

SUICIDE ASSISTÉ DES NOUVELLES DIRECTIVES

#46 – SEPTEMBRE 2022

CHF 4.50

Sexualité: comment s'exprime votre désir? • Prise en charge des addictions • Que valent les apps pour perdre du poids? • Idées reçues sur le stérilet • Phobie scolaire: quand l'école devient un cauchemar • Zoom sur les accidents musculaires de la jambe • Que penser des remèdes de grand-mère • Rencontre avec Rébecca Balestra





CHAQUE MINUTE
UN ENFANT
DEVIENT AVEUGLE



**PRESERVEZ LEUR VUE
ASSUREZ LEUR AVENIR**

ARRÊTEZ
LE
TEMPS



Depuis 1978, l'Organisation pour la Prévention de la Cécité lutte contre la cécité évitable en Afrique francophone. Elle aide chaque année 7 à 10 millions de personnes.

Aidez-nous, faites un don

- par chèque à l'ordre de l'OPC, à envoyer à l'OPC, 17 villa d'Alésia, 75014 Paris
- par carte bancaire sur le site www.opc.org

L'Organisation pour la Prévention de la Cécité est reconnue d'utilité publique. Votre don ouvre droit à une réduction fiscale de 66%.



FAITES
UN
GESTE

planetesante.ch

planète
santé

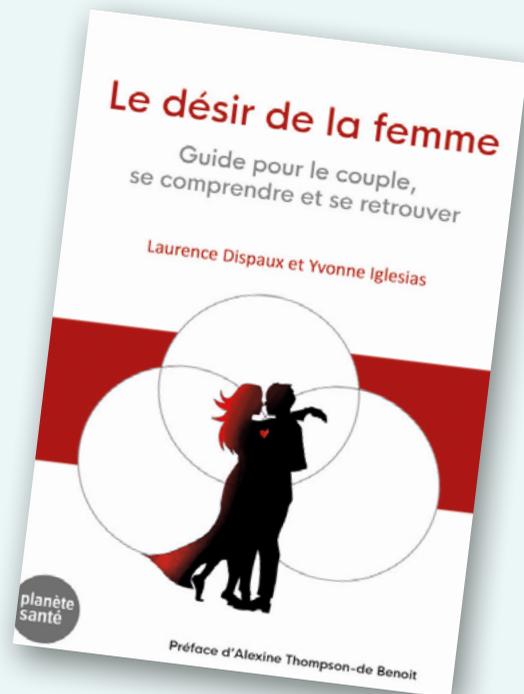
Information santé
grand public

Auteurs

Laurence Dispaux
Yvonne Iglesias
Préface d'Alexine Thompson-de Benoit

Prix

29.- / 29 €
208 pages
15 x 22 cm
ISBN 9782889411177
© 2022



Commandes : boutique.planetesante.ch / livres@planetesante.ch +41 22 702 93 11
Planète Santé est la marque grand public de Médecine & Hygiène

RÉDACTEUR EN CHEF
MICHAEL BALAVOINE
RÉDACTRICE EN CHEF ADJOINTE
ELODIE LAVIGNE
RÉDACTEURS
AURÉLIA BRÉGNAC
CLÉMENTINE FITAIRE
LAETITIA GRIMALDI
LUCIE HAYE
YSEULT THÉRAULAZ

CONCEPTION GRAPHIQUE
GIGANTO.CH

PHOTOGRAPHIE
DR

EDITION
JOANNA SZYMANSKI

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

FICHE TECHNIQUE
ISSN : 1662-8608
TIRAGE : 10'500 EXEMPLAIRES
4 FOIS PAR AN

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

ABONNEMENTS
VERSION ÉLECTRONIQUE : GRATUITÉ
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 DOMINIQUE BÜNZLI
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

COUVERTURE
© ISTOCKPHOTO/IVANASTAR



Michael Balavoine
rédacteur en chef
Planète Santé

SUICIDE ASSISTÉ : VERS UN DÉSIR DE MORT CLARIFIÉ ?

Le débat aura été éclipsé par la pandémie. En 2018, les nouvelles directives « Attitude face à la fin de vie et à la mort » de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) n'ont pas été reprises par la Fédération des médecins suisse (FMH). En cause, un article qui élargissait l'accès au suicide assisté aux personnes victimes de « souffrance insupportable ». Jugée trop floue par les médecins, cette notion ouvrait, contrairement aux précédentes directives de 2004, la voie du suicide assisté aux personnes sans évoquer le critère d'une fin de vie proche. Après trois ans de travaux, une version retravaillée des directives a finalement été acceptée par les deux institutions en mai dernier.

Que change ce texte ? Si le suicide assisté n'est plus uniquement accordé aux personnes en fin de vie, il précise la manière d'évaluer l'intensité de la souffrance (*lire notre dossier en page 6*). Les médecins devront ainsi mener deux entretiens avec la personne qui souhaite mettre fin à ses jours. Au-delà de la capacité de discernement et de l'exclusion de l'influence d'un tiers, il s'agira de déterminer le caractère insupportable de la souffrance. Dans ce cadre, les médecins devront attester une situation grave, ce qui exclut du processus toute personne en bonne santé. Dernier point : les proches et l'équipe soignante devront être impliqués avant, pendant et après l'acte.

Si les deux institutions réunissant les médecins, la FMH et l'ASSM, ont validé ces nouvelles directives, les Associations d'aide au suicide, notamment Dignitas et Exit, les jugent trop exigeantes et restrictives. Le débat sociétal sur le sujet n'est donc certainement pas fini. Et pour cause. La médecine a tellement progressé dans sa lutte contre la maladie que la mort naturelle et soudaine est devenue l'exception. De plus en plus de personnes souhaitent mourir chez elles. Certaines veulent en décider le moment. D'autres demandent à vivre le plus longtemps possible. Avec, en plus, l'augmentation des maladies chroniques, les situations individuelles de fin de vie se complexifient. Objectiver la souffrance et encadrer les demandes concernant l'intime de la mort est-il dès lors possible (ou souhaitable) ? Probablement pas, même si c'est en réalité le rôle que la société demande de jouer au médecin prescripteur dans les plus de 1200 cas de suicide assisté qu'on dénombre chaque année en Suisse. Comme le dit l'accompagnante spirituelle Annette Meyer dans nos colonnes (*lire en page 11*), la planification anticipée des soins (PAS), qui prévoit d'aborder avec son médecin la question large de ce qui est souhaité pour la fin de vie, et cela avant que les choses ne se compliquent, pourrait être une approche plus adaptée. Du moins pour celles et ceux qui sont prêts à envisager leur propre mort comme une réalité concrète. ●

16



24

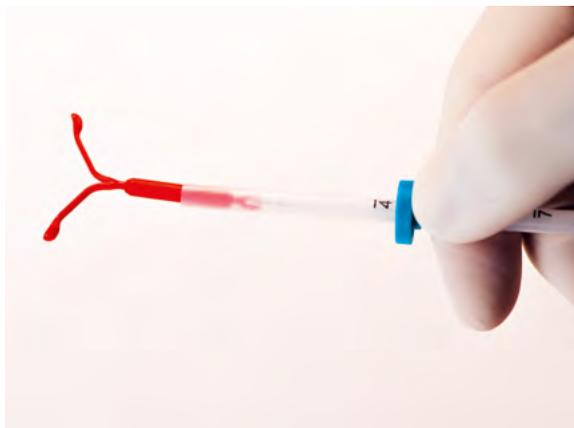


6



26

22



SUICIDE ASSISTÉ : AUSSI POUR LES PERSONNES QUI NE SONT PAS EN FIN DE VIE

PR JEAN-BERNARD DAEPPEN

12 « L'addiction est une maladie du désir »

EN BREF

15 Hypochondrie • Paralysie du sommeil

PSY

16 Quand l'école devient un cauchemar

NUTRITION

18 Perdre du poids à l'aide d'une app : oui mais...

INTIME

20 Sexualité : comment s'exprime votre désir ?

VRAI-FAUX

22 Dispositifs intra-utérins (DIU) : stop aux idées reçues

SOINS

24 Miel, thym ou citron : que penser des remèdes de grand-mère ?

PEOPLE

26 Rébecca Balestra : « Je connais mon corps, ses limites, ses faiblesses et sa singularité »

INFOGRAPHIE

29 Accidents musculaires de la jambe

LIVRES

30 La sélection de la rédaction

SUICIDE ASSISTÉ : AUSSI POUR LES PERSONNES QUI NE SONT PAS EN FIN DE VIE

Les nouvelles directives sur le suicide assisté ouvrent cette pratique aux personnes malades qui ne sont pas forcément en fin de vie. L'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) et la Fédération des médecins suisses (FMH) sont enfin tombées d'accord sur un texte qui encadre cette pratique légale. Un soulagement pour les médecins. Décryptage.

TEXTE YSEULT THÉRAULAZ





Après plus de trois ans de discussions, l'ASSM et la FMH se sont mises d'accord sur des directives d'éthique médicale sur l'assistance au suicide. Les précédentes étant devenues obsolètes, car peu en adéquation avec ce qui se passe sur le terrain.

Pour rappel, l'Académie suisse des sciences médicales a pour mission de formuler des instructions pour la pratique médicale qui sont ensuite suivies par les membres de la FMH.

Ce qui change grâce à ce nouvel accord ? Le suicide assisté ne sera plus accordé uniquement aux personnes en fin de vie mais à celles dont les souffrances sont extrêmes et cela indépendamment du fait que leur mort soit imminente ou pas. « Les précédentes directives dataient de 2004. Elles stipulaient que pour pouvoir bénéficier d'une assistance au suicide de la part d'un médecin, le patient devait souffrir d'une maladie permettant de considérer que la fin de sa vie était proche, être capable de discernement et ne pas pouvoir être aidé par d'autres alternatives que le suicide pour remédier à ses souffrances. Le problème, c'est que ces dernières années, les médecins avaient constaté une augmentation des demandes pour le suicide assisté de la part de personnes souffrant de maladies chroniques, parfois simultanées, mais qui n'étaient pas pour autant en fin de vie. Cette inadéquation entre la réalité du terrain et les directives créaient un malaise », explique Samia Hurst, membre du Sénat de l'ASSM (l'organe suprême de cette association) et Directrice de l'Institut Éthique Histoire Humanités à l'Université

de Genève (UNIGE). Sans oublier que certains médecins ont passé outre cette notion de fin de vie pour aider des personnes à mourir, sans être pour autant inquiétés par la Fédération.

LA SOUFFRANCE, UNE NOTION SUBJECTIVE

Cette situation a poussé l'ASSM à revoir ses instructions, chose qu'elle a faite en 2018. Le hic, c'est que le texte soumis à la FMH il y a quatre ans n'a pas convaincu. Ainsi, entre 2018 et fin 2021, les deux instances n'étaient pas d'accord. « Les directives de 2018 abandonnaient déjà l'idée de la fin de vie, mais elles stipulaient que le patient devait se plaindre de souffrances insupportables et qu'un médecin, comprenant cela, pouvait accorder l'aide au suicide. Ainsi, ce dernier avait la charge de reconnaître ou pas une situation qui reste très subjective. Aucun médecin ne pourra jamais nier la souffrance de la personne qui le consulte! », explique Ralf Jox, co-directeur de la chaire de soins palliatifs gériatriques du Centre hospitalier universitaire vaudois. Et Michel Matter, ancien vice-président de la FMH, de préciser: « En 2018, la Chambre médicale de la FMH (composée de 200 médecins) n'a pas voté pour ou contre l'assistance au suicide, mais elle s'est exprimée contre les nouvelles directives de l'ASSM autour de cette question de la souffrance insupportable. D'un point de vue juridique, cette notion ne correspond à rien et elle est très difficile à prouver. » Face à cette discordance, l'ASSM a mandaté un groupe de travail pour mettre au point un nouveau texte qui a mis tout le monde d'accord. Il reprend la notion de capacité de discernement de la personne qui fait appel à l'assistance au suicide, celle de volonté indépendante (le malade n'est soumis à aucune pression

extérieure) et il fait le point sur la souffrance extrême en disant ceci: « Les symptômes ou les limitations fonctionnelles du patient ont atteint un degré extrême et ce ressenti doit être objectivé par un diagnostic ou un pronostic en ce sens. Ces éléments causent une souffrance que le patient juge insupportable (...). Étant

doit documenter qu'il a fait preuve de toute la diligence nécessaire pour se familiariser avec la situation personnelle concrète du patient, ce qui l'a amené à comprendre le caractère insupportable de la souffrance. »

Par ailleurs, avant de rédiger l'ordonnance de barbiturique qui permettra au

À QUAND LE SUICIDE ASSISTÉ POUR TOUS ?

L'ASSM est très claire, l'assistance au suicide ne peut être accordée qu'aux personnes malades physiquement. Les souffrances extrêmes qu'elles ressentent doivent être la conséquence de leur pathologie. « La déprime de la personne âgée, la souffrance liée à sa solitude ne rentrent pas dans les critères permettant le suicide assisté, explique Michel Matter, ancien vice-président de la FMH. Les maladies psychiatriques sont également exclues. En tant que médecin, on redoute toutes les situations qui ne sont pas claires. » Pour Ralf Jox, co-directeur de la chaire de soins palliatifs gériatriques du Centre hospitalier universitaire vaudois, l'élargissement des conditions permettant l'assistance au suicide se pose: « Actuellement, les personnes en bonne santé qui

n'ont plus goût à la vie ne peuvent pas demander ce type d'aide. La souffrance liée à une situation sociale difficile n'est pas profondément différente de celle liée à une maladie. Je suis contre l'idée que plus aucune règle n'encadre le suicide assisté, mais il faudrait consulter le peuple pour avoir son avis et éventuellement élargir les conditions d'accès à ce type d'aide. En ce sens, une loi fédérale serait une bonne chose. Ce que le corps médical redoute, c'est que le suicide assisté devienne une façon normale de mettre fin à ses jours et que les personnes âgées subissent une pression sociale. » Et Michel Matter de conclure: « Les mentalités changent, la société évolue. Quelle place veut-elle donner aux personnes en fin de vie ? Il est important d'avoir un débat sociétal sur ce thème. »

donné qu'il n'est pas possible de déterminer objectivement si une souffrance est insupportable ou non, il n'est pas envisageable de demander au médecin de dresser un tel constat. En revanche, celui-ci

malade de quitter ce monde, le médecin a l'obligation de clarifier le désir de suicide lors d'au moins deux entretiens espacés de deux semaines. « Ce point est important, car il donne davantage

EN CHIFFRES

1'176

personnes, dont 677 femmes, ont bénéficié du suicide assisté en Suisse en 2018. Ce nombre est 17 % plus élevé qu'en 2017 et il a triplé depuis 2010 (source : OFS, 2020).

1'282

personnes ont fait appel à Exit en 2020 pour mettre fin à leurs jours, soit 68 de plus qu'en 2019. Parmi les membres de l'association, les femmes sont presque deux fois plus nombreuses que les hommes.

78,7

ans est l'âge moyen des personnes ayant eu recours à Exit en 2020.

d'importance au médecin, explique Jean-Jacques Bise, co-président d'Exit, Association pour le droit de mourir dans la dignité. Cela peut donner l'impression qu'on leur impose une contrainte supplémentaire, mais sur le terrain, les personnes qui demandent l'assistance au suicide sont suivies depuis très longtemps. Les nouvelles directives ne vont donc pas changer grand-chose pour une association comme la nôtre.»

SÉCURITÉ SUPPLÉMENTAIRE POUR LES MÉDECINS

Ralf Jox précise: «Il y a une phase de plusieurs semaines pendant laquelle les proches, les médecins et le malade parlent de la situation et discutent du choix du suicide assisté. Les nouvelles directives ne vont donc pas allonger le temps entre la prise de décision et le passage à l'acte. En revanche, elles clarifient les recommandations faites aux médecins et les aident à prendre une décision. Cela leur apporte un sentiment de sécurité.»

Bien que les instructions de l'ASSM n'aient qu'une valeur morale et non légale, y contrevenir peut porter à conséquence pour les praticiens. «Il est arrivé que les tribunaux se reposent sur ces directives pour évaluer le respect des règles de l'art. L'introduction par la FMH d'une directive dans le code de déontologie intègre explicitement son contenu dans la déontologie professionnelle», précise Samia Hurst.

FMH et ASSM étant à nouveau sur la même longueur d'onde, les médecins se sentent désormais soutenus par leurs pairs au moment de délivrer, ou non, l'ordonnance permettant à leur patient de passer l'arme à gauche. ●

CE QUE DIT LA LOI

Depuis 1942, le suicide est dépenalisé en Suisse. L'article 115 du Code pénal stipule que: «Celui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au suicide, ou lui aura prêté assistance en vue du suicide, sera, si le suicide a été consommé ou tenté, puni d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire.» A contrario, une personne qui aide autrui à mettre fin à ses jours sans motif égoïste n'est donc pas punissable légalement. «Il n'y a aucune loi en Suisse sur le suicide assisté, explique Jean-Jacques Bise, co-président d'Exit. Jusqu'en 2004, le cadre était fixé par des associations comme la nôtre. En 2011, après une large consultation, le Conseil fédéral a décidé de ne pas proposer de norme pénale spécifique sur l'assistance organisée au suicide. Il est vrai que l'article 115 pose un cadre clair et Exit ne voit pas la nécessité de légiférer en la matière.»

Dans ce contexte, une lourde responsabilité pesait toutefois sur les épaules des médecins. Que faire face à une demande d'un patient qui ne remplit pas précisément les règles en vigueur? «Le suicide assisté n'est pas une activité médicale, précise Samia Hurst, membre du Sénat de l'Académie suisse des sciences médicales (l'organe suprême de cette asso-

ciation) et directrice de l'Institut Éthique Histoire Humanités à l'Université de Genève (UNIGE). Jusqu'en 2004, chaque praticien devait agir en son âme et conscience. Cette situation n'était pas tenable pour les médecins, qui ne savaient pas vraiment ce qu'ils risquaient en transgressant les règles édictées par les associations.»

Le cas du médecin Pierre Beck, ancien co-président d'Exit, a fait grand bruit. En décembre 2021, sa condamnation pour violation de la loi sur les produits thérapeutiques pour avoir prescrit une substance létale à une octogénaire en bonne santé a été annulée par le Tribunal fédéral. Il devra être rejugé pour une éventuelle violation à la loi sur les stupéfiants.

Et Jean-Jacques Bise de conclure: «Si Pierre Beck devait être définitivement acquitté des charges qui pèsent encore sur lui, je présume que le législateur n'acceptera pas ce jugement. Il pourrait se ressaisir de ce dossier pour mettre sur pied une loi sur le suicide assisté. Ce ne sera pas nécessairement par l'adoption d'un nouvel article du Code pénal, mais plus probablement par celle d'une loi spécifique sur la fin de vie.»

« LA NOTION DE MORT NATURELLE A PERDU DE SA SIGNIFICATION »

Suicide assisté, mort naturelle, soins palliatifs ? Quelles différences ?
Interview d'Annette Mayer, théologienne et accompagnante spirituelle en milieu hospitalier.

Planète Santé: Avec les nouvelles directives de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM), pensez-vous que les demandes d'assistance au suicide vont augmenter ?

Annette Mayer: Elles ont déjà passablement augmenté ces dernières années. Mais il ne faut pas oublier que la demande d'assistance au suicide ne se fait, selon mon expérience d'accompagnante spirituelle, que rarement sur un coup de tête. Ce type de démarche est souvent mûrement réfléchi - le plus souvent en lien avec une maladie évolutive. Je ne pense pas que les nouvelles directives vont faire exploser les cas.

L'assistance au suicide est-elle courante à l'hôpital ?

Une assistance au suicide par une association comme Exit, à laquelle un patient aurait fait appel, ne se pratique que très rarement au sein d'un hôpital. Et surtout pas par les professionnels de la santé employés par l'institution hospitalière ! Un hôpital ne peut accepter une telle démarche qu'à titre d'exception, si le transfert du patient, soit à domicile, soit à un autre endroit, n'est pas possible. Ainsi, le nombre de réalisations d'une assistance au suicide dont j'ai eu connaissance à l'hôpital n'est pas immense. Les patients qui le désirent rentrent en principe à la maison pour prendre le barbiturique. Je ne suis donc pas présente lorsque les choses se passent.

En tant que théologienne catholique, que pensez-vous du suicide assisté ?

Pour ma part, dans l'accompagnement centré sur une personne concrète et donc pas dans l'abstraction conceptuelle, je peux avoir beaucoup de compassion, voire de compréhension pour les personnes qui demandent ce type d'aide. Au niveau de la singularité d'une personne, il ne s'agit jamais de situations faciles et une posture doctrinaire me semble inconcevable. Je suis très sensible à l'articulation d'une éthique individuelle et d'une éthique sociale. Autant je suis motivée pour un accompagnement empathique de la personne, autant je suis critique quant à la tendance sociétale à la banalisation ambiante. Comme théologienne, je considère que le suicide et l'assistance au suicide sont de l'ordre du tragique. D'ailleurs, les études montrent qu'aujourd'hui, l'appartenance religieuse devient de moins en moins importante pour une grande partie de la population et leur positionnement en la matière.

Les personnes croyantes ne sont-elles malgré tout pas davantage enclines à mourir de mort naturelle ?

Mais qu'est-ce qu'une mort naturelle ? Aujourd'hui, cette notion a perdu de sa signification. La majorité des décès sont prévisibles et accompagnés par des traitements. N'importe quel médicament, n'importe quelle option thérapeutique

entraînent des conséquences sur le corps et donc sur sa survie.

Les soins palliatifs sont-ils une alternative au suicide assisté ?

Il ne faut surtout pas opposer les deux, ni les mettre au même niveau. Il serait naïf de croire que les soins palliatifs peuvent toujours garantir une mort douce. Ils aident cependant les patients à favoriser la meilleure qualité de vie possible telle qu'eux-mêmes la définissent. Et ils les aident à exercer leur autonomie. Ce qui peut également signifier, dans certaines situations, que le patient choisisse le suicide assisté en toute conscience.

Faut-il ouvrir l'assistance au suicide à tout le monde, y compris aux personnes en bonne santé ?

Les médecins ont une responsabilité - sans pour autant avoir une attitude paternaliste - envers leurs patients et, dans ce sens, un devoir de prévention du suicide. Le plus important aujourd'hui est que tout un chacun puisse réfléchir à ces questions avant d'y être confronté. La consultation publique actuelle du texte sur la planification anticipée des soins (PAS) est primordiale. Patient et médecin doivent former un partenariat et discuter en amont de cette thématique. J'encourage dans ce sens les gens à regarder le formulaire de l'ASSM et à répondre aux questions.

PR JEAN-BERNARD DAEPPEN

« L'ADDICTION EST UNE MALADIE DU DÉSIR »

Spécialiste de la prévention et du traitement des addictions, le Pr Jean-Bernard Daepfen est chef du Service de médecine des addictions au sein du Département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). Dans son livre *La maladie du désir** (Éd. JC Lattès), il ouvre la porte de sa consultation pour aider les lectrices et les lecteurs à porter un regard différent sur cette maladie. À travers des récits sensibles, il invite les patients et leurs proches à ne jamais baisser les bras.

PROPOS RECUEILLIS PAR ÉLODIE LAVIGNE

Planète Santé: Après une première spécialisation en médecine interne, vous vous êtes intéressé aux addictions, en particulier à l'alcool. Pourquoi ce choix ?

Pr Jean-Bernard Daepfen: J'ai préféré, aux disciplines techniques, une médecine centrée sur l'individu. Je me suis alors rapproché de la Polyclinique médicale universitaire - aujourd'hui Unisanté - et des urgences du CHUV, très concernées par une médecine tenant compte de la situation psychique et sociale des patients. Aux urgences, nous voyions beaucoup de situations résultant d'une consommation excessive d'alcool. Les Prs Bertrand Yersin et Alain Pécoud se sont intéressés à ce sujet, ce qui était très novateur à l'époque. Ils ont contribué à rendre académiques des disciplines qui ne l'étaient pas, comme l'addictologie et la médecine des migrants, par exemple. De retour des États-Unis en 1998, une période où la recherche dans ces domaines allait très vite, j'ai pu contribuer à développer au CHUV ce qui deviendrait en 2019 le Service de médecine des addictions, avec une équipe vraiment multidisciplinaire, tenant compte à la fois de la santé physique, psychique et de la situation sociale des patients. Mon rêve était accompli !

La consommation excessive d'alcool a-t-elle toujours été perçue comme une maladie ?

Depuis très longtemps, les addictions sont perçues comme résultant de fai-

imposées. Peu à peu, grâce aux progrès de la recherche fondamentale et clinique, les addictions sont entrées dans le champ médical.

Aujourd'hui encore, les addictions font l'objet de nombreux préjugés dans la société...

Il y a une vision populaire simpliste et très tranchée selon laquelle les addictions relèvent d'un manque de volonté, d'un délit de luxure touchant un groupe d'individus. Nous sommes en fait tous, d'une certaine manière, dépendants et tous concernés par les addictions. Il y a derrière cette problématique un déterminisme qui échappe à la volonté. Naître avec de mauvais gènes et un certain type de personnalité, c'est la faute à pas de chance.

“SE SOIGNER
PREND
DU TEMPS,
MAIS
IL NE FAUT
JAMAIS
ABANDONNER,,

Pr Jean-Bernard Daepfen

Sur quels mécanismes repose l'addiction ?

Nous avons, dans une région très profonde du cerveau, un système dit limbique, appelé aussi système de la récompense, ayant comme fonction fondamentale de nous inciter, par le plaisir que cela procure, à des comportements qui maintiennent la vie : boire, manger ou s'accoupler. L'alcool et les drogues

blesses morales. Grâce aux alcooliques et aux narcotiques anonymes, puis aux neurosciences, les notions de maladie et de prédisposition individuelle se sont



piratent ce système en le sur-stimulant. La conséquence en est un besoin progressif de consommer davantage d'alcool et de drogues pour ressentir du plaisir. C'est le mécanisme de la tolérance. En parallèle, le cortex préfrontal, la partie rationnelle de notre cerveau, réagit en nous dictant de réduire ou de stopper ces consommations intempestives. S'installe alors une lutte sans relâche entre le cortex préfrontal et le système limbique, donnant lieu à un discours intérieur épuisant entre des envies de consommer et des tentatives d'y résister.

Quels chemins mènent à l'addiction ?

C'est une conjonction de facteurs internes (génétiques) et externes à l'individu, c'est-à-dire en lien avec sa personnalité et son contexte psychosocial. Mais le facteur psychologique est fondamental. À sa naissance, le nouveau-né est dans un besoin total de sa mère. Cette extraordinaire dépendance génère une sensation de manque qui nous accompagne jusqu'à la mort. Mais cet autre qui nous manque est aussi celui qui nous permet d'apprendre et de nous transformer tout au long de nos vies. C'est notre perfectibilité. Cette dépendance si profonde à cet autre si fondamental vire au cauchemar lorsque nos relations ne se passent pas bien. En effet, quand on a souffert dans la relation avec les premières figures d'attachement, il est difficile d'assumer cette dépendance, qui semble si dangereuse, et de s'émanciper sereinement. C'est sur ce terrain que l'alcool et les drogues peuvent alors devenir de véritables substituts à la dépendance à l'autre. Avec ces produits, on ne prend pas les mêmes risques, sur le plan relationnel, du moins.

Comment soigner cette souffrance du lien ?

Nous créons avec nos patients des relations investies et authentiques visant à compenser ces fragilités. Nous tenons compte aussi de la santé psychique et physique, ainsi que de la situation sociale de chacun. Nous disposons également de médicaments. Mais le noyau est la capacité de nouer une relation de confiance qui crée les conditions

permettant d'explorer des alternatives à l'alcool et aux drogues.

C'est toutefois difficile de voir quelqu'un s'enliser dans une consommation excessive...

Le livre que j'ai publié* propose une boîte à outils pour rester aux côtés des amis ou des proches qui flanchent. C'est avec

d'entre eux en sortent, avec ou sans aide. Dans notre service, nous voyons celles et ceux qui essaient et essaient encore, mais qui n'y arrivent pas. Il faut oser pousser la porte d'une consultation spécialisée car il n'y a pas de fatalité. Se soigner prend du temps, mais il ne faut jamais abandonner. J'ai des patients chez qui la consommation ne diminue pas, parfois pendant des années. Puis, un jour, le changement devient possible, la personne se sent prête et prend le dessus sur son addiction. Aujourd'hui, l'offre de traitements est plus importante que par le passé. Il existe des traitements agonistes à base de nicotine ou d'opioïdes et des psychothérapies individuelles, en famille et en groupe qui amènent à une meilleure connaissance de la problématique addictive et à des stratégies comportementales qui permettent d'y remédier.

Quel est le rôle des proches dans cette problématique ?

Paradoxalement, les proches sont à la fois le problème et la solution. Aborder la personne frontalement, en lui mettant la pression, en tentant de la contrôler, peut renforcer son addiction. Il faut éviter toute forme de chantage et d'infantilisation, ce sont des stratégies contre-productives.

Comment dès lors aborder le sujet et véritablement aider ?

Il s'agit d'avoir des discussions où la personne puisse évoquer une vie marquée par davantage de liberté et de souplesse, où les substances et l'addiction perdent un peu de leur puissance. Pour construire une relation qui soigne, il faut se dégager des a priori et des certitudes. Les conseils doivent être prodigués avec beaucoup de précaution. Mieux vaut être dans le « faire dire » plutôt que dans le « dire ». Il s'agit de poser des questions qui invitent la personne à se projeter dans une vie différente et d'éviter de se montrer inquisiteur. ●

* *La maladie du désir. Dans le cabinet d'un médecin spécialiste des addictions*, Jean-Bernard Daepfen, Éd. JC Lattès, 2022.

BIO EXPRESS

1962

Naissance à Lausanne.

1996

FMH en médecine interne.

2013

Professeur ordinaire à l'Université de Lausanne.

2019

Chef du Service de médecine des addictions du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV).

une attitude juste, nourrie de patience, dénuée de laxisme ou de découragement, que les proches peuvent aider réellement efficacement. La bienveillance est nécessaire, mais elle ne justifie pas les pressions et les chantages. Les phases d'arrêt et de rechute témoignent d'une volonté fluctuante, propre aux mécanismes de l'addiction et à ce conflit psychique entre désir et raison. Durant les périodes de tempérance ou de sobriété, les personnes peuvent constater que leur qualité de vie s'améliore beaucoup, leur moral et celui des proches aussi.

Peut-on vraiment s'en sortir ?

Oui ! Il y a beaucoup de gens qui passent par des périodes d'addiction et beaucoup

HYPOCONDRIQUE, MOI ?

ADAPTATION* CLÉMENTINE FITAIRE

Quand chaque bobo se transforme en diagnostic fatal, cela cache souvent une angoisse et une souffrance terribles qu'il faut savoir entendre. L'hypocondrie est une pathologie qui toucherait 2 à 3 % de la population et qui fait souffrir non seulement les malades mais aussi leur entourage, qui se retrouve démuni. « On a beau lui dire: "Mais non, tu n'as pas de cancer, tu n'as pas d'AVC, mais non, tu ne vas pas mourir...", si lui en est persuadé et est totalement angoissé à ce moment-là, alors on ne peut rien faire »,

confie la maman de Simon, 21 ans, un jeune homme hypocondriaque.

Maladie à part entière ou symptôme d'un trouble psychique, l'hypocondrie et ses causes restent encore bien mystérieuses. Elle n'est toutefois pas une fatalité et peut s'avérer passagère, lors d'une période de grande anxiété. Si elle persiste, un accompagnement psychologique permet bien souvent de réapprendre à faire taire cette petite voix qui traduit des inquiétudes existentielles, touchant à la vie et à la mort.

QUAND LE SOMMEIL VIRE AU CAUCHEMAR

ADAPTATION** CLÉMENTINE FITAIRE

Notre sommeil est divisé en cycles, chacun durant 90 minutes environ, se répétant 4 à 5 fois au cours de la nuit. Après le sommeil léger survient le sommeil profond, puis le sommeil paradoxal. Durant ce dernier stade, les neurones du cerveau - notamment ceux du cortex moteur - sont très actifs, tandis que les muscles, eux, sont paralysés. Cela nous empêche de vivre physiquement nos rêves, particulièrement riches pendant le sommeil paradoxal.

Mais chez certaines personnes, la paralysie du corps persiste quelques minutes au réveil. On parle alors de

paralysie du sommeil, une expérience particulièrement angoissante qui se produit souvent durant l'enfance et perdure parfois à l'âge adulte. « Ces paralysies ont tendance à survenir quand on a des décalages dans les rythmes du sommeil, des horaires irréguliers, un manque de sommeil, explique la Dre Francesca Siclari, neurologue au Centre du sommeil du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). Respecter une bonne hygiène de sommeil permet en général d'améliorer la situation. »

* Adapté de l'émission « Dans la tête d'un hypocondriaque », CQFD (RTS), diffusée le 05/06/2022.

** Adapté de l'émission « Les troubles du sommeil paradoxal », 36,9 (RTS), diffusée le 16/03/2022.

« 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



Quand l'école devient un cauchemar

Contrairement à ce que son nom laisse entendre, la phobie scolaire est rarement une phobie liée à l'école elle-même, mais bien souvent le symptôme d'un malaise moins explicite. Les experts lui préfèrent d'ailleurs le terme de « refus scolaire ».

TEXTE LAETITIA GRIMALDI

Mal de ventre insupportable à l'approche du départ à l'école, maux de tête à répétition, douleurs dorsales, voire même vomissements ou difficultés à respirer : bien souvent, dans ce qu'on appelle couramment « phobie scolaire », c'est le corps qui parle. Mais pas toujours : « Les symptômes peuvent être multiples car lorsque le malaise s'installe, il peut s'ancrer autant au niveau du corps que des pensées ou des émotions. Selon les cas, l'un de ces domaines peut exprimer sa souffrance plus "bruyamment" que les autres. Les maux de ventre par exemple sont typiques des jeunes enfants. Chez les adolescents, les symptômes peuvent être plus variés (*lire encadré*) », explique Yannick Heim, psychologue au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV).

Pas une simple peur de l'école

Des manifestations multiples donc, à l'image des causes qui les provoquent. Car la phobie scolaire n'est pas une « simple » peur de l'école mais revêt des dimensions innombrables. « L'expression "phobie scolaire" paraît inappropriée dans la mesure où elle situe l'école au centre du problème, alors que les mécanismes en jeu sont plus complexes et diversifiés que ceux habituellement à l'œuvre dans les phobies », soulignait une vaste étude sur le sujet parue dans *Archives de pédiatrie**. Pour rappel, on parle de « phobie » lorsqu'un objet, une

personne, un animal ou une situation bien déterminée (être au milieu d'une foule par exemple) déclenche invariablement une angoisse, une peur ou

LES SIGNAUX D'ALERTE

Le refus scolaire s'installe souvent insidieusement. Une première fois, l'enfant, stressé ou en proie à un mal de ventre, reste à la maison. Mais quelques jours plus tard, puis de plus en plus souvent, le scénario se reproduit... Quand consulter ? « Dès lors que les crises se répètent et ont un impact sur la qualité de vie, indique Yannick Heim, psychologue au CHUV. Parfois, notamment chez les plus jeunes, le mal de ventre sera le symptôme le plus visible, chez d'autres, les signaux seront plus indirects : impact sur l'appétit ou le sommeil, repli sur soi, irritabilité. Autant de signes d'alerte que l'on retrouve notamment dans la dépression chez l'enfant ou l'adolescent. »

une répulsion. Alors, dans certains cas, l'école peut bel et bien être cet objet de panique, au travers d'éléments précis comme le trajet pour s'y rendre, l'entrée

dans l'établissement ou dans la salle de classe. Mais le plus souvent, les composantes sont plus diffuses et prennent racine loin des murs de l'école. « Elles peuvent être de plusieurs ordres, souligne Yannick Heim. Il y a des causes individuelles, propres à l'enfant : phobie sociale rendant éprouvante la confrontation aux camarades de classe, situation de harcèlement, troubles de l'attention, anxiété de séparation, présence de TOC compliquant toujours plus le départ pour l'école, anxiété de performance ou encore épisode dépressif. Et puis il y a les possibles dysfonctionnements au sein de la famille ou du système scolaire. Il arrive par exemple qu'un jeune, inquiet pour la santé ou la sécurité d'un parent victime de violence conjugale, ait un besoin quasi vital de rester à la maison. » Et l'expert d'ajouter : « Quelles que soient sa forme ou son intensité, le refus scolaire est donc plus le marqueur d'un problème qu'une maladie en soi. Mais il faut le prendre en charge avec tout autant de considération et le plus vite possible. »

Viser un retour à l'école au plus vite

Les experts sont unanimes : plus un enfant reste en dehors de l'école, plus il lui faudra de temps pour la réintégrer. Car l'objectif est bien celui-là. Pas seulement parce que l'école est obligatoire, mais également parce que s'en éloigner peut avoir des conséquences à court, moyen et long terme : « L'école étant un lieu

privilegié de socialisation, une absence prolongée ne peut que compromettre les tâches fondamentales d'apprentissage, de socialisation et de renfort de l'estime de soi, et ainsi affecter les stades développementaux ultérieurs», peut-on lire dans le rapport d'*Archives de pédiatrie*. Mais que faire quand les crises s'intensifient, que l'enfant se tord de douleur ou refuse de sortir de la voiture une fois arrivé à l'école? «La première étape est de consulter le pédiatre ou le médecin généraliste pour exclure toute

cause organique, indique Yannick Heim. Cette étape franchie, et si le diagnostic de refus scolaire se confirme, tout l'enjeu est d'agir vite et de façon coordonnée, en intégrant la famille et l'école. Une partie de la prise en charge se joue ainsi sur le plan psychothérapeutique (au travers par exemple de la thérapie cognitivo-comportementale et des outils dont elle dispose: visualisation, relaxation, recherche de stratégies, etc.). L'autre axe repose sur le travail de réseau pour voir comment organiser en douceur la reprise

de l'école, par exemple à des taux de présence progressifs. La stratégie se décide au cas par cas.» Et le psychologue de conclure: «L'un des pièges de la prise en charge serait de vouloir trouver à tout prix la cause du problème avant d'envisager le retour à l'école. Or les deux doivent vraiment se faire en parallèle pour ne pas perdre un temps précieux et retarder cette reprise.» ●

* Holzer L, Halfon O. Le refus scolaire [School refusal]. Arch Pediatr. 2006 Sep;13(9):1252-8.



Perdre du poids à l'aide d'une app : oui mais...

De plus en plus d'applications sont disponibles pour gérer son poids et son alimentation. Utiles, elles ne remplacent toutefois pas une consultation nutritionnelle traditionnelle. Décryptage et conseils.

TEXTE LUCIE HAYE

Depuis quelques années, le nombre d'applications permettant de gérer son poids ne cesse de croître. Nous avons toujours (ou presque) un smartphone à portée de main, ce qui en fait un outil pratique pour fournir des conseils sur notre alimentation.

Ces apps peuvent être utiles pour donner des informations, des conseils nutritionnels et faciliter le suivi des habitudes alimentaires et du poids. Bien que les avantages soient à première vue intéressants, il convient de rester critique.

Un concept de perte de poids simpliste

En théorie, pour perdre du poids, il faut créer un déficit calorique afin que l'organisme puise dans ses réserves - idéalement adipeuses - pour assurer son fonctionnement. Par quelques calculs théoriques, on peut estimer qu'il faudrait un déficit de plusieurs milliers de calories pour perdre un nombre donné de kilogrammes. À ce jour, la majorité des applications repose sur ce concept.

Or, les mécanismes qui régulent le poids sont bien plus complexes qu'une simple soustraction. Bien souvent, les applications proposent un apport calorique maximal pour atteindre le poids souhaité dans un temps imparti par l'utilisateur, ce qui peut potentiellement conduire à des restrictions dangereuses. D'une part, les algorithmes basent généralement leurs estimations sur les données d'un petit échantillon de personnes. Ces

estimations ne sont ainsi pas forcément représentatives des situations de chaque individu. D'autre part, notre corps possède des mécanismes d'adaptation qui peuvent freiner fortement la perte de poids dans les périodes de sous-alimentation. Des carences et des problèmes de santé à moyen et long terme peuvent en découler. Enfin, un algorithme n'est pas en mesure de prendre en compte les nombreuses variables de l'environnement (social, économique, psychologique, etc.) dans lequel une personne évolue. Or, l'environnement est le principal déterminant de santé.

Des bases de données pas toujours fiables

Autre problème rencontré : les caractéristiques nutritionnelles ne sont pas toujours disponibles pour tous les aliments, parce que l'offre alimentaire est très différente d'un pays à l'autre. Pour pallier ce défaut, les développeurs acceptent parfois que les utilisateurs contribuent à leurs bases de données, dites « open source ». Cependant, il est fréquent que les informations ainsi renseignées soient

erronées ou incomplètes. Cela peut rendre invalides les résultats quotidiens et générer des représentations fausses sur un aliment. De plus, à moins de peser systématiquement ce que l'on mange, il est difficile d'estimer les quantités d'aliments consommées. On a alors naturellement tendance à les sous-déclarer, ce qui peut être contreproductif.

Changer de comportement et perdre du poids, pas si facile

On le voit bien, les applications pour la perte de poids ont de nombreux défauts. Elles ont été créées dans un but d'instan-tanéité et de commodité. Toutefois, une démarche de perte de poids implique l'acquisition de connaissances nutritionnelles et un changement de comportement durable. La prudence est de mise : lorsqu'on ne possède pas les outils, les connaissances et les compétences nécessaires pour modifier durablement son alimentation et comprendre les concepts qui la sous-tendent, il est peu probable de maintenir une perte de poids.

C'est sans compter que l'acte de manger ne se résume pas qu'aux calories :

“L'ACTE DE MANGER NE SE RÉSUME PAS QU'AUX CALORIES,,



© ISTOCKPHOTO/OKRAASYUK

l'alimentation répond également à des besoins sociaux et hédoniques. En suivant assidûment un plan alimentaire généré par une machine, on perd toute spontanéité dans nos choix alimentaires et il peut être difficile de concilier ces régimes avec notre vie sociale ou familiale. Si le programme alimentaire proposé est trop strict ou trop éloigné des goûts et habitudes alimentaires de l'utilisateur, il est difficile pour ce dernier de le suivre sur le long terme.

Les applications proposant un suivi avec un professionnel peuvent faciliter l'adoption de nouvelles habitudes, pour autant que l'approche choisie permette une meilleure compréhension de l'équilibre

alimentaire et favorise l'autonomie de l'individu. De plus, il est important de développer des stratégies d'adaptation saines plutôt que de se tourner vers la nourriture lorsque nous nous ennuyons, sommes stressés, anxieux, déprimés ou même heureux. Aussi, la flexibilité et l'indulgence envers soi-même lorsqu'on ne mange pas aussi bien qu'on le souhaiterait sont des compétences clé.

Plutôt que de fixer un objectif de poids, il est préférable de se concentrer sur de petits changements facilement atteignables pour créer des habitudes plus saines, par exemple limiter les sodas, augmenter la consommation de légumes aux repas, boire plus d'eau, dormir 7 à

9 heures par nuit, etc. Ce qui, en fin de compte, peut être aisément mis en place lors d'une consultation nutritionnelle *in real life* (dans la vie réelle) avec un professionnel du domaine. ●

Références :

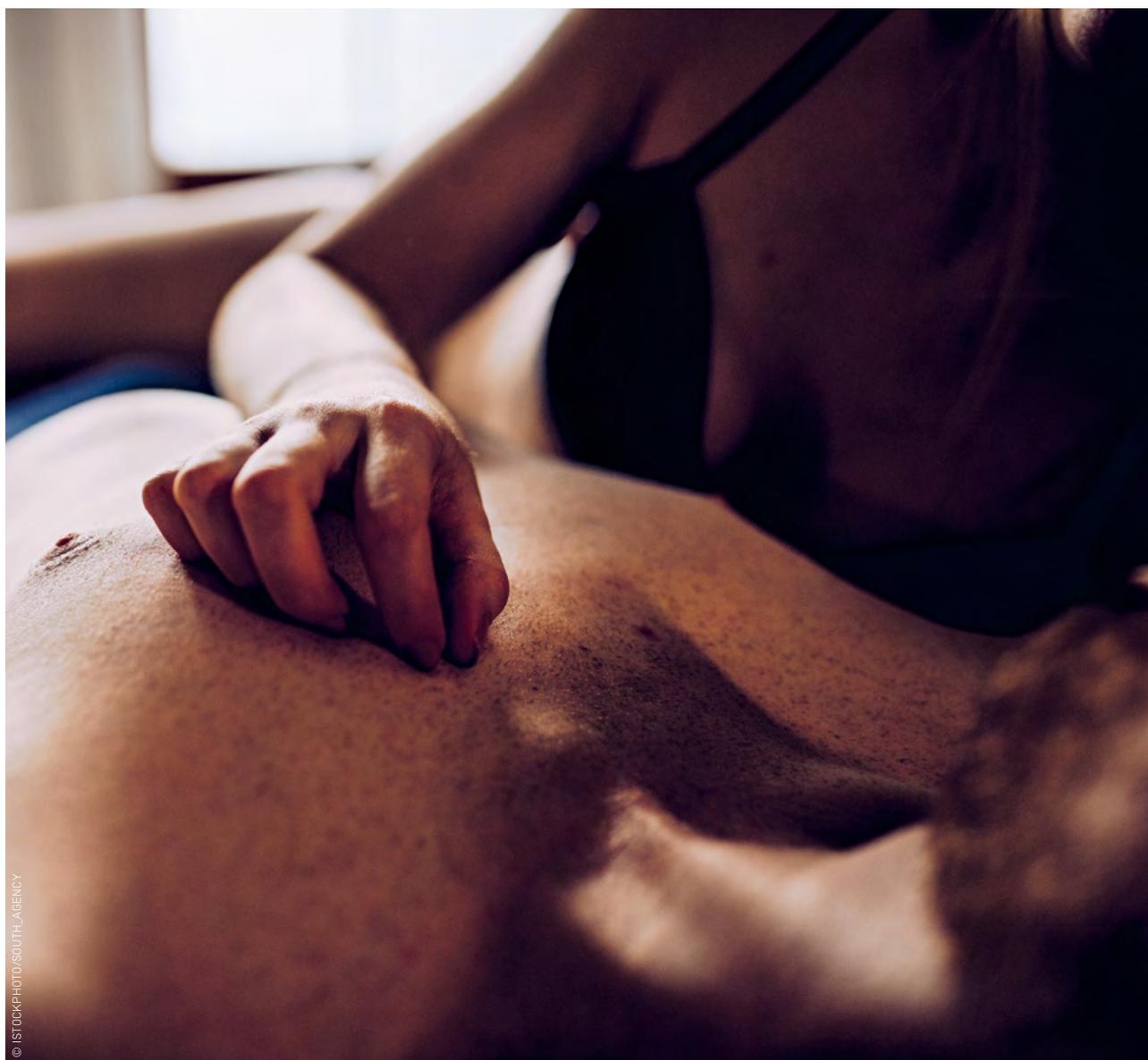
Baum I, Smith J. Check Out These Helpful Weight Loss Apps to Crush Your Goals This Year [Internet]. Prevention. 2021 [cité 23 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.prevention.com/weight-loss/a20468312/best-weight-loss-apps/>

Chen J, Cade JE, Allman-Farinelli M. The Most Popular Smartphone Apps for Weight Loss: A Quality Assessment. JMIR mHealth and uHealth. 16 déc 2015;3(4):e4334.

Sexualité : comment s'exprime votre désir ?

Le désir sexuel est un rêve, un élan vers une envie. Comment comprendre les décalages dans un couple, lorsqu'une des deux personnes se sent moins désirée alors que l'autre a pourtant l'impression d'avoir des envies ? Éléments de réponse.

ADAPTATION* ELODIE LAVIGNE



« Je n'ai pas de libido. Je n'ai pas envie de sexe. » Pauline, 35 ans, mère de deux enfants, avec une belle carrière professionnelle, consulte un sexothérapeute car son couple traverse une période difficile. Son mari se plaint du manque de rapports sexuels. Ces types de décalages entre les partenaires sont fréquents. Ils peuvent en partie s'expliquer par une différence de positionnement sur le continuum entre le désir sexuel spontané et réactif.

Pour le dire simplement, le désir sexuel spontané s'impose à nous à tout moment sous forme d'images et de sensations, tandis que le désir sexuel réactif se construit (*lire encadré*). Dans le cas de ce dernier, la personne accorde de la place physique, mentale, émotionnelle pour se rendre réceptive aux stimuli sexuels. Dans le cas du désir spontané en revanche, les rêveries érotiques, les sensations discrètes ou non qui s'immiscent dans notre quotidien peuvent nous motiver à entreprendre une stratégie de séduction, à créer un moment de plaisir de soi à soi ou simplement à savourer l'attente d'une occasion. Partiellement induit par des facteurs hormonaux, le désir spontané peut nous donner l'impression de surgir de nulle part, même si l'on peut apprendre à connaître ses facteurs déclencheurs.

Un désir enfoui

Tout le monde ne vit pas le désir sexuel sous cette forme naturelle et spontanée. Certaines personnes décrivent à l'inverse une absence de pensées conscientes autour de la sexualité durant la journée. Le travail, les enfants et d'autres occupations ou motivations prenant toute la place. Les rêveries portent sur d'autres contenus, telles que les aspirations artistiques, les voyages, les questionnements existentiels, par exemple. Ce faisant, le sujet sexuel, lorsqu'il jaillit d'une discussion ou d'une approche de séduction de la part d'un partenaire potentiel, peut dans ce cas sembler surprenant, pas forcément malvenu, mais pas immédiatement intégré dans le paysage psychique. « C'est comme si le sexuel était moins proche de la surface de la conscience et qu'il fallait creuser un peu pour lui faire

une place, pour qu'il s'emboîte avec les autres pièces de notre puzzle interne », décrit Laurence Dispaux, psychothérapeute et sexothérapeute à Lausanne, co-auteure d'un ouvrage sur la question*. Chez ces personnes, le désir sexuel peut exister, mais il émerge plutôt sur un mode réactif. Selon certaines théories en effet, chez beaucoup, notamment parmi les femmes, le désir sexuel n'est pas toujours présent avant la rencontre sexuelle. En revanche, lorsque l'autre tente une approche par des paroles, des baisers, des caresses qui sont perçus comme adéquats, cela les amène à se positionner : « Suis-je réceptive ? », « Suis-je suffisamment à l'aise avec l'autre ? », « Suis-je amoureuse, fâchée ? », « Est-ce que cela me fera du bien ou fera du bien à mon couple ? », « Est-ce que ma tête me dit que ce sera agréable ? » Il s'agit donc d'une question de réceptivité interne qui fait que les stimulations seront acceptées comme bienvenues ou pas, excitantes ou pas.

Soigner sa réceptivité

La personne davantage encline à un désir de type réactif peut se préparer mentalement et émotionnellement avant une rencontre qu'elle perçoit comme potentiellement érotique, afin d'augmenter sa réceptivité. Cette ouverture peut aussi se construire à deux, par de petits messages ou attentions tout au long de la journée avant les retrouvailles. Dans le cas du désir réactif, pour autant que l'évaluation interne y donne libre cours, c'est d'abord l'excitation sexuelle qui est accueillie, le désir sexuel se construisant ensuite sur cette base. Parfois, il semble même que le désir sexuel n'apparaît qu'après la rencontre sexuelle, sous forme de « C'était agréable, j'attends avec impatience la prochaine fois ».

Si l'on fonctionne sur un mode plutôt réactif, « il ne s'agit en aucun cas de se forcer ou de se mettre la pression pour répondre à une attente (de soi, de l'autre, de la société) », souligne Laurence Dispaux. Le rapprochement sexuel ne sera véritablement consenti que si la personne a « envie d'avoir envie ». Aussi, il ne faut pas conclure à une vision du désir sexuel, notamment féminin, comme n'étant que

DONNER UNE PLACE À LA SEXUALITÉ

Comment construire le désir dit « réactif » ? Quelques pistes pour activer sa disponibilité au désir sexuel et se sentir prêt ou prête lorsque notre partenaire vient à notre rencontre.

- Protéger les moments propices à la sexualité (par exemple en éteignant écrans et portables).
- Mettre un frein aux pensées parasites et mettre temporairement de côté les préoccupations et inquiétudes liées au travail ou à la famille.
- Activer sa réceptivité en préparant son corps (prendre une douche, prendre soin de sa peau, se parfumer, etc.).
- En faire de même avec ses pensées, c'est-à-dire formuler des messages positifs tels que : « Je vais avoir du plaisir », « Je vais passer un très bon moment », « La sexualité va nous rapprocher, c'est un moment privilégié pour notre couple ».
- Faire vivre son imaginaire en pensant à des moments sexuels déjà vécus, aux positions et caresses que l'on aimerait donner ou recevoir, à celles que l'on souhaite garder pour soi, etc.

passif et motivé uniquement par l'émotionnel. Quel que soit son genre, chaque personne fonctionne différemment. Enfin, soulignons qu'il existe un continuum entre ces deux polarités du désir. À chacun et chacune de se positionner sur ce spectre, en fonction de la prédominance de l'un ou l'autre de ces deux modes de désir sexuel. Apprendre à les distinguer permet de mieux les accueillir et faire de la place au désir dans le couple, quelle que soit sa manière d'apparaître. ●

* Adapté de *Le désir de la femme. Guide pour le couple, se comprendre et se retrouver*, Laurence Dispaux et Yvonne Iglesias, Éd. Planète Santé, 2022.

Dispositifs intra-utérins (DIU) : stop aux idées reçues

En troisième place après le préservatif et la pilule sur le podium des contraceptifs, le dispositif intra-utérin – hormonal ou non hormonal – séduit de plus en plus de femmes à la recherche d'une alternative efficace et peu contraignante. Mais si le stérilet rencontre un regain d'intérêt ces dernières années, il est encore entouré de fausses croyances. Le point avec la Dre Martine Jacot-Guillarmod, spécialiste en gynécologie et médecin adjointe responsable de l'Unité de colposcopie et de la gynécologie de l'adolescente au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) à Lausanne.

TEXTE CLÉMENTINE FITAIRE

Il existe différents types de dispositifs intra-utérins (DIU).

Vrai. Le DIU, ou stérilet, est un petit dispositif en forme de T qui se place dans l'utérus où il agit comme un contraceptif. Il en existe deux grandes familles. Le stérilet hormonal délivre de la progestérone, qui affine la muqueuse et épaissit les sécrétions du col de l'utérus, empêchant ainsi le passage des spermatozoïdes et la nidation de l'œuf. Le stérilet au cuivre, quant à lui, agit sur les spermatozoïdes en les rendant moins mobiles et moins viables dans l'utérus. Il empêche également l'implantation de l'embryon et la nidation, mais sans diffusion d'hormones. Attention, contrairement au préservatif, les DIU ne protègent pas contre les maladies sexuellement transmissibles.

Les règles sont modifiées après la pose d'un DIU.

Vrai. Le stérilet a un impact sur le cycle. Le DIU hormonal va ainsi souvent supprimer les règles. «C'est d'ailleurs ce que recherchent certaines femmes, en particulier celles qui souffrent de règles douloureuses ou abondantes», constate Martine Jacot-Guillarmod. Le stérilet au cuivre, quant à lui, n'influence pas le

cycle naturel mais peut augmenter les saignements, leur durée et la douleur associée.

La pose et le retrait sont douloureux.

Généralement faux. La pose d'un DIU est réalisée au cabinet de gynécologie après un examen permettant de s'assurer qu'il n'y a pas d'infection en cours. Le geste se fait par voie vaginale. Il est rapide et peut être désagréable, mais normalement non douloureux grâce à des produits anesthésiants et des instruments adaptés. «Un contrôle échographique est réalisé quatre à six semaines après la pose, pour confirmer son bon emplacement», ajoute Martine Jacot-Guillarmod. La majorité des stérilets restent en place durant trois à cinq ans, voire dix ans selon les modèles. Ils sont retirés en cabinet, grâce à un fil attaché au bout du dispositif, permettant au gynécologue un retrait rapide et indolore.

Ils peuvent être utilisés chez les jeunes filles.

Vrai. Il n'y a aucune contre-indication d'âge. «Chez les jeunes femmes, il n'est pas rare d'avoir des troubles du cycle, explique la Dre Jacot-Guillarmod. Je les

oriente donc dans ces situations plutôt vers des modèles hormonaux.» Par ailleurs, le stérilet est un contraceptif efficace qui, contrairement à la pilule, n'entraîne pas de risque «d'oubli». À noter qu'il existe différentes tailles de DIU, les plus petits étant généralement utilisés chez les femmes n'ayant pas eu d'enfant et dont l'utérus est plus étroit.

Ils sont peu efficaces.

Faux. L'efficacité du stérilet avoisine les 99 %. «On mesure l'efficacité d'un contraceptif en observant le pourcentage de grossesses accidentelles sur un an d'utilisation de la méthode, détaille l'experte. Pour le DIU au cuivre, le risque de grossesse est de 0,8 % et, pour le DIU hormonal, de 0,2 %. En comparaison, le risque de grossesse non planifiée avec la pilule est de 8 %.» Le stérilet est donc une méthode de contraception extrêmement fiable et non dépendante de la bonne utilisation faite par la femme.

Le stérilet provoque des grossesses extra-utérines.

Faux. Le stérilet n'est pas un facteur de risque de grossesse extra-utérine. Comme il empêche efficacement le passage des

spermatozoïdes, le risque de grossesse extra-utérine est beaucoup plus faible que chez les femmes n'utilisant aucune méthode contraceptive. Mais c'est l'une des rares complications possibles, en particulier avec le dispositif au cuivre.

Le DIU peut altérer la fertilité future.

Faux. Les données scientifiques n'indiquent pas d'impact du stérilet sur le retour à la fertilité après le retrait, mais le délai peut néanmoins être variable d'une femme à l'autre.

Le DIU est une méthode de contraception souvent recommandée après un accouchement.

Vrai. Le stérilet peut être inséré très rapidement après l'accouchement et il

n'interfère pas avec l'allaitement, contrairement à la pilule œstroprogestative. De plus, «il enlève à la jeune maman le stress supplémentaire de devoir penser à sa contraception, ajoute Martine Jacot-Guillarmod. Mais bien sûr, cela reste le choix de chacune.»

Le DIU hormonal peut être indiqué pour contrer les effets négatifs de la ménopause.

Vrai. Le stérilet hormonal délivre un progestatif qui aide à pallier les premiers symptômes de la ménopause. Il est donc très intéressant durant la préménopause.

Le stérilet peut «descendre».

Vrai. Un déplacement ou l'expulsion du DIU font partie des effets secondaires

possibles, mais qui restent rares. En cas de doute, il est conseillé de consulter rapidement un médecin et d'opter pour une autre méthode de contraception jusqu'au remplacement du dispositif.

Le stérilet est une méthode de contraception économique.

Vrai. Même si son coût d'achat peut être élevé - entre 60 et 100 francs pour le DIU au cuivre et 200 à 300 francs pour le DIU hormonal -, il représente une alternative peu onéreuse sur le long terme, par rapport à d'autres méthodes de contraception comme la pilule ou le préservatif.



MIEL, THYM OU CITRON : QUE PENSER DES REMÈDES DE GRAND-MÈRE ?

Chaque année, avec la baisse des températures, rhumes et maux de gorge resurgissent. Côté chiffres : les infections des voies respiratoires supérieures surviennent à raison de six à huit épisodes en moyenne par an chez les jeunes enfants et entre deux et quatre chez les adultes. La grande majorité de ces infections étant d'origine virale, les traitements sont le plus souvent symptomatiques. Or ces derniers peuvent être pharmacologiques (prescrits par un médecin ou achetés sans ordonnance) ou faire partie des fameux remèdes de grand-mère. Mais que valent vraiment cuillérées de miel et tisanes au thym ? Si peu de publications scientifiques ont à ce jour évalué leur efficacité, un groupe de recherche de l'Institut universitaire de médecine de famille et de l'enfance de la Faculté de médecine de Genève (IuMFE) a initié une vaste enquête sur le sujet. Il en livre des premiers éléments.

ADAPTATION* LAETITIA GRIMALDI



CÔTÉ DÉFINITION

En l'absence de définition universelle, le groupe de recherche suisse a opté pour appeler « remède de grand-mère » un remède ne contenant aucun composant actif commercialisé explicitement du fait de son effet thérapeutique et ne nécessitant pas l'aide externe de thérapeutes. Dès lors, ne sont pas considérés comme tels les médicaments en vente libre, les thérapies à base de plantes commercialisées pour une indication précise (huiles essentielles ou suppléments nutritionnels, par exemple), les thérapies physiques (physiothérapie, ostéopathie, hypnose, etc.) ou encore les méthodes relevant plus spécifiquement de la médecine complémentaire (homéopathie, phytothérapie, acupuncture, etc.). Comme leur nom l'indique, les remèdes de grand-mère sont le plus souvent des traitements aux indications transmises de génération en génération.

UN NOUVEAU DUO PATIENT-MÉDECIN

Les remèdes de grand-mère se glissent-ils souvent dans les consultations médicales ? L'équipe suisse a posé la question à des patients et à des médecins. Ressenti quasi unanime des premiers : leurs médecins manquent généralement de connaissances sur le sujet. De leur côté, les médecins de famille interrogés ont reconnu prescrire peu de tels remèdes, la plupart indiquant un certain inconfort à conseiller des traitements n'ayant pas apporté la preuve de leur efficacité dans des essais contrôlés randomisés. Revers (positif) de la médaille : cette conjoncture pourrait nourrir la relation patient-médecin et permettre à certains patients, endossant le rôle de « patients-experts », de davantage s'impliquer pour leur propre santé.

MIEL, THYM ET CITRON : LES TROIS STARS

Menée auprès de 1012 personnes, la recherche entreprise par l'IuMFE révèle un plébiscite net du miel, du thym et du citron en tant que remèdes utilisés et jugés efficaces pour traiter maux de gorge, toux et rhume. À noter la présence au palmarès également du thé et du lait chaud, en particulier pour calmer la toux. Des résultats faisant écho aux pratiques observées aussi bien en Europe qu'ailleurs dans le monde et à certaines recommandations. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) propose ainsi par exemple d'utiliser des infusions de miel et de citron pour soulager les maux de gorge chez l'enfant et plusieurs revues scientifiques ont conclu à l'efficacité du miel pour traiter la toux liée aux infections des voies respiratoires supérieures. Le miel serait efficace de par son activité antimicrobienne. Associé au citron, il permettrait un « recouvrement » du pharynx lésé par l'inflammation, une action qui faciliterait le passage de la salive et diminuerait la douleur. Une méta-analyse appuie quant à elle l'efficacité des préparations de thym (mais également de lierre et de primevère) pour soulager la toux. Le thym serait efficace de par son activité anti-inflammatoire. Côté effets secondaires ? Si peu de publications scientifiques existent sur le sujet, les données existantes sont rassurantes en particulier pour le miel, le citron et le thym. Seul bémol, un risque (faible) de botulisme en cas d'utilisation de miel chez les nourrissons de moins d'un an.

UNE RÉFLEXION AUSSI ÉCOLOGIQUE

Représentant près d'un cinquième de l'empreinte carbone du système de santé, les traitements pharmacologiques ont un impact environnemental non négligeable. Par ailleurs, sur prescription ou en vente libre, leur usage suppose un coût, pas négligeable non plus, pour la communauté et les individus. Les auteurs de l'étude suisse soulignent donc que l'utilisation, dans certains cas, des remèdes de grand-mère pourrait contribuer à diminuer cet impact environnemental et économique inhérent aux produits pharmacologiques.

* Maisonneuve H, Sebo P, Sommer J, et al. Emploi des remèdes de grand-mère en ORL : la recherche éclaire nos pratiques et celles de nos patients. Rev Med Suisse. 2022;781 (Vol.8) :925-929.

RÉBECCA BALESTRA

« JE CONNAIS MON CORPS, SES LIMITES, SES FAIBLESSES ET SA SINGULARITÉ »

Théâtre, mise en scène, écriture, radio... Véritable touche-à-tout, Rébecca Balestra, 34 ans, fait partie de ces personnalités aux multiples talents qui aiment repousser toujours plus loin leurs limites. Portée par le récent succès de « Olympia », l'artiste genevoise sera de retour sur les planches dès septembre pour un spectacle de stand-up. Rencontre avec une jeune femme audacieuse qui n'a pas fini de nous surprendre.

PROPOS RECUEILLIS PAR AURÉLIA BRÉGNAC

Planète Santé: Aujourd'hui comédienne, auteure, metteuse en scène, poétesse, chroniqueuse radio et maintenant humoriste... quel a été votre parcours jusqu'ici ?

Rébecca Balestra: J'ai fait le Conservatoire d'art dramatique de Genève, puis un Bachelor en théâtre à la Manufacture de Lausanne. Ensuite, j'ai suivi deux parcours en parallèle: l'un dans la création et l'autre en tant que comédienne. En ce qui concerne l'écriture et la mise en scène, j'ai participé à des plateformes et festivals qui soutiennent l'émergence, comme « Les Quarts d'Heure » du Théâtre Sévelin, « C'est déjà demain » au Théâtre du Loup et le « far » à Nyon. Ils ont été des tremplins vers d'autres maisons comme l'Arsenic, le Théâtre Vidy-Lausanne et récemment la Comédie de Genève. En qualité de comédienne, j'ai intégré l'Ensemble de Poche GVA en 2016. Durant cette période, il y a eu beaucoup de projets, beaucoup de rencontres et énormément de travail. Cette expérience de deux ans m'a beaucoup appris et m'a permis de me constituer un réseau

EN UN MOT...

Un adjectif qui vous correspond ?
Obsessionnelle.

Une personne qui vous inspire ?
Cher.

Votre péché mignon ?
Boire des cafés dans des tea-rooms portugais.

Votre rêve le plus fou ?
Être photographiée au bord de la piscine du Beverly Hills Hôtel au petit-déjeuner comme Faye Dunaway : en négligé de satin, blasée, devant mon Oscar et des coupures de presse éparpillées. La photographie s'appelle « The Morning After » et a été prise par Terry O'Neill.

professionnel. Le Poche m'a aussi offert de la visibilité au niveau du public et de la presse. Si j'ai pu autant travailler par

la suite, c'est grâce à toutes ces structures qui m'ont fait confiance. Je me lance à présent dans un spectacle de stand-up en tant qu'humoriste et, là encore, de nombreux théâtres me soutiennent dans cette prise de risque. C'est en grande partie grâce à la confiance des autres et à de très heureuses collaborations que j'ai pu avoir un parcours aussi riche.

L'an dernier, le spectacle « Olympia » - que vous avez entièrement écrit et interprété accompagné d'un piano et d'un orchestre à cordes - a rencontré un grand succès. Pouvez-vous nous raconter la genèse de sa création ? Entre slam autobiographique et hommages en chansons, comment cette idée vous est-elle venue ?

En 2013, j'ai participé à un concours d'écriture et j'ai gagné un prix qui offrait un stage organisé par Antoine Jaccoud, auteur et scénariste. Lors de cette rencontre, ce dernier nous a donné pour mission d'écrire une déclaration d'amour avec comme inspiration et point de départ la chanson « La Déclaration d'amour » de



France Gall, qui comporte un moment parlé. J'ai alors écrit un texte sur de la musique, le premier d'une série qui a ensuite été compilée dans les spectacles « Piano-bar » et « Olympia », puis éditée dans un recueil de poésie intitulé *Minuit Soleil*, publié chez art&fiction. Produire du texte est vraiment devenu une nécessité quotidienne qui me permet de m'exprimer en tant qu'artiste et en tant que personne, car je dois dire que je suis vraiment nulle à l'oral. Je ne trouve jamais les mots pour dire ce que je ressens et c'est très frustrant. Écrire me donne de la liberté d'expression mais aussi de la précision : cela clarifie tout. Cela nettoie tout.

Quel est le rôle qui vous a le plus marqué jusqu'ici ?

Difficile à dire, parce que j'ai eu la chance d'interpréter des rôles très différents qui m'ont évidemment tous marquée, chacun à leur manière. Je pense que l'un des parcours les plus forts en tant qu'interprète a été le rôle d'Elsie dans « Havre », mis en scène par Anne Bisang. Tout au long de la pièce, le personnage est coincé à un endroit de sa vie, comme verrouillé de l'intérieur, dans l'incapacité de faire le deuil de sa mère. Un moment magique se produisait à chaque fin de représentation, une scène cathartique où Elsie s'ouvre enfin et pleure la mort de sa mère. C'était une incroyable communion avec le public. C'est pour cette symbiose que je fais du théâtre parce que, quand on la trouve, c'est merveilleux et très addictif.

Entre l'écriture, la mise en scène et la comédie, privilégiez-vous aujourd'hui une activité en particulier ?

J'aime tout faire et, pour le moment, je suis incapable de me fixer sur une seule chose. J'aime pouvoir être partout à la fois et faire le grand écart entre tragédie et comédie, écrire mes propres textes et jouer ceux des autres...

Avant une représentation, êtes-vous victime du stress ? Quelles sont vos techniques pour y remédier ?

Je suis terriblement anxieuse, voire terrorisée avant une représentation et je dois

avouer que tout cela a tendance à s'intensifier avec les années, car cela devient un mode de fonctionnement : j'ai peur de ne pas avoir peur. Je me plaisais dans cette angoisse de crainte de manquer d'adrénaline sur scène ou quand j'écris. C'est un cercle vicieux (ou vertueux, je ne sais pas). Cela dit, durant « Olympia », j'étais enceinte et j'ai paradoxalement moins angoissé. Je me suis forcée à ne pas transmettre de stress à mon bébé pour ne pas l'intoxiquer. J'étais plus détendue à cette période et cela malgré de très grandes échéances.

BIO EXPRESS

27 mai 1988

Naissance à Genève.

1995

Premiers pas sur une scène à l'Atelier théâtre de Bellevue.

2013

Diplômée du Conservatoire d'art dramatique et d'un Bachelor en théâtre à la Haute école des arts de la scène. Prix d'écriture dramatique Studer/Ganz.

2013 à 2016

Spectacles et pièces de théâtre [« Silence en coulisses », « Flashdanse » « Derborence », « Le beau monde », « Show Set »].

2021

Spectacle « Olympia » et publication du recueil de poésie *Minuit Soleil* aux Éd. art&fiction.

Une bonne image de soi est capitale lorsqu'on se retrouve régulièrement au contact du public. Avez-vous toujours été confiante sur ce point ?

Je ne sais pas si j'ai une bonne image de moi mais j'ai en tout cas une bonne connaissance de moi. Je connais mon corps, ses limites, ses faiblesses et sa singularité. Je pense que cette conscience peut devenir une force créatrice.

De manière plus générale, quelles sont vos habitudes et vos astuces pour garder la forme ?

Quand je travaille, je ne sors pas beaucoup et je ne bois pas. Par exemple, je ne me saoule pas après la première représentation, comme il est souvent coutume de le faire. Je ne veux pas me casser la gueule à la deuxième !

Dans votre activité, avoir une bonne mémoire est un enjeu capital. Comment vous entraînez-vous ?

Je n'ai pas l'impression d'avoir une bonne mémoire. Apprendre mes textes me prend beaucoup de temps et je dois énormément répéter pour avoir l'impression de les connaître sur le bout des doigts. L'une de mes techniques consiste à enregistrer les répliques des autres et à y insérer les miennes ensuite. Et puis j'essaie de ne pas y mettre trop d'intention, je les apprends comme un alphabet sans y attacher un sens précis car il est plus difficile de casser cette musicalité ou de changer l'intention plus tard.

Êtes-vous sportive ?

Absolument pas ! Pour la posture et le souffle, je fais seulement du yoga en échauffement quand un ou une metteuse en scène m'y oblige.

Vous êtes très récemment devenue maman. Qu'est-ce que cela a changé dans votre vie et votre carrière ?

Cela a évidemment tout changé. Dans ma carrière, cela demande une réorganisation totale. Le temps avec mon enfant est précieux, alors je sélectionne davantage les projets, pour pouvoir dégager le plus de temps possible avec lui tout en continuant à jouer et à écrire.

Quels sont vos projets dans un avenir proche et que peut-on vous souhaiter ?

Ma dernière création est un spectacle de stand-up qui se jouera au Bar Club ABC à Lausanne à partir du 15 septembre et qui s'appelle « RÉBECCA BALESTRA ». Je pense qu'on peut me souhaiter de ne pas faire un méga four ! ●

Accidents musculaires de la jambe

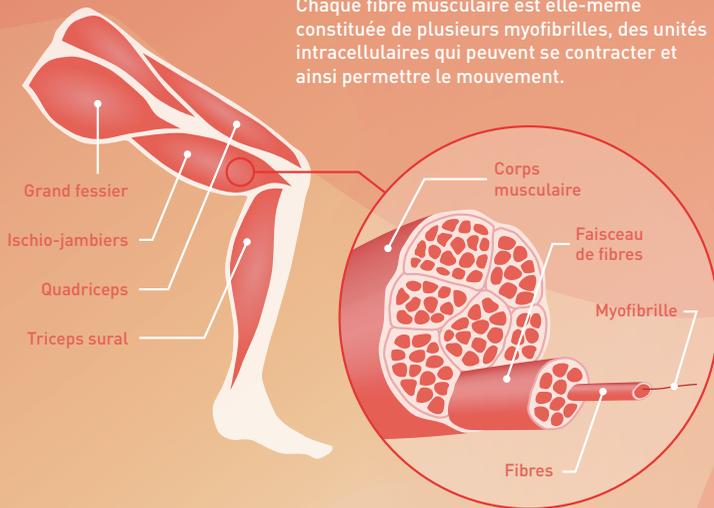
Sauts, changements brusques de trajectoire de course ou efforts violents peuvent mettre les muscles à rude épreuve. De la simple contracture au claquage, les accidents musculaires nécessitent une prise en charge adaptée pour permettre aux fibres musculaires de se régénérer.

20 jours
sont en moyenne nécessaires pour se remettre d'une élévation.

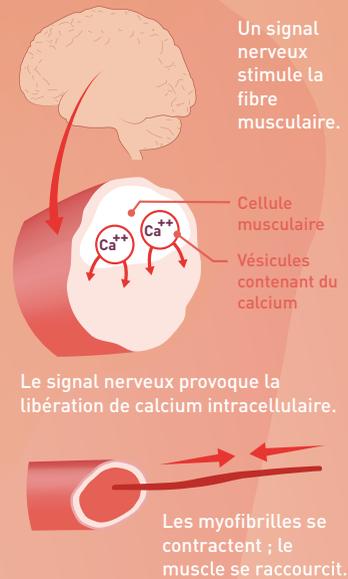
On parle de **8 à 12 semaines** en cas de déchirure sévère.

MUSCLES

Un muscle est constitué de plusieurs cellules, ou fibres musculaires, organisées en faisceaux parallèles sur toute la longueur du muscle. Chaque fibre musculaire est elle-même constituée de plusieurs myofibrilles, des unités intracellulaires qui peuvent se contracter et ainsi permettre le mouvement.



DU CERVEAU AU MUSCLE



ACCIDENTS MUSCULAIRES

NORMAL



CONTRACTURE



Plusieurs fibres musculaires se contractent involontairement et de façon prolongée. Conséquence : micro lésions de fibres musculaires.

ÉLÉGATION



Un allongement des fibres musculaires au-delà de leur élasticité habituelle crée des lésions sur certaines d'entre elles.

CLAQUAGE (Déchirure modérée à sévère)



La déchirure musculaire, aussi appelée claquage, correspond à l'atteinte de nombreuses fibres musculaires.

Les signes de gravité nécessitant une consultation médicale

- Douleur intense : impossible par exemple de poser la jambe au sol
- Apparition d'un hématome dans les 24 heures suivant la blessure
- Perte de force

A SAVOIR

Des cellules dites « satellites » fabriquent en permanence des fibres musculaires. La plupart de ces lésions guérissent donc complètement.

LES BONS RÉFLEXES : PENSEZ « POLICE »

Protection

Limiter les situations pouvant provoquer des douleurs.

Optimal Loading

Doser les efforts pour rester en mouvement sans générer de douleur trop intense.

Ice

La glace permet de diminuer l'inflammation et douleur ; pas plus de 20 minutes à la suite.

Compression

Maintenir le membre blessé avec une bande élastique, sans trop serrer, pour limiter le risque d'hématome.

Elevation

Surélever le membre lésé pour réduire l'inflammation et la douleur.

planète santé

Experts : Dr Gérard Gremion, médecin adjoint au Département de l'appareil locomoteur du CHUV; Dr Laurent Koglin, médecin du Sport à l'Hôpital La Tour

LA SÉLECTION DE LA RÉDACTION

CANCER

La révolution de l'immunothérapie Armer notre corps contre le cancer

Olivier Michielin et Georges Coukos,
Éditions Favre, 2022

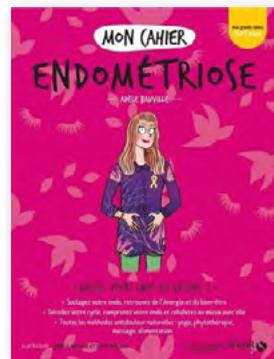


Aider notre système immunitaire à combattre lui-même les cellules cancéreuses, tel est le principe de l'immunothérapie. Une approche radicalement différente de toutes les autres thérapies contre le cancer, mais qui présente des résultats très efficaces chez certains patients. Sur le papier, les choses semblent simples : de la même façon qu'il combat en permanence virus et bactéries, notre organisme devrait être capable de reconnaître et d'éradiquer les cellules cancéreuses, malgré leurs stratégies sournoises pour tromper notre système immunitaire. Comment fonctionne l'immunothérapie ? Pourquoi est-elle efficace chez certains patients et chez d'autres non ? Peut-on parler de révolution ? Les éminents professeurs Olivier Michielin et Georges Coukos proposent un ouvrage illustré, accessible à tous, pour répondre à ces questions.

ENDOMÉTRIOSE

Mon cahier endométriose

Adèle Bauville, Isabelle Maroger,
Sophie Ruffieux
Collection My life is beautiful
Solar éditions, juin 2022

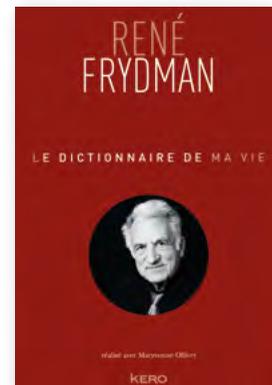


L'endométriose touche une femme sur dix. Il est possible de mieux cohabiter avec cette maladie, encore mal comprise, et d'en tirer une meilleure connaissance de son corps et de son cycle naturel. Ce cahier, fruit du parcours de l'une de ses auteures, elle-même souffrant d'endométriose, regroupe tout ce qu'il faut savoir sur la maladie : ses symptômes et les dysfonctionnements qu'elle cause, comment l'apaiser et améliorer son bien-être. « Une trousse zéro douleur », avec du yoga, des plantes antistress et autres méthodes pour se sentir mieux lors des jours difficiles, des conseils nutritionnels pour aider à réduire les troubles digestifs dont les femmes atteintes par l'endométriose souffrent souvent ou encore des « tips énergie » pour lutter contre la fatigue chronique. Un programme spécial pour prendre soin de soi pendant les règles, avec enfin des conseils pour celles qui ont un projet d'enfant, compliqué par la maladie. Le tout joyeusement illustré.

DANS LA VIE DE RENÉ FRYDMAN

Le dictionnaire de ma vie

René Frydman, Éditions Kero, 2022



A comme Alfredo, B comme Bébé, C comme Covid ou Crevette et, un peu plus loin... N comme Naissance, U comme Utérus ou encore XY... Le professeur et obstétricien français René Frydman a choisi la forme du dictionnaire pour se confier. Connu notamment pour ses travaux ayant abouti à la naissance d'Amandine, premier bébé-éprouvette français (en 1982) et pour ses travaux scientifiques sur la procréation médicalement assistée, le médecin aborde d'un point de vue plus intime les moments clés de l'essor de la médecine reproductive qu'il a contribué à développer. En vingt-six lettres, comme autant de chapitres de sa vie, il partage ses aventures liées à ses engagements éthiques, politiques et humanitaires. Il confie ses rencontres inattendues, ses amitiés inoxydables, son combat personnel contre le Covid, ses découvertes d'un monde qu'il a sillonné en tous sens, ainsi que ses passions communicatives.

planète santé

Collection

« J'ai envie de comprendre... »

À destination des patients

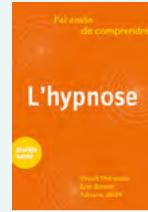
Par des journalistes scientifiques,
en collaboration avec des médecins suisses romands

Information santé
grand public

Je commande : *Cocher les cases correspondantes*









À retourner scanné ou par courrier :

commande@medhyg.ch

Planète Santé / Médecine et Hygiène
CP 475 - CH-1225 Chêne-Bourg
Tél. : +41 22 702 93 11

Prix d'un exemplaire : 16.-
Port : 3.-, 5 € pour l'étranger (gratuit pour la Suisse dès 30.- d'achat)

Abonnement : 10.- l'exemplaire (informations : commande@medhyg.ch)

Adresse de livraison

Timbre / Nom Prénom _____

Adresse _____

E-mail _____

Date _____

Signature _____

*Vous pouvez aussi passer votre commande en ligne sur
boutique.planetesante.ch*

La Source

à domicile 

Nos soins. Pour vous, chez vous.

REMBOURSÉE
PAR LA LAMAL*

Nos spécialistes sont à votre disposition
pour les situations suivantes :

- Suivi post-opératoire
- Maintien à domicile
- Rééducation suite à un accident
- Convalescence suite à une maladie

Tél. 0800 033 033
www.lasourceadomicile.ch

* Selon les conditions de remboursement des frais médicaux instaurées par la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)