADIE

Yves Philippin est psychologue au Service de médecine palliative des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Il se rend au chevet des patients hospitalisés à la Clinique Joli-Mont et à l'hôpital Bellerive. Il explique : « Mon approche est très différente de celle des psychologues installés en cabinet. Dans leur cas, les personnes viennent exprès pour une séance. À l'hôpital, ce sont souvent les soignants qui constatent une détresse psychologique chez des patients. Certains n'ont pas envie de parler, je ne m'impose pas. Je ne souhaite pas être une contrainte de plus. » Le spécialiste

est également là pour apporter son soutien à la famille, seule ou en compagnie du proche malade. « J'essaie d'offrir un espace de parole où tout le monde peut exprimer ses doutes, ses états d'âme et ses émotions. Je tente surtout de dépasser le contexte de la maladie, de mieux connaître la personne. La pathologie rompt une certaine continuité dans la vie du patient, je l'aide à renouer avec lui-même et à se focaliser sur le moment présent. » Un moyen efficace pour ne pas se laisser dépasser par les angoisses insurmontables d'un futur très incertain.



pour apporter écoute et réconfort aux malades et à leurs proches», poursuit la Pre Gamondi. La Pre Pautex partage cet avis: «Il est primordial de les intégrer hors de l'hôpital pour que tous les patients aient le même accès et bénéficient de la même qualité de soins.» Cela permet également d'éviter un grand nombre d'hospitalisations.

Si certains soins de fin de vie très techniques nécessitent un appareillage compliqué difficile à proposer à la maison, d'autres approches palliatives générales peuvent être dispensées à domicile ou en EMS. Des équipes mobiles sont d'ailleurs sollicitées pour se rendre au chevet des malades, que ce soit chez eux ou en résidence, et prodiguer un soutien général.

La Dre Eve Rubli Truchard, médecin au Service de gériatrie et à la chaire de soins palliatifs gériatriques du CHUV, donne un exemple concret: «Une personne qui souffre d'insuffisance cardiaque consécutive à des infarctus va présenter différents symptômes physiques et psychologiques. Son état n'est pas guérissable, elle va avoir besoin de soins palliatifs. Il est alors

LE MONDE DU HANDICAP DE PLUS EN PLUS CONFRONTÉ AUX SOINS PALLIATIFS

Les équipes soignantes et celles éducatives doivent renforcer leur collaboration afin que les personnes concernées puissent rester en foyer.

Quelle que soit la maladie dont souffre une personne, les soins palliatifs doivent lui apporter un soulagement global, tant sur le plan physique que psychique ou encore spirituel. Certains malades sont toutefois plus fragiles que d'autres lorsque leur état nécessite une approche palliative. C'est le cas des personnes en situation de handicap. «Comme tout un chacun, elles ont le droit d'avoir un accompagnement en fin de vie qui respecte leurs droits, leur dignité inaliénable et leurs valeurs. Elles nécessitent toutefois une attention particulière car leur handicap les rend encore plus vulnérables», explique Stéphanie Perruchoud, philosophe du soin, du handicap et du vieillissement au Centre interdisciplinaire de recherche en éthique de l'Université de Lausanne. Jocelyne Métrailler, infirmière dans l'équipe mobile de soins palliatifs du Centre hospitalier du Valais romand (HVS), constate: «Les soins palliatifs dispensés aux personnes en situation de handicap vont à contre-courant d'une société

basée sur la performance. Travailler en équipe est indispensable pour proposer un accompagnement avec une juste présence et des soins adaptés à leurs besoins.»

Des équipes socio-éducatives mobilisées

Laetitia Probst-Barroso, éducatrice spécialisée et responsable de missions chez palliative vaud, explique: «Ce qui diffère fondamentalement entre la prise en charge palliative des personnes en situation de handicap et de celles qui ne le sont pas, ce sont les professionnels qui s'en occupent. Dans le premier cas, il s'agit d'équipes soignantes, dans le second, d'équipes socio-éducatives, principalement. En tant qu'éducatrice, je n'étais pas formée aux soins... C'est une des raisons qui m'a poussée à former mes pairs dans ce domaine, afin que l'approche palliative puisse se faire en foyer, en évitant ainsi des hospitalisations inutiles et délétères pour le résident. Les éducateurs accompagnent les personnes sur de longues périodes. Ils tissent un lien fort avec elles et ils ont à cœur qu'elles puissent vivre leurs dernières heures dans les meilleures conditions. Il faut donc les former pour que cela devienne possible.»

Jocelyne Métrailler précise: «Avec le vieillissement des personnes accueillies en institutions spécialisées, la demande en soins devient plus importante. Il faut donc renforcer les liens entre le pôle soignant et celui éducatif.» Pour y parvenir, un tronc commun de formation est en cours d'élaboration. Il ne faut pas oublier que les deux domaines ont une approche totalement différente. Les éducateurs sont formés pour stimuler la personne et maintenir ses acquis en mettant en place des projets socio-éducatifs. Les soignants se concentrent davantage sur la souffrance et la façon de l'atténuer. «Lorsque les aspects médicaux prennent beaucoup de place dans la vie d'une personne en situation de handicap, il est très important que les éducateurs continuent à mettre en place des projets», poursuit Laetitia Probst.

Les trois expertes mettent en avant l'importance d'une bonne collaboration et communication entre la famille, la personne malade, les équipes soignantes et celles socio-éducatives. «Plus la vulnérabilité du patient est importante, plus la responsabilité de l'entourage est grande», conclut Stéphanie Perruchoud.

très important de discuter avec elle de la suite de sa prise en charge. Les professionnels formés en soins palliatifs sont également là pour expliquer les traitements possibles, anticiper ses souhaits et discuter avec elle et ses proches. Ces soignants ne prennent pas uniquement en compte la douleur, mais aussi tous les autres aspects physiques, psychologiques et spirituels.» L'essentiel est de garantir la meilleure

qualité de vie possible à tous les malades incurables. «On pourrait penser que les soins palliatifs sont un échec de la médecine qui n'a pas réussi à guérir. Si on regarde cela en fonction de la mort inéluctable, c'est juste mais aussi absurde, car on est tous mortels. Cependant, améliorer la qualité de vie de la personne, lui permettre de maintenir une vie sociale agréable, alléger les symptômes, ralentir la progression

de la maladie sont autant de succès liés à la mise en place des soins palliatifs», explique le Pr Ralf Jox, directeur de l'Institut des humanités en médecine de l'Université de Lausanne (UNIL).

Les experts s'accordent à dire que les besoins en soignants spécifiquement formés vont augmenter et que des formations post-graduées seront indispensables pour répondre à la demande. ●

FACILITER LES DÉCISIONS CONCERNANT LA FIN DE VIE

La région lausannoise a testé un processus de discussion entre professionnels et patients afin de mieux les accompagner dans leurs décisions en cas d'urgence vitale ou de fin de vie.

Rédiger des directives anticipées pour s'assurer que, le moment venu, l'on ne subira pas des soins lourds non souhaités pour rester en vie est une bonne idée. Dans la pratique cependant, les choses ne se passent pas toujours comme prévu. Soit les directives ne sont pas suffisamment claires et précises pour que les équipes soignantes puissent les mettre en pratique, soit elles ne sont même pas portées à la connaissance de ces dernières et de l'entourage de la personne incapable de décider pour elle-même. À cela s'ajoute un manque de connaissance des soins possibles et de leurs conséquences, ainsi que la difficulté à se projeter dans une situation de dépendance ou d'urgence vitale.

«Pour éviter cela, il est important que quiconque souhaite rédiger des directives anticipées soit accompagné par un professionnel dûment formé. Ces trois dernières années, près de cent facilitateurs et facilitatrices ont suivi la formation mise sur

pied par la chaire de soins palliatifs gériatriques du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV).

Celle-ci s'adresse uniquement à des personnes qui travaillent déjà dans le monde de la santé ou du social», explique Daniela Ritzenthaler, pédagogue spécialisée et éthicienne clinique auprès de cette chaire.

La formation du personnel, puis la mise en pratique de ce rôle de facilitateur auprès des institutions qui prennent en charge les malades, s'inscrit dans le cadre du Projet de soins anticipé (ProSA)* du Réseau santé région Lausanne (RSRL) débuté en 2018 et en phase d'implémentation depuis 2020. «L'objectif du ProSA est que son accès soit facilité aux personnes qui en ont le plus besoin dans le canton de Vaud, notamment toutes celles suivies par des services de soins palliatifs, d'oncologie gériatrique ou en long séjour. À l'heure actuelle, il ne concerne que quelques structures de soin volontaires, comme des EMS, des services hospitaliers, des réseaux de soins ou encore quelques CMS. Les facilitateurs et facilitatrices employées par ces institutions se mettent au service d'une patientèle fragile pour leur proposer d'aborder ensemble les questions qui touchent aux soins

à venir en cas d'incapacité de discernement», explique Lila Devaux, cheffe de projet au RSRL.

Concrètement, un premier entretien est mené avec le patient. Il aborde des questions d'ordre général sur ses valeurs et sa façon de percevoir les derniers moments de sa vie. «Lors de cette première rencontre, le représentant thérapeutique de la personne est déjà impliqué. Ainsi, les informations sont les mêmes pour tout le monde», poursuit Daniela Ritzenthaler. Le deuxième entretien vise à traduire en objectifs thérapeutiques les souhaits formulés. Mener de telles discussions nécessite des compétences relationnelles et de communication, mais aussi médicotéchniques, afin de bien expliquer ce que chaque décision implique au niveau de la prise en charge le moment venu. «Les équipes soignantes ne sont pas toujours à l'aise pour aborder la mort avec leurs patients. Elles ressentent un véritable besoin d'améliorer leurs compétences, d'avoir les bons outils, ce qu'apporte justement la formation qui leur est destinée. Il est primordial de ne pas attendre qu'il soit trop tard pour proposer le ProSA aux malades», conclut Lila Devaux.

* www.projetdesoinsanticipe.ch

SOUTENIR LES ÉQUIPES DE SOINS PALLIATIFS

Confrontés sans cesse à la mort et à la souffrance, ces professionnels ont particulièrement besoin d'aide et de réconfort pour ne pas s'épuiser. Une étude pilote vaudoise s'intéresse à leur santé mentale.

Les équipes de soins palliatifs sont particulièrement exposées à la souffrance de leurs patients. La plupart des institutions proposent déjà à ces soignants un soutien psychologique et des supervisions par des psychologues ou des psychiatres, mais malheureusement cela ne suffit pas toujours. « Dans le cadre de mon travail de master, j'ai demandé à un panel de professionnels confrontés à la souffrance et à la mort de répondre à plusieurs questionnaires évaluant leur santé mentale. Ceux qui vont le mieux mettent en avant l'importance du soutien dont ils jouissent auprès des collègues ou des proches. Cette catégorie était principalement composée de soignants qui œuvrent en deuxième ligne, comme consultants. Parmi les personnes qui vont le moins bien, il y a davantage de personnel qui travaille au chevet des patients et est ainsi confronté tous les jours, pendant plusieurs heures, à leur souffrance », explique Anne-Catherine Delafontaine, psychologue travaillant à l'Ensemble hospitalier de la Côte (EHC) et chargée de recherche à la chaire de psychologie palliative au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV).

La troisième catégorie de participants sont plus neutres sur le plan de leur santé mentale mais aussi plus désengagés professionnellement. « Un des éléments majeurs ressortant de cette recherche est l'importance du sens au travail : il protège contre la détresse psychologique et améliore aussi le bien-être. C'est la raison pour laquelle le projet pilote qui est développé actuellement se base sur ce concept. Il débutera au printemps 2024 dans le



Service de gériatrie et réadaptation gériatrique du CHUV, notamment », explique Mathieu Bernard, directeur de la Chaire de psychologie palliative de l'hôpital vaudois. Concrètement, les soignants qui le souhaitent participeront à une journée de discussion et de réflexion. « Nous voulons partir de quelque chose de très concret : quelles sont vos valeurs personnelles ? Sont-elles en adéquation avec celles de votre travail ? Si ce n'est pas le cas, comment y remédier ? Environ 20 à 30 % du personnel en soins palliatifs présente des difficultés émotionnelles. Leur souffrance ne doit pas être niée car cette confrontation constante à la mort est très difficile », poursuit Mathieu Bernard. L'étude menée par Anne-Catherine Delafontaine a toutefois mis en évidence

l'aspect positif des moments de partage informels. « Discuter dans les couloirs entre collègues, aller prendre un café ensemble sont des instants très appréciés des équipes soignantes. Ils font office de soupape très efficace. »

Bien qu'il soit difficile de côtoyer la mort tous les jours lorsque l'on travaille avec certains patients condamnés, certains professionnels parviennent à en tirer du positif. « En effet, ils réussissent à mieux apprécier les bonheurs simples de la vie et réalisent parfois à quel point être en bonne santé est précieux », explique la psychologue. Et Mathieu Bernard de conclure : « La confrontation à la mort peut aussi permettre d'être davantage dans le moment présent et changer la perception que l'on a de la vie. »

PR ANDREA SERINO

« UNE GRANDE OPPORTUNITÉ DE FAIRE ÉVOLUER LA NEURORÉHABILITATION »

Inauguré en novembre dernier à Lavigny par le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), l'Université de Lausanne (UNIL) et l'Institution de Lavigny* elle-même, le NeuroRehab Research Center (NeuroRehab) laisse augurer d'une nouvelle ère dans le domaine de la neuroréhabilitation, en particulier pour les patients ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) ou un traumatisme crânien sévère. Rencontre avec son directeur, le Pr Andrea Serino.

PROPOS RECUEILLIS PAR LAETITIA GRIMALDI

Planète Santé: Qu'est-ce qui a motivé la création du NeuroRehab Research Center ?

Pr Andrea Serino: Ce nouveau centre s'inscrit dans le projet SUN (Service universitaire en neuroréhabilitation), né de la volonté du canton de Vaud, du CHUV, de l'UNIL et de l'Institution de Lavigny de créer un nouveau service de neuroréhabilitation visant à repenser les structures de soins existantes sur le site de Lavigny et du CHUV. Un pilier fondamental de ce projet est le NeuroRehab Research Center, qui réunit sur un même lieu des mondes parfois séparés: la recherche, la prise en charge clinique et l'ingénierie pour l'innovation technologique, le tout à proximité immédiate des patients. Dans un domaine comme la neuroréhabilitation, optimiser ces synergies est fondamental pour améliorer les soins. Cette structure est une grande opportunité de la faire évoluer.

Qui sont les patients concernés ?

Le NeuroRehab Research Center s'adresse principalement aux personnes souffrant de lésions neurologiques consécutives à un AVC ou un traumatisme crânien. Le plus souvent, les patients présents sur le site de

Lavigny ont d'abord été pris en charge au CHUV aux soins intensifs puis pour les premiers temps de la neuroréhabilitation. Se poursuit ensuite à Lavigny la neuroréhabilitation intensive sur le plus long terme. Or beaucoup se joue encore durant cette phase pour favoriser la récupération de certaines facultés neurologiques.

Cela passe-t-il par l'innovation technologique ?

En partie, c'est certain. Aujourd'hui, la neuroréhabilitation avance avec deux nouveaux piliers majeurs: la recherche et l'innovation. La première est clé: mieux comprendre le fonctionnement du cerveau permet, et permettra, de mieux le « réparer » quand il subit des lésions. Quant à l'innovation, les possibilités sont infinies, dans des spécialités aussi variées que la réalité virtuelle, la robotique, la neuro-imagerie ou encore la stimulation cérébrale non invasive. Nous pouvons nous réjouir de la richesse des compétences de la région lémanique dans ces divers domaines. Le NeuroRehab réunit ainsi des experts en ingénierie venant notamment du CHUV, de l'École polytechnique fédérale de Lausanne (EPFL)

et de diverses start-up. Tout l'enjeu: proposer aux patients les meilleures options thérapeutiques possibles selon les connaissances scientifiques actuelles et développer des neurotechnologies au plus près de leurs besoins.

En pratique, comment cela s'organise-t-il ?

Le processus reste le même que pour tout projet relatif à la recherche médicale, à savoir l'élaboration de prototypes, les phases de développement, les tests de faisabilité en laboratoire et la validation au travers d'études cliniques respectant la rigueur méthodologique. Au sein du NeuroRehab, les laboratoires de recherche étant implantés à proximité immédiate des structures de soin, ces diverses étapes profitent pleinement des interactions permanentes possibles entre les protagonistes clés que sont les chercheurs, les scientifiques, les soignants et les patients eux-mêmes.

Sommes-nous aujourd'hui à un tournant de la neuroréhabilitation ?

J'en suis convaincu et cela est nécessaire. En effet, il faut que nous puissions aller plus loin dans ce qui est proposé aux



patients concernés, en termes de soins, de thérapies personnalisées, mais également de suivi, y compris après l'hospitalisation. Aujourd'hui, de nombreuses personnes qui quittent l'hôpital, après des semaines ou des mois de traitement, souffrent encore de déficits en lien avec le traumatisme crânien ou l'AVC qu'elles ont subi. Et bien souvent, l'offre de soins s'effondre: l'écart entre le nombre d'heures de soins proposés à l'hôpital et celui qui est possible à domicile est bien trop important. Or ces thérapies restent indispensables, tant pour maintenir les progrès accomplis que pour aller plus loin encore dans la récupération fonctionnelle. Cet aspect de la prise en charge est une préoccupation pour de nombreux pays. Il est notamment en lien avec un dilemme quasi mathématique: en neuro-réhabilitation comme dans bien d'autres domaines de la santé, les besoins ne cessent d'augmenter, mais le nombre de soignants diminue et les défis financiers se multiplient.

Quelles sont les pistes pour faire face à cette situation ?

Dans ce contexte, la neuroréhabilitation doit absolument changer de paradigme. La télémédecine va jouer un rôle majeur. L'idée n'est pas du tout de laisser le patient seul à distance ou de se passer des soins prodigués à domicile par les physiothérapeutes ou les ergothérapeutes par exemple, mais de trouver des solutions pour augmenter l'offre de soins et la personnaliser au maximum. Et cela passe, entre autres, par de nouvelles innovations technologiques.

Lesquelles par exemple ?

La réalité virtuelle offre des perspectives nouvelles inouïes. Munis de casques spécifiques (casques VR), les patients peuvent se plonger dans des jeux immersifs spécialement conçus pour stimuler certaines facultés cérébrales. Les innovations sont croissantes dans ce domaine, qui va bien au-delà de simples «jeux». On parle ici de véritables outils thérapeutiques. Une autre piste en développement pour stimuler la neuroréhabilitation à domicile: la mise en place d'un système connecté

à l'hôpital permettant aux patients de poursuivre leurs entraînements avec un suivi précis, si besoin en temps réel, par leurs soignants.

BIO EXPRESS

1978

Naissance à Varese, Italie.

2001

Master en psychologie expérimentale à l'Université de Milan, Italie.

2002

Neuropsychologue au Centre de neurosciences cognitives à Césène, Italie.

2006

Doctorat (PhD) en psychologie expérimentale et professeur assistant à l'Université de Bologne, Italie.

2012

Scientifique au Centre de neuroprothétique de l'École polytechnique fédérale de Lausanne (EPFL).

2016

Responsable des neurosciences chez MindMaze SA.

2017

Professeur assistant (boursier FNS) de l'Université de Lausanne (UNIL) au Service de neuropsychologie et neuroréhabilitation du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) et directeur du Laboratoire MySpace du CHUV.

2022

Professeur associé de l'UNIL au Service de neuropsychologie et neuroréhabilitation du CHUV et directeur du NeuroRehab Research Center, CHUV-UNIL.

Tout cela ouvre des pistes nouvelles, y compris pour le système de santé lui-même...

Absolument. Ce sont des aspects sur lesquels nous nous penchons également, notamment dans le cadre d'un projet national financé par Innosuisse,

impliquant de multiples partenaires, que nous coordonnons, SwissNeuroRehab, avec des experts travaillant en étroite collaboration avec l'État, les services cantonaux et les assurances. Le changement de paradigme en cours passe invariablement aussi par des réflexions structurelles, administratives et financières pour que ces nouvelles modalités de soins soient possibles.

Reste le cerveau lui-même et ses mystères encore bien gardés... La recherche avance-t-elle également dans ce domaine ?

Oui, même si beaucoup reste à découvrir. Une chose est sûre: depuis quelques années, un virage s'est opéré dans la compréhension du cerveau grâce notamment aux progrès de l'imagerie médicale. Nous prenons notamment conscience que le cerveau est bien plus complexe que ce que nous imaginions. Longtemps, nous avons par exemple pensé que son fonctionnement était organisé en régions presque cloisonnées, en charge de traiter des données spécifiques. Or tout porte à croire que les choses ne sont pas aussi «simples» et que les interactions entre ces zones sont permanentes et extrêmement élaborées.

Pourtant, certains mystères se dissipent, comme en témoignent régulièrement les publications scientifiques...

Oui, car tout en mesurant l'immense complexité du cerveau, nous avons aussi accès à de plus en plus de données et à des systèmes d'analyse informatiques particulièrement performants, comme l'intelligence artificielle par exemple. Et les progrès pourraient encore s'accélérer dans les années à venir grâce notamment au perfectionnement des méthodes d'enregistrement. La mise en place de dispositifs plus invasifs - par le biais d'électrodes directement implantées dans le cerveau par exemple - pourrait déboucher sur des découvertes spectaculaires. L'espoir qui en découlera sera bien sûr de nouvelles perspectives de prise en charge des maladies et des lésions neurologiques. ●

COMMENT REMÉDIER À NOTRE ATTENTION QUI BAISSE ?

ADAPTATION* MÉLISSA CHERVAZ

Selon une étude du centre de recherche CERVO de l'Université Laval à Québec, l'attention - faite de concentration et de distraction - décline progressivement à partir de 26 ans. Elle peut être comparée à une fenêtre se déplaçant dans l'espace. Lorsqu'on est concentré, notre cerveau traite facilement tout ce qui se trouve dans cette fenêtre, alors qu'en dehors, c'est le flou. Une distraction suffit à capter l'attention (et forcer un déplacement de la fenêtre) que seul un effort pourra rediriger sur le point d'intérêt. Ce déclin d'attention s'explique par un phénomène naturel de modification

du rythme des vagues d'activité cérébrale. Pour fixer l'attention sur une conversation et bloquer les informations visuelles, le cerveau s'active à un rythme alpha, qui devient plus difficile à atteindre avec l'âge. Ce phénomène intensifie l'effet des distractions et les pertes d'attention. Pour les situations de pertes d'attention plus graves, dues par exemple à une lésion crânienne, une technologie en cours d'étude appelée stimulation magnétique transcrânienne rythmique (TMS) pourrait améliorer les choses, en envoyant un courant dans le cerveau pour reproduire ce fameux rythme alpha.

TDAH : 3 À 4 % DES ADULTES CONCERNÉS

ADAPTATION** MÉLISSA CHERVAZ

Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) se définit par des difficultés d'attention, de concentration et d'organisation. Il peut également se caractériser par de l'impulsivité, de l'hyperactivité et une tendance à la procrastination. Si tout le monde peut se reconnaître dans ces symptômes, le trouble est pathologique au-dessus d'un certain seuil que seuls 3 à 4 % des adultes dépassent. Connue chez l'enfant, le TDAH chez l'adulte n'est reconnu officiellement que depuis 2013. Les personnes touchées doivent toujours s'armer de patience. Les consultations, trop peu nombreuses, débordent. Le diagnostic est souvent

posé tardivement car aucun marqueur génétique ou neurobiologique spécifique n'existe. Seuls deux outils diagnostiques sont disponibles : l'entretien clinique, qui détermine les symptômes passés et présents d'inattention, d'impulsivité et d'hyperactivité, et le test neuropsychologique sur ordinateur, qui est un révélateur concret de l'impulsivité et de la capacité d'attention et de concentration. Lorsque le diagnostic se confirme, il est alors souvent perçu comme un soulagement et une opportunité de domestiquer ce trouble invisible, que ce soit au travers de la psychothérapie ou de traitements médicamenteux.

* Adapté de l'émission « Comment remédier à notre attention qui baisse? », CQFD (RTS), diffusée le 06/12/2023.

** Adapté de l'émission « TDAH : quand le diagnostic tombe à l'âge adulte », 36.9° (RTS), diffusée le 15/11/2023.

« 36.9° » ET « CQFD » SUR PLANETESANTE.CH

Pour vous offrir toujours plus d'informations, les sujets santé des émissions 36.9° (RTS) et CQFD (RTS LA 1^{ÈRE}) sont également disponibles sur Planetesante.ch !



Retrouvez toutes ces émissions sur
planetesante.ch/36.9
planetesante.ch/cqfd



Urologie : les autres méfaits du tabagisme

Moins souvent mentionnées que celles qui concernent le cœur, les vaisseaux ou les poumons, les répercussions délétères du tabagisme sur la sphère urologique sont pourtant bien réelles. Les experts alertent sur ces risques de mieux en mieux connus.

ADAPTATION* LAETITIA GRIMALDI

Le constat est sans appel : les composants du tabac endommagent l'ADN, favorisant la survenue de cancers, y compris de la vessie, des voies urinaires et du rein. Chez l'homme, le tabac accroît également le risque de cancer de la prostate et du pénis. Il induit par ailleurs des troubles sexuels, réduisant l'érection et la fertilité masculine. Chez la femme, le tabac expose notamment à un risque accru d'incontinence urinaire. Tour d'horizon de quelques-uns de ces méfaits, en partie réversibles grâce à l'arrêt du tabagisme.

Cancer de la vessie et des voies urinaires

Le cancer de la vessie est le 7^e cancer le plus fréquent chez l'homme et le 17^e chez la femme. À l'origine d'environ 50 % des cas, le tabac en est le plus important facteur de risque. En cause ? Les nombreux composants qu'il contient susceptibles d'altérer l'ADN et qui sont en partie éliminés par les voies urinaires. Ces derniers sont ainsi stockés dans la vessie, jusqu'à ce qu'elle se vide. Il s'agit des amines aromatiques, des hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP), des amines hétérocycliques et des composés N-Nitrosés. À noter que le risque accru de cancer ne concerne pas seulement la vessie, mais l'ensemble des voies urinaires (uretères notamment). Quant aux effets bénéfiques de l'arrêt du tabac sur la survenue d'un cancer de la vessie,

ils ne deviennent significatifs qu'après vingt ans d'arrêt, même si le risque d'un ancien fumeur ne retombe pas au même niveau que celui d'un non-fumeur.

Qu'en est-il de la cigarette électronique ?

Bien que les effets négatifs du tabagisme passif et de la consommation d'e-cigarettes sur la survenue de troubles urologiques soient suspectés, des études plus approfondies sont encore nécessaires. On sait toutefois que l'urine des consommateurs de cigarettes électroniques contient des substances carcinogènes connues (hydrocarbures aromatiques polycycliques et acrylamides). Ces dernières pourraient, entre autres, accroître le risque de survenue de tumeurs des voies urinaires. L'utilisation d'e-cigarettes augmenterait également le risque de troubles de l'érection.

Cancer de la prostate

Le cancer de la prostate est le plus fréquent au monde chez l'homme et la seconde cause de mortalité due au cancer en Europe, après celui du poumon. Ses

facteurs de risque sont notamment l'âge, l'ethnie (africaine principalement) et une prédisposition familiale. Si le lien direct entre tabac et survenue d'un cancer de la prostate est encore mal connu, un fait se précise : la plupart des études observent, chez les fumeurs, des stades plus avancés de la maladie au moment du diagnostic. Le risque de métastases, de récurrence et de mortalité s'en retrouve alors augmenté. Par ailleurs, la réponse au traitement serait moins efficace chez les fumeurs. Certaines études démontrent qu'un arrêt du tabac pendant plus de dix ans permettrait de revenir au risque de base.

Cancer du rein

Le cancer du rein représente le 12^e cancer le plus courant dans le monde. Aux côtés de l'obésité et de l'hypertension artérielle, le tabagisme est également un facteur de risque connu, avec une augmentation du risque de développer la maladie de 52 % chez un fumeur actif et jusqu'à 25 % pour un ancien fumeur. Le cancer du rein est par ailleurs souvent plus agressif en cas de tabagisme. Le risque de développer un tel cancer diminue après dix ans d'arrêt du tabac.

Cancer du pénis

Rare en Europe, puisqu'il représente 0,4 à 0,6 % des cancers, le cancer du pénis est lui aussi impacté par le tabagisme. Il a en effet été démontré que ce dernier doublait le risque de survenue de la maladie.



©GETTYIMAGES SAULGRANDA

Les autres formes de consommation de tabac (par exemple, à mâcher, à priser) aggraveraient également ce risque.

Troubles de l'érection et de la fertilité

De nombreux facteurs de risque peuvent contribuer à la dysfonction érectile. Parmi les plus connus: l'âge, le diabète, un excès de cholestérol, l'hypertension artérielle, l'obésité et... le tabac.

Quant à l'infertilité, qui concerne environ 15% des couples aujourd'hui, un facteur

d'infertilité masculin y est associé dans 50% des cas, avec souvent une anomalie du spermogramme. Or le tabac diminuerait notamment la qualité du sperme en abaissant le nombre de spermatozoïdes et leur motilité, et en augmentant le nombre de spermatozoïdes de morphologie anormale.

Incontinence urinaire

Le tabagisme a également un impact fonctionnel sur la miction et peut ainsi

CAUSE NUMÉRO 1

Première cause de diminution de la qualité de vie et d'années de vie perdues, le tabagisme constitue le principal facteur de risque de maladies chroniques non transmissibles telles que le cancer ou les pathologies cardiovasculaires.

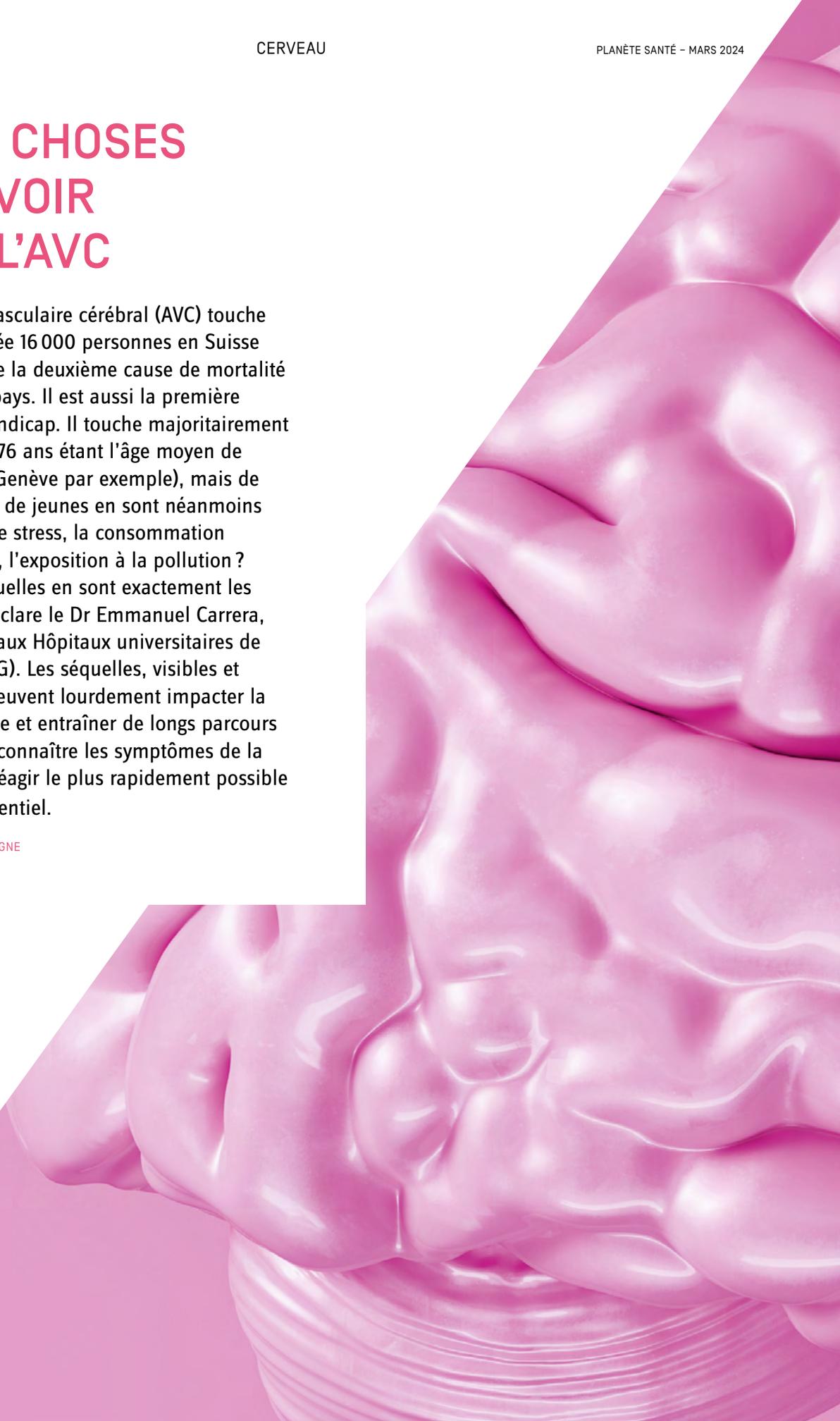
provoquer divers symptômes. Parmi eux: le risque accru d'incontinence urinaire chez les femmes et de troubles mictionnels chez l'homme. ●

* Adapté de: Gregoris A, Valerio M, Abboud A, Grobet-Jeandin E. Les nombreux impacts urologiques du tabagisme. Rev Med Suisse. 2023; 9 (852): 2234-2238.

CINQ CHOSES À SAVOIR SUR L'AVC

L'accident vasculaire cérébral (AVC) touche chaque année 16 000 personnes en Suisse et représente la deuxième cause de mortalité dans notre pays. Il est aussi la première cause de handicap. Il touche majoritairement les seniors (76 ans étant l'âge moyen de survenue à Genève par exemple), mais de plus en plus de jeunes en sont néanmoins victimes. « Le stress, la consommation de cannabis, l'exposition à la pollution ? On ignore quelles en sont exactement les raisons », déclare le Dr Emmanuel Carrera, neurologue aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Les séquelles, visibles et invisibles, peuvent lourdement impacter la qualité de vie et entraîner de longs parcours de soins. Reconnaître les symptômes de la maladie et réagir le plus rapidement possible est donc essentiel.

TEXTE ÉLODIE LAVIGNE



LA MALADIE

Il existe deux types d'AVC. Celui dit ischémique représente 80 % des cas et survient lorsqu'un vaisseau cérébral est obstrué par un caillot de sang. Tout le tissu qui se trouve en aval va alors manquer d'oxygène. L'AVC hémorragique concerne quant à lui les 20 % des cas restants : un vaisseau cérébral de petit calibre se rompt, causant une hémorragie cérébrale. Cette situation clinique est très grave et la mortalité élevée.

LES FACTEURS DE RISQUE

L'âge est le premier facteur de risque. L'hypertension, le diabète, le tabagisme (risque d'AVC multiplié par trois) et l'hypercholestérolémie sont les quatre autres facteurs de risque majeurs. Une mauvaise hygiène de vie, le manque d'activité physique, une alimentation non équilibrée, la consommation d'alcool ou l'obésité abdominale sont d'autres facteurs favorisants. À l'exception de l'âge, tous ces facteurs sont modifiables. À noter que l'arythmie cardiaque, en particulier la fibrillation auriculaire, peut entraîner la formation d'un caillot au niveau du cœur, qui peut ensuite migrer dans le cerveau.

QUELQUES RECOMMANDATIONS

Pour se prémunir d'un AVC, il faut traiter les facteurs de risque cardiovasculaires, à savoir diabète, hypercholestérolémie et hypertension artérielle. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande par ailleurs 150 à 300 minutes d'activité physique d'intensité modérée par semaine (ou 75 à 150 minutes d'activité d'intensité soutenue). Une alimentation équilibrée (fruits et légumes, réduction de sa consommation de sel), un poids sain et l'absence de tabagisme sont vivement recommandés. Réduire si possible son exposition au stress est également important. Enfin, une bonne santé cérébrale passe aussi par la lutte contre l'isolement et le développement des liens sociaux.

LES SIGNAUX D'ALERTE

L'AVC se manifeste de manière brutale par une paralysie du visage, des troubles sensitifs (sensation d'engourdissement), une faiblesse d'une moitié du corps, des troubles de la parole (difficultés à articuler, à trouver les mots, phrases incompréhensibles) et de la vision (image double, brève perte de vue d'un œil) selon la région du cerveau touchée. En anglais, on utilise l'acronyme FAST, pour « face » (visage), « arm » (bras), « speech » (parole), « time » (temps), afin de se poser les bonnes questions et mieux repérer l'AVC. À ces symptômes peuvent s'ajouter des maux de tête persistants, de la confusion et des troubles de l'équilibre ou vertiges, spécifiquement chez les femmes. Ces signaux d'alerte, même s'ils disparaissent en quelques minutes, sont à prendre au sérieux, prévient le Dr Carrera : « Il s'agit alors d'un accident ischémique transitoire, dû, comme l'AVC ischémique, à la présence d'un caillot de sang obstruant la circulation sanguine cérébrale de manière transitoire. C'est un signe d'alerte majeur qui peut annoncer un AVC dans les heures ou les jours qui suivent. Il faut dans ce cas appeler sans tarder le 144. »

UNE PRISE EN CHARGE RAPIDE

Si vous ressentez les symptômes décrits ci-dessus ou les observez chez un proche, appelez immédiatement le 144, car chaque minute compte. Mieux vaut appeler les secours que de se rendre à l'hôpital par ses propres moyens. En effet, de cette façon, les différents acteurs de la filière de soins seront avertis, pour une prise en charge sans délai. « Les chances de récupération sont plus élevées si l'AVC est soigné dans les 24 heures et sont maximales si on intervient dans l'heure qui suit le début des symptômes », indique le spécialiste. Une thrombolyse intraveineuse, technique visant à dissoudre le caillot de sang, est possible dans les 4h30 qui suivent l'accident. Jusqu'à 24 heures, un traitement endovasculaire (intervention locale au niveau de l'aîne ou de l'aorte) peut être réalisé afin de retirer le caillot de sang s'il se trouve dans une artère intracérébrale de grand calibre.

La douleur chronique : un langage maladroit du corps

Nombreuses sont les personnes touchées par des douleurs persistant pendant des mois, voire des années. On le sait désormais, les facteurs psychologiques et psychiatriques jouent un rôle primordial dans l'émergence et la pérennisation de la douleur.

ADAPTATION* ÉLODIE LAVIGNE

Invisible mais tenace, la douleur chronique touche beaucoup de personnes. Environ 20% des moins de 35 ans et plus de 50% des plus de 75 ans sont concernés. Médicalement, elle se définit comme la présence de douleurs quotidiennes depuis plus de trois mois. La douleur chronique est souvent difficile à appréhender tant par le patient que par le médecin. On sait désormais que les facteurs psychologiques et psychiatriques jouent un rôle primordial dans l'émergence et la pérennisation des symptômes douloureux. Ainsi, la douleur chronique impacte la santé mentale en augmentant le risque de troubles du sommeil, d'anxiété, de dépression et d'idées suicidaires. Mais aussi, plusieurs études longitudinales – ayant suivi des patientes et patients sur le long terme – ont montré que l'existence d'une vulnérabilité psychique favorisait l'émergence ultérieure d'une douleur chronique.

Une dimension émotionnelle forte

Ce type de douleurs a une composante émotionnelle forte. On parle de douleur psychosomatique ou de somatisation lorsque la cause de celle-ci n'est pas élucidée. En langage médical, on appelle cela une « douleur nociplastique ». Elle est l'expression d'une souffrance psychique ou psychosociale dans un langage

de plaintes corporelles, qui mène la personne à consulter son médecin. Cette dimension émotionnelle de la douleur est généralement perceptible par le soignant, mais souvent méconnue par le patient, qui reste focalisé sur ses plaintes somatiques.

Derrière les sensations de douleur, il y a en réalité un contrôle cérébral qui rend possible une exagération de la sensibilité douloureuse. Cette susceptibilité à la douleur qui se joue au niveau de notre cerveau est elle-même liée à des facteurs psychologiques, si bien que l'apparition des douleurs peut avoir lieu sans qu'aucune lésion anatomique ne permette de les expliquer.

Les sensations douloureuses peuvent prendre plusieurs formes : céphalées, maux de ventre, de dos, etc., et toucher différents tissus comme les muscles et les tendons, par exemple. Elles sont source d'une importante consommation de soins (consultations médicales, médicaments), voire de chirurgies inutiles et dévastatrices, d'où l'importance de les identifier.

Une « parole rentrée »

Si la douleur chronique est fréquente chez les individus ayant été précocement confrontés à des situations d'adversité, les mécanismes sous-jacents sont encore

mal compris. Plusieurs auteurs suggèrent qu'elle fonctionnerait comme un régulateur psychique. Autrement dit, les difficultés à reconnaître, comprendre et exprimer des émotions négatives telles que la peur ou la colère expliqueraient cette expression corporelle non analysée par le patient dans sa véritable signification. La douleur peut ainsi se substituer au langage comme moyen de supprimer les émotions intolérables et de détourner l'attention de la détresse émotionnelle. Tout symptôme douloureux inexplicable – malgré les investigations – doit dès lors être traité comme une « parole rentrée », c'est-à-dire des émotions non exprimées. Inscrire le symptôme dans la biographie du patient en permet une compréhension plus vaste et aura un effet thérapeutique.

Une approche globale

Lorsque la douleur s'éternise et que rien ne permet de la soulager, il est nécessaire d'aborder la situation autrement. Car la douleur chronique est un phénomène pluridimensionnel. Il s'agit, pour le médecin, de regarder au-delà de la douleur physique du patient et de s'intéresser à son histoire de vie pour avoir une connaissance approfondie de son environnement psychologique. C'est ce qu'on appelle une prise en charge biopsychosociale. Les thérapies non



©GETTY IMAGES / ASIAJORDAN

médicamenteuses, l'approche psychologique et la communication empathique s'avèrent ainsi souvent plus utiles qu'une énième ordonnance d'antalgiques. Une démarche de soins intégrative, qui refuse de séparer la compréhension somatique et psychologique de l'individu, est la seule utile pour le patient. Qu'il s'agisse de douleurs nociplastiques, de douleurs ayant une cause organique ou d'une douleur mixte, le patient doit être considéré dans sa globalité physique, psychologique et sociale au moyen d'une prise en charge pluridisciplinaire. ●

* Rouch I, et al. *La douleur chronique, un langage malhabile du corps*. Rev Med Suisse 2023;9(842): 1690-1692.

POURQUOI J'AI MAL ?

Il est de mieux en mieux établi que les facteurs développementaux, tels qu'une personnalité névrotique ou l'exposition à des traumatismes psychiques durant l'enfance, jouent un rôle central dans la genèse des douleurs chroniques. Dans la cohorte lausannoise PsyCoLaus, suivant 6 000 adultes, l'association entre troubles dépressifs, troubles anxieux, traits de personnalité, événements traumatiques de l'enfance et survenue (et/ou persistance) d'une douleur chronique a été étudiée de manière prospective. Un haut niveau de névrosisme et d'extraversion s'est avéré être le meilleur prédicteur de

douleur chronique. Des antécédents de dépression et un faible niveau d'extraversion en prédisaient la persistance.

Parmi les événements traumatiques de l'enfance, la séparation parentale, qui constitue un événement fréquent et relativement « banal », multipliait par quatre le risque de développer une douleur de type nociplastique, davantage que les événements traumatiques physiques ou sexuels habituellement décrits comme ayant le plus d'impact. Par ailleurs, la surprotection de la fille par son père constitue un facteur de risque de survenue de douleur à l'âge adulte, aucune donnée significative n'apparaissant chez le garçon.

Le test salivaire, un nouvel outil diagnostique face à l'endométriose

Disponible depuis 2023, un nouveau test diagnostique non invasif de l'endométriose suscite beaucoup d'intérêt. Mais qu'en est-il réellement ?

TEXTE SOPHIE LONCHAMPT

Diagnostiquer l'endométriose n'est pas un long fleuve tranquille. Il peut s'écouler plusieurs années entre le début des symptômes et la pose du diagnostic. L'arrivée d'un test salivaire sur le marché a donc suscité de nombreux espoirs. L'entreprise commercialisant le test a même argué que celui-ci allait totalement révolutionner le diagnostic de l'endométriose. « Or, ce n'est pas vraiment le cas », souligne la Dre Antonella Martino, gynécologue aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Par ailleurs, « même si ce test peut être acheté sur internet, on recommande de l'utiliser dans le cadre d'une consultation spécialisée, lorsque les bilans clinique et radiologique n'ont pas permis de poser un diagnostic, poursuit la spécialiste. Son champ d'application reste donc à déterminer individuellement. »

De nombreux examens sont déjà pratiqués pour diagnostiquer l'endométriose. Au Centre de l'endométriose des HUG par exemple, le chemin jusqu'au diagnostic suit un parcours précis. « Tout d'abord, un entretien détaillé avec la patiente permet d'établir si elle présente des symptômes évocateurs (*lire encadré*), explique la médecin. Le bilan inclut un examen gynécologique complet qui comprend souvent une échographie endovaginale, afin de rechercher des lésions d'endométriose. »

Ce bilan est complété par une IRM pelvienne, permettant de révéler la présence de lésions sur d'autres organes, notamment l'intestin ou le diaphragme.

le diagnostic définitif. « Elle a un double objectif : diagnostique et thérapeutique. L'intervention permet de visualiser les lésions et de les exciser. En outre, cette

LES SYMPTÔMES DE L'ENDOMÉTRIOSE

L'endométriose, bien qu'elle puisse être asymptomatique, se présente en général sous forme de douleurs pelviennes, en particulier pendant les règles, lors de l'émission de selles ou d'urine, ou pendant les rapports sexuels (dyspareunies), mais aussi de douleurs lors de l'ovulation. « Il n'est pas "normal" d'avoir des douleurs importantes pendant les règles, souligne la Dre Antonella Martino, gynécologue aux HUG. Toute douleur réfractaire

au traitement antalgique et qui impacte la vie quotidienne mérite des investigations complémentaires. Il est important dans tous les cas d'en parler avec son gynécologue ou de s'adresser à un centre spécialisé. » L'endométriose peut également entraîner des difficultés à concevoir. Celle-ci est donc parfois découverte lors d'un bilan de fertilité. « Si une patiente ne parvient pas à tomber enceinte après un an de rapports sexuels réguliers, il est de toute façon conseillé de consulter », conclut la gynécologue.

Néanmoins, dans le cas d'une endométriose péritonéale, forme de la maladie où les lésions sont de petite taille et superficielles, les examens cliniques et d'imagerie ne sont pas toujours concluants. Dans ce cas, seule la laparoscopie, une intervention chirurgicale minimalement invasive, permet de poser

méthode peut également aider à identifier d'autres causes potentielles des douleurs », indique la Dre Martino.

De nombreux points encore à éclaircir

Comment le test salivaire peut-il alors s'inscrire dans ce parcours bien balisé ?

«Aux HUG, on ne le propose pas en routine, car l'entretien avec la patiente et les examens complémentaires suffisent en général à poser le diagnostic.» La plupart du temps, la maladie est donc diagnostiquée sans le test. Celui-ci peut néanmoins être proposé dans les cas où l'on n'arrive pas à objectiver les lésions par imagerie chez une patiente symptomatique. Devant un test positif, la

laparoscopie demeure cependant nécessaire pour confirmer le diagnostic. «Le nouveau test apporte une information supplémentaire, mais ne modifie pas forcément la prise en charge. Toute avancée scientifique dans le domaine de l'endométriose est néanmoins bienvenue, car cette maladie a été trop longtemps négligée par la recherche», poursuit la spécialiste des HUG.

La mise sur le marché du test se base sur une étude portant sur 200 patientes symptomatiques, âgées de 18 à 43 ans. Une deuxième étude sur 1000 patientes a récemment confirmé les résultats de la première, mais de nombreux points restent à éclaircir, notamment son efficacité sur les formes asymptomatiques ainsi que sur les différents types d'endométriose. ●



L'effet placebo : qu'en dit la science ?

Connu de tous, que sait-on vraiment de l'effet placebo ? Il repose, beaucoup l'ignorent, sur des mécanismes psychologiques, biologiques et environnementaux complexes qui sont très bien documentés dans la littérature scientifique.

ADAPTATION* ÉLODIE LAVIGNE



Le phénomène est fréquemment évoqué quand il s'agit de décrire une réaction ou un effet quasi magique, qui vient apaiser ou éteindre nos maux. Mais que savons-nous vraiment de l'effet placebo? Sur quoi s'appuie-t-il et quelle place a-t-il dans les soins? Loin d'être purement imaginaire, il repose sur des mécanismes psychologiques, biologiques et environnementaux solidement documentés dans la littérature scientifique. Pour rappel, on parle d'effet placebo lorsque la prise d'une substance que l'on pourrait dire inerte, comme une solution saline ou une pilule de sucre, engendre des effets bénéfiques (qu'ils soient physiologiques ou psychologiques) sur le patient, quand bien même celle-ci n'a aucun effet pharmacologique. Parmi les processus qui sous-tendent l'effet placebo, le premier et peut-être le plus important se nomme l'«*expectation*». Il fait référence à l'attente (en français) par le patient d'un résultat positif ou négatif après une procédure de soins réelle ou factice. Dans la littérature scientifique, l'attente est décrite comme pouvant par exemple être induite par de la suggestion verbale, lorsque l'expérimentateur (ou le soignant dans la réalité) soutient l'efficacité de la thérapie. La parole du soignant peut, en soi, induire l'effet thérapeutique du traitement auprès du patient. Cette attente est soutenue et médiée par un effet d'«*apprentissage*». Des études portant sur le pouvoir analgésique de l'effet placebo montrent qu'à force d'être stimulé et renforcé, celui-ci peut être mémorisé. Mais cela dépend du contexte émotionnel et cognitif du patient. L'effet placebo analgésique peut par exemple diminuer chez les participants atteints de la maladie d'Alzheimer, selon le degré de sévérité de la maladie.

Le conditionnement à l'œuvre

Le deuxième mécanisme clé contribuant à l'effet placebo est le conditionnement, tel que décrit par Pavlov. Dans l'expérience de Pavlov, un chien est conditionné pour associer le son d'une cloche (stimulus neutre) à la réception de nourriture (stimulus inconditionnel), si bien qu'à force, l'animal salive dès qu'il entend la cloche

sonner. Dans l'effet placebo, un pareil mécanisme de conditionnement peut se produire. Dans une étude, un groupe de patients a reçu pendant deux jours un médicament qui augmente la sécrétion d'hormone de croissance, suivi d'un placebo. Chez ces sujets, une réponse hormonale a été observée après la réception du médicament, mais aussi après le placebo. La sécrétion d'hormone de croissance n'a en revanche pas été constatée dans un autre groupe, le «*groupe contrôle*», n'ayant pas été conditionné et n'ayant reçu qu'un placebo.

Implications cliniques

L'effet placebo semble omniprésent dans le processus thérapeutique, de manière consciente ou non. Cet aspect a été démontré dans des études avec un protocole particulier: l'Open-Hidden Paradigm (OHP), consistant à administrer des traitements de manière cachée ou ouverte aux patients. Dans une autre étude, des patients ont été séparés en deux groupes et informés qu'ils allaient recevoir un antalgique puissant. Le premier groupe a reçu un traitement antalgique (morphinique) de façon standard par l'intermédiaire d'un infirmier. Le deuxième groupe a reçu le même traitement par l'intermédiaire d'une machine, sans intervention humaine (administration du traitement de manière cachée). Les résultats ont révélé un effet antalgique significativement plus faible dans le groupe «*caché*» par rapport au groupe ouvert (avec intervention humaine), bien que le principe actif fût le même. Autrement dit, le rituel de soin est, en soi, un puissant inducteur d'effet placebo.

Au-delà des effets antalgiques, l'effet placebo existe dans une grande variété de situations cliniques. Il a par exemple été étudié dans la gestion des symptômes du syndrome du côlon irritable. Une étude a révélé, d'une part, que l'acupuncture placebo permet une diminution significative de la sévérité des symptômes et, d'autre part, que cet effet est supérieur lorsqu'il y a une meilleure relation praticien-patient.

L'effet placebo a également été démontré dans la maladie de Parkinson. Une

ET L'ÉTHIQUE DANS TOUT ÇA ?

L'effet placebo est un outil avec un excellent rapport risque-bénéfice. Cependant, on pourrait également y voir une forme de tromperie et de mensonge, puisqu'il ne respecte pas le principe d'autonomie du patient, ce qui limite son utilisation dans la pratique. Néanmoins, le traitement placebo peut être éthiquement acceptable dans certaines situations où le médecin croit sincèrement en ses effets bénéfiques et où il est présenté de manière honnête au patient, afin de garantir son autonomie et son pouvoir de décision. De nouvelles études montrent d'ailleurs qu'une utilisation transparente a des effets similaires à un placebo classique et moins d'effets secondaires. Au courant de l'inactivité pharmacologique de leur traitement, les patients présentent généralement peu d'effet nocebo, soit d'effets indésirables bénins, surtout d'origine psychologique, après administration d'un médicament inactif.

étude s'est intéressée à l'influence de l'effet placebo sur la bradykinésie (ralentissement des mouvements volontaires) des patients porteurs d'une neurostimulation, la Deep Brain Stimulation (DBS), une technique de stimulation cérébrale profonde grâce à l'implantation d'électrodes dans le cerveau. Le protocole consistait à activer et désactiver la DBS en avertissant ou non le patient. Les personnes stimulées averties présentaient significativement moins de symptômes que celles stimulées de manière cachée. À l'inverse, la désactivation de la neurostimulation de manière ouverte péjorait significativement la bradykinésie par rapport à sa désactivation cachée. ●

* Adapté de: Moalic A, et al. *Placebo: effet réel ou imaginaire, qu'en dit la science?* Rev Med Suisse. 2023;9 (840):1614-1617.

STÉPHANE

« LA MUSIQUE ME MAINTIENT EN BONNE SANTÉ ET ME FAIT VIVRE ! »

Une personnalité solaire et un optimisme à toute épreuve, Stéphane est une chanteuse au talent aussi unique que son prénom. À 27 ans, elle a déjà foulé des scènes de renom telles que l'Olympia ou le Paléo Festival et ne compte pas s'arrêter en si bon chemin. Rencontre avec une compositrice qui donne vie à ses musiques au travers de jolies mélodies et de textes emplis de poésie.

PROPOS RECUEILLIS PAR MÉLISSA CHERVAZ

Planète Santé: Votre prénom est peu commun, d'où vient-il ?

Stéphane: C'est mon vrai prénom, mes parents me l'ont donné en hommage à l'actrice Stéphane Audran, qu'ils aimaient beaucoup. J'ai eu beaucoup de mal à l'accepter à cause de sa connotation plus masculine que féminine, même s'il est épïcène. Jusqu'à mes 22 ans, je demandais à mes amis de m'appeler «Sté». Ils continuent à m'appeler ainsi, mais la différence est qu'aujourd'hui, j'assume et j'aime totalement mon prénom. C'est mon nom d'artiste, ma force, mon identité.

A-t-il influencé le titre de votre premier album ?

En quelque sorte, oui. Je voulais appeler mon album «Madame» pour prendre une petite revanche sur tous les courriers ou appels téléphoniques où on me disait «Monsieur». Je voulais voir ce «Madame Stéphane» quelque part! Mais je pardonne aux gens, parce qu'en plus j'ai la voix grave!

D'où vient cette passion pour la musique et le chant ?

Elle est née de parents mélomanes, de frères et sœurs qui aimaient faire de la

musique en famille... je parle toujours de nos spectacles de Noël, qu'on préparait tellement sérieusement, vous ne pouvez pas imaginer! Avec mes cousins, c'était notre Star Academy à nous, notre *prime* de Noël. On était à fond! Je pense que ça m'a vraiment donné envie de faire de la musique. Toute ma famille m'a transmis cette passion.

Celle-ci s'est finalement transformée en profession...

Oui, j'ai commencé une école de musique parce que j'étais consciente

que j'aimais le chant et la musique, mais ce n'était pas modelé et moi, j'aime quand c'est carré. Mes professeurs ont très vite adapté l'apprentissage à ma personnalité et m'ont beaucoup soutenue. L'école m'a ensuite offert l'opportunité d'enregistrer cinq titres, qui ne sont jamais sortis, mais c'est comme ça que j'ai pu rencontrer mon producteur et signer avec lui.

Aujourd'hui, qui influence votre musique ?

Tellement d'artistes... Musicalement, la musique anglo-saxonne, et pour les textes, des artistes comme Vianney, Ben Mazué, mais aussi Jean-Jacques Goldman ou encore Julien Clerc.

Il semblerait que Julien Clerc ait beaucoup marqué votre carrière...

Oui, c'est vrai. J'ai repris l'une de ses chansons, «Lili voulait aller danser», et il l'a entendue. Grâce à ça, j'ai pu faire trois premières parties de ses concerts à l'Olympia, c'était incroyable! Mais ce qui m'a rendu le plus heureuse, c'est que j'ai pu lui présenter ma mère. C'était une vraie fierté de pouvoir en quelque sorte lui rendre ce qu'elle m'a donné.

En un mot...

Un adjectif qui vous définit ?

Solaire.

Un rêve un peu fou ?

Une tournée internationale.

L'artiste avec qui tu rêverais de te produire sur scène ?

Miley Cyrus. Elle reste l'une de mes artistes préférées. Elle écrit, compose, sait évoluer avec sa génération et se réinventer en restant fidèle à elle-même.



Toutes ces influences vous ont permis de trouver votre propre style musical. Comment le qualifieriez-vous ?

Ce premier album, c'est vraiment de la pop, mais qui se trouve parfois à la frontière avec le rock. J'ai essayé d'y mettre beaucoup de poésie et quelque chose d'un peu direct dans mes textes pour contraster avec une simplicité des mélodies.

Une mélodie simple pour des textes profonds, c'est bien cela, la recette de votre musique ?

Exactement. J'ai toujours composé mélodie et paroles en même temps. Les deux s'entremêlent. Mais c'est vrai que le texte me tient à cœur parce que je crois qu'il faut dire les choses de la manière la plus simple et frontale possible, tout en restant original. C'est extrêmement difficile et c'est pour ça que j'adore travailler à deux. Parfois, on pense quelque chose, on essaye de l'exprimer, mais c'est l'autre qui a exactement les mots. J'aime ce ping-pong entre différents auteurs.

Ce ping-pong, avec qui aimez-vous le réaliser ?

Ça dépend. C'est une question d'alchimie, de moments. Pour mon premier album, j'ai travaillé avec quatre auteurs différents, alors que pour le prochain, j'ai travaillé avec une seule personne sur la moitié des titres.

L'amour, présent dans chacune de vos musiques, sera-t-il à nouveau le fil conducteur de ce prochain album ?

Oui, parce que c'est ce qui me fait écrire, me fait vivre et m'accompagne tous les jours. J'adore l'amour et je suis curieuse d'en aborder chaque thème parce qu'il a mille facettes.

Au milieu de ces beaux projets professionnels, parvenez-vous à accorder du temps à votre corps et à votre santé ?

Oui, j'essaie de traiter mon corps avec le plus de respect et de douceur possible, car mon travail nécessite d'être en bonne santé. Je ne peux pas me permettre de tomber malade, surtout si c'est un rhume ou une angine. Par contre, je

dois avouer que je ne fais pas de sport, mais je marche beaucoup. Je fais environ 15 000 pas par jour. Je mange le plus sainement possible, mais c'est aussi pour l'écologie. C'est important pour moi de choisir des produits locaux qui n'ont pas traversé la planète avant d'atterrir dans mon assiette.

BIO EXPRESS

14 septembre 1996

Naissance à Genève.

2004

Début de sa passion pour le chant et la musique.

2016

Entrée en école de musique.

2021

Sortie de son premier single, « Douleur je fuis », qui a fait démarquer sa carrière avec 3,5 millions de vues sur YouTube et 6 millions d'écoutes sur Spotify.

2022

Sortie de son premier EP (Extended Play), « Stéphane ».

Janvier 2023

Sortie de son premier album, « Madame ».

Juillet 2023

Première participation au Paléo Festival.

Faites-vous également attention à votre sommeil ?

Oui, j'essaie. Quelle que soit l'heure à laquelle je me couche, mon corps me demande 8 heures de sommeil par nuit. Il est réglé comme une horloge suisse ! Puis je me réveille en pleine forme.

Comment gérez-vous le stress que votre métier peut imposer ?

Je bois une petite bouteille de whisky avant de monter sur scène... Je plaisante bien sûr ! En fait, je suis une véritable accro au stress. J'aime ce trac que je ressens avant un concert, celui qui me prend les tripes, qui libère de l'endorphine, de

l'adrénaline... J'adore ça donc je l'accepte, je le prends et je le kiffe !

Avez-vous peur de certaines maladies ?

Je n'y pense pas beaucoup... Ma maman a eu un cancer du sein quand j'avais 16 ans, tout comme ma grand-mère en avait eu un, donc je sais que c'est potentiellement génétique. Je préfère ne pas y penser parce que je crois qu'on attire ce qu'on pense ! J'essaie donc d'être très positive et de penser à tout sauf à la maladie.

Un positivisme à toute épreuve contribue donc selon vous à rester en bonne santé...

Je crois que ça aide beaucoup, oui. Je crois également énormément à la psychanalyse, même si je ne la pratique pas. Je pense que la tête peut vraiment soigner le corps. Dès que j'ai mal quelque part, j'appelle ma mère parce qu'elle a un livre génial qui explique d'où vient le mal. Selon moi, le corps nous parle beaucoup au travers des maux et essaye de nous dire certaines choses que la tête ne veut pas admettre. Quand j'ai mal à la gorge, je réfléchis à cette chose que je n'ai pas dite mais que j'ai besoin d'exprimer. Psychologiquement, ça m'aide vraiment.

Quel rôle la musique joue-t-elle sur votre santé ?

La musique me maintient en bonne santé et me fait vivre ! C'est ma thérapie. Elle me permet d'évacuer tout ce que j'ai à dire et qui est parfois difficile à exprimer à haute voix. C'est mon meilleur médicament.

Et pour les gens qui l'écoutent, pensez-vous qu'elle puisse avoir des vertus thérapeutiques ?

Sans aucun doute. C'est d'ailleurs ce que je cherche à chaque fois que j'écris une chanson. J'aime que les gens s'approprient les histoires que je raconte et qu'ils fassent des liens avec leur propre vécu. J'essaie toujours de mettre un peu d'espoir dans mes chansons, même si le thème est triste, parce qu'il faut toujours qu'il y ait une petite note qui nous tire vers le haut. ●

Le psoriasis

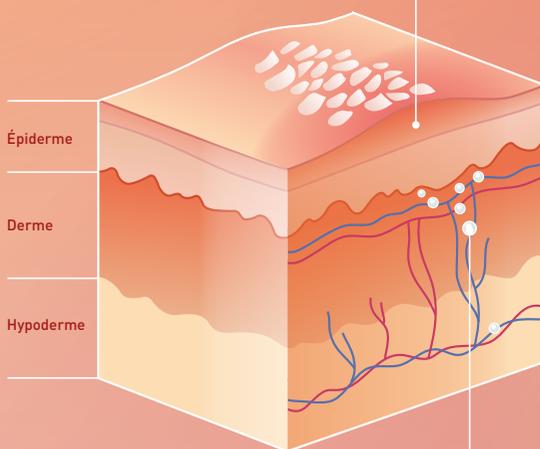
Maladie de peau chronique, parfois douloureuse, non contagieuse, le psoriasis touche entre 2 et 3 % de la population. Partagées entre gêne esthétique et résignation, nombre de personnes atteintes peinent à consulter. Or la pathologie est sérieuse et peut aboutir à des complications sur les plans cardiovasculaire ou articulaire. Et des traitements efficaces existent.

40 %

La proportion de personnes atteintes ayant des antécédents familiaux de psoriasis.

HYPERKÉRATOSE

Les kératinocytes s'accumulent à la surface de la peau entraînant une augmentation de son épaisseur (hyperkératose) et la formation de plaques qui desquament lorsque ces cellules meurent.



PRÉSENCE DE GLOBULES BLANCS

Lors des poussées psoriasiques, de nombreux globules blancs sont détectés dans le derme.

LES MÉCANISMES DU PSORIASIS

Le psoriasis provient, dans la plupart des cas, d'une réaction exacerbée des cellules de défense de l'organisme (globules blancs notamment) qui déclenchent une attaque contre les cellules saines de la peau, les kératinocytes. Ce phénomène est à l'origine de l'inflammation et des démangeaisons. Des plaques rouges apparaissent en effet sur la peau qui, en réaction, décuple la vitesse de renouvellement de ses cellules. Ces dernières, en surnombre, finissent par mourir et s'accumulent, formant les pellicules blanches caractéristiques du psoriasis. À noter que ce cercle vicieux inflammatoire ne s'arrête pas de lui-même : en période de « crise » comme dans les phases d'accalmie, l'inflammation demeure.

L'IMPORTANCE DE CONSULTER

Le psoriasis n'est pas qu'un problème esthétique, puisque des complications sont possibles. Parmi elles : un risque accru de troubles cardiovasculaires, de diabète et, dans 20 à 25 % des cas, l'apparition d'arthrite psoriasique, une affection potentiellement dévastatrice pour les articulations.

1 sur 3

La proportion de cas se déclarant avant l'âge de 20 ans.

DES CAUSES COMPLEXES

Si les causes exactes du psoriasis restent mystérieuses, une prédisposition génétique semble favoriser son développement. Des facteurs environnementaux (stress, frottements cutanés chroniques, certains médicaments, consommation excessive d'alcool) peuvent quant à eux stimuler ou aggraver un psoriasis latent.

PRÉVENTION

Tant pour prévenir les processus inflammatoires que pour favoriser l'efficacité des traitements, l'hygiène de vie joue un rôle crucial dans la prise en charge du psoriasis.

Parmi les bons réflexes :

- Éviter le surpoids
- Ne pas fumer
- Limiter les excès de stress

TRAITEMENTS

Selon les cas, plusieurs axes de traitements médicaux sont possibles :

- Pommades concentrées en corticoïdes et en dérivés de vitamine D associées à des crèmes réhydratantes
- Comprimés contenant des immunosuppresseurs
- Recours à des médicaments biologiques sous forme d'injections intraveineuses ou sous-cutanées (créés à partir d'anticorps capables de neutraliser les facteurs de l'inflammation, ces médicaments s'administrent sous surveillance médicale stricte)
- Séances de photothérapie

planète
santé

LA SÉLECTION DE LA RÉDACTION

ALIMENTATION

Bien manger pour ne plus déprimer
Prendre soin de son intestin pour
prendre soin de son cerveau

Dr Guillaume Fond, Éd. Odile Jacob, 2022



À la lumière des dernières découvertes relatives à l'influence de la santé de notre intestin sur celle de notre cerveau, on ne peut plus ignorer le rôle de l'alimentation sur certains troubles psychiques comme la dépression ou l'hyperactivité. Le Dr Guillaume Fond est médecin psychiatre et chercheur aux Hôpitaux universitaires de Marseille. Il est considéré par le psychiatre Christophe André comme le meilleur spécialiste français des liens entre psychologie et microbiote. Son ouvrage, preuves scientifiques à l'appui, explique comment ce que nous mangeons joue un rôle central sur nos émotions. Il est agrémenté de nombreux conseils pratiques qui vous aideront à améliorer votre bien-être mental.

FEMMES

La science fabuleuse du corps
des femmes

Lisa Falco, Éd. 41, 2023



S'il est communément admis que le corps féminin change de façon cyclique chaque mois pendant les années de fertilité et qu'il se transforme complètement pendant la puberté, la grossesse et la ménopause, la plupart d'entre nous ignorons ce qui se passe vraiment derrière ces phénomènes. Lisa Falco, docteure en imagerie biomédicale, a passé vingt ans à étudier les données médicales, ce qui l'a conduite à un constat : les femmes ne connaissent pas, ou mal, leur corps. Dans son ouvrage, elle propose, sur la base de données statistiques, d'expliquer tous les processus physiologiques féminins et de déconstruire les préjugés sur le corps des femmes. Pourquoi la posologie des médicaments, réputée universelle mais en réalité déterminée pour les hommes, n'est-elle pas adaptée aux femmes ? Pourquoi la vue et la voix changent-elles au cours du cycle menstruel ? Le syndrome prémenstruel est-il un mythe ou repose-t-il sur une réalité biologique ? Pourquoi les femmes sont-elles plus résistantes aux infections que les hommes alors qu'elles souffrent plus fréquemment de maladies auto-immunes ? L'auteure s'appuie sur les recherches internationales les plus récentes pour répondre à ces questions et à bien d'autres.

THÉRAPIE

Adolescence en quête de sens
12 histoires de thérapie

Jon Schmidt, préface d'Alexandre Jollien,
postface de Nahum Frenck, Éd. Loisirs
et Pédagogie, 2023



Spécialistes et études alertent sur le fait que les jeunes vont mal. Conséquence de la pandémie, des crises climatique et écologique, les causes sont multiples. À travers douze histoires de thérapies d'adolescents et d'adolescentes, qu'il a vécues et qu'il raconte, Jon Schmidt, psychologue à la Consultation psychothérapeutique de Montriond à Lausanne, se penche sur l'adolescence, en parlant d'un âge des douleurs, des remises en question, mais aussi des possibles. Tout au long de ces récits de thérapies, le psychologue illustre les doutes, les faiblesses et les révoltes des adolescentes et adolescents, mais aussi leurs espoirs et leurs forces. De la place de l'écran à l'anorexie, en passant par l'éco-anxiété, la transidentité ou la délinquance, le livre traite de nombreux thèmes sensibles. Et même s'il évoque sans détour des douleurs, il insiste aussi sur un atout majeur de ces jeunes en perte de repères : la résilience.

planète santé

Information
médicale
grand public



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

Le site [planetesante.ch](http://www.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

CLF Clinique de La Source

Propriété d'une fondation à but non lucratif



7 SALLES D'OPÉRATION

à la pointe de la technologie



PRÈS DE 600 MÉDECINS

accrédités indépendants



QUELQUE 640 COLLABORATEURS

à votre service



PLUS DE 130'000 PATIENTS

nous font confiance chaque année



THE SWISS
LEADING
HOSPITALS
Best in class.



LA SOURCE, PARTENAIRE DE VOTRE SANTÉ TOUT AU LONG DE VOTRE VIE.