

QUEL FUTUR POUR LES SOINS INFIRMIERS ?

#44 - MARS 2022

CHF 4.50

Maternité : idées reçues sur les fausses couches • Vélo électrique : une réponse à la sédentarité ? • Aux prémices du cortex cérébral • Nouvelle réglementation des tatouages colorés • Le rôle clé de la prévention dans la maladie d'Alzheimer • La dermatite atopique en images • Rencontre avec Licia Chery



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

RÉDACTEUR EN CHEF
MICHAEL BALAVOINE
RÉDACTRICE EN CHEF ADJOINTE
ELODIE LAVIGNE
RÉDACTEURS
CLÉMENTINE FITAIRE
ELISABETH GORDON
LAETITIA GRIMALDI
MÉLISSA QUINODOZ

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 : 10'900 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 REPOD
PR BERNARD ROSSIER
M. PAUL-OLIVIER VALLOTTON
DR VÉRONIQUE MONNIER-CORNUZ
DR WALTER GUSMINI

COUVERTURE
© ISTOCKPHOTO/SOLIDCOLOURS



Michael Balavoine
rédacteur en chef
Planète Santé

SOINS INFIRMIERS : LA MISE EN ŒUVRE SERA COMPLIQUÉE

Le 28 novembre dernier, les infirmier-ères criaient leur soulagement. Avec l'acceptation de l'initiative pour des soins infirmiers forts, le peuple suisse reconnaissait l'utilité d'une profession essentielle au bon fonctionnement du système de santé. Au cœur de l'initiative, non des questions d'argent et de revalorisation salariale uniquement, comme c'est souvent le cas dans ce domaine quand les problèmes deviennent politiques. Mais un souci de la qualité des soins et des conditions de travail. Engager davantage d'infirmier-ères ne va en effet pas coûter moins cher d'un point de vue global mais s'avère crucial pour assurer un bon niveau des soins et améliorer le vécu professionnel et la formation. Enrayer la pénurie par ces différents moyens n'a rien d'un luxe : lorsque les infirmier-ères manquent dans les services hospitaliers, les taux de complications et même de mortalité augmentent. Ce qui guette, comme on l'a vu lors de la pandémie de COVID-19, c'est d'avoir les capacités techniques de réaliser des prestations mais de manquer de personnel pour réaliser les gestes et assurer un suivi adéquat (*lire notre dossier en page 6*). Avec le vote, tout semble bien engagé pour que les choses changent. Mais voilà, rien n'est simple dans le système de santé. Le 14 janvier dernier, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national recommandait au Conseil fédéral

de « ne traiter que la question de l'encouragement de la formation lors de la première étape » de la mise en œuvre de l'initiative. Et de renvoyer aux calendes grecques l'autre volet, à savoir la possibilité pour les infirmier-ères de facturer certaines prestations directement aux caisses-maladie. L'urgence d'agir à tous les niveaux, validée par l'initiative, n'est pas prise au sérieux. Ce qui fait courir le risque de frustrer toute une profession et de décourager les candidat-es de la nouvelle génération. Et qui revient à se voiler la face sur les besoins immédiats de la population en matière de santé. Les prouesses technologiques et les conditions de vie ne font que repousser les limites de l'âge. Or, le corollaire est une explosion du nombre de malades chroniques sur le long terme. L'intelligence artificielle et les robots ne suffiront pas. Il faudra une combinaison de savoir-faire technique, d'accompagnement humain, de lien et d'empathie. Autrement dit, des infirmières et des infirmiers bien formés et nombreux. ●



12



6



20



26



18

6 DOSSIER

QUEL FUTUR POUR LES SOINS INFIRMIERS ?

PR PATRICK SCHOETTKER

12 « L'anesthésie est une discipline de l'ombre »

ZOOM

15 La tête plate du nourrisson • Tout sur le tétan

GROSSESSE

16 Vrai/Faux sur les fausses couches

ACTIVITÉ PHYSIQUE

18 Le vélo électrique, une réponse à la sédentarité ?

CERVEAU

20 Aux prémices du cortex cérébral

PEAU

22 Tatouages colorés sous les projecteurs

DÉMENCE

24 Maladie d'Alzheimer: la prévention est primordiale

PEOPLE

26 Licia Chery: « Très tôt, on apprend aux femmes à contenir leur douleur »

INFOGRAPHIE

29 La dermatite atopique

LIVRES

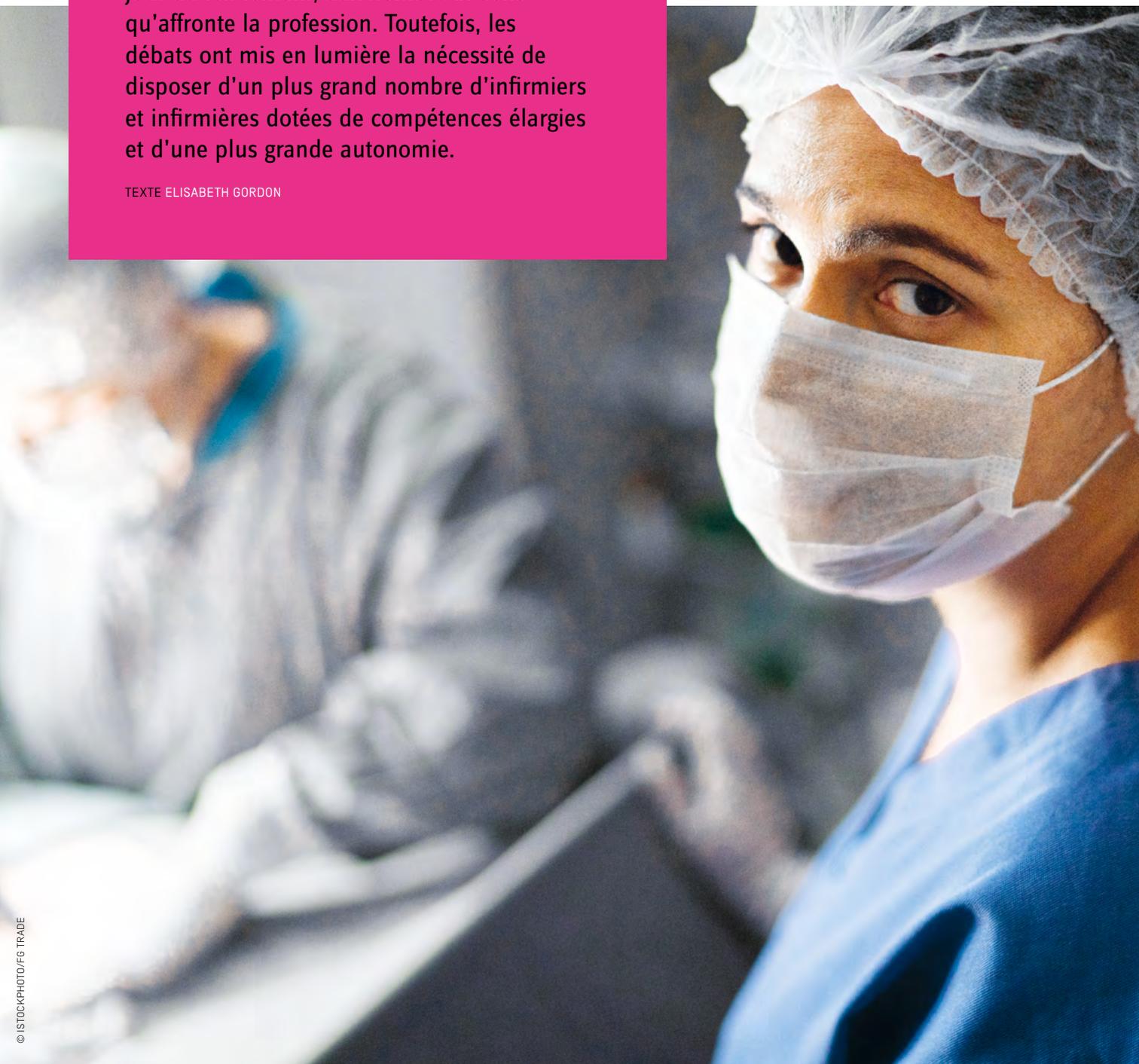
30 La sélection de la rédaction

QUEL FUTUR POUR LES SOINS INFIRMIERS ?

Le résultat de la votation du 28 novembre dernier ne va pas mettre un terme, du jour au lendemain, aux nombreux défis qu'affronte la profession. Toutefois, les débats ont mis en lumière la nécessité de disposer d'un plus grand nombre d'infirmiers et infirmières dotées de compétences élargies et d'une plus grande autonomie.

TEXTE ELISABETH GORDON

Les nombreux débats suscités l'an dernier par l'initiative sur les soins infirmiers l'ont amplement montré: la profession fait face aujourd'hui à de multiples défis dus, en grande partie, à une pénurie de personnel qualifié. En Suisse, 6200 postes d'infirmières (la profession étant en grande majorité occupée par des femmes, nous nous autoriserons à utiliser uniquement le féminin) sont aujourd'hui vacants (*lire encadré en p. 11*).



Dans un proche avenir, la situation ne pourra qu'empirer. Le système de santé sera confronté à un problème de relève, car il lui faudra remplacer les nombreuses personnes qui partiront à la retraite. « On estime que le nombre d'infirmières de plus de 65 ans va doubler entre 2014 et 2030 en Suisse, indique Fabienne Fouchard, adjointe de direction à la Direction des soins des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Au cours

des cinq prochaines années, on assistera donc à un départ massif de nos collègues. »

En outre, le vieillissement de la population « s'accompagne d'une augmentation des cas de maladies chroniques, de handicaps et de démences. Il faudra donc beaucoup plus de soignants pour les prendre en charge », souligne Jacques Chapuis, directeur de l'Institut et Haute école de la santé La Source à Lausanne. À cela s'ajoute la volonté de nombreux cantons de favoriser les soins à domicile. Les besoins en infirmières qualifiées ne feront donc que croître.

DES CONDITIONS DE TRAVAIL DIFFICILES

Actuellement, environ un tiers des infirmières pratiquant en Suisse viennent de l'étranger. Étant donné que les autres pays connaissent eux aussi une pénurie de personnel, « cela pose un problème éthique », remarque Sophie Ley. La présidente de l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) estime donc qu'il faudrait en former plus (*lire encadré en p. 11*).

Quoi qu'il en soit, il ne sert à rien d'augmenter les effectifs des Hautes écoles si, comme c'est le cas actuellement, « quatre infirmières sur dix quittent prématurément la profession, dont un tiers avant 35 ans », selon la présidente de l'ASI. Il est donc urgent de stopper ce phénomène.

L'un des principaux motifs de départ vient des conditions de travail et de la difficulté à trouver un bon équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Même si les personnes qui choisissent cette profession savent qu'elles auront des horaires irréguliers, « notre activité est incompatible à long terme avec une vie familiale. On ne sait plus ce que c'est de passer Noël et Nouvel an à la maison », constate Béatrice Hirsch, qui a une longue expérience d'infirmière à l'hôpital et en EMS.

POINT DE VUE

Des contours à redéfinir

L'autonomie des soins est un pas en avant, qui permettra de soigner plus de patients et plus rapidement. Mais qui dit autonomie, dit responsabilité. De chaque acte, qu'il s'agisse d'un diagnostic, d'une prescription, d'un geste, d'un soin, découle un risque d'erreur. Diagnostic erroné, traitement inefficace, effets secondaires ou complications, etc. Dans de tels cas, qui en porte la responsabilité auprès du patient, éventuellement aux yeux de la justice ? Actuellement, lorsque le médecin délègue un acte, c'est lui qui en assume la responsabilité. Mais si le soin est décidé directement par l'infirmière ou par un autre soignant, il faut définir qui assume cette responsabilité et comment. Tant que cette question n'est pas clarifiée, l'autonomie ne peut pas avancer !

Dr Henri Kim de Heller

SURCHARGE DE RESPONSABILITÉ

Pour améliorer la situation, il faudrait permettre aux infirmières de planifier à long terme leurs périodes de travail et de congé. « Aux HUG, nous nous y efforçons, remarque Fabienne Fouchard. Toutefois, un hôpital prodigue des soins 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 et il est parfois difficile de concilier les souhaits du personnel avec l'offre en soins nécessaire aux patients. »

C'est en effet là l'un des principaux nœuds du problème: « Il y a un manque



flagrant de personnel dans les équipes, souligne Sophie Ley. Cela conduit à une surcharge de travail et de responsabilité. Les infirmières – et plus généralement les soignants – sont soumises au stress, ce qui peut les conduire au burn-out.» En outre, cette situation est préjudiciable pour les patients. «Des études menées en Suisse montrent que, quand une infirmière d'un service hospitalier a en charge trop de patients, le taux de complications et même de mortalité augmente», souligne la Pr. Manuela Eicher, directrice de l'Institut universitaire de formation et de recherche en soins de l'Université de Lausanne (IUFRS). Sans oublier, souligne Sophie Ley, que s'occuper de patients «s'accompagne d'une charge émotionnelle».

Sans résoudre le fond du problème, quelques solutions, a priori simples, pourraient améliorer les conditions d'exercice de la profession. Comme celle

adoptée depuis plus de vingt ans dans certains hôpitaux américains, «dans lesquels les infirmières sont dotées d'un dictaphone qui leur permet d'enregistrer, en temps réel, la tension de leurs patients ou de résumer les discussions qu'elles ont eues avec lui, explique Béatrice Hirsch. Cela leur évite d'écrire un rapport et leur fait gagner du temps». Dans un autre registre, l'ouverture de crèches et de garderies dont les heures d'ouverture sont compatibles avec les horaires de travail faciliterait la vie familiale des parents de jeunes enfants.

VERS PLUS D'AUTONOMIE

Quant à l'attractivité du travail, souvent jugée trop faible par les intéressées,

elle pourrait être améliorée par une plus grande autonomie laissée aux infirmières. Dans ce domaine, le canton de Vaud a pris les devants. La loi sur la santé publique de 2017 a créé la fonction d'infirmière praticienne spécialisée. Les titulaires de ce Master «peuvent, en plus des soins prodigués, prescrire des examens et des médicaments», précise Jacques Chapuis. Dans les pays anglo-saxons et d'Europe du Nord, qui sont pionniers en la matière, «elles peuvent même prescrire des chimiothérapies et faire certaines interventions chirurgicales», constate Manuela Eicher.

D'autres cantons, comme celui de Neuchâtel, devraient bientôt emprunter la même voie. Celui de Genève accorde quant à lui un peu d'autonomie à ses infirmières. «Nous disposons de consultations infirmières dans le domaine du diabète et de la stomathérapie, notamment. L'infirmière praticienne spécialisée



évalue l'état de santé, les besoins en soins et identifie les ressources des patients, afin de définir avec eux des objectifs individualisés, explique Fabienne Fouchard. Il y a énormément de domaines où l'on aurait besoin de développer ce type d'approche.»

Tout en saluant ces avancées, la présidente de l'ASI constate de son côté qu'il y a encore bien du chemin à faire. Il faudrait, selon elle, commencer par accorder une plus grande indépendance aux soignantes dans des prestations qui figurent parmi leurs compétences de base. «Elles ne peuvent pas mettre des bas de contention à des patients sans ordonnance ou faire leur toilette sans en avoir reçu l'ordre du médecin, car sinon, ces actes ne peuvent pas être remboursés par l'assurance maladie.»

DES COMPÉTENCES ACCRUES ET ÉLARGIES

La très large acceptation par le peuple, le 28 novembre dernier, de l'initiative sur les soins infirmiers a été saluée par les premières concernées, ainsi que par bon nombre de personnels et organisations du système de santé. Elle ne va certes pas changer la situation du jour au lendemain, mais c'est un signal fort envoyé au monde politique. La présidente de l'ASI estime qu'elle devrait «apporter des améliorations dans l'exercice de notre métier. Elle ouvre la voie à encore plus de professionnalisation».

Tous ses collègues ne partagent pas son optimisme, mais ils s'accordent sur un point: à l'avenir, plus encore qu'aujourd'hui, le système de santé aura besoin d'infirmières aux compétences élargies. «Les infirmières généralistes telles qu'on les connaît aujourd'hui ont vécu, constate Béatrice Hirsch. Elles devront être très spécialisées et ne seront plus les petites mains des médecins.» C'est aussi l'avis de Jacques Chapuis: «Très bientôt, pronostique-t-il, les infirmières qui iront au domicile des patients

devront pouvoir faire des évaluations cliniques, poser un diagnostic, mais aussi prescrire et suivre des traitements.» Que les médecins de famille se rassurent, «ils ont tout à y gagner, comme le montre notamment l'expérience québécoise», souligne-t-il.

Pour faire face aux nombreux défis, «il sera aussi nécessaire d'investir plus dans

MIEUX ENCADRER L'INTERPROFESSIONNALITÉ

Dans le domaine de la santé, la tendance est à l'interprofessionnalité. L'Office fédéral de la santé publique a lancé en 2017 un programme pour la promouvoir et l'Académie suisse des sciences médicales lui a consacré une charte dont elle vient de publier la deuxième version. Le principe est simple: il s'agit de faire collaborer étroitement tous les membres d'une équipe – médecins, infirmières, mais aussi aides en soin d'accompagnement, assistants de soin et de santé communautaire, physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychologues... – afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Dans la pratique, on est encore assez loin du compte. «Une bonne interprofessionnalité devrait être orientée vers les besoins des patients et de leurs proches. Dans une situation donnée, la responsabilité devrait alors être assumée par une personne de l'équipe, en fonction de ses compétences professionnelles», précise la Pr Manuela Eicher, directrice de l'Institut universitaire de formation et de recherches en soins de l'Université de Lausanne (IUFRS). Ce qui signifie que chaque membre de l'équipe doit pouvoir exercer, de manière autonome, l'activité pour

laquelle il ou elle a été formée. Dans les cursus de Master proposés par les Hautes écoles spécialisées et l'IUFRS, certains cours sont communs aux infirmières et à d'autres professionnels de santé. Mais cela ne suffit pas. Quand ils commencent à travailler, tous «ont beaucoup d'ambition et d'enthousiasme, mais ils se retrouvent dans un système qui ne leur permet pas de mettre en pratique ce qu'ils ont appris, ce qui risque de générer beaucoup de frustrations», constate Manuela Eicher.

À l'avenir, la mise en œuvre de collaborations efficaces entre les professionnels de la santé «dépendra de la volonté des responsables des institutions – directeurs d'hôpitaux, de services de soins à domicile, etc. – d'exploiter tous les moyens pour promouvoir l'interprofessionnalité». Certaines unités hospitalières l'appliquent déjà, mais cela reste encore des initiatives trop individuelles. «Il faudrait donc un encadrement beaucoup plus clair de l'interprofessionnalité, afin que celle-ci puisse s'exercer de manière durable, sans dépendre de la personne qui la promeut», conclut la professeure de l'IUFRS.

la recherche en soins infirmiers, afin d'innover dans les soins et de développer des modèles de prise en charge répondant mieux aux besoins d'une société qui change et qui va encore changer», conclut Manuela Eicher. La profession, qui a déjà connu au cours des dernières décennies de profonds bouleversements, va donc poursuivre sa mutation. ●

UNE FORMATION TRÈS SPÉCIALISÉE

L'enseignement des soins infirmiers suscite un véritable engouement depuis qu'il est devenu universitaire. Les Hautes écoles spécialisées rivalisent d'innovations pour permettre aux étudiants et étudiantes de faire face aux évolutions futures de leur profession.

2002 a marqué un tournant dans l'enseignement des soins infirmiers. Cette année-là, la Suisse Romande a décidé que les infirmières seraient formées uniquement dans les Hautes écoles spécialisées (HES), c'est-à-dire qu'elles bénéficieraient d'un enseignement de niveau universitaire. Cette mesure a provoqué « un essor extraordinaire de cette formation », constate Jacques Chapuis, directeur de l'Institut et Haute école de la santé La Source à Lausanne. Dans l'établissement vaudois, comme à la Haute école de santé Genève (HEdS), les étudiantes affluent et « nous avons dépassé la capacité de nos salles de cours », constate la directrice, Marie-Laure Kaiser. L'engouement s'est encore accru lorsqu'en 2007, en plus des diplômes de Bachelor, les HES-SO et de Lausanne (UNIL) ont mis en place un Master et un doctorat en sciences infirmières.

« La première infirmière titulaire d'un doctorat est sortie de l'UNIL en 2012. À l'Université de New York aux États-Unis, c'était en 1947! remarque Jacques Chapuis. Nous ne sommes donc pas en avance. » Il reste qu'en Suisse, le canton de Vaud et celui de Bâle font figure de pionniers en la matière. Genève pourrait suivre puisque « la HEdS est en train de finaliser un projet de collaboration avec l'École doctorale en santé globale de l'Université de Genève », indique Marie-Laure Kaiser.

À cela s'ajoutent des formations post-grade spécialisées. « Notre profession est l'une de celles qui en ont le plus », souligne le directeur de l'école La Source. Les infirmières peuvent en effet se spécialiser dans de nombreux domaines de soins, de la néonatalogie à la psychiatrie, en passant par les soins intensifs, l'anesthésiologie, les soins à domicile et bien d'autres. Les candidates ne manquant pas. Pour limiter la pénurie, il serait donc a priori possible d'agrandir les HES afin de former beaucoup plus d'infirmières. Il y a toutefois un problème: le cursus requiert de faire des stages. Or, aujourd'hui, constate Jacques Chapuis, « les places de stage sont saturées ». Pour l'instant, la situation est moins critique à Genève où il y a « encore des marges d'extension possible », remarque Marie-Laure Kaiser.

Des pratiques simulées

La tendance est aussi au recours à la simulation, les étudiantes apprenant leur métier en s'exerçant sur des mannequins, des acteurs et bientôt sur de vrais patients. À la Haute école genevoise, les futures infirmières, médecins, physiothérapeutes, diététiciennes, etc., travaillent de concert, ce qui permet, souligne la directrice, « de les former à l'interprofessionnalité » (*lire en p. 9*).

Dans ce domaine aussi, le canton de Vaud a été un précurseur. Depuis 2018, il



dispose, sur le site de l'école La Source, d'un « hôpital simulé » renfermant 21 lits, ainsi que de deux studios pour l'apprentissage des soins à domicile. « Les étudiantes y suivent des cours d'habileté technique et d'intégration des savoirs, indique Jacques Chapuis. Cela va de l'exercice simple à la résolution de scénarios très complexes. » Le canton prévoit d'ailleurs de construire un centre trois fois plus grand qui devrait être achevé en 2027-2028. Ce sera, pour Jacques Chapuis, un bon moyen « de réinventer les stages,



© STOCKPHOTO/MARTINEBOUCET

une même place pouvant être occupée par deux étudiantes, l'une venant le matin, l'autre l'après-midi».

Un laboratoire de l'innovation

Les établissements d'enseignement doivent aussi prendre en compte la tendance actuelle favorisant le maintien à domicile plutôt que l'hospitalisation, tout particulièrement pour les personnes âgées. «Ce transfert de l'hospitalo-centrisme vers les soins communautaires s'accompagnera de changements de

pratique, de gestion, de matériel - notamment pour la télémédecine», souligne Jacques Chapuis.

Pour y préparer les futures infirmières, l'École de La Source a mis en place il y a trois ans un «laboratoire de l'innovation», permettant aux étudiantes de côtoyer des ingénieurs, des développeurs informatiques, etc., afin «qu'elles apprennent ce qu'est le processus de l'innovation et qu'elles puissent y prendre part en apportant leur propre expertise. C'est, ajoute-t-il, de l'interprofessionnalité 2.0».

LES SOINS INFIRMIERS EN CHIFFRES

72'221

Le nombre d'infirmières diplômées dans les hôpitaux suisses d'après les données publiées en 2021 par l'Office fédéral de la statistique.

30 %

En moyenne, la part du personnel formé à l'étranger. Il existe toutefois de fortes variations selon les régions.

Plus de 11'000

Le nombre de postes de soignants vacants en Suisse, dont 6'200 postes d'infirmières.

Plus de 70'000

Le nombre de soignants qui seraient nécessaires pour assurer la relève dans le secteur des soins d'ici 2029 en Suisse, selon l'Observatoire suisse de la santé. Parmi eux, il faudrait 43'200 infirmières.

Les HES romandes ne manquent donc ni d'idées, ni de projets. Pour leurs directeurs, l'important est surtout de souligner que cette formation universitaire n'est pas un luxe mais une nécessité. «Compte tenu de la complexité des problèmes de santé, qui ne fera qu'augmenter dans le futur, on a besoin d'infirmières ayant une autonomie de réflexion, qui lisent les articles scientifiques et peuvent intégrer leurs résultats dans leur pratique», souligne Marie-Laure Kaiser. Et Jacques Chapuis d'estimer qu'une «formation non universitaire pour les infirmières n'a aucun avenir, ni dans notre pays, ni ailleurs dans le monde». ●

« L'ANESTHÉSIE EST UNE DISCIPLINE DE L'OMBRE »

Spécialiste en anesthésie et réanimation, le Pr Patrick Schoettker est une référence en Suisse et au niveau international dans la prise en charge des patients chez qui les voies respiratoires sont difficiles d'accès. Nommé professeur ordinaire de l'Université de Lausanne (UNIL) et médecin-chef du Service d'anesthésiologie du Département des Centres interdisciplinaires du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) en août dernier, il nous parle de sa spécialité. Plongée au cœur de l'anesthésie.

PROPOS RECUEILLIS PAR ÉLODIE LAVIGNE

Planète Santé: Un peu plus de la moitié des patients admis au CHUV en 2020* ont subi une prestation d'anesthésie. Pourtant, l'anesthésiologie reste une discipline méconnue...

Pr Patrick Schoettker: On parle beaucoup des progrès de la médecine et de la chirurgie, mais ces derniers ont été possibles en grande partie grâce aux progrès de l'anesthésie. Le personnel médico-infirmier de l'anesthésie peut ainsi s'occuper avec succès de patients de plus en plus âgés et malades, et les accompagner lors de procédures complexes. Les anesthésistes sont partout dans l'hôpital : en salle d'opération, aux soins intensifs, à bord des hélicoptères, aux urgences. Pourtant, ils sont dans l'ombre.

Votre rôle est souvent méconnu du grand public également. Au sein du bloc opératoire, vous jouez cependant un rôle central pour le patient...

Oui. Tout le monde se rappelle du nom du chirurgien qui l'a opéré, mais personne ne se rappelle de celui de l'anesthésiste. Certains patients se souviennent toutefois de notre regard et de notre voix. À juste titre, puisque l'anesthésiste est celui qui accompagne le patient tout au long de son parcours en soins aigus :

avant - quand il s'agit d'une chirurgie élective et programmée -, pendant et après l'opération. Nous sommes là pour faire en sorte que tout se passe bien pour le patient et qu'il s'endorme et se réveille dans les meilleures conditions possibles. Nous veillons à son confort, à sa sécurité et gérons les problèmes qui peuvent survenir. Nous devons faire la synthèse entre le patient lui-même (ses médicaments, ses maladies, etc.), la chirurgie qu'il s'apprête à vivre et l'environnement dans lequel elle se déroule. En médecine d'urgence, qui représente 30 à 40% de notre travail, on est face à des situations imprévues. On doit réfléchir très rapidement, intégrer ce qu'on comprend de la situation et de la personne que l'on a devant nous, tout en anticipant les besoins.

En participant à tout type de chirurgie, l'anesthésiste est à la croisée des différentes spécialités médicales. Diriez-vous que c'est une façon très complète d'exercer la médecine ?

Oui. C'est ce qui rend ce métier si beau. On est un peu le généraliste de l'hôpital, parce qu'on a cette vision très translationnelle, mais toujours centrée sur le patient. On intervient en cardiologie, aux urgences, dans le Centre des grands

brûlés... Il n'y a aucun endroit de l'hôpital où l'anesthésiste n'est pas présent. Après vingt ans de travail comme anesthésiste ou urgentiste au CHUV, j'ai été appelé partout et j'ai rencontré presque tout le monde. On connaît à la fois très bien les lieux, mais aussi le matériel et les équipements. On amène une manière ultra-rapide de réfléchir, une certaine compréhension du patient et des compétences pratico-techniques dans un environnement de stress.

Quelles qualités humaines faut-il avoir ?

L'anesthésie est un vrai travail d'équipe. En salle d'opération, on travaille toujours en binôme avec un infirmier anesthésiste. Le talent d'un bon anesthésiste est de connaître, comprendre et maximiser les compétences de chacun et de savoir gérer les imprévus dans un espace-temps très réduit, de l'ordre de la seconde.

Pourquoi avoir choisi cette spécialité ?

J'ai commencé l'anesthésie pour faire de la médecine d'urgence. Pendant dix ans, j'ai exercé à bord d'hélicoptères ici et en Australie. Puis je me suis dit que le monde hospitalier était l'étape suivante pour le patient et je me suis concentré sur l'anesthésie en salle d'opération.



“LE BLOC OPÉRATOIRE EST
L'ENDROIT LE PLUS SÛR DE
L'HÔPITAL EN RAISON DE
LA CONCENTRATION MAXIMALE
D'EXPERTS AUTOUR D'UN
SEUL PATIENT,,

Pr Patrick Schoettker

Qu'est-ce qui a évolué depuis vos débuts ?

La technologie a permis de mieux comprendre un certain nombre de maladies ainsi que le patient lors de la visite préopératoire. Nous avons actuellement à disposition une palette de stratégies d'anesthésie, dont le choix est dicté par les besoins individuels du patient et du chirurgien. Pendant l'opération, nous avons accès à une multitude de techniques et technologies pour le suivi, en temps réel, des fonctions vitales. On transforme ce qu'on voit – la fréquence cardiaque, la saturation en oxygène, la respiration, etc. – en actes. On fait une synthèse entre les données du monitoring et le raisonnement physiopathologique qu'il y a derrière et on s'adapte constamment. Grâce à la technique, on se concentre davantage sur l'humain et on est beaucoup plus proches du patient. Les progrès dans la compréhension des maladies, dans le monitoring et la pharmacologie sont tels que l'anesthésie est plus sûre aujourd'hui que de prendre un avion charter. Le bloc opératoire est l'endroit le plus sûr de l'hôpital, en raison de la concentration maximale d'experts autour d'un seul patient.

Vous êtes très actif dans la recherche médicale. Vous avez notamment développé des techniques de prise en charge pour les patients avec voies aériennes difficiles. De quoi s'agit-il ?

Lorsqu'on anesthésie une personne, elle arrête de respirer et nous avons trois à quatre minutes pour procéder à la ventilation artificielle et à l'intubation, pour qu'elle continue de respirer et recevoir de l'oxygène. L'intubation est la principale cause de mortalité en anesthésie, en particulier chez des patients complexes, avec des tumeurs déformantes dans la zone ORL. J'ai développé une technique automatisée pour anticiper ce qu'on appelle la « voie aérienne difficile ». Il s'agit de prendre des images du patient lorsqu'il est réveillé et de mettre en évidence, grâce à des logiciels, ses caractéristiques morphologiques. On peut ainsi mieux préparer l'intubation, c'est-à-dire faire venir les bonnes personnes au bon

moment avec les bons équipements. L'autre gros axe de recherche est l'amélioration du suivi et de la compréhension des fonctions vitales par l'utilisation

BIO EXPRESS

1967

Originaire d'Argovie, naissance à Genève.

1994

Diplôme fédéral de médecin et thèse MD, Université de Lausanne. Médecin assistant en médecine interne à l'Hôpital d'Yverdon, au Service des soins intensifs chirurgicaux des HUG, puis formation en anesthésie au CHUV.

1995

Marin à bord du voilier « Merit Cup » de Pierre Fehlmann.

2000

Fellowship en anesthésie d'urgence et polytraumatologie au Sydney Liverpool Hospital et au Care Flight Helicopters à Sydney, Australie.

2002

Titre de spécialiste en anesthésie et réanimation.

Dès août 2021

Professeur ordinaire à l'UNIL et médecin-chef du Service d'anesthésiologie du CHUV.

de capteurs optiques, par exemple. Les algorithmes permettent de reconnaître des caractéristiques spécifiques chez le patient. Le CHUV, qui est un centre de référence pour les patients polytraumatisés et de médecine hautement spécialisée (MHS), gère des situations cliniques complexes. Il a fallu trouver des techniques qui n'existaient pas encore. Leur fondement clinique et leur aspect pratique font qu'elles ont beaucoup de succès à l'étranger.

Quel impact la crise sanitaire a-t-elle eu sur votre activité ?

Lors de la première vague, les médecins anesthésistes et le personnel du bloc opératoire ont joué un rôle fondamental. En 48 heures, nous avons transformé un bloc opératoire en unité de soins intensifs pour y faire de la médecine intensive mais dans un autre espace-temps. Nous avons montré notre polyvalence et notre savoir-faire en matière de coma pharmacologique et d'assistance respiratoire artificielle pour les patients Covid.

En tant que professeur ordinaire de l'UNIL et chef du Service d'anesthésiologie du Département des Centres interdisciplinaires du CHUV, quelle vision souhaitez-vous insuffler à vos équipes et aux médecins en formation ?

La médecine aiguë est un environnement très stimulant mais stressant. Le médecin-anesthésiste est une sorte d'éponge qui doit absorber ce stress. Nous devons le transformer et amener une ambiance positive et constructive à toute l'équipe, pour le bien du patient. Pour cela, il est très important de connaître ses limites personnelles et de savoir s'entourer. On sélectionne très tôt les jeunes médecins aptes à gérer cette pression, car on ne peut pas changer la complexité des situations. Ensuite, on fait beaucoup d'entraînements par simulation et des briefings. Nous en sortons tous grandis grâce à cela et la progression est continue, à tout stade du métier.

Si l'anesthésie est devenue très sûre, qu'est-ce qui doit encore être amélioré pour le bien des patients ?

Nous nous sommes beaucoup concentrés sur la salle d'opération. Les progrès doivent maintenant porter sur le péri-opératoire, c'est-à-dire l'avant et l'après. Car, paradoxalement, les problèmes de l'anesthésie se passent principalement en dehors de la salle d'opération dorénavant. Nous devons apprendre à mieux prévenir les incidents post-opératoires, comme les infarctus par exemple. ●

* 27 000 patients sur 50 000 admissions.

UNE ÉPIDÉMIE DE « TÊTES PLATES » CHEZ LES NOURRISSONS ?

ADAPTATION* CLÉMENTINE FITAIRE

Le crâne d'un nouveau-né, dont les os ne sont pas encore soudés, est très malléable. Peu mobile, le bébé passe la majeure partie de son temps couché. Mais une préférence positionnelle peut déformer un côté de son crâne et mener à ce qu'on appelle communément la « tête plate », ou plagiocéphalie en langage scientifique.

Depuis quelques années, les déformations de ce genre sont de plus en plus fréquentes. Environ un enfant sur deux est concerné. Cela s'explique notamment par les recommandations de coucher les enfants exclusivement sur le dos pour éviter la mort subite du nourrisson. « Il n'y a pas vraiment d'effets sur le cerveau, sur

le développement ou sur les fonctions neurologiques », rassure toutefois le Dr Andrea Bartoli, neurochirurgien aux Hôpitaux universitaires de Genève.

Le premier traitement est donc la prévention : mobiliser de façon symétrique son enfant en variant ses positions lorsqu'il est éveillé, limiter le matériel auxiliaire comme les transats et stimuler sa motricité. Si une plagiocéphalie s'installe, les pédiatres conseillent aux parents des séances d'ergothérapie ou de physiothérapie. Dans certains cas, le recours à un casque est nécessaire. Il permet d'accélérer le processus de correction de la déformation mais n'est pas toujours pris en charge par les assurances.

COUVREZ CE TÉTON QUE JE NE SAURAI VOIR

ADAPTATION** MÉLISSA QUINODOZ

Organe mystérieux, le téton, ou mamelon dans le langage médical, est un petit appendice présent sur la poitrine. Généralement rosé durant l'enfance, à l'adolescence, avec la production des hormones sexuelles, il devient plus sombre, tout comme l'aréole, soit le cercle pigmenté qui l'entoure. Sa pigmentation peut en outre varier selon les périodes de vie (grossesse, par exemple) ou la couleur de la peau. Présent dès le début de l'embryogenèse, le mamelon se développe chez la femme, qui pourra ensuite allaiter, mais aussi chez l'homme, même si pour ce dernier,

l'absence de stimulation hormonale en limite la croissance. Sensible aux changements de température ou à l'excitation, le téton peut se tendre et devenir dur. En cause, le thélotisme, soit la contraction réflexe de certaines fibres musculaires. Parmi les « anomalies », on constate parfois la présence d'un mamelon sur-numéraire ou un téton qui se rétracte. Dans ce cas, on parle d'ombilication, un phénomène souvent sans conséquence mais qui peut toutefois être le signe d'un cancer, en particulier lorsqu'il survient unilatéralement et de façon soudaine.

* Adapté de l'émission « Tête plate du nourrisson : c'est grave docteur ? » de 36.9° (RTS), diffusée le 24/11/2021.

** Adapté de l'émission « Vous saurez tout sur le téton », CQFD (RTS), diffusée le 09/11/2021.

« 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



Vrai/Faux sur les fausses couches

C'est un sujet tabou dans notre société, pourtant, les fausses couches concernent une grossesse sur cinq. De nombreuses idées reçues circulent encore sur les causes de ce phénomène. Démêlons le vrai du faux avec Isabelle Streuli, médecin adjointe agrégée responsable de l'Unité de médecine de la reproduction et endocrinologie gynécologique aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).

TEXTE CLÉMENTINE FITAIRE

Ma mère a fait plusieurs fausses couches, je suis donc plus susceptible d'en faire aussi

Parfois vrai. Certains problèmes génétiques héréditaires peuvent prédisposer à un risque de fausse couche. Ils sont recherchés lors des bilans réalisés chez la femme en cas de fausses couches répétées.

Plus je vieillis, plus mon risque de faire une fausse couche augmente

Vrai. L'âge est corrélé au risque de perte de grossesse. De 10 % avant l'âge de 30 ans, ce risque dépasse 50 % chez les femmes de plus de 40 ans, pour atteindre 90 % après 45 ans. Depuis quelques années, l'âge moyen des femmes au moment de leur première grossesse augmentant, on observe un plus fort taux de fausses couches dans la société.

Il est difficile d'identifier la cause d'une fausse couche

Vrai. Dans la majorité des cas, la fausse couche est due à une anomalie génétique de l'embryon : on parle d'embryon « aneuploïde », c'est-à-dire qui possède un nombre de chromosomes anormal. Mais de nombreuses autres causes peuvent en être à l'origine. Dans certains cas, elles ne sont pas identifiées.

J'ai déjà fait une fausse couche, je suis plus susceptible d'en faire d'autres

Faux. Si le risque de faire une fausse couche est élevé, la succession de deux ou trois fausses couches ne concerne que 2 à 5 % des femmes. Et seulement 1 % en feront plus de trois. Les fausses couches répétées sont donc un événement rare, influencé par différents facteurs, comme l'âge, le surpoids, l'hygiène de vie, un défaut chromosomique, endocrinien ou encore immunologique. « En cas de première fausse couche, il n'y a pas lieu de s'inquiéter, explique Isabelle Streuli. À partir de deux, on conseille de consulter un médecin qui pratiquera un bilan médical et évaluera l'hygiène de vie, pour identifier des causes traitables ou modifiables. »

Je fais beaucoup de sport, cela peut provoquer une fausse couche

Faux. Des données assez claires montrent qu'il n'y a pas d'augmentation des fausses couches en cas d'activité physique, ni de rapport sexuel.

L'alcool peut augmenter le risque de fausse couche

Vrai. Des études suggèrent en effet qu'une consommation d'alcool importante est associée à un plus grand risque.

C'est le cas également pour le tabagisme, y compris passif. Il est donc conseillé de cesser, ou diminuer si l'arrêt n'est pas envisageable, sa consommation d'alcool et de tabac dès le début de la grossesse.

Une forte consommation de café n'a aucun effet sur la grossesse

Faux. Plusieurs études scientifiques mettent en avant une corrélation entre une forte consommation de café (plus de trois tasses par jour) et un risque de fausse couche ou de mortinatalité (enfant mort-né). Mais le consensus scientifique n'est pas formel pour les moindres consommations. L'Organisation mondiale de la santé, dans ses recommandations nutritionnelles aux femmes enceintes, conseille cependant à celles dont la prise quotidienne de caféine est importante, « une diminution de cette prise pour réduire le risque d'arrêt de grossesse et de faible poids de l'enfant à la naissance ».

Je souffre d'obésité, cela peut nuire à ma grossesse

Vrai. L'obésité maternelle (IMC* > 30) multiplie par 2 à 3 le risque de fausse couche. Elle diminue en outre les chances de concevoir. Cela est dû à un déséquilibre des fonctions hormonales



© BETTY IMAGES/WESTENDBIT

neuroendocriniennes et ovariennes qui serait à l'origine de troubles du cycle menstruel.

J'ai un travail pénible, cela peut avoir un impact sur ma grossesse

Vrai. Certaines données montrent que le travail de nuit, la surcharge horaire (plus de 55 heures par semaine) ou le fait de porter des charges lourdes (plus de 11 kg) auraient un léger impact sur le risque de fausse couche. Quant au stress, le consensus scientifique n'est pas établi. De récentes études tendent à montrer qu'un fort niveau de stress psychologique, avant et pendant la grossesse, serait associé à un risque de fausse couche, mais des recherches doivent être menées pour confirmer la relation.

Être infectée par le Covid-19 augmente le risque de fausse couche

Peut-être vrai. S'il est encore difficile d'affirmer avec certitude quel impact le virus a sur la grossesse, il semblerait qu'une infection chez la future mère puisse augmenter le risque de perte de grossesse et d'accouchement prématuré. Récemment identifié, le « Covid placentaire foudroyant » est un phénomène rare (environ 1% des femmes enceintes infectées par le Covid-19) mais dangereux, car il peut entraîner la mort du fœtus in utero. Par mesure de précaution, mais aussi parce qu'elles sont une population à risque de faire une forme grave de la maladie, il est fortement recommandé aux femmes enceintes de se vacciner contre le SARS-CoV-2. Le vaccin,

lui, n'entraîne pas de « risque accru de complications pendant la grossesse », a récemment rassuré l'Agence européenne des médicaments.

Après une fausse couche, il est conseillé de rapidement retomber enceinte

Faux. « Il n'y a aucune injonction dans ces cas-là, rassure Isabelle Streuli. Cela dépend des envies et du parcours de chaque couple. » D'un point de vue médical, il est conseillé d'attendre au moins un cycle après une fausse couche avant d'essayer d'entamer une nouvelle grossesse. ●

* Calcul de l'indice de masse corporelle (IMC):
IMC = poids (kg)/taille (cm)²

Le vélo électrique, une réponse à la sédentarité ?

Le vélo à assistance électrique a le vent en poupe. Ce moyen de transport pratique et écologique présente-il un intérêt pour la santé ? L'utiliser pour ses déplacements quotidiens équivaut-il à faire de l'exercice physique ? Réponses d'experts.

ADAPTATION* ÉLODIE LAVIGNE

Dans les villes romandes, l'engouement pour les vélos électriques dans leur version simple, cargo ou triporteur est réel. Plus silencieux et surtout plus écologiques qu'une voiture, ces véhicules ont toujours plus de succès. De nombreuses communes subventionnent même leur achat pour favoriser la mobilité douce dans l'espace urbain. Si le vélo électrique est bon pour la planète et la quiétude des citadins, qu'en est-il des bénéfices sur la santé des cyclistes, sachant que le coup de pédale n'est pas forcément déterminant pour monter les pentes escarpées et que l'effort physique est réduit grâce à l'assistance électrique ? Est-ce que le temps de trajet en vélo électrique peut être comptabilisé en minutes d'activité physique (*lire l'encadré*) ? Ces questions méritent d'être posées. Car comme le rappelle le Pr Jacques Cornuz, directeur d'Unisanté à Lausanne, « la sédentarité nuit fortement à notre santé. Elle est l'un des facteurs de risque majeurs des maladies chroniques non transmissibles, elles-mêmes responsables d'une large part de la mortalité précoce dans le monde ».

Bouger régulièrement permet, on l'aura compris, de prévenir les maladies chroniques et de rester en bonne santé. Les bénéfices peuvent être observés en cas d'activité physique d'intensité modérée (avec un léger essoufflement) et augmentent si l'intensité de l'effort est plus importante, avec un plus grand bénéfice

chez les personnes inactives devenant modérément actives.

Vélo standard versus électrique

Le vélo standard, à moins d'une pente descendante, a besoin de la force de nos mollets pour avaler des kilomètres. Les études qui se sont penchées sur ses bienfaits pour la santé montrent une

Avec un vélo électrique, l'assistance du moteur peut être nulle, modérée ou élevée. Il faut aussi en distinguer deux types, ceux dont la vitesse est limitée à 25 km/h et ceux qui peuvent aller jusqu'à 45 km/h, moyennant une immatriculation de type « cyclomoteur léger » et exigeant le port d'un casque. Dans les deux cas, un effort est nécessaire pour activer l'as-

“LA SÉDENTARITÉ EST L'UN DES FACTEURS DE RISQUE MAJEURS DES MALADIES CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES, ELLES-MÊMES RESPONSABLES D'UNE LARGE PART DE LA MORTALITÉ PRÉCOCE DANS LE MONDE,,

Pr Jacques Cornuz

corrélation inverse entre le recours à la mobilité douce et l'obésité ou les facteurs de risque cardiovasculaires en lien avec les effets physiologiques du pédalage. Plusieurs recherches rapportent par ailleurs une baisse de la mortalité chez les personnes se rendant au travail à vélo et une amélioration de la condition physique en général.

sistance électrique. Quelques études ont essayé de quantifier l'effort fourni par ce biais, notamment grâce à un indice « MET » (*metabolic equivalent of task*), qui compare entre elles les intensités de différentes tâches du quotidien (vaisselle, ménage, cuisine, tonte du gazon, etc.) et d'activités physiques de type « sports et loisirs » (marche, vélo standard, yoga,

jogging, roller, football, etc.). « Avec un vélo électrique, l'intensité de l'effort mesuré peut être qualifiée de modérée et peut représenter le début d'un effort vigoureux dans une ville vallonnée comme Lausanne », indique le Dr Boris Gojanovic, spécialiste du sport à l'Hôpital de la Tour à Meyrin et médecin agréé au Centre SportAdo du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). Bien sûr, cette intensité varie en fonction du degré d'assistance choisi et de la puissance du moteur, mais globalement, le vélo électrique peut être considéré comme un

moyen de transport actif dont l'effort est supérieur à la marche, mais inférieur au vélo standard. Il présente en outre d'autres avantages. Celui par exemple d'atteindre plus rapidement son lieu de destination, sans devoir se doucher et se changer à l'arrivée au travail.

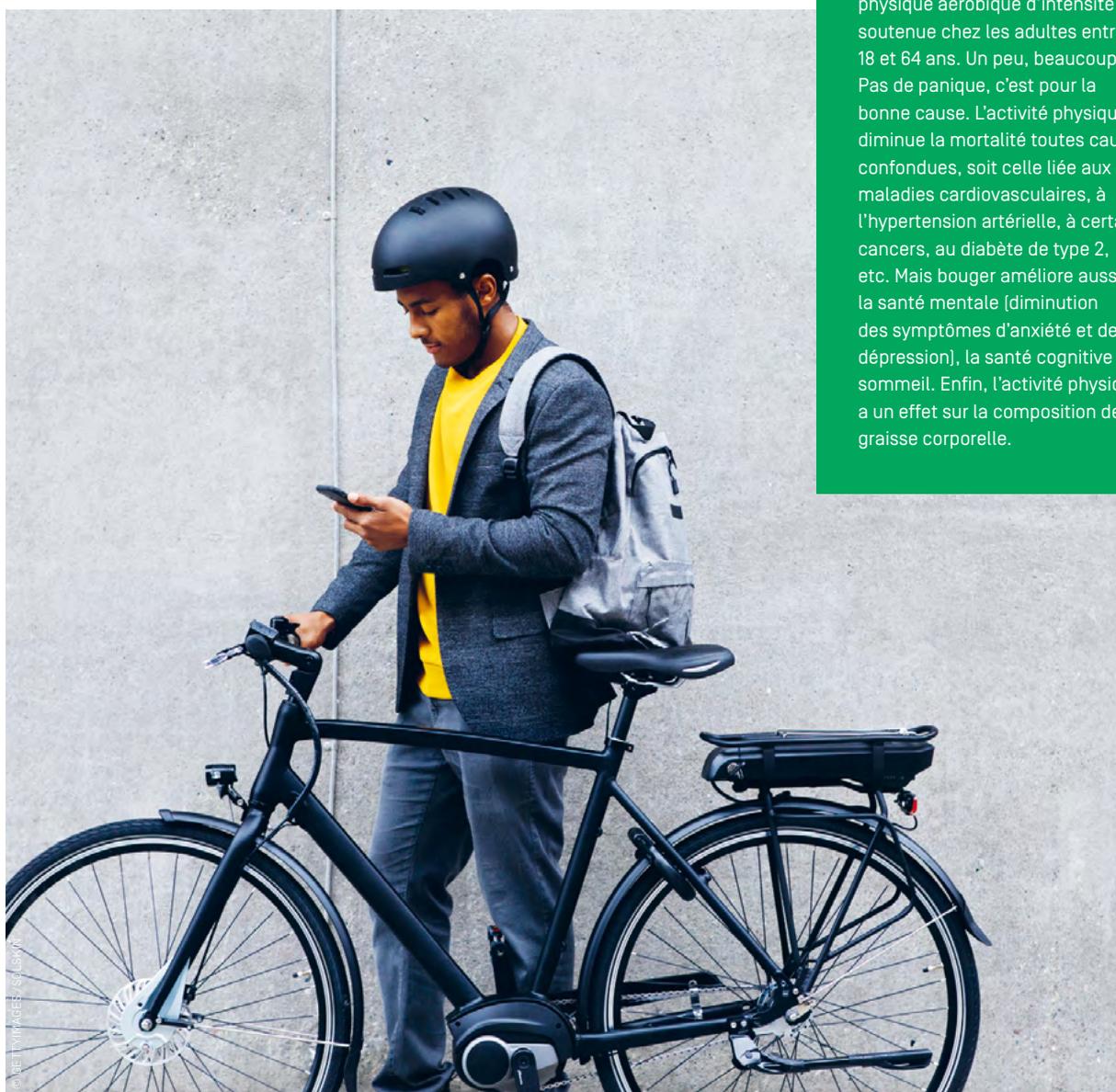
Conclusion, le vélo électrique est une option de mobilité douce convaincante, y compris pour la santé, à condition d'être prudent et d'avancer casqué! Les moins sportifs peuvent donc sans autre se laisser porter par cette tendance qui leur permettra d'augmenter leur part d'activité

physique au quotidien, même dans les villes les plus vallonnées. ●

** Le vélo électrique: un outil pour la santé ou un gadget « écolo » ? J. Welker, J. Cornuz, B. Gojanovic, Revue médicale Suisse, 2012.*

LE SAVIEZ-VOUS ?

L'organisation mondiale de la santé (OMS) recommande, par semaine, au moins 150 à 300 minutes d'activité physique aérobique d'intensité modérée ou au moins 75 à 150 minutes d'activité physique aérobique d'intensité soutenue chez les adultes entre 18 et 64 ans. Un peu, beaucoup? Pas de panique, c'est pour la bonne cause. L'activité physique diminue la mortalité toutes causes confondues, soit celle liée aux maladies cardiovasculaires, à l'hypertension artérielle, à certains cancers, au diabète de type 2, etc. Mais bouger améliore aussi la santé mentale (diminution des symptômes d'anxiété et de dépression), la santé cognitive et le sommeil. Enfin, l'activité physique a un effet sur la composition de la graisse corporelle.



Aux prémices du cortex cérébral

Siège de notre réflexion, du langage et de nos aptitudes les plus élaborées, le cortex cérébral est d'une complexité infinie que la recherche ne cesse d'explorer. Une récente étude genevoise lève le voile sur la façon dont il s'organise, étape par étape, à la naissance.

TEXTE LAETITIA GRIMALDI



Voir un ballon arriver et tendre les bras pour l'attraper, entendre une voix au téléphone et deviner l'état émotionnel de la personne qui nous parle : les informations reçues de nos cinq sens convergent en un temps éclair - par le biais de signaux électriques - vers le cortex cérébral (*lire encadré*) et, plus précisément, vers les zones associées aux divers stimuli (visuels, tactiles, gustatifs, etc.). Tout aussi fulgurante, la transmission des données se dirige ensuite vers les zones nécessaires pour comprendre l'événement, lui donner un sens et agir en conséquence. C'est ainsi par exemple que les informations fusent de l'aire visuelle à celle de la motricité pour attraper le ballon plutôt que le recevoir de plein fouet sur le nez.

Mais comment naissent ces connexions indispensables entre les diverses aires du cortex cérébral ? Une équipe de chercheurs de l'Université de Genève (UNIGE) s'est penchée sur les cellules nerveuses clés impliquées dans le processus : les neurones dits « de projection corticale interaréaux » (ICPN). Une étude inédite parue dans la revue *Nature** et dont les résultats ont surpris les chercheurs eux-mêmes.

Deux hypothèses

« Nous avons deux hypothèses principales. La première : l'existence d'un gène spécifique à chacune de ces connexions corticales, ce qui aurait supposé un nombre extrêmement élevé de gènes impliqués. La seconde : l'éventualité d'un même panel de gènes pour tous ces neurones ICPN », explique Esther Klingler, maître-assistante au Département des neurosciences fondamentales de l'UNIGE dans l'équipe du Pr Denis Jabaudon et co-auteur de l'étude. Et de préciser : « Nous savions déjà que ces neurones étaient anatomiquement différents les uns des autres. Et pour cause, ils créent des ramifications différentes - par le biais de leurs axones (*les « câbles » des neurones, ndlr*) - selon les besoins des aires corticales qu'ils mettent en lien. » Cette diversité morphologique pouvait donc plaider pour la première hypothèse, mais c'est un résultat tout autre qui a été

VOUS AVEZ DIT CORTEX CÉRÉBRAL ?

Constituant l'épaisse coque entourant les deux hémisphères cérébraux, le cortex cérébral est fait de substance dite « grise », par opposition à la substance « blanche » présente à l'intérieur de la boîte crânienne. Tandis que la substance blanche contient des millions de « câbles » (les axones) connectant les neurones entre eux, la substance grise renferme surtout les corps cellulaires des neurones. Elle est responsable des fonctions cognitives supérieures propres à l'être humain : capacités de calcul, de réflexion, d'anticipation, mais renferme également les aires sensorielles recevant et traitant les informations de nos cinq sens [odorat, vue, ouïe, goût, toucher]. À noter qu'à l'instar des enchevêtrements des intestins, les innombrables plis caractéristiques du cortex cérébral humain visent à augmenter sa surface opérationnelle.

obtenu à l'issue des travaux menés sur de jeunes souris : « Nous avons découvert que ces différentes populations de neurones partagent en réalité un programme génétique similaire, mais que celui-ci s'active selon un rythme propre à chacune. Et cela fait toute la différence », indique la chercheuse.

C'est ainsi que les connexions nécessaires au toucher se mettent en place les premières, avant celles liées à la motricité, par exemple. Un phénomène en lien direct avec les besoins des souris :

« Le sens du toucher est indispensable aux nouveau-nés pour têter, il en va de leur survie, souligne la chercheuse. La motricité et, a fortiori, la motricité fine, peut ne se développer qu'un peu plus tard. »

Un résultat sans appel

Pour confirmer leur hypothèse, les scientifiques genevois ont modifié la chronologie d'activation génétique de certains neurones ICPN chez des souris. Ils ont ainsi allongé le temps d'expression d'un gène, habituellement exprimé sur une période courte et précoce du développement. Et le résultat a été sans appel : les jeunes souris ont à la fois montré des connectivités cérébrales anormales, mais également, dans les faits, une exploration inhabituelle de leur environnement. « Cette seule modification dans le tempo d'expression d'un gène a perturbé le système dans son ensemble », résume Esther Klingler.

Quelle suite donner à ces résultats ? « Nous avons pu nous pencher sur la temporalité normale d'expression des gènes propres aux neurones ICPN. Nous souhaitons maintenant mieux comprendre ce qui se passe quand le "tempo" dysfonctionne, ce qui pourrait expliquer les anomalies de connexion observées dans certaines maladies neurodéveloppementales, comme les troubles du spectre autistique », indique la chercheuse. Et de conclure : « Ces investigations sont d'autant plus intéressantes que nous disposons aujourd'hui de techniques de séquençage révolutionnaires nous permettant d'explorer l'expression génétique et les connexions établies par des cellules uniques, ce qui était impossible il y a quelques années encore. » ●

* Klingler, E., Tomasello, U., Prados, J. et al. Temporal controls over inter-areal cortical projection neuron fate diversity. *Nature* 2021;599:453-457.

LES CONNEXIONS NÉCESSAIRES
AU TOUCHER SE METTENT
EN PLACE AVANT CELLES LIÉES
À LA MOTRICITÉ

TATOUAGES COLORÉS SOUS LES PROJECTEURS

Ils sont rouges, oranges ou jaunes : quelque 25 pigments utilisés dans les encres de tatouage sont dorénavant interdits pour raisons sanitaires dans les 27 pays de l'Union européenne. Entrée en vigueur le 4 janvier dernier, cette nouvelle réglementation aura-t-elle une incidence sur la Suisse ? C'est probable. « Ces nouvelles exigences pourraient modifier les directives actuelles dans les deux années à venir », précise Stefan Kucsera, collaborateur scientifique à l'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires. Et d'en préciser la complexité technique : « Depuis quelques années, les tatouages sont réglementés par une ordonnance* axée sur les propriétés toxicologiques des substances. Les réglementations européennes proposent, elles, une tout autre approche, basée sur les risques potentiels pour la santé. Cette distinction pourrait étendre le principe de précaution à davantage de composants. » Alors, que sait-on aujourd'hui des risques liés au tatouage ? Les réponses du Dr Olivier Gaide, dermatologue au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV).

TEXTE LAETITIA GRIMALDI





LE RISQUE NUMÉRO UN ÉVOQUÉ LORS D'UN TATOUAGE EST L'INFECTION. EST-CE CORRECT ?

Oui. Une contamination bactérienne – par des staphylocoques ou des mycobactéries, par exemple – est le risque le plus fréquent. L'infection peut découler du geste lui-même. Pour déposer les pigments dans le derme, l'aiguille du tatoueur traverse nécessairement la peau, ce qui crée une brèche pouvant se muer en porte d'entrée pour certaines bactéries. L'hygiène entourant l'acte et la stérilité du matériel utilisé sont fondamentales. Mais la contamination bactérienne peut aussi se produire lors de la dilution des encres, qui se fait non pas chez le fabricant, mais dans les locaux du tatoueur. Toute rougeur, démangeaison ou encore chaleur intense sur la zone du tatouage s'accroissant au fil des jours nécessite une consultation médicale.

LE RISQUE ALLERGIQUE EST-IL PRÉVISIBLE ?

À ce jour, non. Impossible à prévoir avant l'intervention, l'allergie se manifeste notamment par des rougeurs et des démangeaisons. D'autant plus vive que les particules d'encre sont encore fraîches dans le derme, l'allergie se dissipe avec le temps. Visées par les nouvelles directives européennes, les encres rouges sont de loin les plus allergisantes, suivies par les vertes, puis les noires. Les encres de tatouages étant, selon leur couleur, susceptibles de contenir des métaux tels que nickel, cobalt ou encore chrome, toute allergie connue à un métal constitue une contre-indication majeure au tatouage.

LA RÉGLEMENTATION EST-ELLE SUFFISANTE ?

Beaucoup reste à faire. Pour rappel, en Suisse à l'heure actuelle, la formation des personnes qui pratiquent le tatouage n'est ni réglementée ni reconnue. Quant aux produits utilisés, les flacons porteurs de la norme «CE» sont garants d'une certaine qualité, mais celle-ci est relative au vu des molécules dans le viseur des dernières directives européennes. Cette nouvelle réglementation – et sa possible application aux législations suisses actuelles – ne peut donc qu'ajouter plus de sécurité, mais le tatouage reste une pratique comportant des risques à court, moyen et potentiellement long terme, certains avérés, d'autres plus flous à ce jour.

QU'EN EST-IL DU RISQUE DE CANCER ?

Si les cancers de la peau sont en constante augmentation sous nos latitudes, la tendance ne semble pas suivie par les tumeurs manifestement liées au tatouage (apparaissant sur la zone tatouée). À ce jour, les données montrent donc que s'il existe, le lien entre cancer et tatouage serait faible. Mais les choses pourraient s'avérer plus complexes sur le long terme. En cause : les molécules relevées dans les tatouages, en particulier celles liées aux pigments colorés, dont la toxicité potentielle est avérée pour une grande partie d'entre elles. Or, comme de nombreuses substances possiblement cancérigènes, leur effet pourrait ne se faire sentir qu'au bout de 10, 20 ou 40 ans. Pour rappel, les substances contenues dans les encres de tatouage restent durablement dans le corps, certaines se figent dans le derme, d'autres migrent dans les ganglions lymphatiques. À noter également : l'utilisation relativement récente de ces pigments colorés, à l'échelle de l'histoire des tatouages. D'où un manque de recul à prendre en compte. Parmi les principes de précaution toutefois : éviter la pratique du tatouage trop tôt. Plus une molécule potentiellement cancérigène siège dans le corps, plus elle expose à un risque de tumeur dans le temps.

CERTAINES PEAUX SONT-ELLES PLUS SUJETTES AUX COMPLICATIONS QUE D'AUTRES ?

C'est certain. La prudence est particulièrement de mise pour les personnes souffrant de maladies dermatologiques, telles que psoriasis et vitiligo, ou sujettes à des affections telles que cicatrices chéloïdes (surproduction de tissu cutané lors de la cicatrisation) et granulomes (réaction excessive du système immunitaire à l'origine de petits nodules à la surface de la peau). Qu'en est-il des grains de beauté ? Parce qu'il est déconseillé de les léser et de les faire saigner, les grains de beauté sont à prendre en compte en cas de tatouage. Nombre de tatoueurs veillent par exemple à les entourer, les incluant ainsi dans le dessin sans les percer avec l'aiguille. La peau pouvant receler des contre-indications propres à chacun, l'avis d'un dermatologue peut être précieux avant d'envisager un tatouage.

* Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur sur les objets destinés à entrer en contact avec les muqueuses, la peau ou le système pileux et capillaire (...): https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2005/811/fr#chap_2

Maladie d'Alzheimer : la prévention est primordiale

Redoutée toujours, la maladie d'Alzheimer est aussi de mieux en mieux connue et pas si inéluctable qu'on le pensait. Tout porte à croire que l'hygiène de vie et un dépistage précoce peuvent changer le cours de la maladie.

ADAPTATION* LAETITIA GRIMALDI

Longtemps, la maladie d'Alzheimer a été considérée comme le prix à payer du poids des ans et une conséquence d'une prédisposition génétique malheureuse. Et, c'est un fait, cette pathologie minant la mémoire rime le plus souvent avec âge avancé et l'influence génétique n'est pas exclue. Mais de plus en plus d'études montrent aussi son lien avec le mode de vie et avec une multitude de facteurs a priori « évitables ». Ce n'est pas tout : grâce aux progrès techniques de ces dernières années, il est désormais possible de détecter la maladie dès ses tout premiers stades. Or les experts sont unanimes : les interventions thérapeutiques gagnent à être entreprises le plus tôt possible.

Pour rappel, la maladie d'Alzheimer se caractérise par une perte progressive de la mémoire. Elle peut également se présenter sous forme de symptômes psychiatriques tels qu'anxiété, apathie et dépression. Un ensemble de troubles pouvant compliquer le diagnostic dans les premiers stades de la maladie. Mais ces vingt dernières années, les techniques de diagnostic ont fait des progrès spectaculaires (*lire encadré*). Elles ont notamment permis de cartographier les processus de vieillissement pathologique du cerveau chez les patients au cours de leur vie et d'identifier des anomalies

caractéristiques, parfois très précoces, de la maladie d'Alzheimer. Fait supplémentaire : ces lésions ont pu être corrélées avec certaines circonstances de la vie.

Ainsi, on sait aujourd'hui, par exemple, qu'une hypertension artérielle non traitée pendant de nombreuses années peut endommager certains vaisseaux sanguins dans le cerveau, entraînant des pertes progressives des performances cognitives, mais aussi qu'à l'inverse, un traitement adapté de l'hypertension peut considérablement réduire le risque de développer une démence à un âge avancé.

Interventions durant les phases précoces

Les nouvelles technologies à l'œuvre ont aussi montré que les maladies cérébrales dégénératives telles que celle d'Alzheimer sont caractérisées par des phases précoces pouvant durer des années.

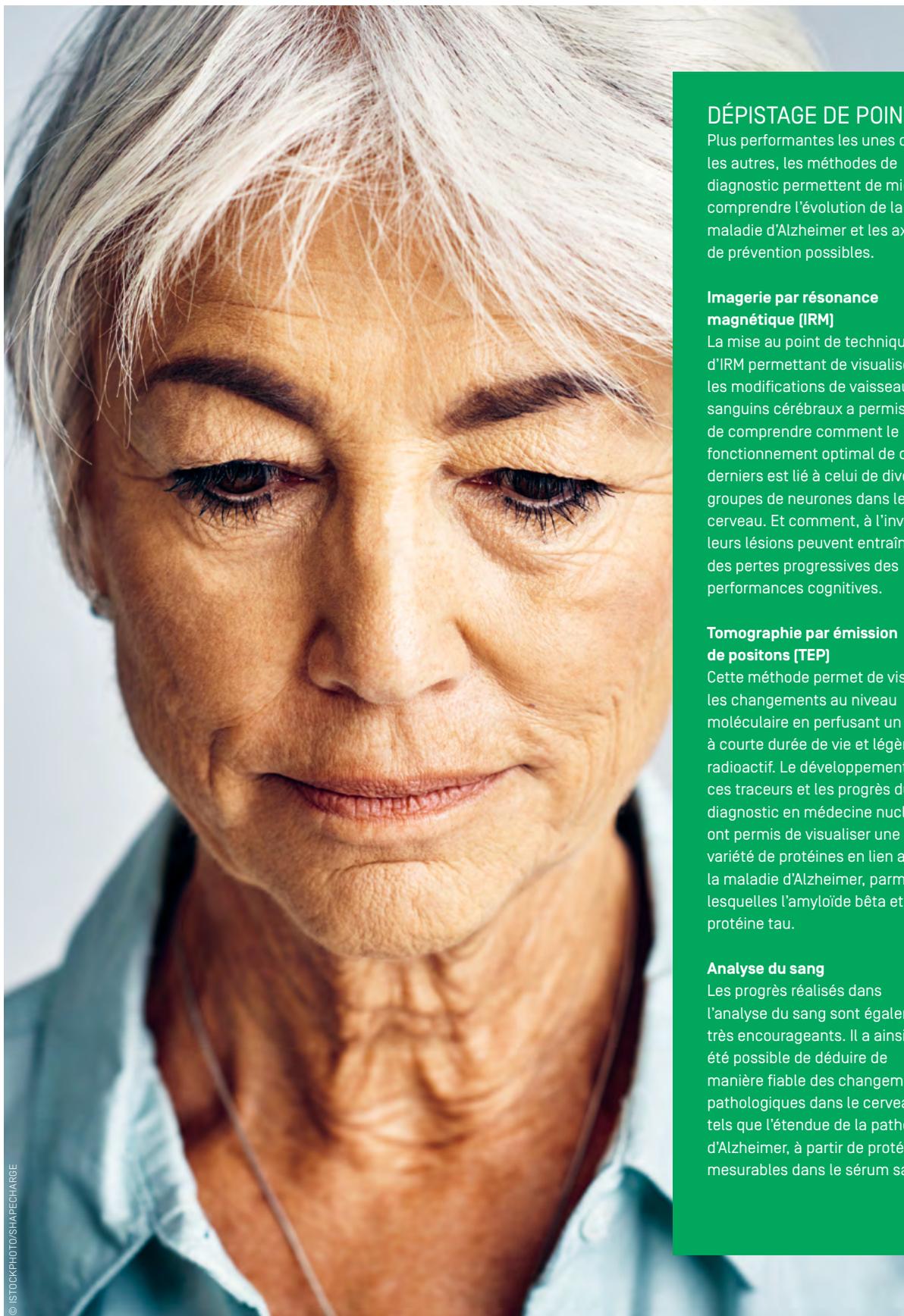
Le cerveau change pendant ce temps, comme l'attestent des concentrations de protéine bêta-amyloïde et de protéine tau ou une altération des vaisseaux sanguins, mais aucun symptôme cognitif n'apparaît encore pendant ces premières phases. En revanche, des symptômes psychiatriques tels que l'anxiété et l'apathie peuvent déjà survenir.

Cette phase précoce représente une réelle opportunité pour les interventions

thérapeutiques visant à stopper l'évolution de la maladie. Les résultats préliminaires de plusieurs essais cliniques sont prometteurs. Tout récemment, la *Food and Drug Administration* (FDA) américaine a approuvé le premier médicament qui pourrait ralentir la progression de la maladie d'Alzheimer en réduisant la protéine bêta-amyloïde.

Autre axe clé : les approches préventives non médicamenteuses. Les résultats de diverses études suggèrent qu'il existe un lien entre un mode de vie sain et une réduction significative du risque de développer une démence. Les réflexes bénéfiques ? Une activité physique suffisante, un sommeil adéquat, une alimentation saine, l'absence de tabagisme et une vie sociale et intellectuelle riche. Possible preuve de leur efficacité : au cours des vingt dernières années, la probabilité de survenue d'une démence liée à l'âge a diminué d'environ 20 % en Europe occidentale et en Amérique du Nord. L'hypothèse avancée par les experts est bien celle d'une amélioration de l'hygiène de vie. ●

* Adapté de : Unschuld P. *Prévention de la maladie d'Alzheimer : importance du mode de vie et interventions thérapeutiques précoces*. Rev Med Suisse 2021;751:1614-16.



DÉPISTAGE DE POINTE

Plus performantes les unes que les autres, les méthodes de diagnostic permettent de mieux comprendre l'évolution de la maladie d'Alzheimer et les axes de prévention possibles.

Imagerie par résonance magnétique (IRM)

La mise au point de techniques d'IRM permettant de visualiser les modifications de vaisseaux sanguins cérébraux a permis de comprendre comment le fonctionnement optimal de ces derniers est lié à celui de divers groupes de neurones dans le cerveau. Et comment, à l'inverse, leurs lésions peuvent entraîner des pertes progressives des performances cognitives.

Tomographie par émission de positons (TEP)

Cette méthode permet de visualiser les changements au niveau moléculaire en perfusant un liquide à courte durée de vie et légèrement radioactif. Le développement de ces traceurs et les progrès du diagnostic en médecine nucléaire ont permis de visualiser une grande variété de protéines en lien avec la maladie d'Alzheimer, parmi lesquelles l'amyloïde bêta et la protéine tau.

Analyse du sang

Les progrès réalisés dans l'analyse du sang sont également très encourageants. Il a ainsi été possible de déduire de manière fiable des changements pathologiques dans le cerveau, tels que l'étendue de la pathologie d'Alzheimer, à partir de protéines mesurables dans le sérum sanguin.

LICIA CHERY

« TRÈS TÔT, ON APPREND AUX FEMMES À CONTENIR LEUR DOULEUR »

Elle n'aime pas s'ennuyer, c'est le moins que l'on puisse dire. Animatrice télé, chanteuse, romancière, autrice jeunesse, maman... Licia Chery mène de front mille vies en une. Alors qu'elle a pris les commandes du jeu « C'est ma question » (RTS) en août 2020, la jeune femme publie un récit poignant retraçant le parcours de son ancêtre Achala lors de la traite atlantique, de l'Afrique jusqu'en Haïti.

PROPOS RECUEILLIS PAR CLÉMENTINE FITAIRE

Planète Santé: Vous êtes toujours souriante et positive dans votre émission... ce n'est pas difficile d'être tous les jours de bonne humeur ?

Licia Chery: C'est vrai que j'ai ce naturel plutôt enjoué, j'aime rire. Il y a évidemment des fois où je suis fatiguée, où ça ne va pas très bien, mais c'est comme n'importe quel travail, j'essaie de laisser les aléas de la vie en dehors du plateau et de rester professionnelle.

Le rire, c'est une façon aussi de trouver une certaine force ?

Oui, sûrement... j'ai toujours été comme ça. Il doit y avoir, grâce à l'humour, un mécanisme de défense pour affronter les différentes choses qui nous arrivent dans la vie... ça permet d'apporter un peu de douceur.

Parmi toutes les cordes à votre arc, il y a la musique. Est-ce qu'elle peut, elle aussi, avoir une vertu thérapeutique ?

La musique m'a personnellement beaucoup aidée quand j'étais adolescente et que j'ai découvert la soul notamment. Les voix d'Otis Redding ou de Nina Simone

m'ont profondément touchée car j'avais l'impression qu'elles s'adressaient directement à mon âme. Et cela va au-delà des

mots. Il n'y a parfois même pas besoin de comprendre ce que la personne dit, il suffit d'être touchée par une voix, par une émotion, par une musicalité.

EN UN MOT...

Un adjectif qui vous correspond ?
Lunaire.

Une personne qui vous inspire ?
Michael Jackson.

Ce qui vous donne le sourire instantanément ?
Mon fils.

Un mantra, une citation que vous aimez ?
« 5 + 5 sera toujours égal à 10 ». Certaines choses sont immuables, même si on voudrait les changer...

Un rêve un peu fou ?
Voir Achala [l'héroïne de « Noir en couleurs », ndr] au cinéma.

Vous vous êtes mise à composer très jeune, c'était aussi un besoin fondamental pour vous ?

Oui, c'était une manière d'exprimer ce qui reste enfoui à l'intérieur, de pouvoir le partager avec des gens, de faire comprendre à d'autres qu'on vit les mêmes choses. Car quoi que l'on traverse, quelle que soit l'émotion que l'on ressent, il y a quelqu'un, quelque part, à cette époque ou à une autre, qui a vécu exactement la même chose. Et on est tous un peu connectés de cette manière-là. C'est pour cela que tant de monde peut être touché par une même chanson, bien que les parcours de vie soient complètement différents.

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

J'ai malheureusement, comme beaucoup de femmes, appris à me taire. Parce que très tôt, dès la puberté, nos mères, nos



grands-mères, nous répètent que les règles, ça fait mal, mais qu'il faut tenir le coup et supporter la douleur. On nous apprend que l'important, c'est surtout que le monde entier ne sache pas qu'on a nos règles! Aujourd'hui, j'essaie de désapprendre ça, mais c'est très ancré.

Êtes-vous sujette au stress, avant d'entrer sur le plateau de « C'est ma question » par exemple ?

Quand j'ai commencé, j'étais extrêmement stressée avant chaque émission. Le fait qu'il n'y ait pas de public sur le plateau me perturbait car je n'avais pas de retour direct et je ne savais pas ce que les gens à la maison pouvaient penser. Maintenant ça va mieux, je me dis que ce qui importe, c'est finalement que les invités en plateau soient bien et qu'on se marre!

Tous les vendredis, vous proposez dans l'émission une petite blague « pourrie ». Où les dénicher-vous ?

Les téléspectateurs m'en envoient plein! Allez, une petite rien que pour vous. Deux jeunes discutent dans une cuisine. Le premier demande: « Tu connais la recette du poulet tatin? ». L'autre répond: « Non. » « Ben tu mets le poulet dans le four et pis tatin! » (*Rires*)

En parlant de cuisine... faites-vous attention à votre alimentation ?

Je ne suis pas la bonne personne à qui il faut poser cette question! Je mange n'importe quoi et n'importe comment... Mais j'ai commencé dernièrement un jeûne intermittent et ça m'aide beaucoup. Je ne déjeune pas le matin et mon premier repas de la journée est le lunch. J'ai remarqué que depuis que je fonctionne ainsi, je suis moins intéressée par les aliments trop gras et j'ai même perdu un peu de poids. Il ne s'agit pas véritablement d'un régime, mais ça structure mes repas.

Utilisez-vous parfois les médecines complémentaires pour vous soigner ?

Pas vraiment pour me soigner mais, pour

me faire du bien, je me tourne parfois vers des massages énergétiques et des séances de métamorphose (*massage des zones réflexes de la tête, des pieds et des mains, ndlr*).

BIO EXPRESS

1er juin 1985

Naissance à Genève.

2002

Compose et autoproduit son premier album à seulement 17 ans.

2010-2019

Se produit plusieurs fois sur les scènes du Montreux Jazz Festival, du Paléo (dont une fois avec Youssou N'Dour), du Caprices Festival...

2012

Sort son deuxième album, « Blue Your Mind » (My Major Company).

2019

Publie son premier livre pour enfants, *Tichéri a les cheveux crépus* (éditions Amalthée).

Depuis août 2020

Anime le jeu télévisé « C'est ma question », du lundi au vendredi à 18h20, sur RTS1.

2021

Publie son premier roman, *Noir en couleurs* (éditions Favre).

que tous nos besoins essentiels soient couverts pour avoir de l'énergie, ne pas être constamment fatiguée. En un mot: être suffisamment bien dans sa peau pour ne pas avoir envie d'embêter les autres! J'ai cette sensation que lorsqu'on est alignée avec soi-même, on n'a pas de temps à perdre à faire du mal, à être dans la jalousie, la méchanceté.

Votre dernier livre, *Noir en couleurs*, traite de l'invisibilité des minorités dans les grands médias. Pourquoi est-ce important pour vous d'en parler ?

C'est compliqué, quand on est enfant, de grandir dans un pays où l'on n'est pas représentée. Je fais partie de cette minorité, donc ça me touche. Cela ne vient pas de nulle part, j'ai toujours eu besoin d'en parler, mais c'est aujourd'hui que ma parole est prise en compte. Avant, j'en parlais plutôt dans mon cercle privé. Ce que je souhaite, c'est aussi montrer que cette invisibilité va plus loin que la présence médiatique. Par exemple, si une femme noire marche dans la rue le crâne rasé, personne ne se dira qu'elle est en train de traverser un cancer. On pensera que c'est un style capillaire. La souffrance des personnes noires est parfois niée de manière inconsciente. C'est ce qu'on appelle l'intersectionnalité: il y a le fait d'être une femme et le fait d'être une femme issue d'une minorité, ce qui démultiplie les discriminations.

Vous êtes la première animatrice noire à vous voir confier une émission sur la télévision romande. On est pourtant en 2021...

Le plus hallucinant, c'est que les gens ne s'en soient pas rendu compte... D'un côté, le public n'a pas été surpris ou choqué de me voir arriver à la télé, et ça, c'est positif. Mais ça veut aussi dire qu'on ne manquait pas au paysage! Je suis la première animatrice noire à la RTS, c'est très bien, mais il n'y a toujours pas suffisamment de non-blancs: des Asiatiques, des Arabes... le chemin est encore long. ●

« Être en bonne santé », qu'est-ce que cela signifie pour vous ?

Selon moi, ce serait de ne pas manquer de certaines vitamines, de minéraux...

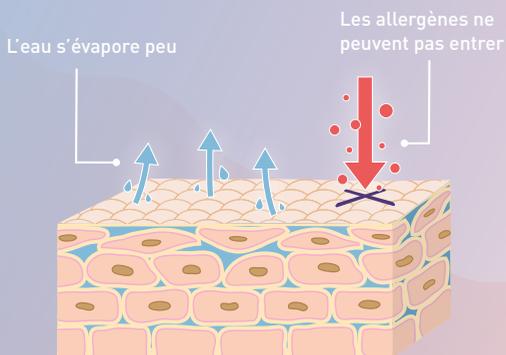
La dermatite atopique

Eczéma chronique se traduisant par des plaques rouges, une peau sèche (parfois suintante) et d'intenses démangeaisons, la dermatite atopique touche jusqu'à 20% des enfants. Si elle se déclare le plus souvent avant l'âge de 5 ans, la maladie concerne 1 à 3% de la population adulte.

Troubles anxieux, dépression et troubles du comportement sont **2 fois plus** fréquents chez les enfants souffrant de dermatite atopique.

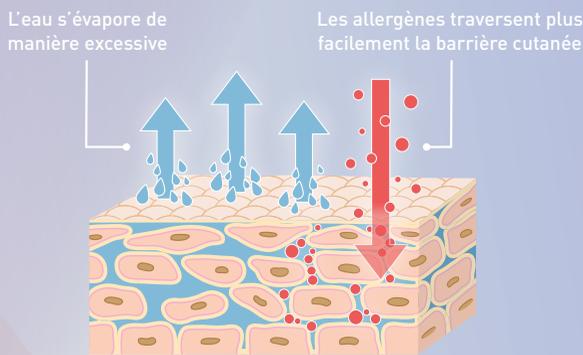
PEAU NORMALE

La peau constitue normalement une barrière physique et biologique qui minimise la perte d'eau et la pénétration de substances étrangères.



PEAU ATOPIQUE

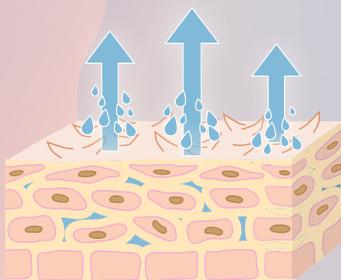
Un déficit (conséquence d'une mutation génétique) en filaggrine, composant majeur de la barrière cutanée, provoque une sécheresse de la peau et accroît la pénétration de substances étrangères.



Le déficit en filaggrine et la pénétration d'allergènes ont **deux conséquences majeures**.

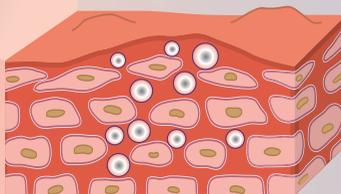
VOUS AVEZ DIT « ATOPIQUE » ?

L'atopie correspond à une «tendance génétique à l'allergie». En effet, la génétique joue un rôle important dans la maladie. Or on sait que les modifications du fonctionnement de la peau liées à la génétique augmentent le risque de développer des allergies. On estime que 7 enfants sur 10 présentant une dermatite atopique sévère deviendront asthmatiques en raison de leur terrain allergique.



Peau sèche

Le déficit en filaggrine diminue l'acidité (pH) de la peau, favorise l'activation d'enzymes, ce qui fragilise les liaisons entre les cellules, et ralentit les processus de réparation. La peau desquame.



Inflammation

La pénétration d'allergènes induit une réaction disproportionnée du système immunitaire : certaines cellules, les lymphocytes T, envahissent l'épiderme et provoquent l'inflammation de la peau (gonflement, rougeur).

TRAITEMENTS : MODE D'EMPLOI

Pour lutter contre la sécheresse de la peau et diminuer l'inflammation, plusieurs solutions existent.

1
Premier réflexe :
l'application quotidienne de produits réhydratants à base d'urée, acide lactique ou céramides.

2
Ponctuellement, pour réduire l'inflammation :
application de dérivés de la cortisone, de tacrolimus ou de pimécrolimus ; photothérapie (rayons UVB).

3
Dans les cas extrêmes :
immunosuppresseurs (ciclosporine, méthotrexate) ou thérapies biologiques (dupilumab).



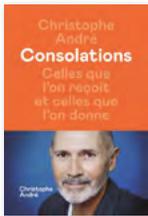
Expert : Pr Wolf-Henning Boehncke, chef du Service de dermatologie des HUG

LA SÉLECTION DE LA RÉDACTION

PSY

Consolations. Celles que l'on reçoit et celles que l'on donne

Christophe André, L'Iconoclaste, janvier 2022



Consoler, c'est s'efforcer de soulager une peine quand on ne peut pas changer le réel : on console une personne endeuillée, un ami qui souffre d'une blessure amoureuse, un proche qui vient de subir un grand échec... Peut-on apprendre la consolation ? Pourquoi est-ce parfois si difficile de l'accepter, si délicat de la proposer ? Comment la nature, l'art, l'action nous consolent ? Pourquoi les liens sont-ils de si puissants remèdes ? Christophe André nous répond dans ce livre consolateur, le plus intime et le plus émouvant de tous ses ouvrages.

DEUIL PÉRINATAL

Neuf mois, neuf jours

Pauline Lavaud, éditions Fayard, septembre 2021



Anna s'efforce d'être heureuse mais elle est surtout inquiète. Ce bébé qu'elle attend, son deuxième, lui donne l'impression d'aller mal. Pourtant, l'ensemble du corps médical se montre rassurant. Son compagnon se réjouit de voir la famille

s'agrandir. Et son fils aîné attend son petit frère avec impatience. Alors ? Pourquoi ne se laisse-t-elle pas aller ? Bien sûr, elle connaît des moments de répit, où soudain la joie et l'optimisme l'emportent. Mais ils ne durent jamais. La plupart du temps, il faut qu'elle se force, de peur de passer pour une folle. Pourtant, hélas, la suite lui prouvera que son instinct ne la trompait pas. Comment se relever et avancer après un drame comme le deuil périnatal ? Comment traverser ces sentiments de colère, d'abattement, d'incompréhension, de résignation ? À travers ce roman bouleversant, Pauline revient sur cette grossesse particulière et l'épreuve du deuil de son petit Elias, quelques jours seulement après sa naissance.

DON D'ORGANE

Qui veut mon rein ? Enquête sur les donneurs altruistes

Francesca Sacco, RMS éditions, 2021



Albert, Amy, Judith, Melissa et Michael ont quelque chose de singulier en commun : ils ont volontairement décidé de donner un rein à un parfait inconnu, pour la beauté du geste. Dans le jargon médical, on parle de « donneur altruiste ». C'est un cas de figure extrêmement rare. En Suisse, on enregistre à peine quelques candidatures par année et en France ce type de dons est tout simplement interdit. Pourtant, dans tous les pays du monde, le temps d'attente pour une greffe de rein se compte en années et la situation risque d'empirer en raison de la pandémie de coronavirus, qui a porté un sérieux coup de frein aux transplantations.

Et pourtant, les donneurs altruistes peuvent susciter une certaine circonspection. N'ont-ils pas secrètement été payés ? Sont-ils bien sains d'esprit pour accepter de se faire ainsi « mutiler » ? C'est à ces questions que ce livre tente de répondre en recueillant les témoignages de plusieurs donneurs altruistes et en interrogeant des experts de renom, médecins ou éthiciens.

VENTRE

Ma Crohn de vie

Juliette Mercier, Leduc Graphic éditions, août 2021



C'est « l'histoire d'une rescapée à l'intestin malade ». Juliette Mercier, illustratrice et professeure d'arts appliqués, alias « stomiebusy » sur le réseau social Instagram, est atteinte de la maladie de Crohn depuis son adolescence. À 15 ans, les premières douleurs au ventre apparaissent. Six mois plus tard, le diagnostic tombe. Dans ce roman graphique autobiographique, l'auteure raconte son quotidien et son combat acharné pour mener malgré tout une vie normale. Elle évoque les nombreux allers-retours à l'hôpital jusqu'à son opération d'urgence. Un bout d'intestin en moins et une poche en plus, qu'il faudra s'approprier. Après une convalescence difficile, elle reprend peu à peu les rênes de sa vie laissée en suspens. Cependant, elle n'oublie pas comme la maladie peut faire souffrir, comme la stomie peut être difficile à accepter et comme le regard des autres peut être rude. Elle décide donc de créer un compte Instagram où elle aborde la maladie et le handicap avec humour et légèreté.

Information santé
grand public

Collection J'ai envie de comprendre...

**Auteurs**Elisabeth Gordon
Nicolas Demartines**Prix**CHF 16.- / 14 €
184 pages
12 x 17 cmISBN 9782889410736
© 2022

La chirurgie viscérale et les secrets du système digestif

Savez-vous que vous pouvez vivre sans estomac, que 10% de la population a été opérée de l'appendicite, que le foie se régénère ou encore d'où vient l'expression « courir comme un dératé » ?

Œsophage, estomac, intestins, anus ainsi que foie, thyroïde ou rate : tous ces organes qui participent à la digestion et l'élimination des aliments sont susceptibles d'être malades et traités par la chirurgie dite viscérale, également appelée digestive.

Grâce à l'évolution des techniques de chirurgie, d'anesthésie et d'imagerie, mais aussi à une prise en charge globale qui implique les patients à chaque étape des soins, les taux de guérison et la qualité de vie après une intervention sont sans cesse améliorés.

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 :

- ex. **La chirurgie viscérale**
 ex. Mon alimentation
 ex. Pourquoi j'ai mal au ventre
 ex. La fatigue
 ex. Comment prendre soin de mon cœur

Frais de port pour la Suisse : 3.-, offerts des 30.- d'achat Autres pays : 5 €

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.planetesante.ch / Tél. : +41 22 702 93 11 / Fax : 022 702 93 55

Planète Santé est la marque grand public de Médecine & Hygiène



La Source

CENTRE DE LA PROSTATE



DIAGNOSTIC, TRAITEMENT ET SUIVI

une infirmière référente, un parcours de soins et des spécialistes sur un seul site.



UN COLLÈGE PLURIDISCIPLINAIRE

de spécialistes vous proposent la meilleure solution thérapeutique.



DES ÉQUIPEMENTS MÉDICO-TECHNIQUES

de dernière génération au sein d'une Clinique de taille humaine.



ASSURANCES

Toutes les prestations ambulatoires sont accessibles avec une assurance de base, aux mêmes tarifs que ceux des hôpitaux publics.

Tél. 0800 033 111
www.lasource.ch/prostate