



LE MAGAZINE DE L'HÔPITAL NEUCHÂTELOIS

mag'

/ page /

01

DOSSIER

LA NOUVELLE UNITÉ CÉRÉBROVASCULAIRE

Une prise en charge des AVC
coordonnée, rapide et compétente
pour une efficacité maximale

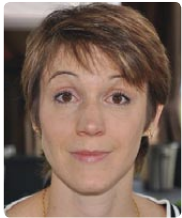
N° 05 / 2013



MÉDECIN-CHEFFE NOMMÉE POUR LA MATERNITÉ

Depuis le 1er décembre dernier, la Dresse Romina Capoccia Brugger occupe la fonction de médecin-chef du service d'obstétrique. Déjà titulaire d'un diplôme interuniversitaire de médecine fœtale, cette gynécologue obstétricienne sera prochainement au bénéfice d'un titre suisse de spécialiste en médecine fœto-maternelle et obstétrique.

Elle a constitué son expérience professionnelle à travers des postes de médecin-assistant à l'Hôpital des Cadolles, puis de Pourtalès à Neuchâtel, à l'Hôpital de Nyon, au CHUV, à la Frauenklinik de l'Inselsspital à Berne, et en tant que cheffe de clinique à l'HNE puis au CHUV.



NOUVEAU MÉDECIN-CHEF AU SERVICE DE RHUMATOLOGIE

La Dresse Laure Brulhart Bletsas a été nommée médecin-chef du service de rhumatologie. Elle entre en fonction le 1er avril. Elle est au bénéfice d'un titre de spécialiste FMH en rhumatologie. Elle a travaillé comme assistante à l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds, puis aux HUG avant de rejoindre l'Hôpital universitaire de St-Vincent en Irlande. Elle a ensuite regagné les HUG, où elle a œuvré au service de rhumatologie.

NOUVEAU CHIRURGIEN-CHEF

Le Dr Roland Chautems sera chirurgien-chef de service dès le 1er juin. Il a obtenu le titre de spécialiste FMH en chirurgie et une certification ATLS, puis un European Board of Coloproctology, suivi du titre de spécialiste en chirurgie viscérale. Après avoir occupé des postes de médecin-assistant en Suisse, aux USA et en Belgique, il a travaillé en tant que chef de clinique adjoint et chef de clinique à Payerne et aux HUG. A l'Hôpital de Soleure, il a occupé le poste de médecin adjoint, puis de médecin-chef adjoint dans le service de chirurgie viscérale, thoracique et vasculaire.



NOUVEAU MÉDECIN-CHEF DU DÉPARTEMENT DE CHIRURGIE

En novembre 2013, l'HNE accueillera le Dr Marc Worreth en tant que médecin-chef de département. Il est au bénéfice d'un titre FMH de spécialiste en chirurgie et d'une formation approfondie en chirurgie viscérale. Après un parcours de médecin assistant effectué principalement au CHUV dans plusieurs services, il a été chef de clinique adjoint dans le service de chirurgie générale du CHUV, chef de clinique dans le service de chirurgie de l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds puis au CHUV et enfin, depuis 1995, médecin-chef du service de chirurgie à l'Hôpital du Jura.

Après presque six ans à la tête du département de chirurgie de l'HNE, le P.D. Dr Rémi Schneider a souhaité se recentrer sur son activité chirurgicale à l'HNE. Il poursuit son activité à l'HNE en tant que médecin-chef de service.



CAFÉ SEXOLOGIQUE

Dans le cadre du mois du cancer du sein, un café sexologique a été organisé à l'HNE. Huit femmes, dont trois accompagnées de leur conjoint, ont participé à une rencontre autour du thème « Toucher et cancer du sein ». Ce groupe de paroles restreint a permis aux participants de partager leurs réflexions, leur vécu, leurs expériences. Quatre rencontres annuelles seront proposées sur des thèmes différents.



TRAVAUX EN PERSPECTIVE SUR LE SITE DE LA CHAUX-DE-FONDS

Le conseil d'administration de l'HNE a récemment adjugé les travaux relatifs à la construction de salles d'opération modulaires sur le site de La Chaux-de-Fonds, dont les gabarits sont aujourd'hui visibles. Il a également commandé une étude de rénovation du hall d'entrée. La réalisation de trois salles d'opération, budgétées à 5 millions de francs, débutera au printemps et se terminera au début 2014. La rénovation de l'entrée devrait être réalisée durant le premier semestre 2014.

PLAN DIRECTEUR DES TRAVAUX À CONDUIRE SUR LE SITE DE LA CHAUX-DE-FONDS

Pour offrir sur ce même site des chambres répondant aux standards actuels, tout en accueillant l'ensemble de la chirurgie stationnaire, il faudra un investissement de l'ordre de 110 à 130 millions, sur une durée estimée à 10 à 12 ans. Ces chiffres ressortent de l'étude du bureau Itten+Brechbühl. Le site de La Chaux-de-Fonds devrait compter entre 120 et 140 lits et disposer de 5 salles d'opération, contre 106 lits et 4 salles d'opération actuellement. L'étude met en outre en évidence une insuffisance de surfaces de près de 9000 m².



TRAVAUX SUR LE SITE DU VAL-DE-TRAVERS

Quelque 213'000.- francs seront investis pour améliorer le confort des patients et les fonctionnalités du site de Couvet. Deux salles à manger, l'une pour les patients, l'autre pour le personnel, ainsi qu'un salon de réception pour les familles seront créés. Des boxes de consultation et une salle d'attente seront installés dans les anciennes salles d'opération. Compte tenu de l'initiative populaire toujours pendante concernant le bloc opératoire et la maternité, les travaux seront réversibles.

PLACEBO

Après une émission consacrée au SMUR (service mobile d'urgences et réanimation), le prochain Placebo sera centré sur le projet ERAS, qui vise à une récupération rapide du patient après une opération chirurgicale.

Cette émission s'inscrit dans une série consacrée à des sujets médicaux. Elle est produite par l'Hôpital neuchâtelois et Canal Alpha.

En tout temps, vous pouvez revoir les émissions Placebo sur notre site www.h-ne.ch





Quand la ténacité porte ses fruits

Événement soudain, souvent imprévisible, l'accident vasculaire cérébral (ou AVC) peut survenir à tout âge. Il peut toucher en effet des enfants ou des jeunes adultes – heureusement rarement. Il est cependant beaucoup plus fréquent à partir de 55 ans. Cette maladie est souvent un drame pour le patient, pour sa famille et ses proches. Elle signifie aussi pour les personnes actives atteintes un arrêt brutal et prolongé, voire définitif, de leur activité professionnelle. Elle renvoie l'image d'une personne fortement handicapée, avec laquelle la communication est limitée; une personne dont l'autonomie est fortement diminuée, même pour les actes simples de la vie quotidienne.

Afin de limiter les conséquences à long terme de cette maladie, il s'agit d'intervenir très rapidement; intervention qui sera suivie d'une prise en charge pluridisciplinaire en soins aigus et d'une rééducation souvent longue. Pour ces raisons, il est extrêmement important que toutes les spécialités travaillent de concert dans une volonté commune de prise en charge. Ces différentes étapes sont développées dans ce nouveau numéro de HNE mag'; elles montrent combien nos soignants font preuve de compétences, de professionnalisme et d'empathie avec les personnes atteintes.

Et si le parcours dit hospitalier du patient s'avère relativement long, celui-ci permet au patient de retrouver, dans une grande majorité des cas, une bonne partie de ses facultés. Il n'empêche

qu'après un AVC les proches doivent faire face à une situation extrêmement difficile à vivre. L'angoisse de l'événement fait place à un sentiment de révolte et à l'incapacité de pouvoir contribuer activement à la convalescence d'un parent ou d'un conjoint. Il s'agit donc d'apprendre à être persévérant, à observer les progrès même infimes qui se manifestent tout au long d'une longue rééducation. C'est ici que la patience et la ténacité sont les meilleurs atouts pour aider un membre de sa famille à récupérer, sinon la totalité de ses capacités, au moins une grande partie.

L'Hôpital neuchâtelois déploie de gros efforts pour assurer la meilleure prise en charge possible pour cette maladie qui est la première cause d'invalidité et la troisième cause de mortalité au sein de la population. Il vient de mettre en place en étroite collaboration avec l'Hôpital de l'Île à Berne une «stroke unit» ou unité de prise en charge des patients avec un problème vasculaire cérébral. Tous les intervenants travaillent de concert pour garantir des soins de la meilleure qualité possible et pour permettre aux patients neuchâtelois de récupérer au mieux après un AVC.

Laurent Christe
Directeur général

SOMMAIRE ...

ACTUALITÉS
p02

PORTRAIT
Après deux AVC,
Rosemarie réapprend
à chanter
p04

p03
ÉDITORIAL

p08
REPORTAGE
Lors d'un AVC, les minutes
sont comptées

ÉCLAIRAGE
Une prise en charge
coordonnée, rapide
et compétente
p10

p14
ENTRETIEN
Après l'hôpital
de soins aigus

IMPRESSUM !!!

UNE PUBLICATION DE
L'HOPITAL NEUCHATELOIS
Muriel Desaulles,
Secrétaire générale

RÉDACTION
Microplume sàrl,
Marie-José Auderset,
Vucherens

GRAPHISME
additive,
Aline Jeanneret,
Saint-Blaise

PHOTOGRAPHIE
Walery Osowiecky,
Neuchâtel

TIRAGE
3000 exemplaires

IMPRESSION
Europ'Imprim Swiss,
Bevaix

De tout temps, Rosemarie Bucher a été passionnée par le chant. Elle a donné de nombreux concerts durant lesquels elle interprétait des chansons de Barbara, Piaf, Ferrat et Brel. Jusqu'au jour où elle a fait deux accidents vasculaires cérébraux. Cette passionnée de la vie a alors perdu l'usage de la parole. Mais, à force de ténacité, elle a réappris à parler, puis à chanter. En novembre 2011, elle a repris des cours de chant. Elle s'est lancé un nouveau défi: donner un concert en automne prochain.

Après deux AVC, Rosemarie a réappris à parler et à chanter

04

/ page /



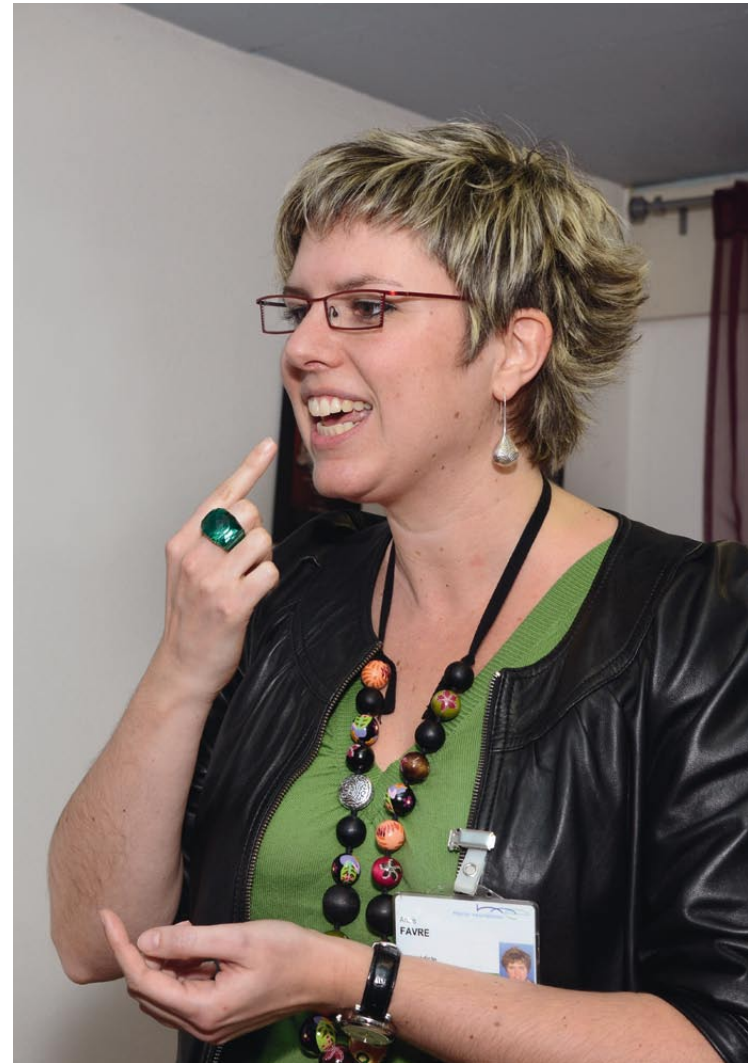
8 janvier 2011 au matin. Après une nuit de sommeil, Rosemarie Bucher se lève pour répondre au téléphone. Sa démarche est chancelante, ses pas hésitants. Elle se rend compte qu'elle n'a plus de sensibilité du côté droit. Quand elle prend le combiné dans sa main, elle ne réussit pas à prononcer le moindre mot. Seul un cri s'échappe de sa gorge. Son interlocutrice comprend que son amie a un grave problème. Elle la rejoint immédiatement, puis appelle l'ambulance.

Le diagnostic est sans appel: Rosemarie Bucher a fait un AVC. Elle ne réussit plus à marcher, ni à manger, ni à parler. Hospitalisée à Pourtalès, elle ne cesse de pleurer durant trois jours. Bouleversés, ses enfants tentent de l'apaiser. Elle sait que désormais sa vie ne sera plus comme avant. Et pourtant, après les larmes, elle s'accroche. Elle n'abandonnera pas. Elle est prête à tout mettre en œuvre pour marcher à nouveau et retrouver l'usage de la parole. Un travail de longue haleine, d'autant plus qu'elle fait un deuxième AVC le 17 mars.

A chacune de ses visites quotidiennes, sa fille Dominique tente de communiquer avec sa maman. Elle a l'idée d'acheter un écran magique, un jouet utilisé d'ordinaire par les enfants. Dominique lui pose oralement des questions simples et ciblées, sa maman lui répond avec le stylet par des mots-clés. La belle complicité entre les deux femmes permet peu à peu à Rosemarie de se faire comprendre. Mais, dans sa tête, elle se répète inlassablement: « Il faut absolument que j'arrive à parler. »

« Madame Bucher souffrait d'une aphasie sévère, qui a débuté par une incapacité complète à s'exprimer, explique la logopédiste Anaïs Favre. A cela s'ajoutaient une difficulté à réaliser sur commande des mouvements avec la bouche et la langue. » Rosemarie Bucher se souvient: « Je ne réussissais pas à bouger ma langue dans la bouche, elle était complètement paralysée, se souvient-elle. La première étape a donc été de retrouver la mobilité de ma langue. J'ai commencé par faire des exercices de gymnastique faciale quotidiens: apprendre à déglutir, à tirer la langue, à la déplacer dans la bouche. Tous mes mouvements étaient d'abord presque imperceptibles. Ce n'était pas évident du tout. Mais j'avais confiance en cette jeune logopédiste qui me guidait dans mon apprentissage ». C'est ainsi que Mme Bucher a réappris la chorégraphie de chaque son, de la simple voyelle à l'enchaînement plus complexe de consonnes. Polyglotte, Rosemarie doit choisir la langue dans laquelle elle veut travailler. Elle opte pour le français qu'elle pratique avec sa famille et son entourage. « Au début, je balbutiais des sons, tout simplement. Mon apprentissage s'est fait syllabe par syllabe. C'était très dur. » Le travail était intensif, répétitif, et les progrès étaient évidents.





Dominique se souvient d'une étape émouvante dans le réapprentissage de la parole : « C'était l'époque où maman ne réussissait encore qu'à dire « beuh » et « non ». Nous regardions ensemble, dans sa chambre d'hôpital, une descente de coupe du monde à la télévision. Elle est fan de Didier Cuche. Quand il est descendu, elle a crié « Cuche » ! Ça a été son premier mot. Peu à peu, beaucoup d'autres ont suivi. » Puis Rosemarie doit réapprendre à téléphoner, à compter, à écrire, à lire, à utiliser les appareils ménagers. Pour chaque activité, elle doit repartir de zéro.

Après son hospitalisation en soins aigus, Rosemarie est transférée au MPR, service médecine physique et réadaptation du Val-de-Ruz. Sa journée est rythmée par le travail logopédique, les séances de physiothérapie et d'ergothérapie. Elle réapprend à se mouvoir, à marcher, à se réapproprier le côté droit, à retrouver un bon équilibre. Les professionnels l'accompagnent quotidiennement dans son évolution. Mais pour Rosemarie, cela ne suffit pas. Elle s'exerce aussi toute seule, huit heures par jour. Quand quelque chose n'est pas clair pour elle, et si les professionnels ne sont pas immédiatement accessibles, elle en discute avec sa fille. Elle est tellement motivée qu'elle réclame fréquemment de nouveaux exercices. Et elle les accomplit ponctuellement, sans jamais se décourager.

Des moments de doute, elle en a cependant. Pour préparer son retour à domicile, les soignants lui proposent de rentrer à la maison pour le week-end. A son arrivée, elle s'assied à l'entrée et se sent submergée. « Dans la chambre d'hôpital, tout était simple, explique-t-elle. En arrivant à la maison, j'ai eu l'impression que tout était trop compliqué pour moi. J'avais la tête qui tournait. Je me sentais mal. Heureusement, ma fille est restée avec moi. Il m'a fallu rentrer plusieurs week-ends à la maison avant que mes craintes disparaissent et que je reprenne confiance. »

L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

L'AVC se manifeste dans 80 % des cas par l'obstruction d'un vaisseau sanguin dans le cerveau et dans 20 % des cas par une hémorragie cérébrale. Les conséquences sont graves. L'AVC est la cause la plus fréquente de handicaps à l'âge adulte. Plus de la moitié des patients restent handicapés, dont 20 % gravement. Il constitue aussi la troisième cause de décès après les maladies cardiovasculaires et les cancers. Une personne sur cinq (20 à 30 %) meurt dans l'année qui suit l'accident.

Rosemarie marche à nouveau sans cannes. Ses propos sont de plus en plus fluides. Elle se lance alors un nouveau défi: recommencer à interpréter des chansons à textes. Quand elle était plus jeune, elle aimait se retrouver seule sur scène en concert et chanter Barbara, Piaf, Brel, Ferrat. Elle reprend des cours à l'école de chant Tiffen à Neuchâtel. Pour commencer, elle choisit une chanson simple, lente, dont les paroles sont faciles à prononcer. Une chanson où la lettre « r » ne tient pas un rôle essentiel: « Laisse-moi t'aimer » de Mike Brant. Progressivement, elle peut revenir à ses premières amours: « 25, rue de la Grange aux loups », « Ma plus belle histoire d'amour », « Non, je ne regrette rien ». Anaïs Favre, la logopédiste, la soutient et l'aide à prononcer certains passages difficiles. En novembre dernier, elle a déjà pu faire un mini-concert de trente minutes qu'elle a enregistré pour ses enfants. Actuellement, elle prépare un concert qu'elle aimerait donner en automne prochain. « Autrefois, je chantais durant une heure et demie par cœur. Cette fois-ci, je chanterai en lisant les paroles. Et puis, j'ai encore un peu de peine à prononcer certains mots, mais je progresse régulièrement et je serai prête pour mon concert. Je suis impatiente d'être sur scène et de pouvoir partager ma passion avec les autres. »

A l'entendre s'exercer aujourd'hui, on peut être sûr que le jour venu l'assemblée vivra un moment d'une incroyable intensité.



CONTACT / INFOS / ABONNEMENT ...



Téléchargez les premiers numéros de HNE mag' sur notre site internet
www.h-ne.ch > communication/médias > publications > HNE Mag

Notre journal, votre journal

Vous aimeriez réagir à un article, vous avez une information qui peut intéresser les lecteurs, vous aimeriez que la rédaction traite d'un sujet particulier...

N'hésitez pas à en faire part à Muriel Desaulles à l'adresse suivante:

hne.mag@h-ne.ch ou HNE, Direction générale, Chasseral 20, 2300 La Chaux-de-Fonds.

Ce journal paraît trois fois par année. Il est à votre disposition dans le hall d'entrée des 7 sites de l'HNE, dans les salles d'attente, dans les cabinets médicaux et sur notre site internet, à l'adresse suivante: <http://www.h-ne.ch>

RECEVOIR HNE mag'. Si vous désirez recevoir HNE mag' personnellement, contactez-nous: HNE, Direction générale, Chasseral 20, 2300 La Chaux-de-Fonds, 032 967 24 08, hne.mag@h-ne.ch

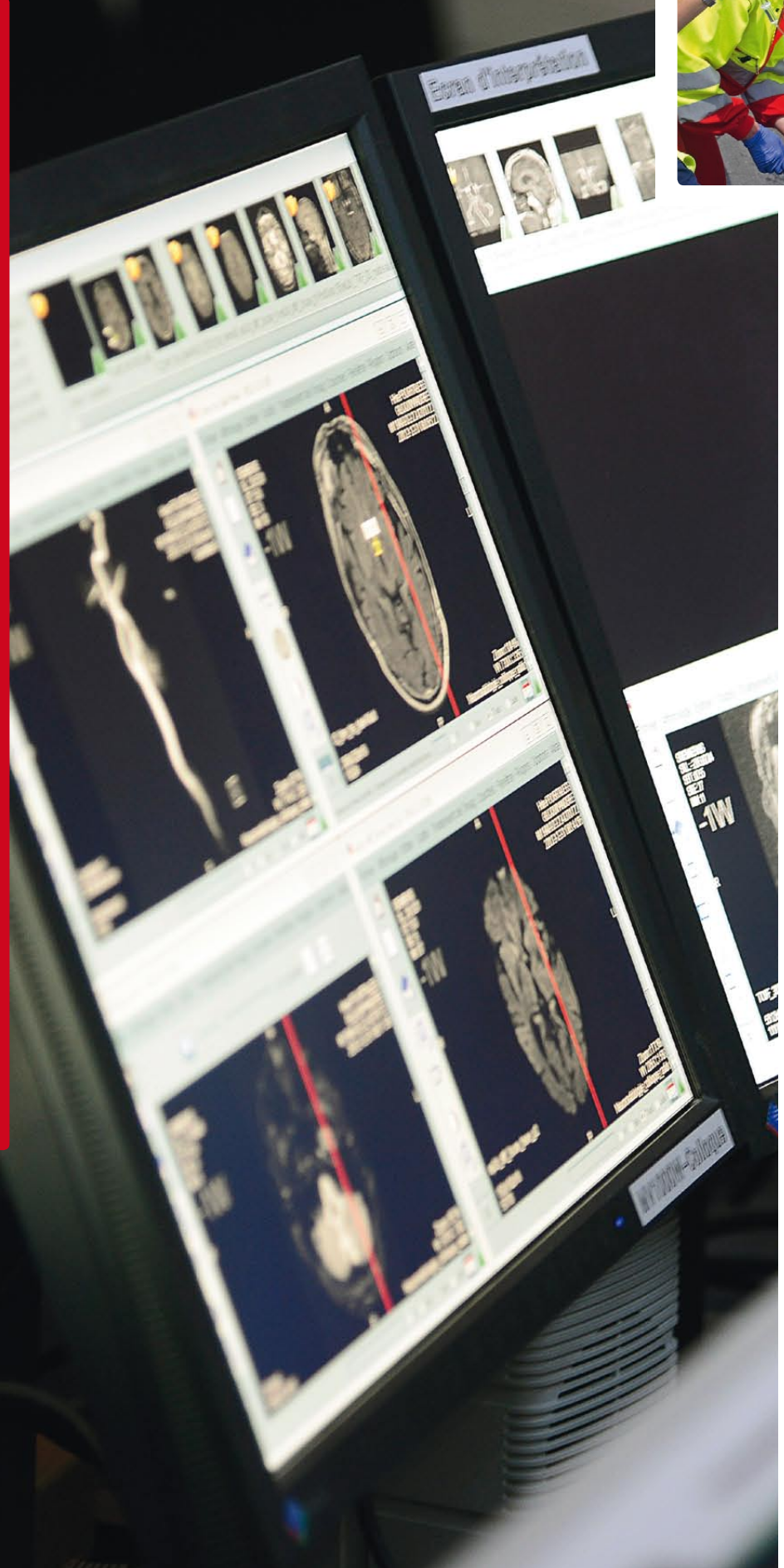
COMMENT DÉTECTER UN AVC ?

Un certain nombre de symptômes sont des signes annonciateurs d'un AVC. Ils sont identifiables, même par un non-médecin. Dès leur apparition, il est essentiel d'appeler immédiatement le 144. En effet, quelle qu'en soit la gravité, tout accident vasculaire aigu nécessite une prise en charge en urgence par une équipe spécialisée. De plus, les traitements qui visent à dissoudre le caillot bloquant l'artère sont efficaces dans les 6 heures qui suivent l'accident.

Voici les principaux symptômes :

- Faiblesse, perte sensorielle ou paralysie soudaine du visage, du bras ou de la jambe, sur un seul côté ou sur les deux.
- Perte partielle ou totale de vision uni- ou bilatérale ainsi que vision double ou floue.
- Difficulté de langage ou de compréhension.
- Maux de tête sévères, soudains et inhabituels.
- Perte de l'équilibre, difficulté de coordination des mouvements, instabilité de la marche ou chutes inexplicables.
- Sensation de vertiges.

Pour améliorer le pronostic des patients, l'unité cérébrovasculaire de l'HNE souhaite sensibiliser la population, l'inciter à réagir rapidement lors de l'apparition de ce genre de symptômes. Trop souvent, les patients attendent de voir comment ils évoluent avant d'appeler les secours. « En cas d'AVC, chaque minute compte, souligne la Doctresse Susanne Renaud, cheffe de l'unité cérébrovasculaire de l'HNE. Avec une bonne et rapide prise en charge, nous pouvons réduire le risque de séquelles importantes ou de mortalité. »





Lors d'un AVC, les minutes sont comptées

Un homme revient du jardin. Il peine à ouvrir la porte d'entrée. Désorienté et déséquilibré, il s'assied tant bien que mal dans le corridor. Sa femme comprend que la situation est grave. Elle appelle immédiatement le numéro d'urgence 144. Le répondant pose une série de questions ciblées qui lui permettent de suspecter un AVC. Les minutes sont comptées. L'ambulance et le SMUR – un médecin accompagné d'un infirmier – se rendent sur les lieux et font un rapide examen neurologique. « A notre arrivée, se souvient l'ambulancier Christophe Gillibert, il n'arrivait plus à serrer la main, ni à bouger la jambe. Il avait une hémiplégie. Le diagnostic d'une attaque vasculaire cérébrale se renforçait. » Le médecin du SMUR prévient alors l'hôpital de l'arrivée d'un patient atteint d'un AVC. Il déclenche ainsi la « filière neurologique » à l'hôpital. Celle-ci se prépare immédiatement à intervenir. « C'est une course contre la montre, explique Walter Hanhart, médecin-chef du service des urgences extra-hospitalières. Chaque minute qui passe, de nouvelles cellules du cerveau sont détruites. A l'hôpital, les soignants de plusieurs services, impliqués dans la prise en charge du patient, s'organisent pour être disponibles immédiatement en temps voulu. Une salle d'urgence et un scanner sont prêts à être utilisés. »

Dans l'ambulance qui l'amène à l'Hôpital neuchâtelois, le patient est en position semi-assise pour limiter la pression intracrânienne. Le temps de stabiliser le patient, de contrôler la pression artérielle, de poser une perfusion et le voilà déjà arrivé aux urgences. Sur place, après les transmissions des informations sur la prise en charge pré-hospitalière, le neurologue, le médecin des urgences et une infirmière prennent immédiatement le relais dans la salle d'urgence. Chacun sait ce qu'il doit faire. Il n'y a aucune perte de temps. Le neurologue pratique un nouvel examen: il pose des questions au patient, lui demande de faire certains mouvements, teste sa force et sa sensibilité du côté droit et du côté gauche. Cette étape est essentielle pour confirmer cliniquement le diagnostic et évaluer la gravité de l'attaque cérébrale. Parallèlement, des examens sanguins sont effectués, un électrocardiogramme et une discussion avec la famille donnent une vision plus complète de la situation.

Le patient est ensuite emmené rapidement dans le service de radiologie pour un scanner. Avant de décider du traitement, les médecins doivent savoir si un caillot obstrue un vaisseau sanguin

ou s'il s'agit d'une hémorragie cérébrale. Le radiologue cherche les lésions sur les images. Comme le patient a des troubles de la parole et que son côté droit est paralysé, c'est le côté gauche du cerveau qui est touché.

Le radiologue, le neurologue et l'urgentiste regardent rapidement les images et les interprètent: c'est l'artère carotide qui est bouchée à gauche. La situation permet de pratiquer une thrombolyse, en d'autres termes d'administrer par voie veineuse un médicament qui dissout chimiquement le caillot. Cet acte médical, très efficace, n'est possible que lorsque le vaisseau sanguin est bouché depuis moins de quatre heures trente. Les infirmières commencent l'injection. La situation est sous contrôle. Le temps n'est plus compté. Le radiologue et le neurologue prennent le temps d'affiner l'analyse des images. L'équipe des soins intensifs emmène le patient, alors que la thrombolyse se poursuit. Durant deux jours, le malade sera installé dans un des trois lits monitorisés des soins intensifs réservés prioritairement aux AVC. L'équipe pluridisciplinaire suivra régulièrement l'évolution neurologique du patient, réévaluera les déficits, estimera ce qui s'est amélioré et ce qui s'est péjoré. Elle surveillera également ses paramètres biologiques. Dès que son état sera suffisamment stable, il sera transféré dans un des lits dédiés aux AVC dans le service de neurologie.

LE MEILLEUR TRAITEMENT À TOUT ÂGE

Des études montrent que les patients âgés, eux aussi, profitent de la prise en charge réalisée dans une unité cérébro-vasculaire. « C'est un non-sens d'affirmer qu'à partir de 80 ans par exemple, les traitements contre l'AVC n'en valent pas la peine, souligne la Dresse Susanne Renaud. Une personne de cet âge peut encore avoir un bon potentiel de récupération. Elle peut donc être thrombolysée. Nous luttons contre toutes sortes de généralisations et d'exclusions. Nous souhaitons convaincre les patients et les médecins que la limite d'âge est arbitraire et qu'elle n'est pas déterminante en soi. L'âge biologique et les comorbidités jouent un rôle important. »

Une prise en charge coordonnée, rapide et compétente

L'Hôpital neuchâtelois vient de créer une unité spécialisée dans la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux. Depuis janvier, elle accueille 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 les patients qui présentent des symptômes d'AVC. L'unité est installée à Pourtalès, mais si un patient a un AVC qui nécessite une thrombolyse, il est amené à l'hôpital de soins aigus le plus proche pour ne pas perdre de temps. Il sera ensuite transféré à l'unité cérébrovasculaire.

Lors de chaque intervention, l'équipe pluridisciplinaire établit un diagnostic précis et rapide, puis assure des soins spécialisés dans les meilleurs délais. Cette innovation est essentielle. En effet, plus les traitements sont administrés rapidement, meilleures sont les chances de survie; quant aux séquelles, elles sont souvent moins sévères et moins fréquentes; ainsi le retour à une certaine autonomie est grandement favorisé.

GAGNER DES MINUTES PRÉCIEUSES

Depuis son engagement à l'HNE en 2010, la Docteusesse Susanne Renaud, médecin-chef de service de neurologie de l'HNE et responsable de l'unité cérébrovasculaire, a œuvré pour créer cette unité. « Auparavant, une grande partie des patients atteints d'AVC aigus étaient amenés au CHUV ou à l'Hôpital de l'Ile. Les minutes utilisées pour le transport et la logistique sont précieuses. Je suis convaincue que notre hôpital a un rôle important à jouer, puisqu'il permet un gain de temps. Avec cette unité, nous avons voulu offrir une prise en charge rapide, coordonnée et compétente. Ainsi, parmi les 300 à 400 patients atteints d'un AVC dans le canton chaque année, nous estimons pouvoir traiter à Pourtalès entre 80 et 90 % d'entre eux. Seuls ceux qui ont besoin d'un traitement hautement spécialisé seront acheminés vers Berne. »

METTRE DES COMPÉTENCES EN COMMUN

« Regrouper toute une équipe spécialisée autour du patient et autour d'une pathologie améliore grandement le devenir du malade, constate Philippe Olivier, médecin adjoint au service de neurologie. Le pronostic du handicap et de la survie est meilleur comparé à une prise en charge dans un service de médecine générale. Dans l'unité, les smuristes, urgentistes, intensivistes, neurologues, internistes, neuropsychologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes, logopédistes, infirmiers, ont été formés et entraînés. Ils mettent leurs compétences en commun. Ils assurent ainsi une prise en charge globale et unifiée qui commence lors de l'intervention du SMUR, se poursuit aux urgences, aux soins intensifs, en neurologie, puis en réadaptation et en suivi ambulatoire. »

INCITER CHACUN À L'ACTION RAPIDE

En arrivant au plus vite à l'hôpital, les patients ont de meilleures chances de récupération. Parmi ceux-ci, quelque 10 % profiteront d'une thrombolyse intraveineuse. Il s'agit de l'injection d'un médicament qui dissout le caillot de sang obstruant le flux sanguin dans une région du cerveau. Ce traitement peut être des plus bénéfiques, quel que soit l'âge du patient. Mais il n'est possible que dans certains cas, notamment s'il n'y a pas

d'hémorragie cérébrale et si l'AVC s'est produit au plus tard dans les quatre heures et demie qui précèdent. Dans d'autres cas, ils peuvent être transférés à l'Hôpital de l'Ile à Berne pour avoir une thrombolyse intra-artérielle. Là aussi, le temps est compté, puisque cette intervention doit être faite dans les 6 heures qui suivent le déclenchement de l'AVC. »

ASSURER UNE SURVEILLANCE SUR LE PLAN VITAL ET NEUROLOGIQUE

En quittant le service des urgences, la grande majorité des patients atteints d'un AVC sont admis aux soins intensifs. C'est une phase très active de surveillance rapprochée et, selon les cas, d'investigations. Bien que la plupart du temps les patients soient stables sur le plan vital, certains font des complications en lien avec d'autres organes, essentiellement au niveau respiratoire ou cardiaque. Si le patient a été thrombolysé, le risque de saignement doit être particulièrement pris au sérieux. Quant aux troubles de la déglutition, ils représentent souvent une des complications importantes associées à l'AVC. « Lorsque l'état de vigilance n'est pas bon et que le patient présente des troubles de la déglutition, il peut être nécessaire de sécuriser ses voies aériennes, en d'autres termes de l'intuber et de l'assister pour la respiration », constate Régula Zürcher Zenklusen, médecin-chef des soins intensifs. Si la situation neurologique s'aggrave, le personnel infirmier appelle un médecin du service des soins intensifs qui informe un neurologue. La concertation entre l'équipe médicale et soignante des soins intensifs et ces spécialistes est essentielle. En fait, c'est tout au long de la journée qu'il y a des échanges étroits entre le service de neurologie et les soins intensifs. »

COMMENCER LA RÉADAPTATION LE PLUS RAPIDEMENT POSSIBLE

Lors d'un AVC, les tissus ne reçoivent plus assez d'oxygène et se nécrosent; ils ne peuvent se reformer. En revanche, la zone autour de la lésion est certes atteinte, mais les cellules ne sont pas détruites et une récupération partielle est possible. Mieux encore, les zones proches qui n'ont pas été touchées peuvent reprendre certaines des fonctions qui se trouvaient dans



les tissus nécrosés. « Si on réussit à stimuler très rapidement ces zones périphériques, de nouvelles connections peuvent s'établir, explique Davide Poggia, médecin adjoint dans le service de neurologie, qui assure le lien entre les soins aigus et le MPR/CTR du Val-de-Ruz pour l'HNE. Ces nouvelles connexions permettent à la personne touchée de retrouver tout ou partie des facultés atteintes. Or, on le sait aujourd'hui, la récupération est généralement meilleure si la rééducation est initiée dans la période qui suit immédiatement l'accident. C'est pour cette raison qu'il est nécessaire de commencer dans les meilleurs délais la mobilisation physiothérapeutique et ergothérapeutique. »

AMÉLIORER SES CAPACITÉS D'AGIR

Le travail des physiothérapeutes, ergothérapeutes, logopédistes et neuropsychologues commence par un bilan des capacités fonctionnelles et cognitives du patient, ainsi que par une évaluation de ses habitudes de vie. Ils doivent savoir ce qui est atteint, mais aussi ce qui est préservé, afin d'organiser une prise en charge à la fois personnalisée et réaliste. Cette étape permet aux professionnels de fixer avec le patient des objectifs qui tiennent compte de l'atteinte mais aussi du projet pour la suite. Par exemple, pour un patient qui ne réussit pas à se tenir assis, les thérapeutes travaillent sur les différentes composantes qui permettent de maintenir l'équilibre assis. Ils proposent des exercices qui tonifient les muscles de son dos et de son ventre, et lui donnent des points de repère pour se tenir droit. L'objectif est de lui permettre de tenir son équilibre assis, afin qu'il puisse fonctionner dans la vie quotidienne. Pour manger par exemple, s'il ne peut pas se tenir assis, il ne pourra pas utiliser ses membres supérieurs efficacement.

VALORISER SES CAPACITÉS

« En face d'un patient atteint d'un AVC, les gens ont souvent tendance à remarquer en premier ses déficits, ses difficultés, remarque Guillaume Jobin, physiothérapeute responsable adjoint. De notre côté, nous nous attachons avant tout à valoriser ses capacités, que ce soit sa mémoire, ses mouvements, ses fonctions. C'est comme si un ouragan avait dévasté une maison. Si le plancher et un mur sont encore solides, il sera possible de s'appuyer sur ces éléments pour la reconstruction de l'ensemble. De la même manière, nous essayons de mettre en évidence ce qui fonctionne bien chez le patient pour favoriser sa récupération. Mais il est parfois tellement affecté qu'il n'arrive pas à prendre conscience de ses capacités. Par contre, dès le moment où il commence à accepter ses difficultés actuelles et où il porte son attention sur ce qu'il parvient à faire, il peut prendre une place active dans sa thérapie, au sein de l'équipe qu'il forme avec les soignants qui l'entourent ».

TRAVAILLER PROGRESSIVEMENT

Le physiothérapeute intervient dès les premiers jours, même avant que le patient puisse se lever. Avec l'ergothérapeute, il positionne les membres du malade passivement, afin d'éviter des enraidissements ou des blessures liées à son immobilité. Parallèlement, il débute la rééducation fonctionnelle qui servira au patient à réapprendre peu à peu à se mouvoir. Si le patient est paralysé d'un côté, il peut arriver qu'il n'ait plus de motricité, ni aucune sensibilité, ni aucune perception corporelle. Le physiothérapeute lui propose alors différents exercices pour tenter de lui redonner des informations sensibles. Par exemple, lui faire ressentir la verticalité, le fait de se tenir droit, ou encore lui faire prendre conscience d'un membre paralysé. En effet, quand une personne recommence à se mouvoir alors qu'elle n'est pas attentive à l'un de ses bras, elle risque d'être déséquilibrée ou de se taper. L'objectif est d'empêcher le patient de négliger la partie du corps dont il a perdu la conscience.

RÉAPPRENDRE CERTAINES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES

L'ergothérapeute confectionne sur mesure des orthèses et des adaptations, telles que des coussins pour caler la tête, un casque pour la protéger, une orthèse pour maintenir un membre dans une certaine position. Rapidement, il propose au patient des activités liées au quotidien et qui ont du sens pour lui: faire sa toilette, s'habiller, faire la cuisine, et ceci même s'il a besoin d'une aide importante. Ces activités visent à intégrer rapidement les membres atteints et ainsi favoriser la récupération. L'objectif est évidemment que le patient retrouve le maximum d'autonomie dans son quotidien: « Il est nécessaire de créer un lien thérapeutique avec le patient, explique Céline Holzer, ergothérapeute-chef adjointe. C'est important qu'il ait confiance en nous, qu'il soit à l'aise pour participer activement à des activités, des exercices qui n'ont pas toujours de sens pour lui. Il doit faire des efforts alors qu'il est peut-être fatigué ou déprimé. En tant que thérapeutes, nous devons le motiver sans l'épuiser. Nous devons jongler entre les objectifs du traitement, les besoins et les possibilités effectives du patient. Nous devons être attentifs au verbal et au non verbal et nous adapter en permanence. »

AMÉLIORER LA PLASTICITÉ DU CERVEAU

Le patient peut aussi avoir des troubles de la mémoire, des difficultés de concentration, des problèmes d'orientation dans l'espace ou une non-conscience du handicap. Il n'arrive peut-être plus à s'exprimer, à compter ou à raisonner. Pour faire face à ces limitations, le neuropsychologue cherche à préciser l'étendue des pertes et à déterminer ce qui a été préservé. Lorsqu'une personne a perdu la mémoire par exemple, il se base sur les systèmes mnésiques préservés pour l'aider à apprendre de nouvelles choses. Il peut parfois travailler également de façon plus ciblée, par exemple en favorisant le réapprentissage des noms des membres de la famille. Une acquisition importante pour la qualité de vie. Le neuropsychologue focalise son attention sur le lien entre le cerveau et le comportement. Il va chercher à améliorer les fonctions cérébrales de son patient par des méthodes un peu techniques mais efficaces: dans le meilleur des cas, il s'agit d'amener à la récupération de la fonction. Lorsque la récupération complète n'est pas possible, il s'agit d'utiliser les fonctions préservées pour obtenir le même résultat qu'avec la fonction déficitaire. Dans les faits, cela consiste en général à faire travailler le patient dans une tâche dont les exigences et le niveau de difficulté sont strictement contrôlés et constamment adaptés par le thérapeute.

D'autres professionnels favorisent la réadaptation du patient dès les premiers jours. La logopédiste intervient lorsqu'une personne a des troubles du langage. Les problèmes de déglutition sont pris en charge conjointement par la logopédiste et l'ergothérapeute. La diététicienne propose des repas adaptés aux difficultés de déglutition, avec des préparations et des textures liquides ou pâteuses.

SE CONCERTER ET S'ADAPTER À LA SITUATION

Cette prise en charge multidisciplinaire exige de tous les intervenants une concertation régulière. Plusieurs séances

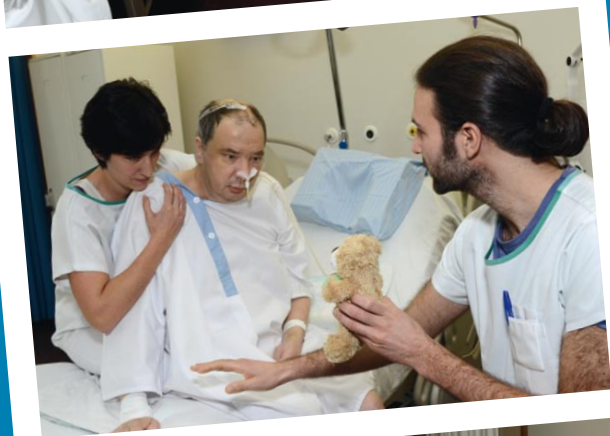
hebdomadaires permettent aux uns et aux autres d'interagir: discussion sur la base des images radiologiques, grande visite des patients avec les professionnels impliqués, réflexion sur l'orientation et la planification des patients. « Autant d'occasions d'échanger nos informations, d'évoquer les difficultés rencontrées, de partager nos interrogations et de planifier la suite, relève le Dr Julien Morier, neurologue et chef de clinique. L'interdisciplinarité est d'autant plus importante que des aspects liés aux soins, à la famille du patient, à son environnement viennent parfois s'imbriquer dans les difficultés neurologiques. Il arrive ainsi que les orientations envisagées pour le patient évoluent en tenant compte de ces paramètres. » Ces discussions permettent aux différents intervenants d'avoir des objectifs communs. Elles orientent également le travail spécifique à chaque profession.

SE FORMER POUR AFFINER SA PRATIQUE

Grâce à l'ouverture de l'unité cérébrovasculaire, de nombreux intervenants chargés de suivre des patients atteints d'un AVC ont suivi des formations pour faciliter le contact et la prise en charge de ces personnes. Ils ont pu se familiariser avec ce genre de problématiques et affiner leurs pratiques. Comment communiquer avec des patients aphasiques, qui ont perdu totalement ou partiellement la fonction de la parole ou du langage ? Comment se comporter avec des personnes victimes de lésions dans la partie (hémisphère) droite du cerveau ? Comment prendre en compte et s'adapter au mieux aux difficultés importantes qu'elles ont à se représenter l'espace autour d'elles et à interagir avec le monde environnant ? Comment favoriser les stimulations des fonctions cérébrales ? De telles formations sont importantes pour faciliter le travail quotidien. Le Dr Vincent Verdon, neuropsychologue et responsable de l'unité de neuropsychologie-logopédie de l'HNE qui fait partie du service de neurologie, a animé plusieurs sessions pour les soignants. Il est convaincu qu'une meilleure connaissance des effets de la maladie permet d'être plus adéquat. « Un exemple: un patient avec une atteinte du côté droit souffre d'une hémiparésie. Cette pathologie l'empêche de tenir compte de tout ce qui se passe sur son côté gauche. Dès lors, même en l'absence de trouble du langage, il ne va pas prendre en considération l'infirmier qui vient lui parler en se plaçant du mauvais côté. Cette difficulté de communication peut être perturbante pour le patient et pour le soignant et empêcher la création du lien thérapeutique. De plus, l'infirmier aura aussi pour tâche de favoriser une nouvelle conscience de ce côté gauche. »

RÉFLÉCHIR À SA PRATIQUE

D'autres formations ont permis aux uns et aux autres de réfléchir à leur pratique, aux processus et aux protocoles de prise en charge. Des guides des bonnes pratiques ont été créés. Ils favorisent le partage des connaissances, permettent de généraliser des techniques et des méthodes qui ont fait leurs preuves et d'avoir un langage commun. « L'objectif est que chaque professionnel se sente intégré et puisse adhérer à ce projet, affirme Marie-Laure Jacquot-Peugeot, infirmière-chef de service en médecine. Car la création de cette unité implique un changement de pratiques et d'organisation.



La coordination devient essentielle. L'important est que chacun sache ce qu'il doit faire à chaque étape, qu'il puisse prendre les bonnes décisions le plus vite possible. Avant, nous fonctionnions déjà ensemble, c'est sûr, mais désormais nous travaillons de façon conjointe, coordonnée et pluridisciplinaire. »

S'ADAPTER À L'ÉVOLUTION DE CHAQUE PATIENT

Une fois que les patients sont stabilisés, ils quittent les soins intensifs et sont accueillis dans le service de neurologie. A leur arrivée, certains ont déjà récupéré une partie importante de leurs fonctions. « Cette manière de travailler est d'une grande efficacité, constate Claire Bourdon, infirmière-chef de l'unité de soins. Un patient peut arriver aux urgences en étant hémiparétique. Après les soins et thérapies des premiers jours, il peut déjà avoir récupéré l'essentiel lorsqu'il est transféré en neurologie. Il n'a peut-être plus qu'un problème de motricité fine de la main. C'est magnifique. S'il n'avait pas pu profiter de cette prise en charge, il aurait probablement encore de graves séquelles ».

D'autres patients cependant auront encore besoin d'une importante prise en charge. Tous les intervenants gravitent alors autour d'eux pour assurer une surveillance optimale, poursuivre les investigations, diminuer le risque de récurrence, donner des soins, assurer la toilette et les repas. Dans ce genre de situation, l'infirmière de l'unité joue un rôle central de coordination et de mise en pratique des différents protocoles instaurés, en collaboration avec les équipes pluridisciplinaires.

C'est aussi le moment où il faut rassurer le patient et sa famille. Durant cette période de crise, ils ont souvent des phases de découragement, voire de dépression. Les intervenants sont attentifs à les accompagner et à les soutenir. Ils guident le patient afin qu'il réussisse à entrer dans la thérapie pour favoriser ainsi la récupération.

PRÉPARER LA SORTIE DE L'UNITÉ CÉRÉBROVASCULAIRE

Au début, les neurologues ne peuvent pas encore se prononcer d'une manière fiable sur le handicap qui subsistera à long terme. Ceci ne sera pas possible avant environ 3 mois. Cependant, les différents professionnels ont déjà commencé la neuroréadaptation précoce. Ils décident où le patient doit être aiguillé pour poursuivre sa réadaptation à la sortie de l'hôpital. La plupart continue la prise en charge au MPR (médecine physique et réadaptation) du Val-de-Ruz, en particulier s'ils sont capables de poursuivre un programme de réadaptation soutenu. D'autres sont orientés vers un centre de traitement et de réadaptation (CTR) au Val-de-Ruz, au Locle ou à Couvet en fonction de leur handicap et de leurs comorbidités. D'autres encore rentrent directement chez eux.

Le Dr Davide Poglià fait le lien entre l'hôpital de soins aigus, la rééducation au Val-de-Ruz et le retour à domicile. De plus, il assure une consultation ambulatoire. Dans ce cadre, il organise une évaluation pour mettre un point final au traitement aigu, faire le bilan des gains et des pertes et vérifier que les traitements sont adaptés.



Au MPR du Val-de-Ruz

Après l'hôpital de soins aigus

ORGANISER LA RÉADAPTATION

Les patients qui séjournent au Centre de médecine physique et réadaptation à l'HNE - Val-de-Ruz ont des journées bien remplies: deux séances individuelles d'une demi-heure de physiothérapie, une séance d'ergothérapie et si nécessaire une séance de logopédie ou de neuropsychologie. Ils ont également la possibilité de participer à des groupes de fitness ou de piscine.

S'ADAPTER À CHAQUE PATIENT

Certains malades sont complètement dépendants, avec une hémiplégie et des difficultés d'expression et de compréhension. D'autres vont bien du point de vue physique et moteur, mais ont des atteintes neuropsychologiques. D'autres encore peuvent avoir des atteintes motrices uniquement. « Chaque personne évolue différemment, constate Dr Michel Hunkeler, médecin-chef du service médecine physique et réadaptation (MPR). Certains facteurs de risque peuvent nous donner des indications quant aux possibilités de récupération: l'âge du patient, ses autres problèmes de santé (cardiaque, pulmonaires,...), son état de santé. Mais les surprises ne sont pas rares. Nous avons eu un patient qui a recommencé à pouvoir faire quelques pas seul après deux ans. »

LUTTER CONTRE LA RIGIDITÉ CORPORELLE

Une des difficultés qui apparaît souvent tient à la contracture d'un muscle paralysé qui peut découler d'un AVC. Celle-ci entraîne une réduction de la motricité, un tremblement responsable d'un trouble de l'équilibre et une hyperactivité musculaire. Cette dernière provoque une contraction involontaire des muscles qui activent une articulation, ainsi que des rétractions tendineuses et surtout des douleurs. Cette problématique est prise en charge par les physiothérapeutes et les ergothérapeutes. Dans certaines conditions, explique le Dr François Ochsner, neurologue, médecin-chef de service de neurorééducation à l'HNE, des injections de toxine botulique (Botox) peuvent améliorer la fonction d'un membre paralysé. Des corrections chirurgicales, comme un allongement d'un tendon d'Achille ou des tendons fléchisseurs des doigts peuvent s'avérer nécessaires. »

SUIVRE DES OBJECTIFS COMMUNS

Les intervenants travaillent avec des objectifs communs à court et à long terme, chacun avec son approche. Pour un patient qui retournera à la maison, l'objectif à long terme est qu'il soit le plus autonome possible, par exemple qu'il puisse monter et descendre les escaliers, manger et se laver seul. L'infirmière peut par exemple l'aider à retrouver l'équilibre en position debout (court terme); lorsqu'elle l'accompagne pour sa toilette, elle peut l'inciter à rester un moment debout sans se tenir au lavabo. De son côté, la physiothérapeute travaille l'équilibre avec des exercices, tandis que l'ergothérapeute lui propose peut-être de faire la cuisine, activité qui lui permet de tenir en position debout.

PRÉPARER LEUR AUTONOMIE

Les patients sont accueillis pour une durée de quinze jours à quatre ou cinq mois. Quand ils sortent du MPR, ils n'ont pas tout récupéré. L'objectif est de les amener à une autonomie suffisante pour pouvoir être indépendants. S'ils peuvent rentrer à la maison, une prise en charge ambulatoire est organisée avec les soins à domicile et des professionnels installés en cabinet comme le physiothérapeute, l'ergothérapeute, le logopédiste, le neuropsychologue.

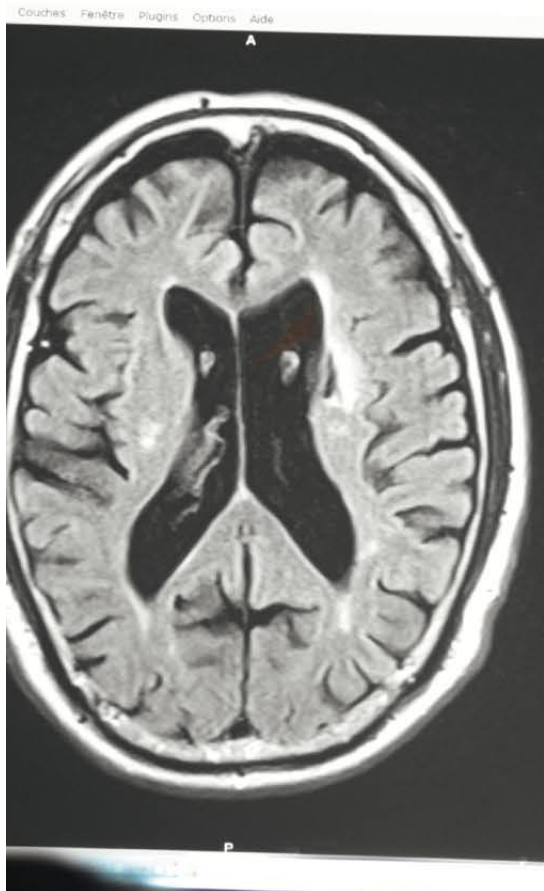


UN PROJET NATIONAL

La Suisse veut améliorer la prise en charge des patients affectés par un accident vasculaire cérébral. Huit centres hospitaliers (Genève, Lausanne, Berne, Bâle, Zurich, St-Gall, Aarau et Lugano) assureront les traitements hautement spécialisés. Ils garantiront la formation de base et postgraduée et mèneront des recherches dans ce domaine. Ils travailleront en réseau avec des unités cérébrovasculaires de différents hôpitaux régionaux. Ces unités seront accréditées définitivement cette année encore. L'Hôpital neuchâtelois s'est mis sur les rangs pour devenir l'une de ces unités régionales. C'est dans cette optique qu'il a créé son unité spécialisée dans la prise en charge des AVC.

L'unité cérébrovasculaire de l'Hôpital neuchâtelois travaille désormais étroitement avec le département de neurologie de l'Hôpital de l'Île à Berne. Ce dernier assure la prise en charge des cas complexes. De plus, grâce aux transmissions électroniques des images radiologiques et à la disponibilité de spécialistes des AVC, des discussions de cas complexes peuvent être organisées entre Berne et Neuchâtel et des transferts de patients vers l'Hôpital de l'Île peuvent être réalisés en cas de besoin.

Une collaboration avec le CHUV s'est également installée.



L'Hôpital neuchâtelois vient de créer une unité spécialisée dans la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux. Elle accueille 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 les patients qui présentent des symptômes d'AVC.

A l'arrivée des ambulanciers, il ne réussit plus à serrer la main, ni à bouger la jambe. Il a une hémiparésie. Le diagnostic d'une attaque vasculaire cérébrale se renforce.

Les smuristes, urgentistes, intensivistes, neurologues, internistes, neuropsychologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes, logopédistes, infirmiers assurent une prise en charge globale et unifiée.

Pour une patiente qui retournera à la maison, l'objectif des intervenants est qu'elle devienne le plus autonome possible, par exemple qu'elle puisse monter et descendre les escaliers, manger et se laver seule.

Pour préparer son retour à domicile, les soignants proposent à la patiente de rentrer à la maison pour le week-end. A son arrivée, elle se sent submergée. Il lui faudra rentrer plusieurs week-ends à la maison avant qu'elle reprenne confiance.

Trop souvent, les patients attendent de voir comment ils évoluent avant d'appeler les secours. Or, en cas d'AVC, chaque minute compte. Avec une bonne et rapide prise en charge, le risque de séquelles importantes ou de mortalité diminue fortement.