

LE RENDEZ-VOUS SANTÉ

SAUTES D'HUMEUR, LIBIDO EN BERNE

Consulter pour lever le tabou de la ménopause

L'INTERVIEW

DR ALESSANDRO DIANA

« Je suis le premier à m'interroger
face aux vaccins ! »

VÉCU

« Mon cancer a fait naître une vocation »

CARTE BLANCHE

Le regard du photographe

Guillaume Perret

Super-héros en formation

DOSSIER

Pour inventer la médecine de demain

Le RHNe participe à des études pour déterminer l'efficacité
de certains traitements ou dispositifs médicaux.

Le service de cardiologie a évalué un tensiomètre
intelligent qui mesure la pression artérielle
de façon innovante





LE DOSSIER

Pour inventer la médecine de demain

Le RHNe participe à des études pour déterminer l'efficacité de certains traitements ou dispositifs médicaux, comme un tensiomètre intelligent qui mesure la pression artérielle de façon innovante

06

CARTE BLANCHE
GUILLAUME PERRET

Super-héros en formation



14

L'INTERVIEW

DR ALESSANDRO DIANA

Vaccinologue à Infovac et médecin pédiatre à la clinique des Grangettes, le Dr Alessandro Diana a fait de la vaccino-hésitation sa spécialité il y a 12 ans déjà. Une expérience qui l'a préparé à affronter le lot de questions soulevées par l'apparition des vaccins à ARN messenger contre le Covid-19



18

▶ 03

L'ÉDITORIAL

La recherche clinique, un plus pour un hôpital cantonal

▶ 04

COMPÉTENCES

Les nouveaux visages du RHNe

▶ 05

LA REVUE DE PRESSE

«Je voulais retrouver mes deux fils»

▶ 12

LE RENDEZ-VOUS SANTÉ

Une consultation pour lever le tabou de la ménopause

▶ 22

PLANÈTE SANTÉ

Prévenir le burn-out

▶ 24

HEIDI.NEWS

Le scandale du prix des médicaments en Suisse va-t-il durer longtemps?

▶ 26

VÉCU

« Mon cancer a fait naître une vocation »

La recherche clinique, un plus pour un hôpital cantonal



Il y a peu, la recherche était encore considérée comme l'apanage des hôpitaux universitaires qui regroupaient en un même lieu une population large, des équipes cliniques habituées aux programmes de recherche et des chercheurs de l'Université. C'est ainsi que se sont développés plusieurs axes dans la recherche: la recherche fondamentale qui vise à comprendre les phénomènes naturels en les transposant dans des laboratoires, la recherche clinique qui évalue les médicaments et techniques de soins et la recherche translationnelle qui crée un lien entre ces deux disciplines et œuvre à transformer des découvertes scientifiques en traitement médicaux.

Alors pourquoi les hôpitaux non universitaires comme le RHNe se lancent-ils sur ce terrain? Tout d'abord pour conserver nos accréditations et certifications qui exigent souvent une participation à la recherche. Également afin de maintenir notre rôle dans la formation, en particulier pour les disciplines où l'obtention du titre nécessite un accès à la recherche clinique et la rédaction de publications. Pour rester attractifs pour les médecins, les soignants et les patients qui auront accès aux nouveaux médicaments qui ne sont pas encore sur le marché et éviteront ainsi les transferts extra-cantonaux. Enfin, parce qu'il est prouvé que les hôpitaux disposant de programmes de recherche obtiennent de meilleurs résultats cliniques avec des améliorations en terme de qualité de prise en charge (in British Medical Journal, «Does the engagement of clinicians and organisations in research improve healthcare performance: a three-stage review»).

Et combien cela nous coûte-t-il? Principalement l'énergie des investigateurs et le soutien institutionnel en terme d'infrastructure, d'informatique, d'aide juridique... En effet, la recherche est non seulement souvent financée par les firmes, mais surtout soutenue par l'État au travers de prestations d'intérêt général puisqu'il s'agit de l'un des «Buts et mission» explicitement décrit par la Loi sur le Réseau hospitalier neuchâtois (LRHNe, article 3, alinéa 2).

Aujourd'hui, le RHNe recense une cinquantaine d'études en cours dans les différents départements cliniques et de nombreux projets à venir. Le renforcement du service juridique par l'arrivée en 2021 de Mme Songül Yavavli et de Mme Laura Amey, ainsi que la nomination récente de Mme Sophie Gallot comme coordinatrice en recherche clinique, sont les premières pierres à la création d'une unité de recherche locale. Elle a pour but d'aider les chercheurs, de renseigner les patients et de valoriser cette activité, au sein de notre institution, mais aussi au-delà.

« Il est prouvé que les hôpitaux disposant de programmes de recherche obtiennent de meilleurs résultats cliniques avec des améliorations en terme de qualité de prise en charge »

IMPRESSUM |

UNE PUBLICATION DU RÉSEAU
HOSPITALIER NEUCHÂTELOIS

RÉDACTEUR EN CHEF

Pierre-Emmanuel Buss,
responsable communication

Ont participé à ce numéro:

Trinidad Barleycorn

Brigitte Rebetez

Annick Chevillot

Elodie Lavigne

GRAPHISME

additive, Aline Jeanneret
Corcelles

PHOTOGRAPHE

Guillaume Perret
Cormondrèche

TIRAGE 5000 exemplaires

Paraît 2 fois par an

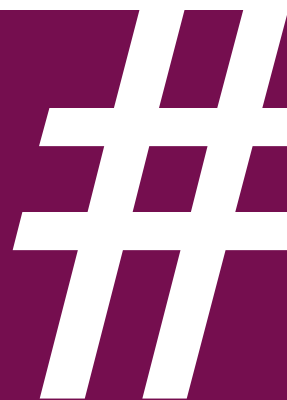
IMPRESSION

Europ'Imprim Swiss
Bevaix

ABONNEMENTS

mag@rhne.ch

Les nouveaux visages du Réseau hospitalier neuchâtelois



DRE PD KAREN KINKEL
#1

est entrée en fonction le 1er avril 2021 comme médecin-chef de service en imagerie à La Chaux-de-Fonds.



DRE ELENI MOSCHOURI
#2

est entrée en fonction comme médecin-chef adjointe au sein du service de gastro-entérologie le 1er février 2021.



DR ADRIAN SCHUBERT
#3

est entré en fonction le 1er octobre 2021 comme médecin-chef adjoint au sein du service d'ORL.



DR PAOLO FORNACIARI
#5

est entré en fonction le 1er août 2021 comme médecin hospitalier au sein du département d'orthopédie-traumatologie.



DR ROMAIN BREGUET
#4

est entré en fonction le 13 septembre 2021 comme médecin-chef adjoint au sein du département d'imagerie médicale.



DR ALEXIS LÉGER
#6

est entré en fonction comme médecin-chef adjoint le 1er octobre 2021 au sein du département de gynécologie – Centre du sein.



PATRICK ERARD

Sur proposition des autorités communales de la Ville de La Chaux-de-Fonds, le Conseil d'État a nommé Patrick Erard en qualité de membre du Conseil d'administration du RHNe au 24 février 2021. L'ancien président du Grand Conseil succède à son collègue du parti des Verts, Patrick Herrmann, élu au Conseil communal de La Chaux-de-Fonds.



ARCINFO

«Je voulais retrouver mes deux fils»

«L'infirmière a été très claire. Elle m'a regardé et elle m'a dit: «Appelez vos enfants, parce qu'il n'est pas sûr que vous les revoyiez!» Ce lundi de février 2021, Frédéric Schlaepfer, 44 ans, mécanicien de précision de Bevaix, vient d'arriver aux soins intensifs de l'hôpital Pourtalès à Neuchâtel.

Depuis une semaine, il sait qu'il est atteint du Covid-19, comme tous les membres de sa famille. Avec son épouse et ses deux garçons de six et dix ans, ils sont allés se faire tester, car il y avait eu un cas dans la classe de son fils aîné. Si, les premiers jours, sa femme semble plus atteinte que lui, avec de la fièvre et une grosse fatigue, il vient de passer la nuit en hyperventilation.

«J'avais de la peine à respirer et le matin, j'ai dit à ma femme d'appeler l'ambulance pour m'amener à l'hôpital.» Rapidement placé sous oxygène, Frédéric est soumis à une batterie de tests aux urgences où l'on doit rapidement constater que même la distribution d'oxygène à haute dose ne lui suffit pas.

«Aux soins intensifs, ils m'ont vite expliqué qu'ils allaient devoir m'intuber», raconte-t-il. «Mais je n'étais pas d'accord. Je leur ai dit que ce n'était pas possible, que je devais aller m'occuper de mes enfants car ma femme n'était pas bien. Et c'est là que l'infirmière m'a dit que je n'avais pas vraiment le choix si je voulais les revoir... Heureusement qu'elle m'a dit ça! J'ai alors appelé ma femme et elle a répondu: «Il faut faire ce qu'il faut!»

A partir de là, tout est allé très vite. Frédéric a été plongé dans un coma artificiel dont il ne garde aucun souvenir. «Il s'agit d'une anesthésie de longue durée, avec maintien de la sédation et curarisation pour mettre au repos tous les muscles et les poumons afin de les réoxygéner», explique Jessica Beck, infirmière spécialisée en soins intensifs.

«Les patients reçoivent un sacré cocktail de médicaments, régulièrement contrôlé et adapté pour trouver le bon équilibre. On regarde leur visage, leurs éventuelles crispations afin d'avoir une indication de leur confort. Et on les met sur le ventre régulièrement pour améliorer l'oxygénation.»

(...) Finalement, après deux semaines de coma artificiel, il est réveillé. «C'est un lent processus qui peut prendre du temps, car le patient doit réapprendre à utiliser ses muscles qui sont restés inutilisés durant plusieurs jours», explique Jessica Beck.

«Je ne comprenais pas très bien ce qui se passait, ajoute Frédéric. Ma femme était là, à côté de moi. Je me souviens surtout que j'avais très soif, mais qu'ils ne voulaient pas me donner à boire, c'était affreux.» L'infirmière confirme: «Il faut que le patient apprenne à nouveau à déglutir.»

Le Bevaisan se souvient aussi d'avoir fait d'horribles cauchemars alors qu'il était dans le coma. «Par la suite, j'avais peur de m'endormir et de refaire ces mauvais rêves.»

«Le delirium aux soins intensifs est assez courant, cela concerne un quart des patients en coma artificiel et intervient dans la phase de réveil, relève Marie-Eve Brunner, médecin cheffe adjointe des soins intensifs. Mais ce n'est pas toujours angoissant. Un patient nous a raconté avoir aussi vu une mare avec des canards à côté de son lit.»

(...) En juin dernier, Frédéric a repris son travail à 50%. À la mi-août, il a eu une petite alerte avec des difficultés respiratoires. «Ils m'ont refait un test sanguin et une radio, mais tout était en ordre.»

«Quand il est arrivé chez nous, Frédéric était le plus jeune patient aux soins intensifs», relève Jessica Beck. «Aujourd'hui, ceux que nous accueillons ont souvent son âge.»

• Arcinfo, 3 septembre 2021

Blick

Prédisposition génétique pour les cas graves de Covid

Une prédisposition génétique permet d'expliquer en partie les développements graves du Covid-19. Les patients portant ces gènes ont deux fois plus de chances de devoir recourir à la ventilation mécanique après avoir contracté le Covid. (...)

L'équipe internationale, dirigée par l'hôpital de la Charité de Berlin et à laquelle participe l'hôpital cantonal de Baden (AG), s'est concentrée sur les antigènes des leucocytes humains («human leukocyte antigen», ou HLA), un groupe de gènes qui joue un rôle central dans le fonctionnement du système immunitaire. L'étude a porté sur 435 patients de plus de 18 ans originaires d'Allemagne, d'Espagne, de Suisse et des États-Unis, dont certains souffraient d'une forme légère de Covid-19 et d'autres d'une forme grave.

Les chercheurs ont trouvé des preuves que le sous-type HLA appelé HLA-C*04:01 est associé à une évolution clinique grave du Covid-19. Selon l'hôpital de Baden, cette découverte donne la possibilité d'identifier des groupes de patients présentant un risque accru de progression grave de la maladie.

• Blick.ch, 7 septembre 2021

Tribune de Genève

Quand le Covid éteint toute saveur

Elle adore le parfum des figuiers et peut le détecter à des kilomètres. Mais pour Alice, cet arbre fétiche a disparu de son paysage olfactif. Atteinte du Covid en pleine première vague, en mars 2020, la Genevoise n'a toujours pas récupéré son odorat d'antan dix-sept mois plus tard. (...)

Un nez en panne affecte l'intimité. «Ne sentant plus ma propre odeur et toujours accompagnée de ma pestilence fantôme, je craignais de sentir mauvais et me suis longtemps tenue à l'écart des autres, poursuit-elle. Le manque est permanent. L'odeur de la maison, celle du lac: tous ces effluves qui nous situent et qui devraient être là ne le sont plus.» Alice a beaucoup lu, pris son mal en patience et renoncé à consulter.

D'autres l'ont fait. Les HUG abritent l'un des deux centres du pays dédiés aux troubles de l'olfaction – anosmie si la perte est totale, hyposmie si elle est partielle. Des maux qui n'ont pas attendu le Covid pour sévir. (...) Avec le Covid, la consultation genevoise a vu sa fréquentation croître de 50 à 100%. (...) «L'agent infectieux a la capacité d'endommager la zone au sommet du nez où se trouvent les récepteurs, explique Basile Landis, chef de l'unité de rhinologie des HUG. On ne comprend pas encore tout, mais le virus infecte les cellules de soutien qui servent d'auxiliaires aux cellules nerveuses olfactives, lesquelles en souffrent et dysfonctionnent. La récupération peut être rapide chez certains, mais pas tous. La régénération des tissus nerveux peut prendre deux ans.» (...)

• Tribune de Genève, 26 août 2021

Pour inventer la médecine de demain



RECHERCHE CLINIQUE

Le RHNe participe à des études pour déterminer l'efficacité de certains traitements ou dispositifs médicaux. Le service de cardiologie a par exemple participé à évaluer un tensiomètre intelligent qui mesure la pression artérielle de façon innovante

A l'hôpital, il arrive qu'on demande aux patients de participer à des études cliniques pour améliorer la prise en charge de certaines pathologies. C'est souvent le cas dans les centres universitaires, dont c'est une des missions de base. Ça l'est moins dans un hôpital cantonal comme le Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe). L'institution participe néanmoins à plusieurs projets dans ce domaine, et vient de créer un poste spécifique de coordinatrice de la recherche médicale (voir l'encadré en page 11).

« Autrefois les victimes d'un accident cardiaque restaient alitées longtemps, aujourd'hui elles sont vite remobilisées et quittent l'hôpital après deux à cinq jours. »

La recherche clinique ne doit pas être confondue avec la recherche de laboratoire, qui se fait sur des tissus ou des animaux. Elle est orientée patient, avec l'objectif de développer les connaissances biologiques ou médicales en matière de dispositifs médicaux ou de méthodes de diagnostic innovantes notamment dans le domaine de la digitalisation. Avec toujours la même finalité: valider la plus-value d'une nouveauté ou d'un processus de prise en charge sur une base empirique pour améliorer le suivi des patients.

Le bracelet intelligent développé par la start-up Aktiia, basée à Neuchâtel, atteint cet objectif. Cette nouvelle technologie, baptisée «Optical blood pressure monitoring», permet de mesurer la pression artérielle en continu. Une source de lumière envoyée dans les vaisseaux sanguins sous-cutanés permet d'analyser le changement de diamètre artériel, à chaque battement cardiaque, avant d'être collectée par un capteur placé sur le bracelet. Les données récoltées sont ensuite transmises à une application pour smartphone. L'utilisateur peut les consulter et les partager avec son médecin.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) qualifie l'hypertension artérielle de «tueur silencieux». Cette maladie chronique augmente le risque d'accident vasculaire cérébral et de crise cardiaque (infarctus du myocarde). Elle se place à la première place des facteurs de mortalité dans le monde (près de 8 millions de décès par an). Sa détection pose problème: aucun symptôme ne permet de savoir si on est soi-même touché. On estime ainsi qu'une personne adulte sur trois est atteinte d'hypertension, mais que la moitié d'entre elles ne le sait pas.

Le RHNe a participé à la première étude clinique menée sur le bracelet Aktiia en 2019 avec des patients de soins intensifs. «Nous avons comparé les données récoltées par le bracelet avec les mesures classiques de pression intra-artérielle, réalisées de manière invasive avec des cathéters artériels», explique le Dr Cyril

Pellaton, médecin-chef du service de cardiologie et cheville ouvrière de la collaboration avec Aktiia.

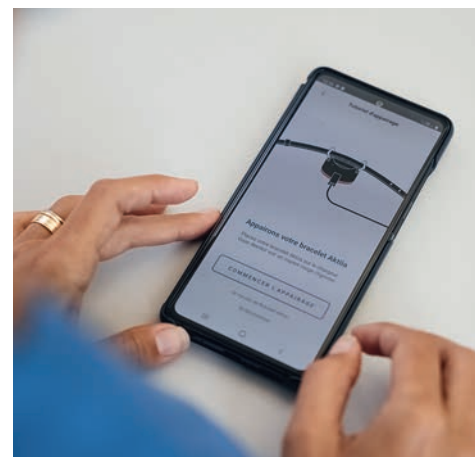
Une seconde étude clinique dédiée au bracelet intelligent a été initiée au sein du RHNe début 2020 avec des patients du programme de réadaptation cardio-vasculaire. Infirmière spécialisée en cardiologie, Luisa Marques suit le protocole avec le Dr Pellaton. «Seuls les patients qui le souhaitent et qui répondent à des critères précis d'inclusion sont intégrés au sein de l'étude clinique. Tous ne sont pas d'accord, car cela leur rajoute une étape. Ils doivent porter un brassard sur 24h au début et à la fin de l'étude. Ils doivent venir toutes les semaines pour réinitialiser leur bracelet.»

Comme les autres patients du programme de réadaptation cardio-vasculaire, les participants à l'étude clinique commencent par une MAPA (mesure ambulatoire de la pression artérielle). Cet examen permet de mesurer la tension sur une période de 24 heures. Un brassard relié à un appareil enregistreur attaché à la ceinture relève les données toutes les 20 minutes durant la journée et toutes les 60 minutes pendant la nuit. Il permet de rechercher ou de confirmer le diagnostic d'hypertension artérielle. Chez un patient hypertendu traité, il permet d'évaluer et d'adapter le traitement médicamenteux si nécessaire.

Intégré au sein du programme de réadaptation cardio-vasculaire du RHNe suite à un infarctus subi en mars 2021, Silvio Monnard a accepté le double suivi de sa tension artérielle: avec le brassard gonflable

au début et à la fin du processus et avec le bracelet intelligent, dans le cadre de l'étude clinique en cours. «Le seul élément contraignant est qu'il faut venir un peu plus tôt chaque semaine au rendez-vous du mardi pour permettre la réinitialisation du bracelet. Il est très agréable à porter, on l'oublie rapidement. Ce n'est pas le cas du brassard gonflable – franchement, ce n'est pas d'un grand confort.»

Le MAPA avec le brassard est une technique qui n'a pratiquement pas évolué depuis la fin du XIXe siècle. Elle a pour inconvénient majeur de présenter des résultats ponctuels, influencés de surcroît par le stress induit par l'environnement médical, le fameux effet «blouse blanche».



Luisa Marques et Silvio Monnard

«Le RHNe a joué un rôle majeur dans notre succès»

Cofondateur de la start-up Aktiia basée à Neuchâtel, Josep Sola souligne l'importance de la collaboration initiée avec le Dr Cyril Pellaton

HNE Mag: Comment une start-up comme Aktiia en est-elle venue à collaborer avec le RHNe?

Josep Sola: En 2018, lors de la création d'Aktiia, nous avons lancé le processus de validation de notre bracelet de mesure en continu de la tension artérielle. On avait la possibilité de le faire ailleurs, mais on s'est dit: pourquoi ne pas rester local? On nous a parlé d'un médecin super jeune et super motivé. C'est ainsi qu'on a rencontré le Dr Cyril Pellaton, médecin-chef au sein du service de cardiologie du RHNe. La première étude clinique a été réalisée aux soins intensifs du RHNe en 2019. Elle visait à comparer les mesures réalisées par le bracelet avec la mesure "invasive" pratiquée avec un cathéter. Les équipes des soins intensifs ont fait un travail colossal, en plus d'horaires difficiles. Cela a été une très bonne collaboration. Le RHNe et le Dr Pellaton en particulier ont joué un rôle majeur dans notre succès, avec le soutien de la direction, alors même que la recherche clinique n'est pas la mission principale d'un hôpital cantonal.

- Vous commercialisez le bracelet depuis mars 2021. Comment y êtes-vous parvenus et qu'est-ce que cela a changé pour Aktiia?

- Une seconde étude clinique a été réalisée au CHUV, à Lausanne, pour comparer les mesures du bracelet avec celles réalisées par les médecins au moyen d'appareils conventionnels de mesure de la tension artérielle. Cela nous a permis d'obtenir le marquage «CE», qui autorise la commercialisation d'un produit dans les pays de l'Union européenne et de l'espace économique européen (EEE). Depuis lors, nous avons déjà eu deux ruptures de stock. On connaît une forte croissance, qui se traduit au niveau des ressources humaines.

À la création de la start-up, nous étions trois. Nous sommes désormais 30 et allons doubler ce chiffre ces prochains mois. Nous avons également des antennes à Londres, en Californie et en Serbie.

- Quels sont vos projets pour les prochaines années?

- Notre objectif est de pouvoir utiliser les données produites par le bracelet – nous avons aujourd'hui plus de 8 millions de mesures collectées par nos utilisateurs à travers l'Europe – pour améliorer la santé des patients. Il s'agit pour nous de définir comment utiliser ces données. Le Dr Pellaton effectue actuellement une étude dans ce sens, avec l'objectif d'utiliser le monitoring continu de la tension artérielle avec des patients qui suivent un programme de réadaptation cardio-vasculaire. Cela doit lui permettre d'améliorer sa pratique quotidienne et de progresser dans la prise en charge de ses patients.



En assurant un monitoring continu de la tension artérielle, le bracelet connecté ouvre de nouvelles perspectives pour le dépistage et le traitement de l'hypertension. «Le bracelet n'a pas encore remplacé le brassard, précise Luisa Marques. Le jour où ce sera le cas, et on peut imaginer que ce soit le cas à l'avenir si les études confirment son efficacité, ce sera tout bénéfique pour nous et pour le patient.»

«Le bracelet est très agréable à porter, on l'oublie rapidement. Ce n'est pas le cas du brassard gonflable – franchement, ce n'est pas d'un grand confort.»

À entendre l'infirmière, le bracelet pourrait bien constituer une révolution, qu'il s'agisse du traitement de l'hypertension, mais aussi de l'insuffisance cardiaque: «Il sera possible d'avoir un suivi à distance grâce au télé-monitoring. Cela nous permettra

d'adapter le traitement de manière beaucoup plus fine.»

L'enjeu de santé publique est important: le service de cardiologie du RHNe anime cinq groupes de réadaptation cardio-vasculaire de six à huit personnes en simultané. «Un patient doit pouvoir idéalement être intégré dans un groupe deux à trois semaines après son événement cardio-vasculaire, détaille le Dr Pellaton. La prise en charge a beaucoup évolué: autrefois les victimes d'un accident cardiaque restaient alitées longtemps, aujourd'hui elles sont vite remobilisées et quittent l'hôpital après deux à cinq jours.»

Après un événement cardiaque aigu, l'objectif est que le patient puisse retrouver sa qualité de vie antérieure, tant sur le plan physique que familial et professionnel. La prise en charge vise à lui donner une meilleure résistance à l'effort, avec un programme personnalisé adapté à sa pathologie. «Notre but est d'apporter tous les éléments qui peuvent éviter une récurrence», reprend le Dr Pellaton.

Le bracelet intelligent développé par Aktia n'est pas utilisé uniquement à l'hôpital. Depuis sa mise sur le marché en Suisse et dans l'Union européenne, le printemps dernier, il est à disposition de tout un chacun. Avec un certain succès: comme le confie le cofondateur de la start-up, Josep Sola, la production ne parvient pas à faire face à la demande (lire son interview en page 9).

Certains, comme Jean-Kley Tullii, chef du service de l'économie du canton de Neuchâtel, l'utilisent pour suivre leur tension artérielle au quotidien. «J'ai une hypertension légère. Je me suis dit que je devais l'essayer, surtout que je suis le projet depuis plusieurs années, précise-t-il. Il faut étalonner le bracelet tous les mois avec une MAPA fourni avec celui-ci. Après, l'utilisation est extrêmement simple. Toutes les données sont envoyées en temps réels sur mon smartphone. Jusqu'ici, je l'ai utilisé de manière expérimentale. Je vais prochainement contacter un cardiologue pour assurer un suivi médical.»

Une démarche que le Dr Pellaton conseille à tous les utilisateurs: «Le bracelet permet un meilleur contrôle sur le long terme de la tension artérielle et de prévenir ou ajuster rapidement les récurrences de pic tensionnel. Son utilisation en partenariat avec son médecin est indispensable afin d'adapter au mieux le traitement éventuel. Il ne remplace pas encore la prise de tension conventionnelle, mais il ouvre de nouvelles perspectives très intéressantes dans la prise en charge de l'hypertension.» ■



Le RHNe s'engage pour développer la recherche clinique

Auteur d'une recherche sur les réadmissions, le Prof Donzé insiste sur l'importance des études cliniques dans les hôpitaux secondaires

Médecin-chef du département de médecine du RHNe, le Prof Jacques Donzé a une grande expérience de la recherche clinique. Quand il travaillait encore à l'Inselhospital à Berne, il a en effet reçu une bourse du Fond national de la recherche scientifique pour une recherche sur les réadmissions de patients hospitalisés. «Je me suis intéressé à ce sujet en 2006-2007 en voyant des patients revenir à l'hôpital et d'autres pas, alors qu'ils avaient la même pathologie. J'ai eu l'idée de définir un score pour identifier le risque de réadmission des patients souffrant d'embolie pulmonaire.»

Ce questionnement l'a mené aux États-Unis, où en parallèle de sa recherche sur le score pour identifier les patients à risque de réadmission, il a obtenu un Master of Science à l'Université d'Harvard. De retour en Suisse, il lancé deux études successives de cohorte observationnelle sur les réhospitalisations dans les services de médecine à Neuchâtel, Liestal, Bienne, Fribourg et au CHUV, à Lausanne.

Les deux études, contrôlées et randomisées, ont porté sur un total de 1400 patients. Les participants résidaient aussi bien à domicile qu'en EMS. «Les personnes multi-morbides sont fréquemment exclues des études scientifiques, parce que ces dernières se focalisent souvent sur une seule pathologie, précise le Prof Donzé. Mais pour améliorer leur prise en charge, la recherche doit s'intéresser aux moyens d'organiser les soins pour que ces patients puissent en tirer le meilleur bénéfice, au-delà des nouvelles thérapies. L'implication du patient dans sa prise en charge fait partie des solutions proposées. Cela passe par une sensibilisation aux maladies dont il souffre pour lui permettre de mieux réagir lorsque certains symptômes se manifestent.»

Le Prof. Donzé estime que les résultats obtenus au terme des études, qui ont duré 18 mois, sont «en demi-teinte». Le protocole qu'il propose n'a pas obtenu de résultats significativement meilleurs que la procédure standard. «De très bons résultats ont été obtenus au CHUV et au RHNe, mais ce n'était pas

le cas dans tous les hôpitaux. Cela montre la difficulté de traiter cette thématique, avec un facteur personnel très important.»

Au-delà de ses propres recherches, Jacques Donzé insiste sur l'intérêt d'une participation du RHNe à des études cliniques: «Même si je viens du milieu académique, je trouve important que les études scientifiques incluent des personnes traitées dans les hôpitaux cantonaux, car ils représentent la majorité des patients. Ils ont parfois des profils un peu différents de ceux qui sont pris en charge dans les centres universitaires.»

Dans cet esprit, le RHNe a créé en septembre 2021 un poste de coordinatrice recherche médicale, occupé par Sophie Gallot. Cette nouvelle fonction permettra de soutenir les médecins et soignants dans le démarrage et la conduite des études cliniques. Elle sera également en charge de mettre en place le consentement général pour la recherche clinique qui sera proposé progressivement à tous les patients pris en charge au sein de l'institution.



Une consultation pour lever le tabou de la ménopause



Consultez la brochure détaillée sur www.rhne.ch/gynecologie



Quels sont les effets secondaires?

La ménopause engendre des changements à la fois biologiques, physiologiques, psychologiques et sociaux. Les symptômes qui ont été mis en évidence comprennent les bouffées de chaleur et la transpiration nocturne (dans 80% des cas), une prise de poids ainsi que des troubles du sommeil, de l'humeur, de la libido, de la mémoire. À plus long terme, les conséquences sont d'un autre ordre: perte de la masse osseuse, ostéoporose et fractures associées, troubles uro-génitaux, incontinence urinaire, infections urinaires à répétition... Plusieurs enquêtes ont démontré que pour plus de 50% des femmes, la ménopause a un impact négatif sur la vie familiale et la relation de couple. Et 45% ont affirmé que leur vie professionnelle en était affectée. Il est donc important que les femmes puissent comprendre ce qui leur arrive et sachent que des solutions peuvent être trouvées pour préserver une bonne qualité de vie.

Galère pour certaines, légers pour d'autres, les symptômes diffèrent d'une femme à l'autre...

L'impact est lié à la variation des taux d'hormones féminines, mais pas seulement: les pathologies associées et la situation de vie ont aussi une incidence sur les symptômes. C'est pourquoi nous offrons une prise en charge individuelle dans le cadre de la consultation méno-

Les symptômes de la ménopause ne sont pas forcément anodins. Pour améliorer la qualité de vie des femmes impactées, la Dre Manea propose une consultation avec un suivi personnalisé. Interview

Bouffées de chaleur, sautes d'humeur, libido en berne, sans mentionner les conséquences délétères à long terme... Des symptômes pas forcément anodins que moult femmes connaissent (trop) bien, sans oser en parler. Nombreuses sont celles qui considèrent la ménopause comme une fatalité: elles se résignent à souffrir en silence. Pour lever le tabou, le RHNe propose une consultation ménopause depuis le printemps 2021 sur son site de Pourtalès, à Neuchâtel. Elle permet d'avoir un suivi personnalisé, pluridisciplinaire et global. Interview de la Dre Cristina Manea, médecin-chef adjointe du département de gynécologie, responsable du projet.

RHNE MAG Comment se fait-il que le tabou demeure?

DRE CRISTINA MANEA En discutant avec les patientes, on se rend compte qu'elles ne parlent pas facilement des problèmes qu'elles vivent à la ménopause, alors que beaucoup voient leur vie perturbée et ont peur. En consultation, elles n'osent souvent pas poser de questions, évoquer leurs symptômes. Une étude britannique a d'ailleurs montré qu'une femme concernée sur deux n'avait jamais parlé à son gynécologue de ses troubles, alors qu'ils étaient bien pires que ce à quoi elle s'attendait... Ces non-dits font qu'un grand nombre de femmes continuent de subir leur ménopause.

pause. Si les bouffées de chaleur constituent le trouble le plus fréquent, elles ne sont pas anodines: des recherches ont révélé qu'elles représentent un facteur de risque cardio-vasculaire! Cela ne veut pas dire que toutes celles qui en souffrent doivent prendre un traitement hormonal, il y a d'autres manières de traiter le problème (lire encadré). En moyenne, les bouffées de chaleur durent 7.5 années, donc elles persistent au-delà chez certaines femmes. D'où l'importance d'en parler pour trouver une solution.

D'où est venue l'idée d'ouvrir une Consultation ménopause?

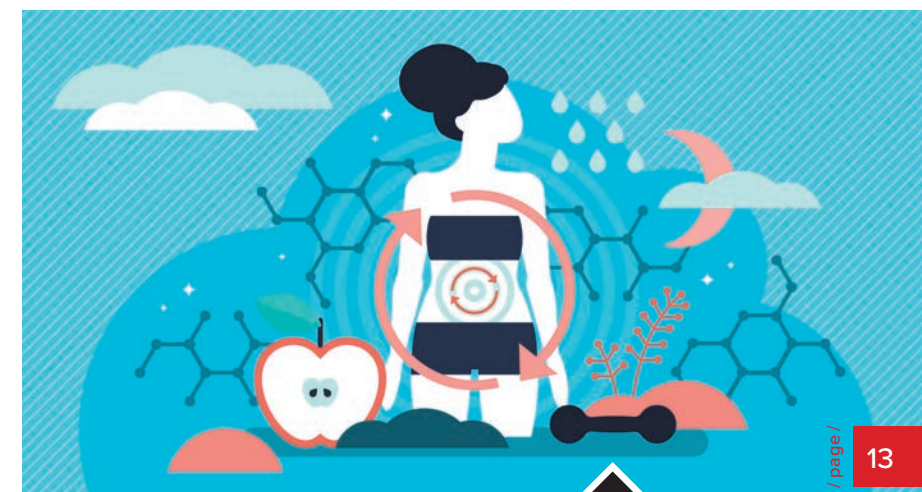
En discutant entre collègues gynécologues et avec des patientes, on s'est rendu compte qu'il y avait un réel besoin: les femmes veulent pouvoir poser des questions, être écoutées et recevoir des conseils. Lors des rendez-vous annuels, nous n'avons pas toujours le temps nécessaire pour développer la discussion sur la ménopause et mener les évaluations. C'est pourquoi nous avons décidé d'ouvrir cette consultation, pour offrir un suivi pluridisciplinaire sur mesure. La ménopause, ce n'est pas que des bouffées de chaleur: elle impacte tous les aspects de la vie. L'objectif de la consultation – qui s'adresse aussi aux femmes en périménopause – c'est de lever le tabou. De donner la possibilité aux patientes de parler de leurs symptômes, de les renseigner et d'expliquer les conséquences à court et long terme. Nous parlerons mode de vie, avec notamment des conseils sur l'alimentation et les activités sportives qui renforcent le système osseux. Pour limiter la prise de poids, couvrir les besoins en calcium et vitamine D et éviter les autres problèmes principaux liés à la ménopause, nous avons édité des fiches d'information.

La marche à suivre pour les personnes intéressées?

Les patientes peuvent directement contacter la polyclinique de gynécologie de l'hôpital Pourtalès (032 713 33 07 ou menopauseprt@rhne.ch) qui les renseigne et fixe les rendez-vous. Mais elles peuvent aussi être adressées par leur médecin traitant ou gynécologue. La prise en charge commence par un

questionnaire pour répertorier les symptômes de la patiente, sa consommation de produits laitiers, sa dernière mammographie, etc. Une infirmière spécialiste de la ménopause les reçoit pour le premier rendez-vous. Elle évalue les symptômes, recense les antécédents familiaux, donne des conseils de nutrition et d'activités physiques. Je reçois ensuite la patiente pour une évaluation clinique. Il faut savoir que la diminution

des œstrogènes engendre fréquemment une atrophie génitale, avec détérioration des tissus vulvo-vaginaux. Une échographie pour contrôler l'utérus et les ovaires peut être réalisée, mais si la patiente est régulièrement suivie par un gynécologue ce ne sera pas forcément nécessaire. Notre consultation n'a pas pour but de se substituer aux contrôles annuels, mais de proposer des investigations complémentaires. ■



Traitements hormonaux et alternatifs

Sur son site meno-pause.ch, la Société suisse de ménopause dresse un panorama complet du processus, passant en revue les transformations psychologiques, physiques, hormonales et les moyens d'y faire face. On y trouve des informations sur les traitements hormonaux et alternatifs, la sexualité, le plancher pelvien, les maladies cardio-vasculaires, les problèmes psychiques, etc.

En termes de traitements, la Consultation ménopause de l'hôpital Pourtalès propose des thérapies hormonales et alternatives (séances d'hypnose délivrées par des infirmières spécialisées, acupuncture spécifique aux troubles de la ménopause et, par la suite, prescriptions d'huiles essentielles). «Les traitements alternatifs agissent sur les effets de la ménopause à court terme, comme les troubles de l'humeur et du sommeil ou les bouffées de chaleur, avec un degré d'efficacité qui varie d'une femme à l'autre», détaille la Dre Cristina Manea. «Pour les conséquences à long terme, ostéoporose ou troubles urogénitaux par exemple, les hormones s'avèrent plus efficaces.»

La consultation a établi des collaborations avec la filière ostéoporose du RHNe, une infirmière sexologue, la Consultation d'uro-dynamique de l'hôpital (lors de problèmes de statique pelvienne et d'incontinence urinaire), le Centre du sein (pour les pathologies mammaires) et d'autres spécialistes en fonction des besoins. Après la mise en place d'un traitement qui donne satisfaction à la patiente, c'est son gynécologue référant qui assure le suivi.

LEAH:
«J'ESPÈRE ÊTRE ENGAGÉE
AU RHNE»

SANA:
«JE RENCONTRE
DES PERSONNES
DE TOUT ÂGE,
GÈNRE ET ORIGINE
CONFONDUS»

ELENA:
«J'ESPÈRE QUE C'EST
LE DÉBUT D'UNE
BELLE CARRIÈRE
PROFESSIONNELLE»

MICHAEL:
«LES LIEUX ET
L'AMBIANCE SONT
INTÉRESSANTS»

SUPER-HEROS en formation

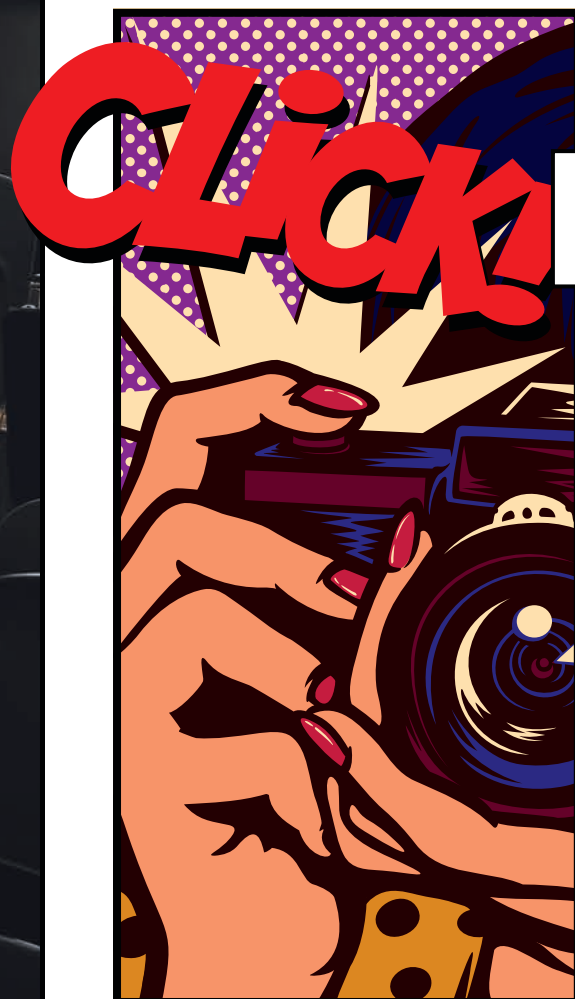
Ils arrivent dans la vie professionnelle, avec la soif d'apprendre, beaucoup d'espoirs et d'ambitions. Rencontres, entre Neuchâtel et La Chaux-de-Fonds

ESTER:
«RHNE EST
UNE PASSION
FAMILIALE»

DOMINIQUE:
«JE VEUX DEVENIR
FOOTBALLEUR PROFESSIONNEL»

MALLAURY:
«J'AIME COLLABORER
AVEC BEAUCOUP DE
CORPS DE MÉTIERS»

CAROLANE:
«ON APPREND DES CHOSES
QU'ON NE POURRAIT PAS
FAIRE DANS UN CABINET»



FABIANA:
«JE VEUX APPRENDRE
À GÉRER N'IMPORTE
QUELLE SITUATION»

LUIS MIGUEL:
«JE VEUX DÉCOUVRIR
DES CHOSES»



LEANDRO:
«LES TRANSPORTS
ET LES REPAS DE
MIDI NOUS SONT
OFFERTS»

FRANCISCO:
«C'EST UNE OPPORTUNITÉ
DE TRAVAIL DANS UNE
ENTREPRISE DE RESPECT»

SARA:
«RHNE ÉTAIT POUR MOI
LA MEILLEURE SOLUTION»

WENDY:
«J'AIME LA DIVERSITÉ
DE CE TRAVAIL»

MARCO:
«JE VEUX GARDER
LE CONTACT AVEC
LES PERSONNES»

INES R.:
«ÇA ME PLAÎT
DE VOIR DU
MONDE»

INES E:
«APRÈS MON
DIPLÔME, JE
SOUSHAITE
POURSUIVRE
DANS UNE HEG»



SOPHIA:
«JE SUIS
CONFRONTÉE
AU QUOTIDIEN
À DIFFÉRENTES
SITUATIONS
POSSIBLES»



DANS LES CUISINES QUELQUE CHOSE SE PRÉPARE...

RÉMY:
«JE PEUX APPRENDRE
CALMEMENT ET
CORRECTEMENT»

HECTOR:
«LA CUISINE
À L'HÔPITAL
M'ATTIRE CAR
NOUS FAISONS
DES REPAS
SAINS»

NOAH:
«C'EST UNE
BONNE
FORMATION»

BANG!



VALENTINE:
«POUR VOIR LA
CUISINE AVEC UNE
GRANDE ÉQUIPE»

JADE:
«DANS UN
HÔPITAL, IL Y A
DE L'ACTION»

MELISSA:
«ON DÉCOUVRE
DES TAS DE
CHOSSES CAR ON
A TOUJOURS
DE NOUVEAUX
PATIENTS»



MELVIN:
«J'AIME LES HORAIRES»

- DR ALESSANDRO DIANA -

Vaccinologue à Infovac et médecin pédiatre à la clinique des Grangettes, le Dr Alessandro Diana a fait de la vaccino-hésitation sa spécialité il y a 12 ans déjà. Une expérience qui l'a préparé à affronter le lot de questions soulevées par l'apparition des vaccins à ARN messenger contre le Covid-19. Entretien

« Je suis le premier à m'interroger face aux vaccins ! »



S'il condamne la position des antivax dans cette crise sanitaire, l'ancien chef de la pédiatrie du RHNe comprend les craintes des indécis: lui-même en a fait partie au début. Pour RHNe Mag, le Neuchâtelois prend le temps de répondre à toutes les interrogations, car, rappelle-t-il, «une hésitation face au vaccin, c'est toujours une question qui n'a pas trouvé de réponse».

RHNE MAG Dr Alessandro Diana, êtes-vous vacciné?

DR ALESSANDRO DIANA Oui! J'ai fait un Covid long. Ce n'était pas agréable. J'ai été vacciné à ce moment-là et cela m'a vraiment aidé à passer le cap.

Quel bilan tirez-vous de la campagne de vaccination en Suisse?

Il est axé sur deux temps: la période pré-variant delta et la période delta que nous vivons actuellement. Ce variant a complètement changé la donne. Avant lui, la stratégie était de vacciner les vulnérables. Nous avons bien mené cette mission: 80% d'entre eux sont vaccinés. Pour les autres personnes, avant delta, on se disait: s'ils se vaccinent tant mieux, s'ils ne se vaccinent pas, ce n'est pas si grave. Mais alors qu'on pensait voir le bout du tunnel, le variant delta est arrivé et la pandémie est devenue en premier lieu celle des non-vaccinés et des non-infectés. Et les cas sont exponentiels.

Dans quelle mesure?

Avec le Covid original, l'alpha, après dix cycles de transmission, dans une population naïve, c'est-à-dire sans immunité, on avait 10 000 cas. Avec delta, après dix cycles, on obtient 60 millions de cas! Alors dans cette situation, avec 30 à 40% de la population non-vaccinée en Suisse, il y a trop de gens susceptibles de faire des complications en même temps et de surcharger le système sanitaire, jusqu'à deux ou trois fois plus que ce qu'on a vu en novembre 2020. La stratégie de la santé publique a donc dû changer. Mais cela n'est pas toujours compris. Aujourd'hui, pour les personnes naïves, une chose est sûre: vu la contagiosité de delta, elles seront contaminées. Le seul choix qu'il reste, c'est de savoir si elles veulent être confrontées au Covid avec un virus sauvage ou avec le vaccin.

Que dire à ceux qui refusent le vaccin avec l'argument que leur système immunitaire suffira à les défendre?

Une bonne hygiène de vie a une influence sur le système immunitaire, donc c'est juste d'avoir cette perception. Mais pour comprendre pourquoi cela peut ne pas suffire, j'utilise une métaphore: le Covid est un marathon. Pour les plus jeunes, le courir sera facile. Mais ce qui fait que tout le monde peut arriver à la fin des 42 km, c'est l'entraînement! Or avec le Covid, l'entraînement, c'est le vaccin. C'est lui qui prépare le système immunitaire à faire ses armes contre le virus. Donc ma réponse est: oui, vous avez raison d'avoir une bonne hygiène de vie, car cela augmentera vos chances de réussir un marathon, mais cela ne suffira pas sans entraînement.

Quelle est votre position face à la vaccination Covid pour les enfants?

Avant delta, je me disais que si les 12-15 ans n'avaient pas envie de se faire vacciner, il n'était pas nécessaire de les prendre en otage de cette crise, car les vulnérables qui le souhaitaient avaient pu se faire vacciner. Mais les adolescents transmettent le virus au même titre que les adultes. Alors leur rôle est devenu important. Sans oublier que, même s'il y a peu de décès chez les enfants et les ados,

il y a aussi le Covid long. Même s'il est très rare, le risque de Syndrome inflammatoire multisystémique (MIS-C) associé au Covid existe aussi pour eux. Je conseille le vaccin aux parents parce qu'avec la contagiosité de delta, tous les enfants vont l'attraper.

Vos enfants sont-ils vaccinés?

Oui, mais ils sont grands déjà! Ils ont 19, 22 et 23 ans. Je leur ai expliqué ce qu'était ce vaccin exactement. Puis ils ont pris leur décision. Mes neveux sont plus petits. En mai, je disais à ma sœur d'attendre. Puis, avec le delta, j'ai changé d'avis. Mes neveux m'ont posé toutes leurs questions, puis ils ont décidé eux-mêmes de le faire.

« Aujourd'hui, pour les personnes sans immunité, une chose est sûre: vu la contagiosité du variant delta, elles seront contaminées »

Une crainte que l'on entend beaucoup circuler chez les jeunes est cette rumeur de risque de stérilité. Quel est son fondement?

Il faut savoir que cette rumeur a surgi à chaque fois qu'on a eu un nouveau vaccin, depuis le tout premier vaccin contre la variole. Elle découle d'une crainte instinctive: celle de la disparition de l'espèce. Avec le vaccin Covid, elle a été alimentée au début par l'hypothèse qu'il y aurait une protéine sur le placenta, la syncytine 1, qui ressemble à la protéine spike du Covid. Et donc on s'est demandé si des anticorps agissant contre spike, pourraient interagir avec la protéine placentaire. La science, c'est émettre des hypothèses et les étudier. Mais hypothèse ne signifie pas conclusion! On s'est aussi demandé si les anticorps produits lorsqu'on a le Covid pouvaient aussi s'attaquer à la syncytine. Or, il n'y a pas plus de femmes stériles aujourd'hui. Et des centaines de milliers de femmes enceintes ont été vaccinées sans problème. Par contre, les femmes enceintes ont 50% de risques en plus de faire des complications avec le Covid. Si on regarde le risque hypothétique du vaccin face au risque réel du Covid, le choix est vite fait.

Pourquoi ne recommande-t-on pas le vaccin aux moins de 12 ans, alors qu'on le recommande aux femmes enceintes sans crainte pour le fœtus?

Parce que les moins de 12 ans souffrent moins de la maladie et les recommandations vaccinales dépendent du besoin réel individuel. On attend aussi d'avoir davantage de données scientifiques pour les 5-11 ans, car comme tout vaccin pour l'enfant, la question du dosage et de la sécurité se pose. Mais je pense qu'on aura une validation bientôt. Si on était dans une pandémie où la mortalité touchait principalement les 0-12 ans, on aurait déjà recommandé ce vaccin aux enfants. L'impact émotionnel de la pandémie serait aussi plus élevé et le taux de vaccination de la population générale plus haut.

L'immunité acquise après une infection au Covid est-elle plus faible face au delta que l'immunité induite par le vaccin?

Absolument! Selon les études épidémiologiques, les vaccinés sont les plus protégés. La médaille d'argent va à ceux qui n'ont eu que la maladie. Leur immunité au delta est assez bonne. Donc, ma politique face aux vaccino-

- 1969 Naissance à Lausanne
- 1996 Diplômé de la Faculté de médecine de l'UNIGE
- 2003-2007
Chef de service en pédiatrie au RHNe
- 2004 Doctorat en médecine
- 2002 et 2008
Titres FMH de spécialiste en pédiatrie et en infectiologie
- 2005 Rejoint Infovac, plateforme nationale d'information et de consultation sur les vaccinations
- 2019 Chargé d'enseignement au sein de l'Institut universitaire de médecine de famille et de l'enfance de la Faculté de médecine de l'UNIGE



hésitants aujourd'hui, c'est de préconiser une sérologie pour savoir s'ils ont déjà eu le Covid. Si la sérologie est négative, la personne est confrontée à une évidence: elle va être touchée par le delta et n'a aucune protection.

Faire campagne pour les tests sérologiques ne serait-il pas alors plus utile pour convaincre les hésitants?

Oui! (Rires.) J'ai proposé cela à l'OFSP à plusieurs reprises, mais je pense que l'option n'est pas retenue à cause du coût. Une sérologie coûte environ 40 francs. Si les personnes testées se font ensuite quand même vacciner, on rajoute ce coût à celui du vaccin. J'ai le sentiment que les hospitalisations des personnes qui feront des complications coûteront plus cher que les sérologies pour les 40% de non-vaccinés du pays. Mais je me sens un peu seul dans ce combat. Pourtant, si le risque de surcharge des hôpitaux repose sur les non-vaccinés, je trouverais judicieux de s'intéresser à ce qui les préoccupe. En 2019 déjà, l'OMS avait identifié la vaccino-hésitation comme une des dix menaces pour la santé mondiale. Alors il est important de choisir la voie de l'éducation thérapeutique. Je n'ai aucune tolérance pour les antivax, qui mettent, selon moi, la vie d'autrui en danger. Mais j'ai beaucoup d'empathie pour les hésitants. Il faut changer la mentalité du milieu médical par rapport aux vaccino-hésitants, trop souvent assimilés à des antivax.

Par exemple?

Je vois certains collègues perdre leur empathie envers leurs patients aux soins intensifs en disant qu'ils n'avaient qu'à se vacciner. Si un fumeur a un cancer du poumon, on ne le soigne pas car il n'avait qu'à arrêter de fumer? Et l'héroïnomane? Ce n'est pas lui le problème, le vrai problème, c'est le dealer. On se trompe de cible avec le Covid aussi. Les vrais ennemis, ce sont les antivax, et non les vaccino-hésitants, car on a tous notre niveau d'éducation et de peur.

Le gouvernement, les experts ont fait des erreurs de communication, disant au début que les masques ne servaient à rien, que les enfants ne transmettaient

pas la maladie, etc. Ces revirements ont-ils alimenté le discours des antivax?

Bien sûr! Nous avons une grande responsabilité. Le rôle de la science, c'est de s'adapter à chaque nouvelle connaissance. Si quelque chose est mal expliqué, cela peut donner l'impression qu'on se contredit. Et ce flou, les complotistes en profitent. Et souvent nous, les experts, manquons d'humilité. Il faut pouvoir dire: on ne sait pas tout! Il faudrait reprendre certains points et les expliquer. Nous avons tous commis des erreurs. Mais depuis février 2020, on n'a jamais le temps de s'arrêter pour faire un bilan. Moi-même, j'ai des journées de 15 heures. Je n'arrive pas à faire plus.

Quelles erreurs avez-vous commises?

Ma plus grande bêtise, je l'ai dite en janvier-février 2020: j'ai rassuré tout le monde en disant que le Covid était une «grippette» et qu'il n'arriverait pas ici. Puis, quand il était en Italie, je pensais que si le virus arrivait en Suisse, on n'aurait jamais une telle situation. Et troisième bêtise: en mai 2021, j'ai annoncé le début de la fin de la pandémie! Or avec le delta, on a une nouvelle pandémie dans la pandémie.

Le variant delta développe-t-il des formes plus virulentes de la maladie?

On a encore des doutes sur ce point. On a quand même l'impression qu'il y a une virulence, un taux de complications, jusqu'à deux fois plus élevé. On aura besoin de recul pour le certifier. Ce qui nous inquiète en premier lieu, ce n'est pas l'éventuelle plus grande virulence du variant, mais bien la plus grande contagiosité qui fait qu'il y aura un grand nombre de personnes qui vont tomber malades en même temps.

Êtes-vous pour ou contre une troisième dose de vaccin pour tous?

Contre. Si on compare le vaccin à un gilet de sauvetage, je dirais qu'il faut donner un deuxième gilet à celui qui a dégonflé le premier gilet, c'est-à-dire les immunosupprimés, puis sans doute bientôt les seniors car leur système immunitaire est moins performant. Mais recommander une troisième dose pour tous, ce serait comme de dire: «Mettez un deuxième gilet de sauvetage par-dessus

le premier et laissez votre voisin y aller sans gilet!» Cette iniquité vaccinale est une honte. C'est aussi un très mauvais calcul de se surprotéger ici et de laisser les pays moins fortunés sans vaccins: avec la circulation du virus, ils fabriqueront de nouveaux variants qui pourraient résister aux vaccins. Un virus cherche toujours à s'adapter pour mieux contaminer. On ne peut pas exclure qu'il y arrive et qu'on recommence tout à zéro.

Pourtant tôt ou tard, une troisième dose semble indispensable?

On aura tous besoin d'une troisième dose et la question est quand? Mais en attendant d'en avoir tous besoin, il faut redonner en urgence les doses inutilisées. Une grande partie de l'humanité n'a même pas eu la première dose. Seuls 10 pays, dont la Suisse, ont vacciné leurs vulnérables à 80%. Le reste du monde en est à 2%. Les antivax devraient plutôt se battre pour ça. Ça, c'est une vraie cause, une vraie injustice.

Que diriez-vous à un vaccino-hésitant qui attend un vaccin ne nécessitant pas autant de rappels?

Je comprends la lecture à deux dimensions de ceux qui disent que 40% des malades aujourd'hui sont vaccinés. Mais il y a une troisième dimension: l'efficacité vaccinale à l'infection n'est pas la même chose que l'efficacité face à la complication. Avec les vaccins ARN, le taux de protection à l'infection au variant alpha est d'environ 95%. Il y aura 5% de vaccinés qui s'infecteront quand même. Par contre, leurs anticorps empêcheront le virus de pénétrer trop profondément dans leur organisme et ils auront ainsi une protection à quasi 100% contre les formes graves. Avec le delta, on pense que la protection à l'infection chute à environ 60%. Donc 40 vaccinés sur 100 s'infecteront. Mais ces 40 personnes seront protégées contre les complications à plus de 90%. Par contre, elles peuvent transmettre le virus avec la même virulence, bien que moins longtemps, que les non-vaccinés. Voilà pourquoi, il est totalement faux, depuis l'apparition du delta, de dire aux vaccinés de ne plus porter de masque. Le Center for Disease Control and Prevention aux États-Unis avait déjà recommandé de ne pas retirer les masques en août. Mais en Suisse, on est mous et on n'a pas suivi. Avec alpha oui, les vaccinés pouvaient le faire. Enlever les masques aujourd'hui, c'est n'avoir rien compris ou se moquer complètement de protéger les autres et de briser les chaînes de transmission. Les vaccinés doivent porter le masque et se tester. Les tests devraient rester gratuits pour tous. Car quand on a un virus qui, avec dix cycles de transmission, fait 60 millions de cas, toute solution pour le stopper est importante.

Les anciens scandales médicaux sont souvent cités pour justifier la crainte face à ces nouveaux vaccins. Comment rassurer dans ce cas?

Le type d'études scientifiques des années 60-70 n'ont rien à voir avec celles d'aujourd'hui. À l'époque, on pouvait aussi acheter une voiture sans ceintures de sécurité. Aujourd'hui, elle ne passerait plus l'expertise! Se référer aux anciens scandales, ce serait comme dire: on ne fait pas de greffes cardiaques à cause de ce qui est arrivé au premier transplanté à qui le Dr Hardy avait greffé un cœur de chimpanzé en 1964! La science est une évolution. On n'est jamais à l'abri de rien, c'est vrai. C'est pourquoi, au lieu de critiquer les hésitants qui viennent me voir, je leur explique toujours le profil de sécurité qu'on peut offrir aujourd'hui avec ce vaccin. Si ses éventuels effets secondaires les effraient, ils devraient les comparer avec ceux que peut impliquer le Covid.

Y a-t-il eu des décès suite aux vaccins Moderna et Pfizer?

Ce sont des vaccins contre les formes graves du Covid, ce ne sont pas les vaccins de l'immortalité! J'ai vu des articles sur des nonagénaires, des centenaires morts peu après le vaccin. Franchement, est-ce le vaccin qui les a tués? Ou devaient-ils de toute façon mourir? La pharmacovigilance se pose quand même toujours la question, même dans ces cas. Elle mène des études avec des groupes de contrôle. Résultat: il n'y a pas eu plus de morts, hors Covid, chez les vaccinés que chez les non-vaccinés.

Que répondez-vous à ceux qui craignent que le vaccin ait été développé trop vite?

Le profil de sécurité pour un vaccin est beaucoup plus élevé que pour un médicament, car on le donne à quelqu'un qui n'est pas malade. Une personne malade peut accepter beaucoup plus d'effets lourds, comme par exemple avec les chimiothérapies. Les quatre phases des études cliniques des vaccins ARN n'ont pas été comprimées. C'est la logistique qui l'a été: il y avait déjà l'argent pour ces phases avant même qu'on trouve le vaccin! Les chercheurs ont donc pu travailler librement. Quand les vaccins sont entrés en phase 3, les usines avaient déjà commencé la production. C'était un pari risqué, mais il a pu être fait parce que l'argent était là.

Comment expliquer les hésitations à la vaccination dans le personnel médico-soignant?

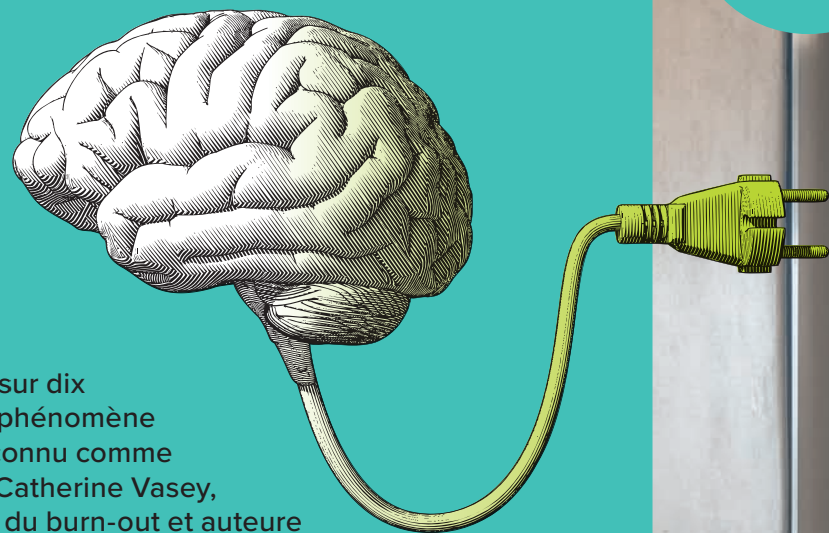
C'est un tabou qu'il faut casser: le taux de vaccino-hésitation parmi les professionnels de la santé est souvent le même que chez leurs patients. Il varie entre 5 et 30%. Cela semble antinomique, mais des études ont montré que les sources d'informations des professionnels sont souvent les mêmes que celle du public. C'est normal: ce n'est pas parce que vous êtes un cardiologue que vous savez tout sur le vaccin ARN! Lorsque les vaccins ont été validés, j'ai eu une déferlante d'appels de médecins qui me posaient les mêmes questions que mes patients. Je les comprends: comment répondre à leurs patients si eux-mêmes ne sont pas convaincus. Les professionnels sont tenus de relayer les recommandations de la santé publique. D'où l'importance de bien les informer afin qu'ils puissent le faire en étant convaincu que c'est une bonne chose.

Vous-même avez-vous hésité face au vaccin?

Oui! Je suis le premier vaccino-interrogateur! En août 2020, quand j'ai vu que la Confédération achetait 4 millions de dose Moderna, j'ai dû faire des recherches. Je connaissais la technologie ARN pour le cancer, pas pour les vaccins. J'ai eu mes interrogations, comme tout scientifique. Si vous m'aviez demandé à l'époque quel était mon index de confiance, j'aurais dit 20-30%. Au fil de mes recherches, mon index de confiance augmentait. J'ai étudié, et surtout j'ai compris, les 100 pages du rapport de Pfizer. Et là, mon index de confiance est passé à plus de 95%.

Et aujourd'hui, après plus de 5 milliards de doses inoculées dans le monde?

Je suis convaincu à plus de 99%! Je pense même que l'ARN va voler la vedette à tous les vaccins. Dans toute nouveauté, on n'a toujours au début que 10-15% d'adeptes et il faut du temps pour que la majorité adhère. Cela relève du protectionnisme de l'espèce. C'est le côté limbique du cerveau qui joue un rôle clé dans l'acceptation de la nouveauté. Mais heureusement, nous avons aussi un cortex préfrontal analytique qui nous permet d'élaborer l'information, puis de changer d'avis. ■



TRAVAIL

Trois personnes actives sur dix sont concernées par un phénomène «lié au travail» et pas reconnu comme une maladie par l'OMS. Catherine Vasey, psychologue spécialiste du burn-out et auteure de plusieurs ouvrages sur le sujet*, nous livre ses conseils pour éviter l'épuisement professionnel

Prévenir le burn-out



Toujours pas reconnu comme une maladie, le burn-out est considéré par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme un phénomène lié au travail, résultant d'un stress chronique et se caractérisant par un sentiment d'épuisement professionnel et une efficacité réduite, s'accompagnant de cynisme ou de sentiments négatifs liés au travail. Maladie ou pas, son impact sur la santé

actives sur dix sont concernées par un manque de ressources et un excès de contraintes au travail. Catherine Vasey, psychologue spécialiste du burn-out et auteure de plusieurs ouvrages sur le sujet*, nous livre ses conseils pour éviter le burn-out.

«Sous l'eau»

Lorsqu'un déséquilibre entre vie privée et vie professionnelle s'installe, la fatigue risque, peu à peu, de prendre le dessus. Au-delà de six mois, le mal est considéré comme chronique. Dans ce cas, mieux vaut consulter son médecin pour faire un bilan de santé et savoir ce qui se cache derrière la fatigue: une carence en fer? Des apnées du sommeil? Une dysfonction de la thyroïde? Un burn-out? Si tel est le cas, il est fortement recommandé de s'adresser à un spécialiste de cette problématique (psychologue, psychiatre), pour de meilleures chances de récupération.

Les signaux d'alarme

Le processus d'épuisement évolue lentement et de façon insidieuse. Le danger est grand de s'adapter aux signaux que le corps nous envoie et de voir notre état s'aggraver. Face à un stress chronique, le corps souffre: troubles du sommeil, maux de tête, tensions musculaires à la nuque et aux épaules notamment, amplitude respiratoire réduite, plexus solaire et gorge noués, troubles digestifs, etc. Au niveau psychique, les inquiétudes et ruminations envahissent l'espace mental, avec une incapacité à débrancher: «La surexcitation mentale ne permet pas de se relâcher», décrit Catherine Vasey. L'esprit est dans un état d'hypervigilance et a tendance à se focaliser sur le négatif. Sur le plan émotionnel, il y a une forme de saturation, de ras-le-bol qui peut se traduire par de l'irritabilité ou du désintérêt. Le sentiment d'impuissance entraîne une perte de disponibilité à l'autre et une absence

d'empathie. Les pertes de mémoire et les difficultés de concentration renforcent le sentiment d'incompétence. À force, on n'arrive plus à se détendre, ni à se reposer. Pour compenser le manque d'efficacité au travail, on accumule les heures supplémentaires, ce qui aggrave l'état d'épuisement et le niveau de stress. C'est un cercle vicieux, jusqu'à la rupture: «On n'arrive plus à lire, à allumer l'ordinateur, à sortir de chez soi», illustre la psychologue.

Des solutions au travail

Les employeurs ont un rôle à jouer pour protéger leurs employés du burn-out. «Les chefs directs doivent créer des bulles de prévention pour leur équipe, en veillant à instaurer une bonne ambiance de travail», suggère Catherine Vasey. L'absence de stress et de contraintes étant illusoire, il s'agit plutôt d'augmenter les ressources à disposition. Plusieurs leviers d'action

existent. La reconnaissance pour le travail accompli, qu'elle vienne du supérieur ou des clients, en fait partie. Elle renforce le sentiment d'utilité et est source de motivation pour le travailleur. L'effort fourni est bien mieux vécu s'il est en accord avec nos valeurs et porteur de sens. Des challenges motivants, adaptés aux connaissances et aux compétences de l'employé, dans une dynamique de progression individuelle, sont aussi importants.

Des changements à opérer pour soi

Pour se prémunir d'un burn-out, il faut jouer sur tous les tableaux: le corps, le mental et les émotions. Se défouler pour éliminer les tensions, rester actif physiquement, se régénérer dans la nature, veiller à une bonne hygiène de sommeil et à une alimentation équilibrée (éviter les excès de sucre et de gras). Rester serein demande de la discipline: «C'est un entraînement et une décision

à prendre», souligne la spécialiste. Focaliser sur le positif plutôt que le négatif, déposer quelque part ses préoccupations, par exemple en les écrivant dans un carnet ou en les racontant à un proche – attention toutefois à fixer des règles pour que l'autre ne se sente pas envahi. Il est également important de se changer les idées, écouter ses besoins, se libérer émotionnellement en riant, en chantant, en dansant, en criant, en pleurant, si nécessaire. Rester en lien avec les autres et sortir de soi, en s'autorisant d'autres rôles et en allant dans l'inattendu peuvent aussi aider. ■

* La boîte à outils de votre santé au travail, Ed. Dunod, 2020



Le scandale du prix des médicaments en Suisse va-t-il durer longtemps?

Malgré des baisses de prix ces dernières années, les médicaments restent particulièrement onéreux en Suisse. La faute à un système de contrôle qui permet aux pharmas de jouer la montre. Explications



«Certains médicaments sont deux fois plus chers qu'ils ne devraient l'être.» C'est la conclusion d'une analyse menée par curafutura, une des deux faitières de l'assurance-maladie. L'examen du prix des vingt médicaments les plus chers en cours de réévaluation par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) représente un potentiel d'économie de 115 millions de francs et l'analyse du prix de tous les médicaments réévalués en cette année permettrait une économie de 250 millions, sur un marché global de 6,3 milliards de francs en 2020.

Pourquoi c'est important. L'OFSP réévalue le prix des médicaments remboursés par l'assurance-maladie tous les trois ans. Ce réexamen triennal a pour but de faire baisser les prix des médicaments, mais différents mécanismes freinent ce processus. Ainsi, en 2020, le marché des médicaments pris en charge par l'assurance-maladie a connu une croissance de 4,3% par rapport à 2019.

Le contexte. Depuis 2012, l'OFSP réévalue tous les ans les prix des médicaments en trois catégories prédéfinies (bloc A, B ou C). Dans les faits, un médicament n'est donc réévalué que tous les trois ans, d'où le terme de réexamen triennal. Le réexamen en cours en 2021 concerne le prix des médicaments du bloc B. Les recommandations de l'OFSP pour cette catégorie devraient tomber à la fin de l'année 2021.

Depuis le début de ce processus, les réexamens ont permis de générer des

baisses de prix des médicaments à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Grégoire Gogniat, porte-parole à l'OFSP: «Tous les médicaments inscrits dans la liste des spécialités et donc remboursés par l'assurance obligatoire doivent répondre aux trois critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (EAE). Tous les médicaments font l'objet d'une révision périodique tous les trois ans sous l'angle de ces trois critères. Chaque année, un tiers des médicaments de la liste des spécialités est révisé. Grâce à cette seule révision, plus de 500 millions de francs ont été économisés sur les médicaments au cours des dernières années.»

Cette pression exercée sur le marché par la Confédération n'est pourtant pas suffisante pour diminuer le coût global des médicaments en Suisse. Interpharma (faitière des entreprises pharmaceutiques suisses) note dans un communiqué de presse:

«Le marché suisse des médicaments n'a enregistré en 2020 qu'une faible croissance en valeur: +2,9%. Le volume du marché des médicaments a diminué par rapport à 2019 (-1,8%) et se monte à 183 millions d'emballages vendus. En 2020, le marché pris en charge par les caisses affiche un chiffre d'affaires de 5,42 milliards de francs et une croissance de 4,3% par rapport à l'année précédente. En termes d'emballages vendus, le volume du marché pris en charge par les caisses stagne à 127,3 millions de (-0,1%).»

L'analyse de curafutura. Pour évaluer le potentiel d'économies qui pourraient être réalisées en 2021 sur le prix des médicaments à charge de l'assurance de base (AOS), curafutura a effectué sa propre analyse. Adrien Kay, responsable de la communication: «Nous avons sélectionné les vingt médicaments qui représentent les plus fortes dépenses dans la tranche examinée par les autorités fédérales. Le seul examen de ces vingt médicaments met déjà en évidence un

« Un moyen très simple pour les entreprises pharmaceutiques de bloquer les prix et d'éviter une baisse consiste à contester les décisions de l'OFSP »

potentiel d'économies estimé à 16% sur le prix de fabrique, soit 115 millions de francs. Toujours selon nos estimations, le potentiel d'économies pour tous les médicaments contrôlés par l'OFSP en 2021 se monte à 12%, soit un peu plus de 250 millions de francs.»

Quelques résultats détaillés. Le tableau ci-dessus montre le détail des vingt produits représentant les plus fortes dépenses avec leur prix actuel, le prix estimé juste en fonction des critères EAE et l'économie qui pourrait être réalisée.

Calcul sur la base des vingt médicaments les plus chers

Domaine thérapeutique	Médicament	Prix actuel (en CHF)	Prix juste (en CHF)	Différence
Prophylaxie de la thrombose	Xarelto	259	235	-9%
	Eliquis	212	198	-7%
	Lixiana	246	228	-7%
	Aspirin Cardio	7	7	0%
	Trittico	42	29	-31%
Sclérose en plaques	Gilenya	5432	4959	-9%
	Ocrevus	5324	5324	0%
	Tysabri	1742	1417	-19%
	Tecfidera	1397	1397	0%
Antiépileptiques/antidouleurs	Lyrica	54	27	-50%
	Targin	54	50	-6%
Carence en fer	Ferinject	701	504	-28%
Analgésiques antipyrétiques	Dafalgan	13	12	-12%
	Produit de contraste	Dotarem	70	46
Autres anti-anémiques	Gadovist	78	60	-23%
	Aranesp	1140	584	-49%
Hypertrophie de la prostate	Neulasta	1465	1122	-24%
	Duodart	95	65	-32%
Maladies des voies urinaires	Betmiga	128	0	-100%
Poches de sang/fractions plasmatiques	Elocta	2966	2818	-5%

Tableau KM pour Heidi.news - Source: chiffre d'affaires AOS, ALS/COGE/curafutura, pool tarifaire SASIS SA, extrapolation - Créé avec Datawrapper

En observant ces évaluations, certains médicaments sont actuellement vendus deux fois plus cher qu'ils ne devraient l'être:

- L'antiépileptique Lyrica (75 mg/56 gélules) est vendu 54,05 francs, alors qu'il devrait en coûter 27,11.
- L'anti-anémique Aranesp (solution injectable à 500 µg avec système de protection automatique de l'aiguille) coûte 1140,31 francs, alors que son prix juste devrait être de 584,84 francs.
- Le Duodart (capsules à 0,5 mg/0,4 mg, boîte de 90), prescrit dans l'hyperplasie de la prostate, est facturé 95,21 francs, alors que son prix juste devrait être de 64,52 francs.

Les baisses... baissent. Plusieurs éléments et mécanismes expliquent la difficulté à faire baisser les prix des médicaments à charge de l'assurance de base en Suisse. Depuis 2012, des efforts importants ont été consentis, mais les diminutions de prix se réduisent au fil des contrôles. Grégoire Gogniat (OFSP): «L'examen du premier tiers des médicaments (bloc A) revus en 2017 et en 2020 a montré que les économies après trois ans sont déjà plus faibles. Soit 225 millions en 2017 contre environ 60 millions en 2020.»

Les blocs B et C ont permis respectivement des économies de 122 millions de francs en 2018 et de 100 millions de francs

en 2019. Plusieurs assurances-maladies, faitières et parlementaires plaident en faveur d'une comparaison annuelle des prix avec ceux pratiqués dans neuf autres pays européens pour chaque médicament et pour chaque groupe de médicaments destinés à une même maladie (comparaison thérapeutique croisée).

Mais cette proposition n'a pas été jugée assez efficace et d'autres mesures pour faire baisser le prix des médicaments sont évaluées par les autorités. Grégoire Gogniat: «Dans le cadre du programme de maîtrise des coûts du Conseil fédéral, plusieurs mesures touchant le prix des médicaments sont prévues. Il y a les modèles de prix pour les médicaments, qui consistent à prévoir des conventions avec les entreprises pharmaceutiques pour garantir un accès rapide et le plus avantageux possibles aux médicaments innovants et coûteux. Parmi les autres mesures figure l'examen différencié de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité (EAE) des prestations (médicaments, analyses et moyens et appareils). En outre, il y a l'introduction d'un prix de référence pour faire baisser le prix des médicaments génériques qui est discuté en ce moment au Parlement.»

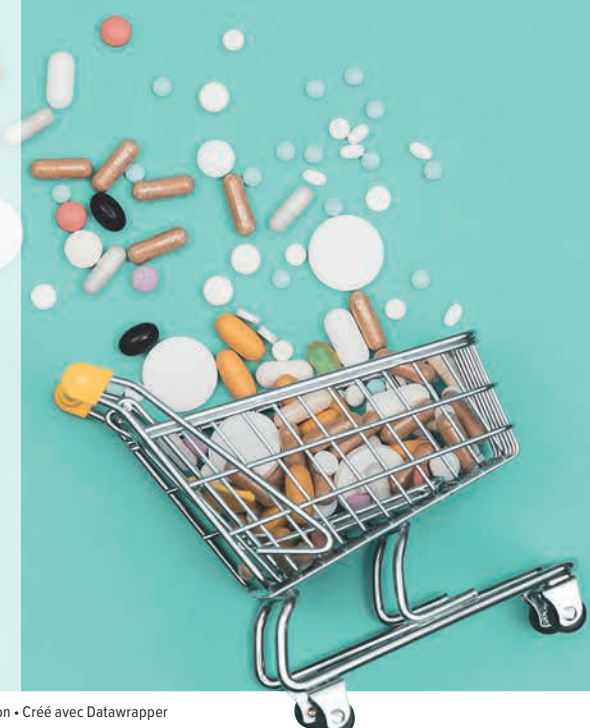
Mais quel que soit le mécanisme choisi et même si on cumulait tous les modèles, un autre frein puissant bloque fortement

ce processus de diminution des prix et permet à la Suisse de demeurer un îlot de cherté: les plaintes.

Les recours de la pharma. Un moyen très simple pour les entreprises pharmaceutiques de bloquer les prix et d'éviter une baisse consiste à contester les décisions de l'OFSP. Au 11 mars 2021, 69 plaintes concernant 266 emballages étaient pendantes auprès de l'administration.

Les entreprises peuvent encore éviter le réexamen grâce à deux autres mécanismes: modifier les indications du médicament ou jouer sur les exceptions prévues dans la loi. Ce qui explique que de nombreux produits voient leurs prix inchangés au fil des ans, alors qu'ils devraient baisser.

La suite. Les différentes actions menées aux niveaux politique et administratif n'auront pas d'effet majeur tant que les assurances-maladie et surtout les organisations de patients ne pourront pas faire recours quand elles constatent un prix trop élevé. ■



Vadim a longtemps été hospitalisé à l'Hôpital Pourtalès pour traiter un cancer agressif. Une expérience difficile, mais dont l'étudiant, aujourd'hui en RÉMISSION, veut tirer une force: il souhaite travailler dans le domaine médical

« Mon cancer a fait naître une vocation »

Carcinome testiculaire d'apparence métastatique: le 28 janvier 2019, à 17 h, Vadim a le sentiment de chuter dans le vide quand le Pr Laubscher, médecin-chef de service de pédiatrie au RHNe, nomme la cause des grosseurs et rougeurs qui l'ont poussé à consulter. «A ce moment-là, je ne suis ni fâché, ni triste, se souvient Vadim. Quand une telle bombe nous tombe dessus alors qu'on est tout juste majeur, on ignore comment réagir. J'étais démuné, vidé. Ma mère a fait l'effort de ne pas pleurer. Heureusement, car c'est une chose que j'ai ensuite toujours répétée à mes parents: si vous voulez pleurer, ce n'est pas devant moi. Je n'ai pas besoin de ça.»

Vadim se remémore son état d'esprit après le diagnostic: «Les pronostics étaient excellents. Mais j'ai quand même dû faire le deuil de ma vie d'avant et accepter ma pathologie afin de garder une attitude positive.» Conserver un lien fort avec l'extérieur et une vie sociale active ont également été deux points fondamentaux pour lui. Tout comme la promesse qu'il s'était faite dès le début: c'est lui qui prendra les décisions à chaque étape du combat. «Le soutien de l'entourage est primordial et positif, mais peut nous amener à des choix qui ne sont pas les nôtres», estime-t-il.

Après une intervention chirurgicale, Vadim entame un cycle de trois chimiothérapies visant à réduire les ganglions atteints. Pour cela, il alterne durant trois mois une semaine à l'hôpital et deux à la maison. «J'avais perdu mes cheveux et mes ongles, mais malgré tout, cette période, je l'ai bien vécue. Le personnel du RHNe m'a permis d'évoluer dans un univers qui ne ressemblait pas à un hôpital. Je me sentais à la maison.» De son traitement, il préfère ainsi garder le souvenir de conversations enrichissantes avec les soignants, de leur séance de tirs au but improvisée dans le parc de Pourtalès, de beaucoup de rires. «Je souhaite remercier le Pr Laubscher ainsi que Marylaure Reina, Mélanie Maubert et Pedro Carvailhais Cascao qui m'ont tant soutenu. C'était primordial pour moi que les gens ne me traitent pas comme si je n'étais plus rien d'autre qu'un malade. Ma famille et mes amis l'avaient aussi bien compris: il n'y a jamais eu de place pour les lamentations.» Mais les proches sont parfois en décalage, reconnaît Vadim. «Mes parents me parlaient de guérison, de ce que je ferai après la maladie, alors que moi j'étais en plein dedans. Il y avait peut-être une guérison au bout du tunnel, mais je devais me concentrer sur le présent, sur les étapes obligatoires à franchir. Instaurer ces paliers m'a servi à regarder avec fierté ce que j'avais accompli, tout en restant clairvoyant sur le chemin qu'il me restait à parcourir.»



Vadim a pu effectuer deux stages au RHNe pour découvrir le travail des soignants

Pour se projeter dans le futur, Vadim préfère alors se focaliser sur sa nouvelle vocation pour la médecine, née durant cette première épreuve. Le passionné de foot, qui se destinait auparavant à une carrière de journaliste sportif, observe ainsi avec intérêt le rythme effréné des soins intensifs, les prouesses au quotidien du personnel médico-soignant, l'importance de son empathie dans l'évolution des patients.

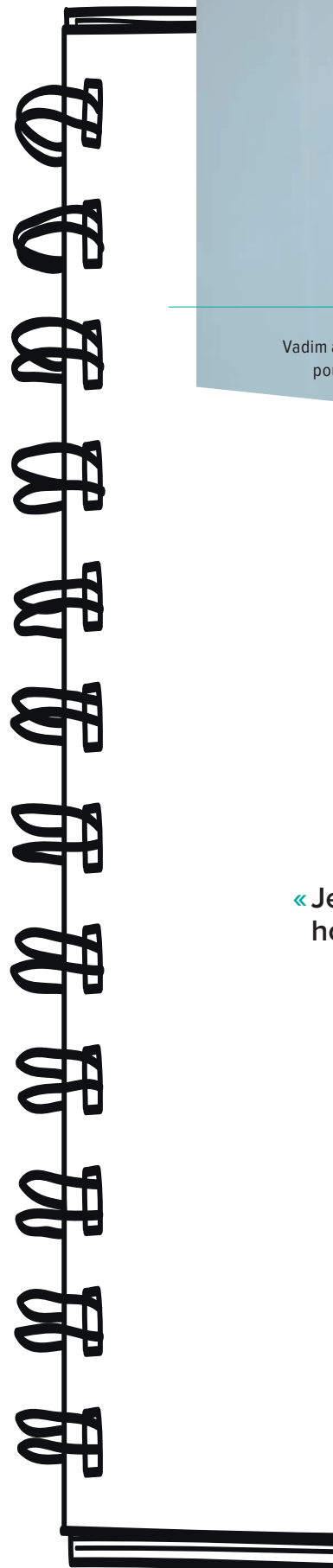
Quand le jeune homme peut enfin rentrer chez lui, la rupture avec le monde médical est ressentie comme un deuil: «Soudain, on se retrouve seul face à son vécu, sans cette équipe qui partageait notre quotidien, sans objectif, sans occupation concrète. On n'a plus d'identité, on la cherche. À mes yeux il est important, tout au long de la maladie et après, d'avoir recours à un soutien psychologique.»

« Je souhaite faire une carrière hospitalière. Au RHNe, si possible. »

Car contre toute attente, après une rémission en 2019, la maladie attaque de nouveau, ailleurs, avec force. Le 23 mars 2020, Vadim apprend qu'il est atteint d'un tératome pulmonaire rétro-péritonéal. «J'étais plus objectif que la première fois, raconte-t-il d'une voix toujours calme. C'est à ce moment-là que j'ai rempli mes directives anticipées, avec la précieuse aide de mon médecin.» Avant l'opération pulmonaire aortique prévue le 12 avril 2020 à l'Hôpital de l'Île à Berne, l'étudiant souhaite aussi prendre congé de ses parents et amis. «Tout pouvait s'arrêter à cette date. Avec mes directives, j'avais déjà pu mettre ma vision au centre du débat: j'étais trop jeune pour m'envoler. Je m'étais déjà tellement battu, je n'avais pas envie de m'arrêter là. Mais je voulais aussi saisir l'opportunité de dire les choses qui m'importaient à ceux que j'aimais. J'ai remercié mes parents pour tout ce qu'ils avaient été pour moi et fait des appels vidéo avec tous mes amis.» Malgré l'incertitude, il garde un moral d'acier grâce à la confiance qu'il porte à ses médecins. «Ils étaient positifs, alors je l'étais aussi, même si je reconnais que signer mes directives a été un moment très difficile.»

Avril 2021: nouveau retour à la maison. Et ce même vide déjà ressenti. En attendant la rentrée scolaire, Vadim décide alors de... retourner à l'hôpital! Mais côté soignants, cette fois-ci. Pour donner suite à sa demande, le RHNe lui a en effet permis d'effectuer un stage d'observation d'une semaine aux soins intensifs et un stage d'un mois en soins palliatifs, à la Chrysalide. Une première incursion dans le monde hospitalier au bilan très positif pour le jeune homme. «Aux soins intensifs, j'ai aimé le fait que l'équipe doit tout donner sur peu de temps pour aider. Je suis conscient d'avoir une déficience motrice de la main qui pourrait m'empêcher d'y travailler. Si c'était le cas, je me dirigerais vers les soins palliatifs. La fin de vie est aussi une étape importante de notre existence et ne doit pas être négligée. On reste quelqu'un, on a toujours des objectifs, certes plus petits, mais qu'on a vraiment envie d'accomplir. Par exemple, manger un plat en particulier: on pense rarement à ces détails, mais ce sont ces petits souhaits qui amènent le patient à vivre et qu'il faut entendre.»

En août 2021, après trois ans d'arrêt forcé, Vadim a repris le chemin des études dans un établissement lausannois en vue d'obtenir sa maturité fédérale. Malgré son envie de travailler un jour dans le domaine médical, il ne se met pas la pression: «Pour maximiser mes chances, je dois être conscient de mes capacités, mais aussi des obstacles à traverser. Si je n'arrive pas à faire médecine, je ferai une autre carrière hospitalière. Au RHNe, si possible.» Et d'envisager la suite avec sérénité: «Je suis sous surveillance médicale rapprochée, car mon cancer est agressif. Je suis quelqu'un de très positif. Je ne peux pas dire que je suis guéri, car cela ne marche pas comme ça malheureusement. Mais à présent, les lésions sont en régression constante, le taux de tumeur dans le sang est normalisé et je suis content de me dire: c'est une super belle rémission.» ■



Jeudis du RHNe

Cycle de conférences publiques



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

2021 > 18 novembre

Comment améliorer la qualité de vie des malades BPCO?

16 décembre

Troubles du sommeil, comment en finir avec les nuits blanches?

2022 > 20 janvier

Peut-on prévenir la maladie d'Alzheimer?

17 février

Comment le cerveau dicte nos vies quotidiennes?

