

## LE RENDEZ-VOUS SANTÉ

### À L'ÉCOUTE DES PATHOLOGIES DE L'OREILLE

Rencontre avec le Dr Yves Jaquet

## L'INTERVIEW

### DRE YOLANDA ESPOLIO DESBAILLET

«L'hospitalisation doit rester une exception,  
surtout au grand âge»

## VÉCU

« Je me considérais  
comme un prisonnier  
dans le couloir de la mort »

## DOSSIER

Les hôpitaux confrontés au défi  
du développement durable

## CARTE BLANCHE

LE REGARD DU PHOTOGRAPHE GUILLAUME PERRET

# « Docteur, mon nounours est malade! »

Fin octobre, plus de 400 enfants ont participé avec leur  
peluche préférée à la 3e édition de l'Hôpital des Nounours  
dans le hall du site de Pourtales



**LE DOSSIER**

## Les hôpitaux confrontés au défi du développement durable

Le RHNe a réalisé d'importants efforts ces dernières années pour améliorer son efficacité énergétique. Plusieurs démarches parallèles ont été prises cette année pour inclure la durabilité parmi les priorités stratégiques de l'institution

06

**CARTE BLANCHE**  
GUILLAUME PERRET


### « Docteur, mon nounours est malade! »



14

**L'INTERVIEW**  
DRE YOLANDA ESPOLIO DESBAILLET

L'arrivée prochaine des enfants du baby-boom au troisième et au quatrième âge pose des défis au système de santé suisse. Les hôpitaux sont-ils prêts à répondre aux besoins d'une société vieillissante? L'éclairage de la médecin-chef du département de gériatrie, soins palliatifs et réadaptation du RHNe



18

▶ **03**  
**L'ÉDITORIAL**  
Des défis croissants pour l'hôpital public

▶ **04**  
**COMPÉTENCES**  
Les nouveaux visages du RHNe

▶ **05**  
**LA REVUE DE PRESSE**  
« Plus on travaille, moins on gagne! »

▶ **12**  
**LE RENDEZ-VOUS SANTÉ**  
À l'écoute des pathologies de l'oreille

▶ **22**  
**PLANÈTE SANTÉ**  
Quatre choses à savoir sur les puffs

▶ **24**  
**HEIDI.NEWS**  
Que faire de l'essor de l'IA en santé? Ambivalents, les médecins s'interrogent

▶ **26**  
**VÉCU**  
« Je me considérais comme un prisonnier dans le couloir de la mort »



# Des défis croissants pour l'hôpital public

Les trois dernières années ont été marquées non seulement par une pandémie mondiale sans précédent depuis un siècle, mais également par une déstabilisation progressive de l'équilibre planétaire tant au niveau climatique que géostratégique. Dans une moindre mesure que bien d'autres, notre pays en porte néanmoins des stigmates importants, particulièrement au niveau du système de santé. Au cœur de la prise en charge sanitaire, les hôpitaux ont été pris dans la tourmente de l'activité, puis dans la spirale des coûts et finalement dans une agitation politique peu productive de solutions.

Inéluctable, l'évolution démographique et épidémiologique s'est révélée au grand jour: nous vivons plus longtemps, avec davantage de maladies chroniques nécessitant une prise en charge médico-soignante accrue. Il en résulte une augmentation des besoins dans tous les domaines hospitaliers qui nous touchent: au niveau stationnaire aigu, en réadaptation et surtout dans la pratique ambulatoire. D'autre part, il devient souvent difficile de rééquilibrer suffisamment les malades arrivé-e-s décompensé-e-s en urgence pour qu'ils-elles puissent regagner leur domicile, mettant alors à jour le manque flagrant de disponibilités dans les établissements de soins chroniques d'aval.

Ce contexte nous impose de procéder rapidement à un rattrapage afin de garantir à chaque habitant-e de pouvoir être soigné-e dans les règles de l'art. L'hôpital public joue là un rôle clé mais doit être intégré efficacement dans le système de santé cantonal global. Il faut donc accroître notre coordination avec les autorités politiques dans le but d'accélérer les procédures de gestion des flux de patient-e-s: le Conseil d'administration et le Collège des directions s'y emploient intensivement.

À notre échelle, les contraintes financières devenues oppressantes nous obligent à repenser notre mode de fonctionnement tant organisationnel que structurel et nous nous y consacrons sans réserve. Cependant, la rémunération de nos prestations doit se faire à hauteur de nos coûts dont la croissance repose principalement sur de nombreux facteurs exogènes. Or, les négociations tarifaires aboutissent dans le meilleur des cas à une adaptation insuffisante, systématiquement en retard de quelques années. Un changement de paradigme devra forcément survenir au niveau fédéral.

Malgré ces vents contraires, nous allons relever les défis. Dernier rempart du système de santé, nous continuerons à assurer tous les traitements nécessaires aux Neuchâtelois-es avec empathie et compétence. Chacun-e d'entre nous, quelle que soit sa fonction et sa position hiérarchique, mérite un immense respect pour son dévouement: le Conseil d'administration vous en remercie vivement.

**« Nous vivons plus longtemps, avec davantage de maladies chroniques nécessitant une prise en charge médico-soignante accrue. Il en résulte une augmentation des besoins dans tous les domaines hospitaliers »**

## IMPRESSUM |

UNE PUBLICATION DU RÉSEAU HOSPITALIER NEUCHÂTELOIS

RÉDACTEUR EN CHEF  
Pierre-Emmanuel Buss,  
responsable communication

Ont participé à ce numéro:  
Trinidad Barleycorn  
Clémence Planas  
Brigitte Rebetez  
Laetitia Grimaldi  
Sarah Sermondadaz

GRAPHISME  
additive, Aline Jeanneret  
Corcelles

PHOTOGRAPHE  
Guillaume Perret  
Cormondrèche

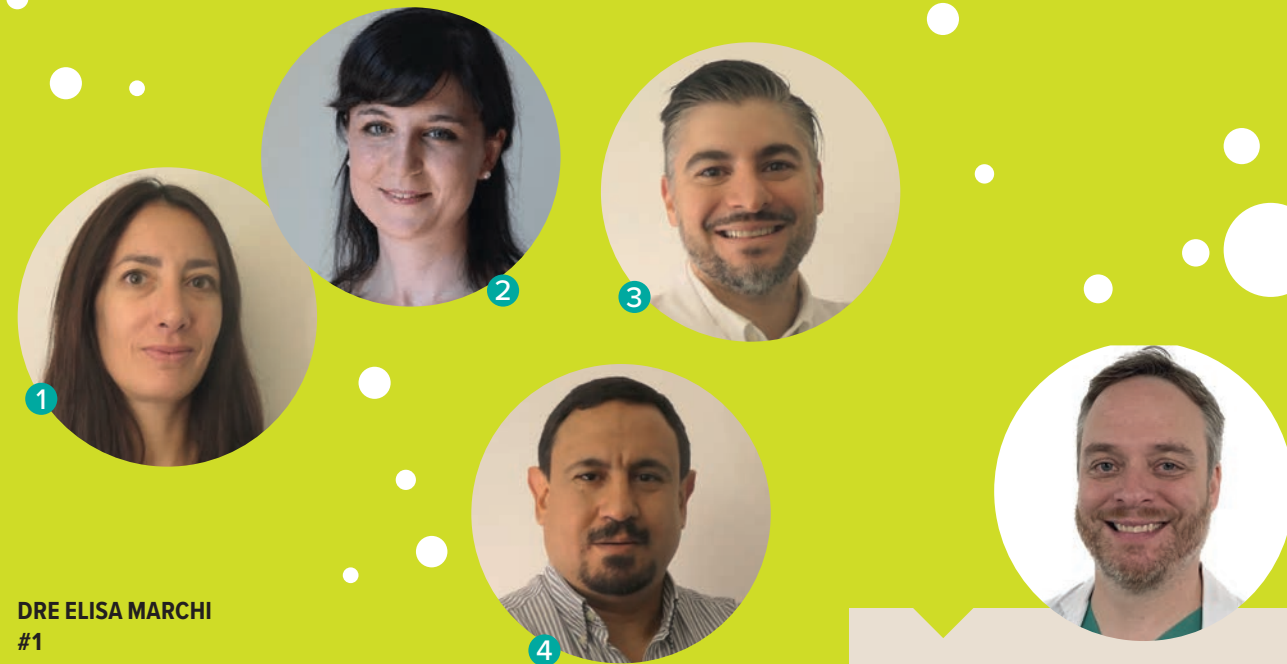
TIRAGE 4000 exemplaires  
Paraît 2 fois par an

IMPRESSION  
Europ'Imprim Swiss  
Bevaix

ABONNEMENTS  
mag@rhne.ch



# Les nouveaux visages du Réseau hospitalier neuchâtelois



## DRE ELISA MARCHI

#1

est entrée en fonction le 1er novembre 2023 comme médecin-chef adjointe au sein du service des soins intensifs.

## DRE JULIETTE DANIELLE BRUSA

#2

est entrée en fonction le 1er septembre 2023 comme médecin-chef adjointe en chirurgie vasculaire.

## DR NIKOLAOS EVANGELOPOULOS

#3

est entré en fonction le 1er novembre 2023 comme médecin-chef adjoint dans le département de gynécologie-obstétrique.

## DR HASSEN DAMAK

#4

est entré en fonction le 1er décembre 2023 comme médecin-chef adjoint dans le département des urgences.

## PROF. MARC-OLIVIER SAUVAIN

Le Professeur Sauvain a pris la tête du département de chirurgie le 1er septembre 2023. Après des études de médecine à Neuchâtel et Genève, il a décroché un doctorat en biotechnologie et génie biologique à l'EPFL en 2009. Il a obtenu son titre approfondi en chirurgie viscérale au CHUV en 2017. La même année, il fait son entrée au RHNe, comme responsable du service de chirurgie générale et du programme ERAS. Son activité scientifique lui a permis d'obtenir un Privat docent en 2021 puis d'être nommé Professeur titulaire de la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne en 2022.

## LE TEMPS

### Un milliard pour former la relève des soignants

La mise en œuvre de l'initiative exigeant de revaloriser les métiers des soins a franchi une nouvelle étape mercredi. Le Conseil fédéral ouvre une procédure de consultation sur son projet de former davantage de personnel infirmier en Suisse, qu'il espère lancer en été 2024. Cette «offensive formation» prévoit un investissement de la Confédération et des cantons à hauteur de 1 milliard de francs sur huit ans. (...) Autre élément annoncé, qui va dans le sens d'une autonomisation de la profession, les infirmières et infirmiers pourront facturer certaines prestations directement à l'assurance obligatoire des soins, sans plus passer par l'intermédiaire d'un médecin. (...)

Il s'agit du premier volet de la mise en œuvre de l'initiative de l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI), acceptée par le peuple en novembre 2021, à une majorité de 61%, avec comme objectif d'endiguer la pénurie dans les métiers de soins. La seconde étape de l'initiative, beaucoup plus discutée sur le plan politique, concerne l'amélioration des conditions de travail du personnel. À ce sujet, le Conseil fédéral entend se pencher sur une loi au printemps 2024, avant de l'envoyer en consultation. (...)

• Le Temps, 24 août 2023

## BULLETIN DES MÉDECINS SUISSES

### Cette Genevoise espère guérir le sida

Un espoir dans la recherche contre le VIH: la Prof. Dre méd. Alexandra Calmy, responsable de l'Unité VIH/SIDA aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a suivi et coordonné la prise en charge d'un patient en rémission du VIH après avoir reçu une greffe de moelle. Aujourd'hui, seules cinq autres personnes sont considérées comme probablement guéries de l'infection par le VIH après une telle greffe. Alexandra Calmy explique la particularité du patient de Genève: «Jusqu'à maintenant, il semblait acquis que seuls les patients ayant reçu une greffe médullaire avec la mutation génétique CCR5 delta 32 pouvaient avoir un espoir de guérison de leur infection par le VIH. En présentant le patient de Genève, nous exposons à la communauté scientifique que la mutation delta 32 n'est pas forcément indispensable. Cela ouvre des portes à des stratégies thérapeutiques peut-être moins agressives.» (...) Pourtant, la bataille est loin d'être gagnée, comme le souligne la spécialiste en maladies infectieuses: «Il faut rester prudent, nous parlons de rémission durable et pas encore de guérison, car la durée de suivi à l'arrêt du traitement anti-VIH n'est que de 20 mois.» Alexandra Calmy envisage le futur avec un mélange d'optimisme et de réalisme: «Nous sommes conscients que ce protocole n'est pas transposable à large échelle (...). À terme, mon espoir est que la rémission ou la guérison du VIH ne soient plus des événements aussi exceptionnels.»

• Bulletin des médecins suisses, 2 août 2023

## ARCINFO

### «Plus on travaille, moins on gagne!»

«Plus on travaille, moins on gagne!» Les propos de Pierre-François Cuénoud, le président du Conseil d'administration du RHNe sont un peu amers. L'institution affiche des résultats financiers mauvais pour 2022, alors même que ses activités ont fortement augmenté. Le déficit atteint les 10,9 millions de francs, alors que le budget le plaçait à 5,9 millions. L'hôpital a connu une saturation continue de son dispositif, ce qui a entraîné des charges supplémentaires tout en provoquant, en parallèle, des pertes de recettes. Ainsi, le Covid a continué à avoir un impact majeur sur le fonctionnement de l'hôpital et, dans le même temps, le RHNe a été confronté à une explosion du nombre de patients, le plus souvent âgés, en attente de placement. Tout cela a été accompagné d'une progression des activités liées aux missions habituelles d'un hôpital cantonal public. «L'exercice 2022 illustre le fait qu'une activité importante n'est pas forcément synonyme de rentabilité financière», ajoute le directeur financier du RHNe, Léonard Blatti. (...)

Outre les effets liés au Covid et à la problématique des patients en attente de placement (lits C), l'activité est restée très soutenue avec une hausse de 3,4% en soins aigus et une augmentation générale de la durée moyenne de séjour. Par ailleurs, dans le domaine ambulatoire, les passages ont progressé de 8,7%.

L'hôpital a été souvent saturé en 2022. «Le cap des 380 lits occupés a été franchi de manière régulière avec des pics à plus de 420 lits», note Muriel Desaulles, présidente du collège des directions. «Près de 80 lits supplémentaires ont été ouverts, soit un quart du dispositif normal.» Cette situation, qualifiée «de crise» par la direction, a entraîné la nécessité d'engager du personnel supplémentaire dans le domaine des soins, mais aussi le report de plus de 350 interventions chirurgicales non urgentes. Des reports qui ont entraîné à la fois des charges financières et un important manque à gagner pour le RHNe. Le tout accompagné des effets de l'inflation estimés à eux seuls entre deux et trois millions de francs. Dans ce contexte difficile, la direction du RHNe entend poursuivre ses efforts en vue de retrouver l'équilibre financier en 2026. Ainsi, elle espère arriver à économiser 18 millions de francs en 2023. Un effort financier de l'État est attendu pour reconnaître la situation particulière de 2022 et 2023.

• Arcinfo, 17 juin 2023



# Les hôpitaux confrontés au défi du développement durable

| par Pierre-Emmanuel Buss

## CHANGEMENT CLIMATIQUE

Le RHNe a réalisé d'importants efforts ces dernières années pour améliorer son efficacité énergétique. Plusieurs démarches parallèles ont été prises cette année pour inclure la durabilité parmi les priorités stratégiques de l'institution

La question énergétique n'a jamais autant fait parler d'elle que depuis le déclenchement de la guerre en Ukraine, en février 2022. Pour l'Agence internationale de l'Énergie (AIE), le conflit a ouvert «une période de turbulences extraordinaires», essentiellement sur le front du gaz. L'ensemble du marché a été impacté, avec des conséquences majeures pour les gros consommateurs comme les hôpitaux.

**« Les hôpitaux suisses sont responsables de 6,7% de l'empreinte carbone en Suisse selon le rapport 2019 de l'organisation non-gouvernementale Health Care Without Harm, contre 4,4% en moyenne internationale »**

Cette crise a mis en évidence la mauvaise préparation de la Suisse face à une éventuelle pénurie énergétique. La perspective d'un contingentement de l'électricité, voire la mise en place de délestages tournants, a fait transpirer le département logistique du RHNe durant l'automne 2022. Heureusement, tout s'est bien passé, et cela devrait être à nouveau le cas pour l'hiver 2023-2024 (lire l'encadré de la page 9). «Les perspectives sont meilleures que l'an dernier, d'autant que la Confédération a mis en place deux centrales à gaz d'appoint qui pourront être mises en route au besoin», souligne Jérôme Kubler, directeur logistique.

Les hôpitaux suisses n'ont pas attendu le conflit en Ukraine pour lancer des programmes d'amélioration de leur efficacité énergétique. Responsables de 6,7% de l'empreinte carbone du pays selon le rapport 2019 de l'organisation non-gouvernementale Health

Care Without Harm (contre 4,4% en moyenne internationale), ils sont tous confrontés aux mêmes défis: réduire leur consommation d'énergie, diminuer leur impact sur la pollution des eaux, favoriser les achats responsables ou encore gérer de manière plus efficiente leurs déchets.

Au RHNe, les premières mesures ont été prises en 2006 dans le cadre du programme Gros consommateurs puis au travers d'une convention d'objectifs auprès de l'Agence de l'énergie pour l'économie (AEnEC). En 2020, l'hôpital cantonal a obtenu le label «Protection volontaire du climat et efficacité énergétique». Un succès obtenu principalement grâce à des améliorations des infrastructures techniques des bâtiments, à la récupération ou la production de chaleur et de froid, à l'isolation thermique de l'enveloppe des bâtiments ou encore à l'installation d'équipements et de sources lumineuses plus économes en énergie.





L'effort s'est poursuivi ces derniers mois avec la réalisation de plusieurs projets de centrales solaires pour auto-produire de l'énergie durable: les toits des sites de La Chaux-de-Fonds (2022), Landeyeux (2023) et Pourtalès (2023) ont été équipés de centrales photovoltaïques qui produiront 8% de l'électricité consommée par le RHNe dès 2024. Ce n'est qu'un début: courant 2025, le parking nord du site de La Chaux-de-Fonds sera couvert par des panneaux photovoltaïques. Ces ombrières, installées en partenariat avec Viteos et la Ville de La Chaux-de-Fonds, permettront de couvrir près de 20% de la consommation électrique du site.

Pour coordonner les projets énergétiques du RHNe avec l'objectif «de consommer moins et mieux», le département logistique s'est doté d'un «Monsieur Énergie» en la personne de Gilles Mury, chef de projet CVS. «C'est une nouvelle fonction, mais cela ne change pas grand chose sur le fond, précise-t-il. Depuis mes débuts au RHNe, en 2009, j'ai toujours travaillé dans ce domaine. L'institution m'a toujours donné des moyens pour améliorer progressivement la situation.»

Les progrès les plus spectaculaires ont été effectués sur le site de La Chaux-de-Fonds, de construction ancienne. «Depuis 2010, des projets successifs d'optimisation ont permis de réduire la consommation de gaz pour le chauffage de 17,6 millions à 7,9 millions de kWh. L'économie réalisée est spectaculaire, mais il faut reconnaître qu'on partait de très loin. L'isolation thermique des bâtiments était vraiment catastrophique.» Une nouvelle étape sera réalisée fin 2024 avec le raccordement du site chaux-de-fonnier au chauffage à distance de l'usine de valorisation des déchets Vadec.



La consommation d'électricité, elle, n'a pas connu de baisse significative ces dernières années, avec un total qui avoisine les 10 millions de kWh par an, ce qui équivaut à la consommation moyenne de 2500 ménages. La faute, notamment, à l'installation de machines de dernière génération gourmandes en énergie. La consommation d'une IRM atteint ainsi une moyenne de 80 000 kWh par an. Un scanner est moins énergivore, mais il requiert le maintien d'une certaine puissance lorsque l'appareil est en veille. La consommation d'un appareil récent se situe autour des 11 000 kWh par an.

«Cette stabilité est un peu frustrante, reconnaît Gilles Mury. On a fait beaucoup d'efforts, mais les résultats ne le montrent pas: l'augmentation de l'activité du RHNe a entraîné un accroissement du parc des équipements biomédicaux et la consommation supplémentaire liée à ces appareils est venue «manger» les économies réalisées.»

Mais comme le souligne le spécialiste, le développement durable ne se limite pas au domaine énergétique. Il inclut des aspects environnementaux, économiques, politiques et sociaux que le RHNe a récemment inscrit dans ses axes stratégiques. Dans ce cadre, le département logistique a lancé fin octobre 2023 une enquête institutionnelle basée sur les 17 objectifs de développement durable adoptés par l'ONU.

Sur la base des réponses données, des groupes de travail seront constitués courant 2024 pour tenter de trouver des réponses concrètes aux problèmes soulevés. L'objectif de la démarche est double: il s'agit

Gilles Mury  
chef de projet CVS

## «Le risque de pénurie énergétique est peu élevé»

Directeur logistique du RHNe, Jérôme Kubler fait le point pour l'hiver 2023-2024

En automne 2022, la perspective d'être confronté à des délestages électriques a fait transpirer tous les responsables hospitaliers. Au RHNe, le directeur logistique Jérôme Kubler avait la mission de préparer l'institution à tous les scénarii. «Avec la guerre en Ukraine et la pression sur le marché du gaz, les problèmes de maintenance sur le parc nucléaire français et le taux de remplissage des barrages plus bas que la moyenne, on ne savait pas vraiment à quoi s'attendre, précise-t-il avec le recul. Heureusement, l'hiver a été clément, ce qui a permis à la plupart des entreprises de réduire de facto leur consommation.»

La situation s'annonce moins tendue pour l'hiver 2023-2024. Les stocks de gaz, utilisés pour la production d'environ 20% de l'électricité européenne, sont au plus haut. Une situation favorable qui s'explique par une faible demande de gaz liquide, l'Asie n'ayant pas connu le rebond économique attendu. Dans le même temps, le parc nucléaire français a réglé une partie de ses problèmes de maintenance et est à plus de 60% de sa capacité tandis que le suisse est à 100% disponible suite aux maintenances estivales. Le conflit au Moyen-Orient a un impact limité sur les flux pétroliers: les prix ont augmenté, mais il n'y a pas de diminution de volume pour l'instant.

Après les sueurs froides de 2022, la Confédération a constitué des réserves stratégiques de gaz et mis en fonction deux centrales à gaz d'appoint afin de faire le pont en cas de pénurie. Les bassins d'accumulation des centrales hydrauliques sont remplis à un niveau historique suite à des pompages effectués pour garantir une réserve hivernale. En conséquence, la Confédération a renoncé à un objectif de baisse de la consommation électrique. Mais elle a maintenu l'objectif d'une baisse de 15% de la consommation de gaz pour l'hiver 2023-2024.

Même s'il prend des gants, Jérôme Kubler est optimiste pour l'hiver à



venir. «Le risque de pénurie énergétique est peu élevé, ça devrait se passer sans encombre. Heureusement, car selon la perspective saisonnière de MétéoSuisse, l'hiver risque d'être rigoureux.»

La situation s'est également améliorée sur le front de la préparation des sites du RHNe en cas de délestage. À Pourtalès, où le bâtiment principal était déjà secouru l'an dernier, la capacité des citernes à mazout pour le groupe de secours a été doublé pour atteindre une autonomie de 6 à 8 jours. Le site de La Chaux-de-Fonds reste partiellement secouru, mais des progrès ont été réalisés afin d'assurer la prise en charge des urgences en tout temps, de permettre une grande partie des analyses de laboratoire par Admed et d'assurer l'alimentation des chariots de mise en température des repas.

Les sites de réadaptation du Val-de-Ruz et du Locle disposeront durant les mois d'hiver de génératrices qui permettront de secourir l'entier des deux sites en cas de délestage, alors que les locaux

de Couvet sont de leur côté déjà secourus. Seule La Chrysalide ne pourrait pas disposer de courant électrique. En cas de pénurie de gaz, seul Pourtalès pourrait devoir dégrader le chauffage du quelques secteurs. Les autres sites sont soit raccordés à des réseaux de chauffage à distance indépendants du gaz ou ont la possibilité de commuter leurs chaudières du gaz au mazout.





d'impliquer davantage les collaborateurs-trices en matière de développement durable tout en les incitant à mener en parallèle une réflexion sur leurs pratiques dans leur sphère privée. Le processus sera accompagné par Jean-Luc Sonnay, nouveau spécialiste RSE et durabilité, entré en fonction le 15 novembre dernier. Il débouchera à terme sur la mise en place d'un rapport sur la Responsabilité sociétale des entreprises (RSE).

### « J'ai vraiment peu d'espoir que les changements civilisationnels soient suffisants pour éviter d'aller dans le mur. Mais pour être serein, je me dois de m'engager »

Dr Christopher Richard

Au printemps 2023, des collaborateurs-trices médico-soignant-es ont pris les devants en créant le Cercle pour des soins durables. « Cette initiative découle du constat que l'optimisation des ressources est insuffisante pour avoir des services de santé durables », précise le Dr Christopher Richard, médecin-chef adjoint au département des urgences et cheville ouvrière du projet en compagnie de Salomé Bielser, coordinatrice administrative de la direction des soins.

Le cercle pour des soins durables prend comme référence la feuille de route de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) publiée en juin 2022. Élaborée en collaboration avec une soixantaine d'expert-e-s en santé et durabilité, elle constitue une première étape pour penser des services de santé durables en Suisse, dans la limite des ressources de la planète. Les sept axes stratégiques proposés dans le document doivent permettre de guider les acteurs-trices de la santé pour développer des pratiques qui respectent la transition écologique.

Le projet de cercle des soins durables est né sous l'impulsion de l'association EcoSanté Neuchâtel, qui a lancé une pétition interne au RHNe pour inciter le Collège des directions à créer une commission dura-

bilité. « Elle a obtenu 207 signatures en un mois en été 2022, ce qui a incité la direction à entrer en matière, en séparant les soins de la question énergétique, reprend Christopher Richard. À ce moment-là, il y avait une vingtaine de projets non coordonnés au sein des départements médico-soignants. Le cercle des soins durables permet d'avoir une vision globale et de prioriser ce qui a le plus de sens. Mais on en est qu'au début. L'idée n'est pas seulement de diminuer l'impact carbone de nos pratiques de médecine et de soins mais de changer, par des formations et campagnes de sensibilisation, la culture de nos métiers pour passer dans un paradigme de santé plus durable. »

Le Dr Richard s'engage sur le front du développement durable depuis 2019. « Il y avait une grande manifestation pour le climat à Londres. J'ai vu des docteurs pour Extinction Rebellion défiler. Comme j'ai travaillé en Angleterre en 2012-2013, je me suis dit: « C'est moi! » La réflexion s'est poursuivie avec les manifestations qu'il y a eu à Lausanne en 2019 également. Cela a été le point de départ des actions dans le canton et au sein du RHNe. »

Pour le médecin, l'action climatique constitue une nécessité, mais il voit au-delà: « J'ai vraiment peu d'espoir que les changements civilisationnels soient suffisants pour éviter d'aller dans le mur. Mais pour être serein, je me dois de m'engager. En parallèle de cette démarche militante pour le climat, je m'investis aussi pour combler la crise de sens qui entoure les métiers de soins. Cela fait partie intégrante d'une société durable. » ■

Salomé Bielser  
coordinatrice administrative de la direction des soins  
Dr Christopher Richard  
médecin-chef adjoint au département des urgences



## Le RHNe propose des ateliers durables

C'est ChatGPT qui le dit si vous lui demandez s'il est important de se former dans le domaine du développement durable: « Une formation spécifique peut vous ouvrir des portes. Les connaissances en développement durable sont de plus en plus valorisées sur le marché du travail. Une formation dans ce domaine peut renforcer votre profil professionnel et augmenter vos opportunités d'emploi. » Le catalogue de formation 2024 du RHNe propose deux formations dédiées. **N'hésitez pas, inscrivez-vous!**

### La Fresque du climat

La Fresque du climat, animée par Lucas Navarro, sage-femme au RHNe, vise à sensibiliser chacun et chacune à la problématique du dérèglement climatique. Proposée sous la forme d'un atelier participatif de trois heures, la formation permet de prendre conscience de la problématique environnementale de manière ludique.

L'atelier vise notamment à donner des pistes pour limiter notre impact environnemental dans nos vies quotidiennes. Cela passe par la réduction de nos émissions de gaz à effet de serre générés notamment par les transports et l'alimentation. La formation s'adresse à toutes et tous. Il n'y a aucun prérequis, aucune attente et aucun jugement.

En mai 2023, la formation de la Fresque du climat a été suivie par tous-tes les participant-e-s de la journée des cadres de la direction des soins, avec des retours extrêmement positifs.

### Atelier santé nature pour professionnel-le-s de la santé

Cet atelier d'une journée dans la nature a comme ambition de faciliter la transition durable des services de santé suisses. Selon le Dr Christopher Richard, médecin-chef au département des urgences et membre du cercle pour des soins durables du RHNe, et Aymone Kaenzig, thérapeute en psychomotricité, un changement des représentations est nécessaire, car il peut entraîner un changement de la relation d'un individu avec son environnement et de ses pratiques. Dans ce contexte, le duo offre aux professionnel-le-s de la santé un espace-temps pour faire l'expérience du lien avec soi-même, les autres et la nature, en vue de changer sa perception de la santé et son rapport au soin.

L'atelier regroupe plusieurs activités en lien avec la durabilité dans le domaine de la santé: réflexions personnelles et en groupe; jeux de rôles guidés; présentations courtes; activités collectives conviviales autour du site naturel; élaboration de projets personnels. Aucun prérequis n'est nécessaire pour participer, hormis d'être un-e professionnel-le de la santé. Toutefois, les formateurs-trices recommandent de suivre au préalable l'atelier la Fresque du climat.

### Programme 2024

**La Fresque du climat:**  
le 6 février matin et après-midi,  
le 9 avril matin et après-midi,  
le 8 octobre matin et après-midi.

**Atelier santé nature (9h-17h, au lieu-dit La tête plumée, forêt de Neuchâtel):**  
20 avril, 30 mai et 15 juin.  
Webinaire (18h30-20h) les 13 mai, 3 juin et 1er juillet.

Inscriptions obligatoires:  
**Pour les internes,** remplir le formulaire « demande de formation » disponible sur Intranet, le transmettre à votre responsable pour préavis puis au service de la formation (formation@rhne.ch)  
**Pour les externes,** voir le programme de formation continue sur le site internet du RHNe  
[www.rhne.ch/a-propos/formation-continue](http://www.rhne.ch/a-propos/formation-continue)





# À l'écoute des pathologies de l'oreille



bébé empêchera l'acquisition du langage et entrave également son développement cognitif et émotionnel.

## Entre 80 et 160 enfants naissent malentendants par an en Suisse. Est-ce irréversible?

Lorsqu'on détecte un déficit auditif sévère ou total chez un nouveau-né, sur une ou les deux oreilles, nous devons effectuer un bilan auditif durant les trois premiers mois de vie et, si possible, proposer la pose d'un implant cochléaire (appareil qui permet de stimuler directement le nerf auditif) uni ou bilatéral à un âge précoce. Ces patients sont adressés et opérés dès 6 mois de vie aux HUG ou à l'hôpital de l'Île à Berne. L'intervention consiste à poser une électrode dans la cochlée (oreille interne). Le son est transformé en signal électrique et permet au patient de retrouver un environnement sonore indispensable à son développement.

## Les otites des tout-petits peuvent-elles affecter l'ouïe?

Entre 2 et 5 ans, les enfants souffrent fréquemment d'otites séro-muqueuses favorisées par les infections répétées, l'immaturation de leur trompe d'Eustache et la présence des végétations adénoïdes. Du liquide s'accumule derrière le tympan, l'oreille moyenne n'est plus ventilée et l'audition diminue. Cette affection n'est pas douloureuse, contrairement à l'otite moyenne aiguë; la plupart du temps, elle guérit d'elle-même. Mais lorsqu'elle persiste sur le long terme, l'acquisition du langage est perturbée et les séquelles au niveau de l'oreille moyenne peuvent être irréversibles. L'otite séro-muqueuse peut en effet évoluer vers une otite chronique et s'accompagner d'une surdité moyenne à sévère qui peut parfois être

corrigée par la chirurgie ou nécessiter le port d'un appareillage auditif. Les pédiatres jouent un rôle central dans le dépistage. Quand ils voient qu'une otite séro-muqueuse perdure, l'enfant nous est adressé pour un bilan auditif et un éventuel traitement chirurgical pour poser des drains transtympaniques. Cette opération est courante et souvent combinée avec l'ablation des végétations. Le drain permet d'aérer l'oreille moyenne et de retrouver immédiatement une audition satisfaisante. Il tombe de lui-même après 6-18 mois. Poser un diagnostic tôt et intervenir si possible avant l'entrée à l'école est primordial. Quant aux maladies d'enfance pouvant causer un trouble de l'audition, comme les oreillons, nous n'en voyons plus tellement en Suisse depuis la généralisation des vaccins pédiatriques.

## Les otites chroniques concernent aussi les adultes...

Nous avons beaucoup de patients enfants et adultes qui consultent pour des otites chroniques. Leur tympan est fréquemment perforé et les trois osselets de l'oreille moyenne endommagés, causant une perte auditive et des écoulements récurrents de l'oreille. Chez l'adulte, ce problème découle le plus souvent d'otites séro-muqueuses de l'enfance n'ayant pas été prises en charge ou d'une évolution défavorable malgré un traitement adéquat. Dans la plupart des cas, nous opérons ces patients pour reconstituer tympan et osselets, afin d'assainir l'oreille et restaurer une partie de l'audition. En cas de surdité résiduelle, la personne se verra proposer un appareillage auditif.

## Une surdité peut-elle survenir soudainement?

Oui, elle peut survenir d'un coup, sans cause identifiable. On parle alors de «surdité brusque». Elle est souvent accompagnée d'acouphènes, parfois de vertiges. L'origine de l'atteinte de l'oreille interne reste inconnue mais elle est vraisemblablement liée à une inflammation d'origine virale ou à un problème vasculaire. C'est une affection assez courante qui doit être rapidement traitée avec des doses élevées de corticostéroïdes pour avoir les meilleures chances de récupération de l'audition.

## Les traumatismes acoustiques peuvent-ils aussi abîmer l'ouïe?

Un traumatisme acoustique aigu, comme une forte explosion, peut irrémédiablement endommager les cellules sensorielles de l'oreille interne. Et si l'on est régulièrement exposé à un bruit trop fort (supérieur à 75 décibels) durant un temps prolongé, l'effet sera tout aussi

délétère. On parle alors de traumatisme acoustique chronique, le plus souvent en lien avec l'activité professionnelle (machines, chantier...) ou les hobbies (musique, tir...). La prévention par le contrôle des niveaux sonores ambiants et le port de protections auditives est indispensable. Seul le port d'un appareillage permettra de compenser le déficit. ■



## Moins on entend, plus on s'isole

20% des personnes de plus de 65 ans souffrent d'une perte d'audition, estime la Fédération suisse des sourds. Un handicap qui tend à s'accroître avec l'âge. Quand faut-il songer à s'équiper d'une audio-prothèse, un appareil de plus en plus répandu?

Le Dr Yves Jaquet fait remarquer qu'il est important que l'oreille reste stimulée et qu'il faut proposer un appareillage auditif avant que la personne ne commence à s'isoler: celui qui perd son ouïe a tendance à éviter les situations de contacts sociaux, avec un impact négatif sur ses facultés cognitives et sa qualité de vie. Outre les pathologies de l'oreille, le service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale intervient dans le diagnostic et le traitement des maladies du nez, de la bouche, de la gorge et du larynx avec un vaste champ d'interventions.

Les opérations ORL englobent la chirurgie du nez et des sinus, de l'oreille, du larynx, y compris dans le domaine pédiatrique (amygdales, végétations...), ainsi que les endoscopies des voies aérodigestives supérieures. Quant à la sous-spécialité de chirurgie cervico-faciale (visage et cou), elle comprend la chirurgie des cancers ORL, des glandes salivaires, de la glande thyroïde et des cancers cutanés, avec les interventions plastiques de reconstruction. S'y ajoutent aussi la rhinoplastie fonctionnelle (pour améliorer la respiration) et esthétique, l'otoplastie (correction des oreilles décollées) ou encore la chirurgie des voies lacrymales.



ウキウキ



ド  
カチカチ

ドクター！  
「Docteur, mon nounours est malade！」

Fin octobre, plus de 400 enfants ont participé avec leur peluche préférée à la 3e édition de l'Hôpital des Nounours dans le hall du site de Pourtalès. L'événement, organisé par l'Association neuchâteloise des étudiant-e-s en médecine (ANEM), vise à sensibiliser les enfants au domaine des soins et à limiter leur appréhension avant une hospitalisation ou un rendez-vous médical.



カチカチ



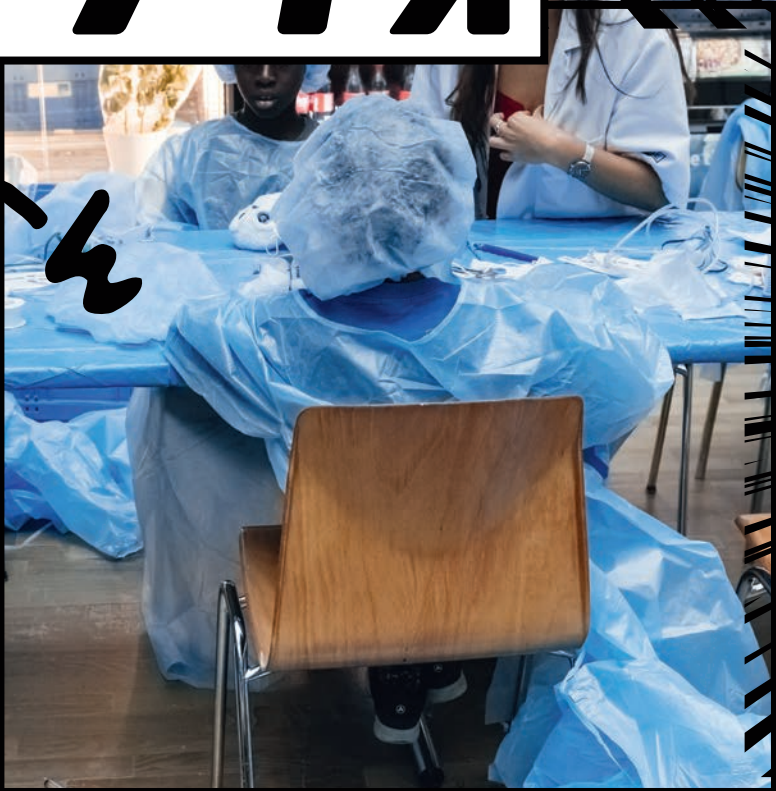
ゴキウキ







# ヤブイノケオ



チノカ



- DRE YOLANDA ESPOLIO DESBAILLET -

L'arrivée prochaine des enfants du baby-boom au troisième et au quatrième âge pose des défis au système de santé suisse. Les hôpitaux sont-ils prêts à répondre aux besoins d'une société vieillissante?

L'éclairage de la Dre Yolanda Espolio Desbaillet, médecin-chef du département de gériatrie, soins palliatifs et réadaptation du RHNe

## « L'hospitalisation doit rester une exception, surtout au grand âge »



Dans les années 1950-60, la Suisse avait construit en catastrophe des pavillons scolaires pour absorber la hausse d'élèves nés lors du baby-boom d'après-guerre. Aujourd'hui, l'arrivée au troisième et au quatrième âge de cette génération demande d'adapter les structures de santé, dans une société déjà vieillissante en raison de l'allongement de l'espérance de vie et de la faible natalité.

En 2022, l'Office fédéral de la statistique avait projeté dans son scénario de référence que, d'ici 2040, la population de plus de 65 ans allait doubler et celle de plus de 80 ans, allait augmenter de 88%. À Neuchâtel, le phénomène est plus marqué: avec le Tessin, le canton compte le plus grand nombre de centenaires du pays, principalement dans les Montagnes.

La Dre Yolanda Espolio Desbaillet, médecin-chef du département de gériatrie, soins palliatifs et réadaptation (DGRSP) du RHNe, fait le point sur la situation.

**RHNE MAG** Quand a débuté la réflexion autour de l'accélération du vieillissement de la population?

**DRE YOLANDA ESPOLIO DESBAILLET** Elle est récente, elle date de la fin des années 1990. Malheureusement, on ne voit souvent les choses que lorsqu'elles commencent à nous toucher de près. L'État de Neuchâtel s'est attelé à la tâche dès 2012 avec une étude qui permet de poser les bases de la planification médico-sociale du canton qui comporte un volet «65+, séjours et soins des aînés».

La gériatrie est aussi une jeune spécialité médicale, car elle n'existe que depuis une trentaine d'années. C'est le 1<sup>er</sup> janvier 2009 que s'est ouvert le service de gériatrie du RHNe. Nous étions alors, de tous les cantons romands, le dernier à développer cette mission spécifique de soins. Aujourd'hui, nous avons largement rattrapé notre retard et offrons une palette quasi complète de services médicaux spécifiques dédiés à la prise en charge de la personne âgée vulnérable.

**Comment l'hôpital se prépare-t-il à la forte hausse de personnes âgées vulnérables attendue d'ici 2040?**

Le développement du service de gériatrie et l'implémentation d'un itinéraire clinique spécifique à la personne âgée vulnérable constitue déjà une première réponse. Cela permet la détection et la prise en charge du patient âgé vulnérable dès les urgences par l'équipe mobile mixte de gériatrie et soins palliatifs (GSPmob), créée en 2019. Elle a la mission de venir en appui des équipes médico-soignantes des différents services hospitaliers et, en particulier, des deux services d'urgences afin d'aider à la prise en charge spécifique des aînés et des pathologies complexes en lien avec le vieillissement.

Si une hospitalisation est nécessaire, un transfert peut se faire en unité aigue de gériatrie (UGA). Dans cette unité, le patient bénéficie de soins spécifiques et d'une prise en charge interdisciplinaire (physio-ergothérapie, nutrition, neuropsychologie) afin de diminuer l'impact délétère sur l'indépendance fonctionnelle de l'hospitalisation chez la personne âgée vulnérable.

À ce dispositif s'ajoute la consultation ambulatoire de gériatrie qui permet de réaliser un dépistage des éventuelles fragilités des seniors et de proposer des mesures individualisées de prise en charge afin de préserver leur autonomie.

**Quels sont les principaux défis qui attendent le DGRSP?**

Dans les années à venir, il sera indispensable de construire des approches intégrées. Le passage d'un système hospitalo-centré à un réseau intracommunautaire induira un besoin d'externalisation des compétences gériatriques, réadaptatives et palliatives. Pour répondre aux besoins grandissants, il faudra répondre à la nécessité de formation spécifique des différents professionnels de santé.

Le souci du «bien vieillir» et toute la recherche scientifique autour de la prévention du vieillissement et de la longévité sont des axes de développement majeurs, tant en gériatrie qu'en médecine en général, afin d'apporter les connaissances nécessaires permettant un vieillissement optimisé.

**Quels sont les éléments à mettre en place pour relever ces défis?**

Ce qui manque actuellement, c'est l'articulation du DGRSP avec l'ambulatoire afin de pouvoir prendre en charge le patient là où il est le mieux grâce à des équipes mobiles extrahospitalières, voire de l'hospitalisation à domicile. Je pense que le séjour en hôpital doit rester une exception dans le parcours de vie, surtout au grand âge, parce que c'est un facteur de perte d'autonomie important, qui, parfois, va même jusqu'à accélérer l'institutionnalisation de la personne ou sa mort.

« En 2022, 52% des patients hospitalisés au sein du département de médecine du RHNe avaient plus de 75 ans. Ce taux atteignait 37% en orthopédie »

**Depuis plusieurs années, la pénurie de lits est régulièrement évoquée, ainsi que la problématique des «lits C» (lits d'attente de placement) qui engorgent les hôpitaux suisses. Quelle est la situation actuellement?**

Le changement de modèle de financement des hôpitaux dès les années 2012 pour les lits aigus et 2022 pour la réadaptation a des répercussions majeures sur l'itinéraire du patient. Cela a pour conséquence que certains patients ne répondent plus aux critères d'hospitalisation, alors qu'ils auraient encore besoin de temps avant de regagner leur domicile ou un nouveau lieu de vie adapté.

L'augmentation des lits en unité d'accueil temporaire (UAT) a été faite au détriment de lits d'EMS ou lits de long séjour. Le moratoire sur la construction d'établissements médico-sociaux n'a pas permis d'anticiper les besoins. Ces différents effets combinés, ajoutés à un probable effet délétère de la pandémie de Covid-19 sur l'indépendance fonctionnelle des âgés, entraînent un étranglement du système avec une augmentation du nombre de «lits C». Le canton de Neuchâtel se trouve dans la moyenne romande du nombre de lits d'EMS. Mais au vu du vieillissement de sa population, plus âgée que la moyenne suisse, la surchauffe est plus rapide qu'ailleurs.

**Selon une récente étude de l'Observatoire suisse de la santé, les besoins en soins de longue durée augmenteront de +56% d'ici 2040. Or, la pénurie de personnel pose déjà problème aujourd'hui...**

Oui, la pénurie de personnel inquiète fortement. De plus, elle est la plus forte là où les personnes sont les plus vulnérables, c'est-à-dire en EMS. Or, c'est là qu'on a besoin de soignants extrêmement bien formés en gériatrie et psychogériatrie. Malheureusement, ce milieu de soins souffre d'un déficit d'image et d'un «turnover» de soignants ne permettant souvent pas de mettre à niveau les connaissances spécifiques.

**Ce déficit d'image se ressent-il également dans le choix de la spécialité médicale?**

Oh oui! Il n'y a qu'à regarder les séries médicales à succès: on n'y voit jamais de gériatre! Il est extrêmement rare qu'en commençant ses études, on rêve de s'occuper de personnes âgées. Pourtant, avec le vieillissement de la population, il n'y a pas besoin d'aller en gériatrie pour en trouver: en 2022, 52% des patients hospitalisés au sein du département de médecine du RHNe avaient plus de 75 ans. Ce taux atteignait 37% en orthopédie.



- 1967 Naissance à La Chaux-de-Fonds
- 1993 Diplôme fédéral de médecine (UNIGE)
- 2006 Certificat universitaire en gérontologie (centre interfacultaire UNIGE)
- 2008 Arrivée au RHNe
- 2009 FMH médecine interne générale et gériatrie



**Comment donner envie aux jeunes médecins de devenir gériatres?**

Par l'information et la formation. Les facultés de médecine proposent des cours pendant le cursus, mais cela reste extrêmement modeste avec 5 à 10 heures au programme. Devenir gériatre, c'est long: après ses six ans de médecine, il faut encore faire un FMH de médecine interne sur cinq ans, puis trois ans de gériatrie et éventuellement deux ans de soins palliatifs. Il est donc essentiel de permettre aux étudiants ou aux jeunes médecins de découvrir la gériatrie afin qu'ils prennent conscience des perspectives offertes tant en tant que clinicien que chercheur.

La complexité bio-psycho-spirituelo-sociale des prises en charge, l'interaction médecin-patient et les défis éthiques en lien avec le grand âge et la finitude donnent à cette spécialité un sens et une richesse, qui, à mes yeux, sont indispensables dans un métier souvent exigeant. La complexité médicale est aussi passionnante, car l'âge a souvent plusieurs maladies intercurrentes. Si on suit les guidelines de sa pathologie cardiaque, on va devoir intervenir d'une certaine façon. Mais si on suit celles de ses pathologies néphrologique, pneumologique ou neurologique, on va peut-être devoir faire des choses contradictoires. Il faut donc partager nos connaissances avec le patient afin de pouvoir, ensemble, définir un plan de traitement adapté à ses priorités. C'est fascinant! On n'est pas uniquement dans le «guérir», on est dans une dimension du soin plus intégrative, plus holistique.

**À quel moment avez-vous décidé de choisir cette spécialité?**

J'étais partie pour faire de l'ophtalmologie, mais j'ai très vite été davantage attirée par la vulnérabilité et la complexité. Durant ma formation, j'ai effectué mon assistantat en médecine interne, puis, j'ai travaillé en médecine de premier recours à Genève. Je m'occupais de migrants, de SDF, de toxicomanes, de prisonniers. Ces populations m'ont intéressée, car on ne s'occupe pas juste de la maladie, mais de tout ce qui interfère dans la santé, comme la précarité ou la violence. Je me suis toujours battue contre les iniquités de traitement et de considération. La gériatrie répondait donc à mes valeurs, car l'avancée en âge est une vulnérabilité bien moins reconnue. On sait d'ailleurs, d'après les études, que, de toutes les discriminations, l'âgisme est la plus fréquente.

**On parle beaucoup de coûts de la santé quand on évoque le vieillissement de la population. Mais qu'en est-il réellement?**

L'impact du vieillissement est assez constant et représente entre 10 et 25% des coûts. Oui, on vit plus longtemps, mais la bonne nouvelle, c'est qu'on vit surtout plus longtemps en bonne santé. On parle du coût des aînés, mais on omet souvent

de dire qu'ils sont aussi extrêmement productifs pour la société. Ils assurent une grande partie du bénévolat et des gardes d'enfants par exemple. Ils sont une cible des publicistes, car ils font marcher l'économie des loisirs. Il faudra construire des infrastructures pour accompagner le vieillissement démographique, mais cela crée aussi de nombreux postes de travail.

**Quelles sont les mesures mises en œuvre pour maintenir la constance des coûts?**

Il y a une recherche tant clinique que fondamentale en gériatrie. Elle s'intéresse à la longévité et à la prévention du vieillissement. Elle a pour but de limiter les conséquences du vieillissement non pas pour qu'on soit tous botoxés ou centenaires (rires), mais pour limiter les incapacités. Ceci devrait avoir un impact sur le système de santé à long terme. À court et moyen terme nous devons renforcer la prévention via des actions de santé publique coordonnées mais la Suisse est très en retard. Il faudrait prendre modèle, sur les pays nordiques et certains pays méditerranéens où, dès l'école, on fait de la prévention primaire.

**En quoi consiste la prévention primaire?**

À accompagner la population à avoir un style de vie le plus sain possible tout au long de sa vie. Nous ne sommes pas égaux en matière de santé, car nous avons une génétique différente, nous avons été exposés à des environnements différents et on sait que la pollution, le stress chronique ou la mauvaise alimentation sont des facteurs plutôt négatifs pour un vieillissement en bonne santé. Mais chacun devrait travailler à améliorer son capital santé.

Par exemple, à la retraite, on peut commencer une nouvelle activité pour bouger plus, entretenir son cerveau en apprenant une nouvelle langue... L'alimentation doit aussi être adaptée à tout âge. Les besoins en protéines d'un âgé vulnérable sont, par exemple, équivalents à ceux d'une femme enceinte. Or, on a tendance à croire que c'est l'inverse.

La prévention tertiaire, malheureusement, ne consiste plus qu'à limiter les dégâts. Par exemple, en prévenant les escarres chez un patient alité. «Manger, bouger, se socialiser et réaliser des tâches cognitives complexes» sont les piliers de cette prévention.

**Est-ce qu'en tant que gériatre, on se prépare mieux à vieillir?**

(Rires.) Nous avons récemment remarqué, avec mes collègues, qu'on se projetait mieux dans l'aménagement de notre lieu de vie: on regarde l'accessibilité de la douche, la présence de seuils, escaliers, on se demande si les portes seront assez larges pour qu'on puisse passer en chaise roulante. Nous privilégions la consommation de poisson bleu... Mais à part cela, il y a, comme partout, ceux qui prennent soin d'eux, courent trois fois par semaine et ceux qui en font moins. Nous savons ce qu'il faut faire pour bien vieillir. Mais, comme pour le reste de la population, c'est franchir le pas qui est compliqué. ■

# Marie Heim-Vögtlin, première Suissesse docteure en médecine

Le RHNe mag plonge dans le passé et vous propose de découvrir des personnalités suisses qui ont marqué l'histoire médicale. Dans ce numéro, c'est le combat de Marie Heim-Vögtlin pour avoir le droit d'exercer la médecine que nous mettons en lumière

**19** février 1874: l'Argovienne Marie Vögtlin, 28 ans, obtient son doctorat de médecine, à Zurich. Le moment est historique: elle est la première Suissesse à terminer cette formation, à une époque où les universités du pays étaient ouvertes aux femmes étrangères depuis seulement dix ans et encore interdites aux autochtones. «La Suisse et la France ont été les premiers pays à admettre les femmes à l'université. Par conviction parfois, mais aussi pour remplir leurs facultés. En Suisse, on était surtout favorable aux étrangères, dont on pensait qu'elles quitteraient ensuite le pays et qu'elles ne feraient ainsi pas concurrence aux hommes», explique la Dre Aude Fauvel, historienne à l'Institut des humanités en médecine CHUV-UNIL.

Jusqu'à ce que les autres nations fassent peu à peu entrer la mixité dans leurs amphithéâtres, autour des années 1910, la Suisse est la destination la plus prisée pour celles qui rêvent d'enseignement supérieur. En 1906, dans toutes les facultés de médecine du pays, la majorité des étudiants sont des étudiantes, presque toutes étrangères. Exclure les Suissesses était en effet facile: il leur était impossible d'obtenir la maturité nécessaire pour y accéder, car les études secondaires étaient interdites aux filles en Suisse jusque dans les années 1920. «La seule façon de décrocher une maturité était d'avoir les moyens de partir suivre le cursus en France. Ou d'obtenir une rare dérogation pour passer l'examen en candidate libre, précise Aude Fauvel. C'est ce que réussit à faire Marie Vögtlin.»

Quand l'Argovienne s'inscrit en médecine, à l'Université de Zurich, en 1868, le scandale est national. Pourtant, l'année précédente, la même faculté décernait fièrement, pour la toute première fois, un diplôme à une femme, Nadezhda Suslova. Mais elle était Russe et sur le point de rentrer exercer dans son pays. «Pour l'anecdote, toutes deux se connaissaient. Le fiancé de Marie, l'ophtalmologue Friedrich Erismann, l'avait quittée pour Nadezhda et était parti s'installer avec elle en Russie.»

Pour la pionnière suisse, devenue Marie Heim-Vögtlin suite à son mariage avec le géologue Albert Heim en 1875, les difficultés se poursuivent au-delà des études. «Il était alors inimaginable qu'une docteure ait son cabinet ou travaille dans un hôpital public. On admettait juste qu'elle exerce dans le cabinet de son mari ou dans le secteur privé.» Pas de quoi freiner la Suissesse: elle ouvre son propre cabinet, puis fonde, en 1888, grâce à des dons essentiellement privés, la Frauenklinik à Zurich. Comptant parmi les premières gynécologues femmes d'Europe, elle y contribue à l'essor d'une pratique plus douce, à l'écoute des patientes. Sa renommée dépasse largement les frontières. Elle inspire également en étant une maman qui travaille: «C'était inédit à une époque où on prétendait encore que l'activité professionnelle virilisait les femmes, les rendait stériles ou homosexuelles...», soupire Aude Fauvel. Déterminée à balayer les discriminations, la Dre Heim-Vögtlin s'engage également sans relâche pour le droit de vote des femmes. Elle disparaîtra en 1916, plus d'un demi-siècle avant qu'il leur soit accordé.

Maître d'enseignement et de recherche, Aude Fauvel est actuellement responsable du projet «La médecine féminine. Une histoire des premières femmes médecins et de leur contribution à l'innovation médicale entre la Suisse francophone et la France, 1867-1939», financé par le Fonds national suisse. «D'autres ont marqué l'histoire de la médecine, comme Marie de Thilo, première à ouvrir un cabinet en Suisse romande, à La Chaux-de-Fonds, en 1883. Notre étude essaiera ainsi de valoriser le rôle de celles qui sont moins connues que Marie Heim-Vögtlin.» Car si l'époque de ce qu'on a appelé le «féminisme médical franco-suisse» a permis de former la majorité des premières médecins dans le monde, leur impact local reste méconnu: «En Suisse et en France, il y a eu une invisibilisation des femmes médecins. Elles ont rarement réussi à publier dans les revues scientifiques. Comme elles travaillaient surtout dans le privé, il y a aussi peu d'archives.» ■



© Zentralbibliothek Zürich



## FUMÉE

Les cigarettes électroniques jetables sont moins anodines qu'elles en ont l'air. L'éclairage du Dr Jean-Paul Humair, médecin directeur du Centre d'information et prévention du tabagisme (CIPRET) à Genève

# Quatre choses à savoir sur les puffs

Colorées, simples à utiliser, proposant des goûts plus alléchants les uns que les autres, les «puffs» ont de quoi séduire, notamment les plus jeunes...

## « Leur innocuité reste encore à démontrer par des études scientifiques indépendantes évaluant leurs effets sur la santé à court et long termes »

Sauf que ces cigarettes électroniques jetables aux allures de surligneurs high-tech, concoctées par l'industrie du tabac et du vapotage, sont bien moins anodines qu'elles n'en ont l'air. Si les études manquent pour évaluer leurs effets sur la santé, la présence de nicotine inquiète. Au vu de son fort pouvoir addictif, celle-ci induit et perpétue une dépendance tenace se gravant dans le cerveau de ses consommateurs. Le point avec le Dr Jean-Paul Humair, médecin directeur du Centre d'information et prévention du tabagisme (CIPRET) à Genève.

### Qu'est-ce qu'on inhale?

Arrivées sur le marché en 2020, les puffs sont des cigarettes électroniques jetables renfermant des liquides comprenant notamment propylène glycol, glycérine et arômes. Des composés moins inquiétants a priori que la multitude de substances toxiques présentes dans les cigarettes classiques, mais dont la composition exacte est floue. Leur innocuité reste encore à démontrer par des études scientifiques indépendantes évaluant leurs effets sur la santé à court et long termes. Mieux connue, et présente dans la plupart des puffs, la nicotine expose quant à elle à un risque élevé de dépendance. Ce risque est particulièrement marqué chez les jeunes, dont le cerveau est encore en maturation. Cela fait craindre que l'exposition précoce à la nicotine par les puffs facilite le passage au tabagisme et à ses effets hautement délétères sur la santé.

### Pourquoi des sels de nicotine?

Les puffs renferment non pas de la nicotine classique, provenant des feuilles de tabac, mais des sels de nicotine, obtenus par des transformations chimiques permettant non seulement d'augmenter sa vitesse d'absorption et d'action, mais également de la rendre moins irritante pour la gorge. Les fabricants proposent ainsi des puffs avec des taux de nicotine dépassant le maximum légal (2% ou 20 mg/ml) et atteignant 5%, en profitant de l'absence de loi fédérale, de lois cantonales hétérogènes et du très faible niveau d'application et de contrôle des autorités. Ces opérations réalisées en laboratoire rendent ces teneurs élevées en nicotine supportables à des consommateurs non habitués à l'inhalation de tabac ou de nicotine. Ces derniers toléreraient difficilement des taux de nicotine supérieurs à 10 mg/ml s'il s'agissait de sa version «classique». Cette stratégie des fabricants ne fait qu'accroître le risque de dépendance à cette substance... et le besoin d'en consommer et reconsommer.

### Adolescents en ligne de mire

Annoncées par leurs fabricants comme des alternatives moins toxiques que les cigarettes combustibles des fumeurs, les puffs peuvent séduire des consommateurs non-fumeurs. Une promotion de ces cigarettes électroniques jetables se fait sur les réseaux sociaux pour attirer dangereusement un public jeune, voire très jeune... Selon une étude menée par Unisanté et Promotion santé Valais auprès de 1362 jeunes âgés de 14 à 25 ans\*, 59% d'entre eux ont déclaré avoir consommé au moins une fois dans leur vie une puff et 12% à en consommer fréquemment (au moins dix jours durant le mois ayant précédé le sondage). Faciles d'accès, peu onéreuses (5 à 20 francs en moyenne), les puffs sont ainsi de plus en plus banalisées parmi les adolescents. Trois quarts d'entre eux se disent toutefois conscients des risques pour la santé, du risque de dépendance et de l'impact environnemental des puffs.

### Et côté réglementation?

Si la loi fédérale sur les produits du tabac et les cigarettes électroniques (LPTab) est attendue pour mi-2024, il n'existe à ce jour aucune loi fédérale interdisant la vente de cigarettes électroniques (dont les puffs) aux mineurs. Toutefois, onze cantons (dont Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel et Valais) ont légiféré et interdisent la vente de cigarettes électroniques aux mineurs. Huit cantons interdisent l'affichage publicitaire pour les cigarettes électroniques\*\*. Cependant, l'application de ces lois est très problématique car elles sont mal respectées par les commerçants et les autorités ne les contrôlent que très rarement (notamment par des achats-tests). ■

\* [www.unisante.ch/fr/unisante/actualites/premiers-chiffres-sur-consommation-puffs-jeunes](http://www.unisante.ch/fr/unisante/actualites/premiers-chiffres-sur-consommation-puffs-jeunes)

\*\* Source: <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/monam/reglementations-cantoniales-concernant-le-tabac-et-les-e-cigarettes>





# Que faire de l'essor de l'IA en santé? Ambivalents, les médecins s'interrogent

La rencontre entre l'intelligence artificielle et la médecine peut se passer en douceur... à certaines conditions. Pour le corps médical, sommé de se positionner face à ces nouvelles technologies, l'heure est encore à la prudence mâtinée de méfiance

La science-fiction nous fait rêver de robots chirurgiens et d'algorithmes capables de prédire nos maladies futures. L'intelligence artificielle va-t-elle vraiment remplacer les médecins? Pas si vite: le corps médical n'est pas un secteur comme les autres. La médecine, en dépit de ses aspects scientifiques et techniques, reste une science humaine, fondée sur la relation entre le médecin et son patient.

**Viser le meilleur des deux mondes.** L'IA a aussi le potentiel de replacer l'humain au cœur de la pratique médicale, si elle ne se substitue jamais à la décision médicale et si elle parvient à libérer le médecin d'une partie des tâches répétitives chronophages qui lui incombent. La Société vaudoise de médecine (SVM), qui a consacré cette année un dossier à cette question dans son magazine trimestriel, organisait une table-ronde consacrée à ces enjeux. Heidi.news en assurait la modération. Extraits choisis.

**Des bonnes pratiques à respecter.** «Cet essor de l'IA s'inscrit dans le long historique de l'informatique médicale: cela fait depuis 1950 que l'on parle de dossier électronique», rappelle le Dr François Bastardot, médecin interniste et Chief Medical Information Officer au CHUV. Ce qui a changé aujourd'hui, poursuit le spécialiste, c'est évidemment l'irruption de technologies grand public comme ChatGPT que le corps médical peut, lui aussi, être tenté de s'approprier: «Il est important que ces technologies, en plus

de respecter le contexte légal existant, parviennent à s'inscrire dans les habitudes des médecins, tout en respectant nos standards et nos bonnes pratiques.»

Pour l'heure, les systèmes d'IA ne sauraient se substituer aux médecins – il s'agit tout au plus de systèmes d'aide à la décision, celle-ci revenant in fine à l'humain. Le Dr Bastardot illustre un des aspects contre-productifs que peuvent malgré tout prendre ces systèmes si l'on ne pense pas suffisamment en amont leur intégration: «À l'hôpital, vous êtes bombardés de multiples alertes, dont peu sont vraiment utiles au lit du malade. Si l'IA se contente d'augmenter le nombre d'alertes sans veiller à les prioriser, le seul effet sera d'augmenter la fatigue du médecin – et le risque d'ignorer une véritable urgence remontée par une de ces alertes.»

**«Evidence based medicine» contre boîtes noires.** L'IA doit respecter les mêmes principes qui s'appliquent à la recherche biomédicale: être fondée sur des preuves tangibles, rappellent les spécialistes. Or, il n'est pas toujours facile de s'en assurer, tant les solutions commercialisées peuvent s'apparenter à des boîtes noires.

Watson, l'IA d'IBM qui devait révolutionner dès 2015 la pratique de la médecine, s'est ainsi heurtée à un gros problème: les données médicales sur lesquelles elle avait été entraînée n'étaient pas représentatives des populations des hôpitaux où elle a pu être utilisée...



Le Dr François Bastardot reprend: «Il faut que nos confrères restent critiques face aux arguments marketings des sociétés qui vendent ces outils d'IA. Ceux-ci sont construits à partir de collectifs de données patients qui ne sont pas toujours représentatifs de la population de nos patients...»

**« La médecine, en dépit de ses aspects scientifiques et techniques, reste une science humaine, fondée sur la relation entre le médecin et son patient »**

La validation externe qui s'applique en recherche clinique devrait aussi s'appliquer aux produits qui utilisent l'IA à des fins médicales.»

François Charlet, juriste spécialisé dans le droit des nouvelles technologies: «Le médecin et/ou l'hôpital restent responsables de l'utilisation qui est faite

des IA médicales. La loi fédérale sur la responsabilité du fait des produits, qui établit le principe de la responsabilité du producteur en cas de dommage causé par son produit qui présente un défaut, permet théoriquement d'attaquer les développeurs d'une IA défectueuse... mais l'IA s'apparente souvent à une boîte noire. ChatGPT comporte ainsi des milliards de variables! Le développeur peut ainsi démontrer qu'il a fait des tests, et reporter la responsabilité sur l'utilisateur, qui n'aurait peut-être pas été assez précis dans ses instructions...»

**Par où commencer?** «La question n'est plus de savoir si on veut de l'IA ou pas, elle est déjà là», tranche le Dr Marc-Antoine Bornet. Pour lui, une bonne façon d'organiser au mieux cette rencontre entre IA et médecine est de commencer par les activités qui présentent le moins d'enjeux techniques et éthiques.

«Par exemple, lorsqu'un patient ne répond pas au téléphone, on envoie souvent un texte-type qui va être assez similaire d'un patient à l'autre. L'IA pourrait nous aider à effectuer ce type de tâche plus rapidement, afin d'avoir davantage de temps en consultation auprès des patients.»

Le Dr Bastardot rappelle que l'intégration du numérique à la médecine l'expose à de nouveaux risques cyber. Début 2021,

le centre hospitalier de Dax, en France, a ainsi été la victime d'une attaque informatique dont le coût total a été chiffré à 2,3 millions d'euros (2,25 millions de francs): «Les hôpitaux sont des cibles vulnérables de par la complexité des systèmes d'information hospitaliers. Des cabinets neuchâtelois aussi ont déjà été visés en 2022. On doit être en capacité de fonctionner sans dossier électronique, et avoir un plan de continuité clinique pour pouvoir continuer à fonctionner en cas de cyberattaque. À Dax, il a fallu un an pour pouvoir réintroduire le système de prescription connectée...»

Le médecin poursuit: «l'esprit humain tend vers la paresse, une dépendance du médecin pourrait s'installer. Or, le médecin doit pouvoir rester critique par rapport à son propre raisonnement. À cet égard, il doit aussi être critique des données utilisées par l'IA et savoir s'en affranchir en cas de panne.»

**Former les médecins plutôt que d'apprendre la médecine à l'IA.** Longtemps, l'informatique médicale a surtout été une affaire d'ingénieurs où les médecins avaient peu leur mot à dire, poursuit le Dr Bastardot. Heureusement, la donne est en train de changer, avec l'émergence de l'informatique médicale. Reste l'enjeu de la formation des médecins à l'IA: «Il nous faut renforcer la formation de nos

collègues, et pour cela, faire connaître les forces et les limites de ces outils dès lors où on les introduit. C'est d'autant plus crucial dans des services hospitaliers où il y a un tournus important. Si vous engagez un assistant médical pour vous aider, par exemple sur les recherches de littérature, vous apprendriez à vous connaître avant de travailler ensemble. C'est la même chose pour l'IA.»

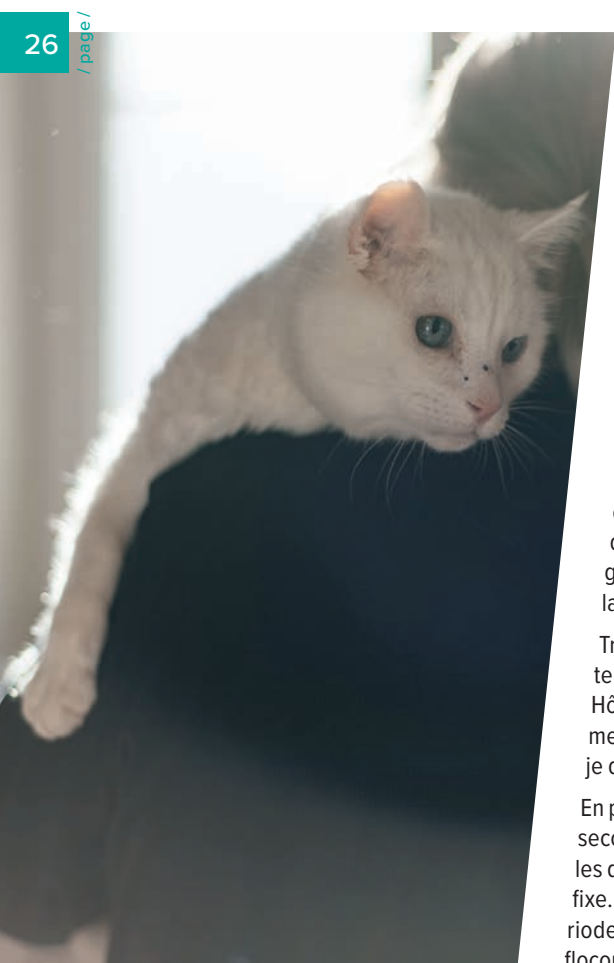
**L'exceptionnalité humaine.** «Il n'y a pas de e-patients et de e-cancers, il n'y a que des patients et des cancers qui ne sont jamais comme dans les livres», lançait en mai dernier à l'antenne de la RTS, Christian Lovis, médecin-chef du service des sciences de l'information médicale aux Hôpitaux universitaires de Genève et professeur d'informatique clinique.

Le Dr François Bastardot abonde: «Notre force d'humains, c'est de savoir quand sortir des modèles. La force du médecin, c'est aussi de pouvoir sortir des guidelines lorsqu'il estime que non, le patient en question n'est pas représentatif. Il doit pouvoir reprendre le contrôle, exactement comme le ferait le pilote d'un véhicule high-tech.» ■



Porteur du VIH depuis trente ans, Mycky raconte son chemin de vie avec **CET ENNEMI INVISIBLE** qui a fait 40 millions de victimes dans le monde depuis les années 1980

## « Je me considérais comme un prisonnier dans le couloir de la mort »



« **Q**uand j'ai appris que j'avais chopé cette m\*\*\*\*, ma vie s'est arrêtée. » Le regard doux, la voix posée, Mycky a accepté de partager son chemin de vie avec le virus de l'immunodéficience humaine, dit VIH, sans colère mais avec pudeur. Son combat débute il y a trente ans. Le nombre de nouvelles infections connaissent alors une augmentation sans précédent. À l'époque, faute de traitements véritablement efficaces, vivre avec le VIH signifiait trop souvent mourir du sida: « Je me considérais comme un prisonnier dans le couloir de la mort. »

À la peur de mourir s'ajoutent immédiatement la honte et la crainte du regard des autres: « Dans les années 90, parler de son homosexualité et de sa séropositivité n'était pas aussi simple qu'aujourd'hui. Les gens avaient peur d'être contaminés par une simple poignée de main. Beaucoup d'idées reçues étaient véhiculées, comme le fait que le virus trouvait son origine chez les singes. On racontait aussi que c'était une punition divine. » Pour ne pas avoir à vivre les insultes et les discriminations, Mycky a donc choisi, pendant plus de quinze ans, de garder le silence. Seuls son compagnon et le corps médical étaient dans la confidence.

Très rapidement, même s'il ne nourrit que peu d'espoirs de survie à long terme, le Neuchâtelois prend part à des protocoles de recherche aux Hôpitaux universitaires de Genève: « Participer à l'élaboration d'un traitement me dédouanait un petit peu de mes actes. J'avais fait une bêtise et je devais racheter ma conduite. »

En parallèle, les médecins lui prescrivent des médicaments. Mais les effets secondaires sont importants: « La fatigue, les nausées, les vomissements, les diarrhées. Je devais prendre ces cachets plusieurs fois par jour, à heure fixe. Cela impactait considérablement ma qualité de vie. Durant cette période, ma tête était comme une boule à neige que l'on secoue et dont les flocons tourbillonnent sans fin. »

Dans les années 2000, Mycky pousse la porte du service d'infectiologie du RHNe. Les trithérapies antirétrovirales offrent alors de nouvelles perspectives aux personnes infectées par le VIH: elles contiennent l'action du virus et empêchent le sida de se déclarer. Au fil des ans, le nombre de cachets à prendre se réduit, tout comme les effets secondaires. Le couloir de la mort s'éloigne pour Mycky, mais le silence, lui, se fait de plus en plus pesant: « En 2010, alors que j'écoutais le témoignage d'une jeune femme accidentée par un chauffard, j'ai eu un déclic: il fallait moi aussi que je partage mon expérience, que je parle enfin de ma vie avec ce virus. »

Sur conseil de son médecin traitant, Mycky approche alors le « Projet école », un programme de témoignages de personnes séropositives dans les établissements scolaires suisses, aujourd'hui stoppé pour raisons budgétaires. Il suit d'abord une année de supervisions durant laquelle il apprend à parler de son vécu. Il fait la connaissance d'autres personnes vivant avec le VIH: « Notre première rencontre a été magique. J'ai été accueilli comme une personne normale. Nous partageons tous les mêmes problèmes, je me suis senti moins seul. »

Puis, durant quatre ans et en binôme, le Neuchâtelois livre son témoignage aux écoliers-ères romand-e-s et diffuse des messages de prévention: « Parler m'a apaisé. Je me suis réapproprié mon corps et mon identité en dehors du virus. »

### « Alors que j'écoutais le témoignage d'une jeune femme accidentée par un chauffard, j'ai eu un déclic: il fallait moi aussi que je partage mon expérience »

Aujourd'hui, Mycky mène une vie normale. Grâce aux traitements, son espérance de vie est identique à celle d'une personne non porteuse du VIH: « Je continue à faire des contrôles tous les trois mois. Le virus est indétectable dans mon sang et donc intransmissible. Pourtant, la peur de contaminer autrui est toujours présente, sans doute les restes du passé. Il m'arrive aussi de parler au virus, de passer un marché avec lui: je lui donne son médicament tous les matins et il me fiche la paix. »

Parler aux écoliers-ères l'a incité à faire de même avec des collègues et proches, même si certain-e-s ignorent encore sa séropositivité: « Je l'ai annoncé à ma maman de cœur l'an passé seulement. Elle a bien réagi. Cela m'a soulagé d'un poids énorme. Désormais, je ne ressens plus le besoin d'en parler à d'autres. »

Le VIH est, à l'heure actuelle et sous nos latitudes, considéré comme une maladie chronique, sous réserve d'un dépistage précoce et d'une prise régulière de médicaments: « Si je devais mener un dernier combat, ce serait celui d'inciter les personnes séropositives qui souffrent d'effets secondaires à ne pas arrêter leurs traitements. Certaines le font et cela peut avoir des conséquences délétères sur leur santé! »

Mycky place toute sa reconnaissance envers les soignant-e-s, toujours disponibles et à l'écoute. Il participe, encore aujourd'hui, à des études cliniques pour améliorer encore la prise en charge du VIH. ■

En 2022, l'ONU a recensé 1,3 million de personnes nouvellement infectées par le VIH. Les maladies liées au sida ont fait, cette même année, 630 000 victimes. En raison de lacunes en matière de prévention et de traitements, les populations d'Afrique subsaharienne restent vulnérables, particulièrement les filles et les jeunes femmes qui représentaient, 46% des nouvelles infections.

Pour en savoir plus sur la situation épidémiologique du VIH dans le monde [www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet](http://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet)





# Jeudis du RHNe

Cycle de conférences publiques



Les prochains rendez-vous > 19h00 > Auditorio du site de Pourtalès

2024 > 25 janvier

Insuffisance cardiaque: quand le cœur ne suit plus

22 février

Et si la polyarthrite s'invitait plus tôt que prévu dans mon quotidien?

7 mars

Cancer colorectal: de l'importance d'un diagnostic précoce

25 avril

Les hôpitaux face au défi de la transition énergétique

23 mai

Tout savoir sur les risques liés aux tiques

20 juin

Allergies, comment y remédier?

22 août

Je ronfle, quels sont les risques et les traitements?

Toutes les conférences sont diffusées **en live** sur la page Facebook du RHNe  
[www.facebook.com/reseauhospitalierne](http://www.facebook.com/reseauhospitalierne)

