

LE RENDEZ-VOUS SANTÉ

« LES ALLERGIES SONT MOINS FRÉQUENTES DANS LES PAYS EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT »

L'INTERVIEW

DR CHRISTOF STÄHLI

« Mon activité ressemble à celle d'un aiguilleur du ciel »

VÉCU

« Le système doit être disposé à changer »

De la difficulté à concilier maternité et carrière en chirurgie

CARTE BLANCHE

Le regard du photographe

Guillaume Perret

Embarquement immédiat pour un voyage intracellulaire

DOSSIER

La pharmacie face aux ruptures de stock

En février 2023, le monde de la santé lançait un cri d'alerte: la pénurie de médicaments était devenue critique en Suisse. En 2024, elle s'est encore étendue, touchant quasiment tous les domaines, y compris certains traitements oncologiques ou traitements d'urgence. Au RHNe, la task force dédiée à la gestion de cette crise se démène au quotidien pour qu'aucune prise en charge ne soit différée



06

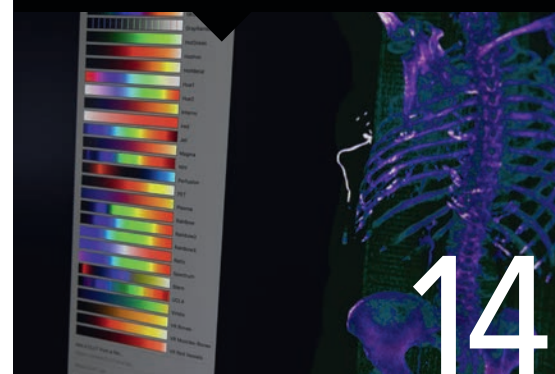
LE DOSSIER

La pharmacie face aux ruptures de stock

En février 2023, le monde de la santé lançait un cri d'alerte: la pénurie de médicaments était devenue critique en Suisse. En 2024, elle s'est encore étendue, touchant quasiment tous les domaines, y compris certains traitements oncologiques ou traitements d'urgence. Au RHNe, la task force dédiée à la gestion de cette crise se démène au quotidien pour qu'aucune prise en charge ne soit différée

CARTE BLANCHE
GUILLAUME PERRET

Embarquement immédiat pour un voyage intracellulaire



14

L'INTERVIEW

DR CHRISTOF STÄHLI

Le médecin-chef adjoint de chirurgie est responsable de la programmation des blocs opératoires des sites de Pourtalès et de La Chaux-de-Fonds du RHNe. Une fonction centrale qui nécessite d'importantes aptitudes relationnelles



Bloc opératoire

18

▶ 03

L'ÉDITORIAL

Le nouveau rôle de l'hôpital

▶ 04

COMPÉTENCES

Les nouveaux visages du RHNe

▶ 05

LA REVUE DE PRESSE

J'ai testé la qualité de mon sommeil

▶ 12

LE RENDEZ-VOUS SANTÉ

« Les allergies sont moins fréquentes dans les pays en voie de développement »

▶ 22

PLANÈTE SANTÉ

La douleur chronique: un langage maladroit du corps

▶ 24

HEIDI.NEWS

Diagnostic: infertilité inexplicée

▶ 26

VÉCU

« Le système doit être disposé à changer »

De la difficulté à concilier maternité et carrière en chirurgie

Le nouveau rôle de l'hôpital



L'hôpital joue un rôle central dans le système de soins, notamment en concentrant un nombre élevé de compétences multiples autour des patient-e-s. Avec le développement des spécialités médicales, ce rôle s'est encore accru. Sous l'impulsion de médecins-chef-fe-s spécialistes, de nouvelles unités traitant d'organes ou de pathologies spécifiques ont été créées. Si ce système a fait ses preuves dans la prise en charge de cas complexes, il s'avère peu adapté pour assurer la grande majorité des soins, qui relève de la médecine de premier recours et des urgences ambulatoires. De plus, cette organisation hospitalocentrée a contribué à la fragmentation des soins et à des défauts de coordination entre acteurs du système. Le RHNe n'échappe pas à cette situation, alors qu'il s'est fortement développé pour offrir des prestations spécialisées à la population neuchâteloise.

L'évolution du système de soins avec une augmentation de l'offre ambulatoire de proximité, une meilleure coordination entre les professionnel-le-s, un suivi du-de la patient-e tout au long de son parcours de vie est un des piliers des soins intégrés. Dans cette organisation, l'hôpital continue à traiter les cas les plus graves et les plus complexes tout en s'inscrivant comme un élément important de ce réseau de soins. S'appuyant sur ce qui lui est spécifique, des professionnel-le-s aux compétences variées et multiples, des structures de support développées et un goût pour l'innovation, il devient un centre de coordination et de soutien du réseau. À ce titre, en partenariat avec d'autres acteurs de la santé, des collaborateurs-trices de l'hôpital peuvent délivrer des prestations hors les murs, sous de nouvelles formes de soins telles que l'hospitalisation à domicile ou les équipes mobiles extrahospitalières.

Pour assurer pleinement ce nouveau rôle, l'hôpital doit renforcer sa culture de collaboration, transformer son management et assouplir son fonctionnement. Cette évolution permettra de fluidifier l'action des différents spécialistes autour du-de la patient-e, en renforçant l'interdisciplinarité et l'interprofessionnalité. À l'extérieur, cela se traduit par une participation au fonctionnement de centres de santé et de permanences avec des horaires élargis, à l'apport de spécialistes à proximité des patient-e-s et à un engagement accru dans la formation des médecins de premier recours et des infirmiers-ères en pratique avancée. Le soutien d'institutions telles que les établissements médico-sociaux ou les services de soins à domicile peut aussi être envisagé.

L'hôpital s'apprête à vivre une nouvelle étape de son évolution, dont la réussite ne pourra être garantie qu'avec la participation de tout-e-s ses collaborateurs-trices, ainsi que le renforcement des partenariats avec les autres professionnel-le-s. Relever ce défi passionnant nous permettra de répondre aux besoins des patient-e-s, de réduire les effets de la pénurie de personnel et de contribuer à la maîtrise des coûts de la santé.

« L'organisation hospitalocentrée a contribué à la fragmentation des soins et à des défauts de coordination entre acteurs du système »

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
Élodie Lavigne
Julie Zaugg

GRAPHISME

additive, Aline Jeanneret
Corcelles

PHOTOGRAPHE

Guillaume Perret
Cormondrèche

TIRAGE 2500 exemplaires

Paraît 2 fois par an

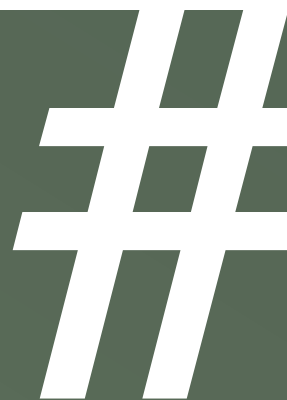
IMPRESSION

Europ'Imprim Swiss
Bevaix

ABONNEMENTS

mag@rhne.ch

Les nouveaux visages du Réseau hospitalier neuchâtelois



#1

DRE ALEXANDRA SCHÖFFL

#1

est entrée en fonction le 1^{er} janvier 2024 en tant que médecin-chef adjointe au sein du département d'anesthésiologie.

M. MOHAMED-ALAMIN HAMID SALIH

#2

est entré en fonction le 15 janvier 2024 en tant que chef d'unité de maintenance biomédicale.



#3

M. ANDRÉ REIS ROBALINHO

#3

est entré en fonction le 1^{er} mars 2024 en tant que responsable de l'unité de codage au sein du service de la gestion administrative du patient.

DR ROMAIN BÉTEND

#4

est entré en fonction le 1^{er} mai 2024 en tant que médecin-chef adjoint au sein du département des urgences.



#4

PROF. PHILIPPE ECKERT

Le Professeur Philippe Eckert est entré en fonction comme président du Conseil d'administration du RHNe, le 1^{er} mars 2024. Il succède à Pierre-François Cuénoud, démissionnaire. Jusqu'à fin 2022, le Prof Eckert était directeur général du CHUV, après avoir occupé des fonctions de direction pendant 25 ans en tant que médecin, directeur de clinique, directeur médical et directeur général. Au cours de ce riche parcours, il a pu acquérir une précieuse expérience tant dans le milieu universitaire que dans le milieu non universitaire. Spécialiste en médecine interne et en médecine intensive, il est également titulaire d'un Executive Master in Business Administration de l'Université de Genève.



ARCINFO

J'ai testé la qualité de mon sommeil

La vingtaine, de corpulence mince, aucun ronflement la nuit... De prime abord, mon profil ne correspond pas à celui des personnes atteintes d'apnée obstructive du sommeil. La maladie se caractérise par des arrêts respiratoires de quelques secondes, plusieurs fois par nuit, avec des réveils conscients (ou non). (...) Considérant la mauvaise qualité de mes nuits, je me suis portée volontaire pour passer un examen du sommeil. Sandra Van Den Broecke, pneumologue au Centre du sommeil du Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe), à Neuchâtel, ausculte ma gorge afin de vérifier l'absence d'une malformation anatomique susceptible d'obstruer le passage de l'air vers mes poumons.

Appareil à porter de nuit

(...) Barbara, l'infirmière, ouvre une mallette remplie de câbles et d'un appareil de mesure. Il s'agit d'un polygraphe. Ce dispositif mesure la respiration et le rythme cardiaque pendant la nuit grâce à une canule nasale - un tube à insérer dans le nez -, des électrodes placées sur la poitrine et les côtes ainsi qu'un oxymètre, afin de mesurer le taux d'oxygène dans le sang.

Elle m'apprend à placer le polygraphe sur moi afin de passer l'examen chez moi le soir même. (...)

Morphée aux abonnés absents

(...) Pour cette nuit d'examen, une fois le polygraphe religieusement accroché à mon pyjama, je me love dans mes draps. Je me retourne plusieurs fois, vérifie frénétiquement que tout est en place. Une heure, puis deux s'écoulent avant que je ne m'endorme. (...)

Journaliste insomniaque?

Sandra Van Den Broecke me donne rendez-vous deux jours plus tard pour la synthèse de mes résultats. Première nouvelle: aucune détection de l'apnée du sommeil. (...) La pneumologue compare mes résultats avec ceux d'une patiente atteinte d'apnées du sommeil. Les arrêts respiratoires perceptibles grâce à plusieurs mesures, dont la chute du taux d'oxygène et la baisse du rythme cardiaque. (...) «Le traitement dure toute la vie puisqu'il s'agit d'un problème mécanique. Dans certains cas rares, une opération est nécessaire.»

Le sommeil, problème de santé publique

Sandra Van Den Broecke travaille en collaboration avec Elissavet Eskioglou, neurologue au RHNe, et Gianina Luca, psychiatre-somnologue au Centre du sommeil ainsi qu'au Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP). (...) Le Centre de médecine du sommeil prend en charge plusieurs types de troubles, du somnambulisme à l'épilepsie nocturne. «Les pathologies du sommeil nécessitent une prise en charge transversale, car les conséquences sur la vie privée et professionnelle sont multiples: somnolence au volant avec risque d'accident grave, absentéisme au travail, concomitance avec des troubles cardiovasculaires ... C'est un problème de santé publique», affirme Gianina Luca (...)

• Arcinfo, 20 mars 2024

LE TEMPS

Neuchâtel empoigne le défi de la pénurie de soignants

Le vieillissement de la population n'est plus théorique, il est aujourd'hui une réalité sur laquelle a insisté hier matin Laurent Kurth, conseiller d'État neuchâtelois chargé du Département des finances et de la santé. (...) Le socialiste a présenté les solutions élaborées pour relever les défis qui attendent le canton en matière de relève dans les soins infirmiers, ainsi qu'en termes de prise en charge des aînés. (...) «Dans un contexte où le nombre de départs dans ces professions est très important, la capacité de formation doit être augmentée», indique le ministre. (...) Pour atteindre cet objectif, un crédit de 21 millions de francs sera soumis au Grand Conseil cet été. Avec une population de plus de 65 ans en hausse de 35% à l'horizon 2050, et de pratiquement 100% pour les plus de 80 ans, Neuchâtel lie directement cette thématique à celle des besoins en EMS. (...) Alors que le canton annonçait en 2012 vouloir supprimer 400 lits en EMS sur dix ans, il prévoit d'en créer 1200 nouveaux d'ici à 2035. (...) Des projets d'extensions dans des EMS existants permettront de créer 300 lits. Pour les autres, de nouvelles structures devront être créées. (...)

Pas de revirement politique

«Il ne s'agit pas d'un revirement de la politique cantonale des dernières années», insiste Laurent Kurth. Les lits fermés devaient l'être et nous savions que le vieillissement de la population impliquerait des réouvertures. (...) «Le défi principal, ce sera de trouver des exploitants, et ces derniers craignent de ne pas trouver suffisamment de personnel. On en revient à la nécessité de promouvoir la formation.» (...)

• Le Temps, 23 février 2024

Tribune de Genève

Les soignants ne sont pas des punching-balls

Une aide-soignante se fait cracher au visage. Un infirmier se prend un coup dans les parties intimes. Aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), les agressions du personnel par des patients ne cessent d'augmenter. De nouvelles mesures doivent être prises. (...) Les séquelles de ces agressions sont lourdes. Des soignants blessés, parfois choqués, mettent des semaines à se remettre. (...) Cette situation ne concerne d'ailleurs pas que Genève: le CHUV de Lausanne aussi est concerné. Les HUG ont renforcé les mesures existantes, notamment en psychiatrie: la formation, l'encouragement à dénoncer, le suivi. Mais elles ne suffiront peut-être pas à inverser la tendance, reconnaît l'institution. (...) L'hôpital a également placardé des affiches dans ses couloirs pour rappeler au public que les violences contre son personnel ne sont jamais acceptables. Et effectivement, les usagers doivent en prendre conscience pour que l'univers des soins ne soit pas asphyxié par les mesures sécuritaires. Une douleur insupportable, une attente interminable, un geste médical avec lequel on n'est pas d'accord: rien ne justifie de s'attaquer, par les mots ou par les gestes, à celles et ceux qui nous soignent.

• Tribune de Genève, 30 mars 2024



DOSSIER |

La pharmacie face aux ruptures de stock

06

/ page /

EN ATTENTE DE BASCULE

But : Le présent formulaire est à remplir par le pharmacien et à remettre au patient.
Usage : Ce formulaire doit être conservé dans le dossier du patient.
Réception de la marchandise :
ACIDUM FOLICUM Hänseler cpr. 5 mg 20 pce 19119

Acidum folicum Hänseler 5 mg
ACIDUM FOLICUM Hänseler cpr. 5 mg 20 pce 19119

| par Trinidad Barleycorn

PÉNURIES

En février 2023, le monde de la santé lançait un cri d'alerte: la pénurie de médicaments était devenue critique en Suisse. En 2024, elle s'est encore étendue, touchant quasiment tous les domaines, y compris certains traitements oncologiques ou traitements d'urgence. Au RHNe, la task force dédiée à la gestion de cette crise se démène au quotidien pour qu'aucune prise en charge ne soit différée

Remplacer un médicament manquant par un équivalent, vérifier la posologie, les interactions et en informer les équipes médicales et soignantes. Importer des traitements, faire traduire les notices, jongler avec les stocks, rationner quand nécessaire. Et croiser les doigts pour que la pénurie de médicaments aiguë qui sévit en Suisse ne s'aggrave pas: depuis son engagement au RHNe en avril 2023, la pharmacienne Amandine Moutet est la cheffe d'orchestre de l'approvisionnement en médicaments de l'institution. Un travail de Sisyphe, au cœur d'une pénurie mondiale, qu'elle mène avec la Team ruptures. Cette task force, entièrement dédiée à la recherche de solutions de remplacement et à l'analyse du marché pour anticiper les commandes, occupe deux des huit pharmaciens-ne-s du RHNe, une assistante en pharmacie et quatre logisticiens-ne-s. Elle conseille également les médecins dans leurs prescriptions, avec le soutien des pharmaciens-ne-s cliniciens-ne-s, et alimente une plateforme interne recensant les ruptures de stock et leurs alternatives.

« Nous ne produisons plus à grande échelle les médicaments qui manquent aujourd'hui: des produits devenus moins rentables avec le temps et les évolutions thérapeutiques. »

Une force de frappe indispensable, car le «pays des pharmas» n'a jamais aussi mal porté son surnom: en 2023, plus de 600 ruptures ont été recensées au RHNe. À titre de comparaison, 3000 médicaments sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. «Tous les pays sont impactés, mais certains peuvent l'être davantage, par exemple lorsque l'approvisionnement à l'étranger n'est pas facilité. Mais il est vrai que la Suisse a perdu de sa superbe, lorsque l'on parle «médicament», souligne le Dr Grégory Podilsky, pharmacien-chef du RHNe. Désormais, nous avons surtout les bureaux administratifs des pharmas, la recherche et développement, mais la production a bien souvent été délocalisée et nous ne produisons plus à grande échelle les médicaments qui manquent

aujourd'hui: des produits devenus moins rentables avec le temps et les évolutions thérapeutiques.»

Antibiotiques, antidouleurs, anti-inflammatoires et vaccins sont particulièrement touchés. La situation est telle que même l'aspirine, bon marché certes, mais vitale pour les victimes d'un infarctus ou d'un accident vasculaire cérébral, a été, pendant six mois, en rupture de stock sous sa forme injectable, utilisée lors des traitements d'urgence. Faute d'alternative, elle avait dû être rationnée.

Actuellement, c'est la rareté de certains anxiolytiques comme le Temesta qui préoccupe les deux spécialistes. Presque indisponible pendant une période, le Temesta reste contingenté. «Cela peut créer de la détresse pour des personnes stabilisées avec ce médicament. Certaines pourraient être tentées de trouver des solutions par d'autres voies, moins sécurisées», s'inquiète le pharmacien-chef.

Le vaccin antirabique est également rationné. Tout comme l'Ozempic, victime de son succès planétaire après que les célébrités américaines et stars des réseaux sociaux ont vanté les vertus amincissantes de ce produit danois, destiné au traitement du diabète de type II. Un détournement de sa finalité qu'Amandine Moutet n'hésite pas à qualifier de «très égoïste», car il prive les diabétiques de leur traitement: «Tout le monde ne semble pas avoir pris conscience des problèmes de pénurie. On le voit aussi lorsque les gens font des réserves de médicaments qui commencent à manquer. Cela précipite la rupture, alors qu'il faudrait en laisser pour les autres.»

Un marché trop petit pour être attractif

Outre le fait qu'elle a délaissé certaines productions souvent peu rentables, la Suisse est aussi pénalisée par sa taille: «D'un point de vue économique, le marché suisse, petit en comparaison internationale, est peu attractif pour une industrie pharmaceutique active au niveau mondial», indique la Confédération sur son site. Longtemps, les médicaments y étaient vendus plus chers qu'ailleurs, compensant l'incapacité d'avoir des économies d'échelle dans le pays. Mais la pression constante à la baisse des prix, surtout des génériques, a fait passer la petite Suisse derrière ses grands voisins sur les carnets de commandes.

07

/ page /



Dr Grégory Podilsky
pharmacien-chef du RHNe

premier dispositif de crise, composé de deux personnes, et avait été contrainte de renforcer son équipe pour aider à la production de désinfectant. Malgré l'accalmie sur le front du virus, les pénuries, elles, n'ont ensuite fait qu'empirer, nécessitant la création d'un dispositif dédié et structuré: la Team ruptures.

Dans un marché n'ayant presque plus de marge de manœuvre, le moindre grain de sable peut gripper l'approvisionnement. Qu'il s'agisse d'un degré de qualité insuffisant d'un principe actif ou d'une rupture de papier pour imprimer les notices d'un antibiotique. Récemment, la production de certaines perfusions a dû être interrompue à cause d'une pénurie de plastique, alors que d'autres livraisons ont été retardées suite à une grève des camionneurs en Angleterre.

Les professionnel-le-s de la santé suisses avaient tiré la sonnette d'alarme une première fois en février 2023, au sortir d'un hiver marqué par les pénuries de remèdes pour faire face à la triple épidémie de Covid-19, grippe et bronchiolite. Dans la foulée, l'initiative «Oui à la sécurité de l'approvisionnement médical» était lancée par seize associations pharmaceutiques, médicales, industrielles ou de défense des consommateurs-rice-s.

La Confédération, elle, venait tout juste de prendre des mesures pour constituer des stocks, faciliter davantage l'importation, permettre les quantités fractionnées (remise du nombre de comprimés nécessaires au traitement et non de l'entier de la boîte) et autoriser les préparations magistrales (médicaments préparés par les pharmacies de ville elles-mêmes) de remèdes en rupture. Des directives à même de détendre le marché, mais insuffisantes pour espérer une solution à long terme, selon la faitière PharmaSuisse.

Solidarité nationale des hôpitaux

Pour l'instant, au RHNe, personne n'a été privé d'un traitement. «Dans certains cas, nous avons augmenté nos stocks de 15 jours à 2-3 mois. Nous avons aussi eu de la chance: nous avons toujours réussi à importer ou à trouver un alternatif contenant la même molécule ou une molécule ayant les mêmes effets», détaille Amandine Moutet. Pour les hôpitaux, les médicaments importés - plus onéreux car en quantité moindre - sont couverts par le forfait hospitalier. Mais les patient-e-s qui devront ensuite se les procurer en pharmacie, auront parfois de la peine à se les faire rembourser par la caisse maladie, malgré un allègement des conditions, instauré en 2023 par l'Office fédéral de la santé publique.

La forte dépendance de la Suisse vis-à-vis des pays un peu moins impactés par la pénurie, principalement l'Allemagne, mais aussi la France et l'Angleterre, n'est pas sans risque: de plus en plus souvent, ces fournisseurs sont également dépourvus. Avec la crainte de les voir mettre en place une politique protectionniste bloquant l'exportation, comme cela avait été le cas, par périodes, en Allemagne durant le Covid.

Si la Team ruptures du RHNe se démène pour que la chance ne soit pas la seule à décider de la bonne prise en charge

Et aucune amélioration ne se profile. Au contraire: ces deux dernières années, les ruptures se sont étendues à d'autres catégories de médicaments, notamment certaines chimiothérapies. Faut-il craindre d'en arriver un jour au triage des patient-e-s? À l'heure actuelle, le Dr Podilsky imagine plutôt des ajustements thérapeutiques, «comme cela a déjà été le cas récemment avec un médicament d'urgence, sans équivalent et prescrit pour des situations critiques d'embolie pulmonaire, d'AVC ou d'infarctus. Son utilisation s'est vue cadrée et restreinte sur la base d'une ordonnance fédérale.»

Une décennie de signes avant-coureurs

Les origines de la crise actuelle sont à chercher bien en amont, avec la mondialisation dans les années 1990. La production de matières premières et principes actifs est alors délocalisée en Asie afin de profiter d'une main-d'œuvre bon marché. Aujourd'hui, 80% de la production mondiale se concentre en Chine et en Inde. Le conditionnement se fait ensuite sur les continents américains ou en Europe. Cette concentration des compétences a révélé sa grande fragilité avec la pandémie de Covid-19 qui avait mis à l'arrêt les usines chinoises, et, plus récemment, avec la guerre en Ukraine, «car Kiev produit un certain nombre de composants nécessaires à l'emballage des médicaments, comme l'aluminium, le verre ou même les métaux nécessaires aux aiguilles pour injection», rappelait Bruno Bonnemain, président de l'Académie nationale de pharmacie en France, fin 2023 sur France Info.

En 2006, le Conseil fédéral avait pour la première fois émis une directive pour améliorer la sécurité de l'approvisionnement en Suisse. «Il y a une dizaine d'années, nous commençons déjà à être touchés par un certain nombre de problèmes d'approvisionnement, dont le caractère plus épisodique rendait leur traitement plus aisé», précise Grégory Podilsky qui exerçait à l'époque au CHUV, à Lausanne.

Pour éviter les invendus, et donc les pertes financières, les industries ont souvent opté pour une production en flux tendu, en limitant les réserves. Ce problème a été mis en évidence pendant la pandémie, lorsque la demande pour les solutions hydroalcooliques, les anesthésiques, curares et benzodiazépines a explosé. La pharmacie du RHNe avait alors créé un

Un logiciel pour identifier les événements médicamenteux indésirables

Depuis 2023, la pharmacie clinique du RHNe dispose d'une solution qui permet d'alerter les équipes médico-soignantes en cas de prescriptions potentiellement inappropriées

La pharmacie clinique est une des facettes des nombreuses activités effectuées par le secteur des prestations cliniques de la pharmacie du RHNe. Son objectif principal est de conseiller les médecins et les soignant-e-s pour prévenir les effets indésirables ou autres complications provoqués par la prise d'un ou plusieurs médicaments chez les patient-e-s hospitalisé-e-s. Pour relever ce défi, les pharmaciens-ne-s des prestations cliniques participent aux visites médicales dans seize services différents.

À cette occasion, ils-elles parcourent de manière approfondie les dossiers des patient-e-s avec une attention particulière portée sur la réconciliation médicamenteuse, les indications (in)justifiées, les posologies, les modalités d'administration, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses ainsi que la proposition de prescription d'un suivi ou d'un contrôle spécifique. 15% des cas hospitalisés bénéficient de cette analyse approfondie.

Cette démarche de visite conjointe avec la pharmacie clinique a été initiée en 2010 au sein du département de gériatrie, réadaptation et soins palliatifs (DGRSP). «Les patients âgés et polymorbides sont particulièrement exposés au risque d'événements indésirables médicamenteux, précise la Dre Mariangela Gagliano, médecin-chef au sein du DGRSP. Les gériatres y sont sensibilisés durant leur cursus de formation. Les traitements des patients sont revus et adaptés selon leurs comorbidités, leur profil de vulnérabilité gériatrique et leur projet de soins.»

En 2023, la pharmacie s'est dotée d'un logiciel informatique baptisé PharmaClass. «L'effectif de la pharmacie clinique n'est pas suffisant pour analyser l'intégralité des prescriptions, ceci étant accentué par le contexte



Dre Mariangela Gagliano
médecin-chef au sein du DGRSP

multisite du RHNe, souligne Céline Tochot-Remonnay, pharmacienne clinicienne. PharmaClass est un outil de supervision pharmaco-clinique proactif et ciblé qui permet d'identifier les PMI et contribuer ainsi à diminuer les événements médicamenteux indésirables (EMI).»

PharmaClass s'appuie sur les données démographiques, les données de laboratoires, les médicaments et les constantes physiologiques. Sur la base des règles paramétrées par la pharmacie, l'outil remonte au-pharmacien-ne clinicien-ne des alertes pharmacologiques permettant à ce-cette dernière-ère d'intervenir de manière ciblée auprès du prescripteur. Le-la pharmacien-ne a ainsi la possibilité d'apporter son expertise, d'éviter des EMI et de participer au processus de

formation continue des médecins dans le domaine de la pharmacologie.

«Aujourd'hui, PharmaClass nous permet d'analyser quotidiennement la médication de 85% des patients hospitalisés. Nous avons la chance d'être le second hôpital en Suisse à disposer de ce logiciel en routine après le Valais», complète Rima Ducommun, pharmacienne-chef adjointe et responsable des prestations cliniques.

Une phase pilote a été réalisée au sein du DGRSP en janvier 2023 avant de s'étendre à la majorité du RHNe. Sur l'ensemble de l'année 2023, le logiciel a généré environ 2000 alertes qui ont conduit dans 52% des cas à une intervention pharmaceutique justifiée.

Pierre-Emmanuel Buss

Top 3 des principales interventions pharmaceutiques avec un exemple et le pourcentage d'interventions en 2023:

- 1 Contre-indication ou non-conformité à des référentiels: un médicament contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale sévère (metformine, anti-inflammatoires non stéroïdiens, colchicine...): **27,9%**
- 2 Effets indésirables: une association de médicaments à risque cumulé d'agranulocytose (Metamizole avec Carbimazole): **25,7%**
- 3 Interactions médicamenteuses: un syndrome de manque pour un-patient-e sous méthadone suite à l'utilisation concomitante d'un inducteur enzymatique: **18,4%**

des patientes et patients, les solutions relèvent parfois du système D, faute de mesures concrètes au niveau fédéral. Comme pendant la pandémie, la solidarité entre établissements de soins s'avère cruciale. Le site drugshortage.ch, créé par le Dr Enea Martinelli, vice-président de PharmaSuisse, recense les ruptures de stock. Les HUG ont également ouvert une plateforme publique. Et une cellule d'échange d'information hebdomadaire entre hôpitaux romands a été mise en place. L'entraide s'étend même au-delà: «Il m'est arrivé de dépanner les hôpitaux de Locarno ou de Berne, en attendant qu'ils reçoivent leur commande, précise Amandine Moutet. Mais il faut vraiment qu'une organisation se mette en place au niveau fédéral. Pour l'instant, nous n'avons aucune aide, sauf quand les réserves de médicaments fédérales obligatoires sont libérées pour détendre le marché.»

« Il faut vraiment qu'une organisation se mette en place au niveau fédéral. »

Accroissement du risque d'erreurs

Remplacer un médicament par un autre n'est jamais anodin. L'impact sur les soignant-e-s, déjà sous haute pression en raison de la pénurie de personnel, est conséquent, rappelle le pharmacien-chef: «C'est une charge de travail supplémentaire importante et surtout, c'est un risque d'erreur de médication majeur. 600 ruptures, c'est 600 changements à intégrer en pratique. Remplacer l'Ibuprofène Sandoz par l'Ibuprofène

d'une autre marque, est mineur. Mais quand nous sommes contraints de remplacer un injectable par une alternative qui n'a pas la même concentration, le même conditionnement ou dont la notice est écrite en japonais, on augmente significativement le risque d'erreur.» Heureusement, pour le moment, de telles situations sont rares: «Ces changements sont très efficacement gérés par nos équipes soignantes.»

Pour les spécialistes, la pénurie ne pourra se résoudre que par la mise en place d'une batterie de mesures comme la revalorisation des médicaments peu chers, à l'instar de ce que tente l'Allemagne, ou la relocalisation d'usines en Europe, comme essaie de le faire la France. Si pendant la crise du Covid, le monde s'est donné les moyens de produire rapidement de grandes quantités de vaccins, monter des chaînes de production pour autant de médicaments requiert énormément de temps et d'argent. Des coûts qui se répercutent sur le porte-monnaie: la hausse récente du prix du Dafalgan était justifiée par le rapatriement de la production en France. Quant aux hôpitaux universitaires - capables de produire à plus large échelle que les hôpitaux cantonaux -, ils ne sont pas en mesure de couvrir une pénurie de cette ampleur. Amandine Moutet et Grégory Podilsky précisent cependant que si la situation est difficile à gérer au quotidien, elle reste actuellement sous contrôle, et pensent que «la solution n'est pas pour demain et les mesures à prendre doivent viser la récupération à long terme de notre autonomie et notre capacité de résilience.» ■

La Team ruptures du RHNe (de g. à dr.)< Justine Brahier, Wendy Jeannin, Amandine Moutet, Melvin Blanc, Alexandra Le Brun, Luca Battaglia et Sandy Cortina



Le sang O négatif, indispensable mais rare

Les produits sanguins sont aussi régulièrement confrontés à des pénuries en Suisse. Le point avec la Dre Amira Sarraj, directrice du centre de transfusion CRS Neuchâtel-Jura



Compatible avec tous les grands groupes sanguins, le O négatif sauve d'innombrables vies: lorsque le temps manque pour déterminer le groupe et le rhésus d'un-e patient-e aux urgences, c'est ce sang qui est administré. Cependant, il est toujours le premier à manquer, car si elles sont donneuses universelles, les personnes de groupe O négatif ne représentent que 6% de la population. À Neuchâtel, l'utilisation de leurs dons est en cours d'optimisation.

RHNE MAG: Comment fluctuent les réserves de sang?

Dre Amira Sarraj: Les concentrés érythrocytaires n'ont que 42 jours de vie et les plaquettes, sept jours. Il faut donc constamment renouveler les stocks. Les pénuries coïncident avec les vacances d'été et de fin d'année, durant lesquelles on perd un tiers des dons. On augmente donc les prélèvements peu avant pour espérer tenir.

Quelle est la situation dans le canton de Neuchâtel?

Historiquement, il a toujours été en autosuffisance grâce à son centre de La Chaux-de-Fonds. En 1997, Berne nous a cédé le centre de transfusion de Neuchâtel. Pour éviter de perdre ces précieux donateurs en surplus, nous sommes devenus une région exportatrice. Nos donateurs sont très généreux, avec 13 000 dons par an. La moitié est utilisée dans la région Neuchâtel-Jura, principalement au RHNe qui en reçoit environ 4000. L'autre moitié va à Genève, Fribourg et Berne. Les hôpitaux neuchâtelois et jurassien sont prioritaires.

Vous avez évoqué, en début d'année dans la presse, le gaspillage de O négatif dans les cliniques qui en utiliseraient proportionnellement plus que les hôpitaux.

Les petites structures doivent avoir sept concentrés érythrocytaires, dont deux O négatif pour pallier un saignement imprévu. Cela représente presque 30% du stock alors que le groupe sanguin de leurs patients est connu avant les opé-

rations et qu'elles n'accueillent pas d'urgences. Ces réserves de O négatif sont donc rarement utiles. En comparaison, le RHNe a 50-60 concentrés, dont 10% de O négatif. Quand la date de péremption approche, les petites structures utilisent leur O négatif pour des patients d'autres groupes. Ce qui est logique: je suis aussi contre le gaspillage.

Il n'y a donc pas d'utilisation abusive du O négatif?

Non. Il y a éventuellement eu un peu de laxisme. Je voulais faire bouger les choses. On travaille désormais ensemble pour trouver des solutions. L'une d'elle consisterait à récupérer les poches quelques semaines avant péremption pour les remettre aux services d'urgences. Cela demande une organisation plus lourde, mais c'est une discussion en cours aussi au niveau national.

Y a-t-il d'autres produits régulièrement touchés par les pénuries?

Oui, les plaquettes, difficiles à gérer, car elles se conservent mal. Heureusement, elles peuvent être transfusées indépendamment du groupe sanguin.

Enregistre-t-on des pertes de produits?

Elles sont faibles. Depuis le début de l'année, sept concentrés érythrocytaires de groupes AB ou B n'ont pas été utilisés. Pour les plaquettes, le taux de

perte est d'environ 10%. Il ne pourrait pas être plus bas en raison des contraintes liées à sa conservation.

Pourra-t-on un jour se passer des dons?

On a réussi à fabriquer des globules rouges à partir des cellules souches, mais le processus est trop cher pour remplacer le don. Les besoins en sang, hors oncologie, ont cependant beaucoup diminué, car on ne transfuse plus systématiquement et les méthodes chirurgicales se sont améliorées. Au début des greffes hépatiques par exemple, on utilisait 40 concentrés par opération, contre un ou deux aujourd'hui.

Qui peut donner son sang?

Toute personne en relative bonne santé, de plus de 50 kilos et âgée entre 18 et 60 ans lors du premier don. Une fois donneur, vous pouvez continuer jusqu'à 75 ans. Les donateurs avec hypertension, allergies, ou sous anti-inflammatoires sont acceptés, ainsi que les diabétiques ne prenant pas d'insuline. Depuis 2023, les hommes homosexuels peuvent donner aux mêmes conditions que les hétérosexuels. Les personnes en rémission d'un cancer non hématologique sont désormais aussi admises, mais pas celles avec une maladie auto-immune ou ayant fait un infarctus.

Toutes les infos pour donner son sang sur le site du Service régional neuchâtelois et jurassien de transfusion sanguine: srnjts.ch

Propos recueillis par T. Ba.

« Les allergies sont moins fréquentes dans les pays en voie de développement »



a explosé ces 30-40 dernières années pour atteindre par exemple près de 10% de la population pédiatrique en Australie.

Connait-on les causes?

On ne le sait pas de manière exacte, mais des hypothèses sont clairement établies. La hausse n'est pas d'origine génétique, vu qu'elle s'est produite sur un laps de temps très court. Les causes pointent vers notre cadre de vie. À commencer par le mode de vie occidental, car les allergies sont moins fréquentes dans les pays en voie de développement. D'ailleurs les migrants qui viennent s'établir dans les régions industrialisées se mettent aussi à développer plus d'allergies. Nous vivons dans un monde aseptisé, peu en contact avec le monde bactérien. Par conséquent, notre microbiote (réd: flore intestinale) est moins diversifié. Ce qui a tendance à faire réagir le système immunitaire à des allergènes (pollens, aliments) qu'il devrait normalement ignorer. Mais d'autres facteurs environnementaux entrent aussi en ligne de compte.

De quelle manière?

Avec le réchauffement climatique, les saisons de pollinisation sont plus longues. Pour le noisetier par exemple,

Les maladies allergiques, atteintes auto-immunes et immunodéficiences sont au cœur de la consultation d'immunologie et allergologie du RHNe. Sa mission? Réaliser des tests, établir un diagnostic et instaurer une prise en charge. Le point avec le Dr Guillaume Buss, en charge de la consultation d'immunologie et allergologie

Coup de projecteur sur le service d'immunologie et allergologie du Réseau hospitalier neuchâtois (RHNe) qui s'occupe aussi bien de patients atteints de maladies auto-immunes rares et que de suites d'hospitalisation liées à une allergie grave. Diagnostic, prise en charge, tests d'investigation pour identifier une affection du système immunitaire... Des tâches qui nécessitent souvent une collaboration multidisciplinaire avec d'autres spécialistes. Entretien avec le Dr Guillaume Buss en charge de la consultation d'immunologie et allergologie.

On dit que les allergies sont à la hausse. Dans quelles proportions?

Au début du 20e siècle, 1% de la population était atteinte de rhino-conjonctivite allergique tandis qu'aujourd'hui, c'est vingt fois plus! La proportion de personnes souffrant de maladies allergiques a nettement augmenté: par exemple l'eczéma atopique, les allergies alimentaires, la rhino-conjonctivite ou l'asthme allergiques touchent 30% de la population. Les allergies alimentaires concernent 2% des adultes et 5% des enfants en Suisse. Mais dans certains pays anglo-saxons, leur incidence

elle commençait fin février jusque dans les années '90, mais on observe qu'elle peut maintenant démarrer en janvier, voire décembre! D'autre part, l'élévation de la concentration de CO2 dans l'atmosphère s'accompagne de plus grandes quantités de pollens dans l'air, lesquelles ont doublé ces 30 dernières années. Un facteur aggravant, ce sont les polluants qu'on retrouve dans l'air, des particules fines qui augmentent le potentiel allergénique des pollens au niveau des muqueuses respiratoires.

Une allergie peut-elle survenir à tout âge?

Oui, elle peut aussi se déclarer à l'âge adulte, dans la mesure où la susceptibilité de développer une allergie existe chez 30% de la population. Cette prédisposition commence souvent par un eczéma atopique, puis elle peut conduire à une allergie alimentaire ou respiratoire, mais rarement avant l'âge de 5 ans dans ce dernier cas. Les allergies aux médicaments ou aux venins d'abeilles et de guêpes peuvent se déclencher à tous les âges, à condition d'avoir été exposé à l'allergène au moins une fois!

Quelle est la fonction de la consultation d'immunologie-allergologie de l'hôpital?

Dans ce domaine, l'organe c'est le système immunitaire. Le service s'occupe donc principalement de maladies auto-immunes, rares pour la plupart, comme les connectivites ou les vasculites. Elles sont caractérisées par le fait que le système immunitaire va s'attaquer à certains organes, par ex. peau, articulations, reins, poumons etc. Ces maladies nécessitent souvent des investigations multidisciplinaires, raison pour laquelle nous collaborons fréquemment avec d'autres spécialistes, à savoir internistes, hématologues, infectiologues, rhumatologues ou d'autres spécialités.

Par exemple, si une personne présente un état fébrile persistant pendant des semaines voire des mois dont l'origine reste indéterminée malgré des bilans infectiologiques et hématologiques qui n'auraient pas permis d'en identifier la cause, des investigations immunologiques sont réalisées. Nous traitons aussi les personnes atteintes d'immunodéficiences qui nécessitent des perfusions d'anticorps toutes les 3 à 4 semaines afin de les prémunir d'in-

fections récidivantes potentiellement sévères.

Les patients nous sont adressés par les médecins traitants ou des spécialistes, c'est très transversal. Une autre partie de notre activité concerne des personnes hospitalisées ayant développé une réaction allergique sévère par exemple à une médication ainsi que les suites d'hospitalisation. Nous menons un travail d'investigation pour rechercher quelle molécule, parmi les différents médicaments administrés, est à l'origine de l'allergie. Dans certains cas, en l'absence d'alternative disponible, il est possible d'induire une tolérance à un médicament indispensable pour le patient alors qu'il y est pourtant allergique.

Sait-on ce qui déclenche ces maladies immunologiques?

L'origine des maladies auto-immunes reste mal connue. Leur survenue est en partie liée à des prédispositions génétiques, mais également à des facteurs

hormonaux (par ex. certaines connectivites sont nettement prédominantes chez les femmes) ou à des facteurs environnementaux, en particulier certaines infections virales, le tabac ou certains médicaments qui pourraient représenter un facteur déclencheur sans en être pour autant la cause unique.

Quel sont les différents stades de gravité des allergies immédiates, que ce soit à des aliments, des médicaments ou des venins?

Tout dépend des symptômes! Au stade 1, le corps se couvre d'urticaire; au stade 2, le visage ou une autre partie du corps gonfle; le stade 3 est caractérisé par des difficultés respiratoires et/ou une difficulté à parler ou à avaler signant un rétrécissement du larynx, signes d'une urgence absolue; quant au stade 4, c'est le choc anaphylactique: la personne peut perdre connaissance et potentiellement mourir. Ces deux dernières catégories sont donc des urgences vitales. Mais dans la plupart des cas, on en reste aux stades 1 et 2. ■



Comment y remédier?

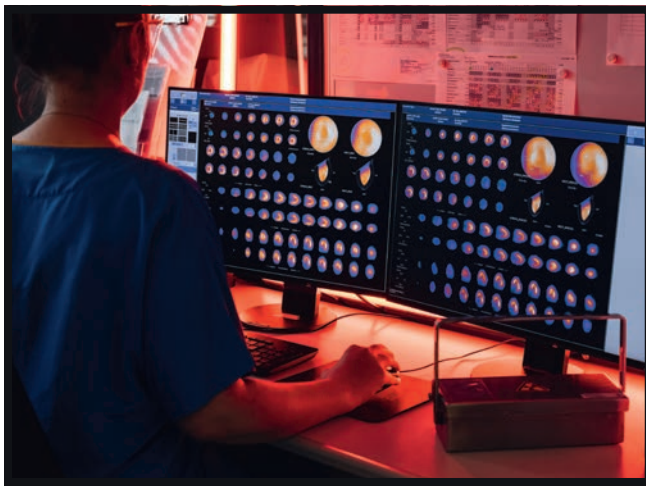
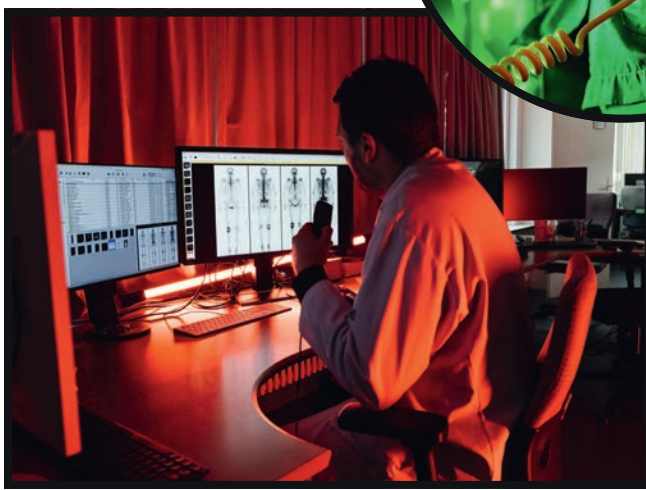
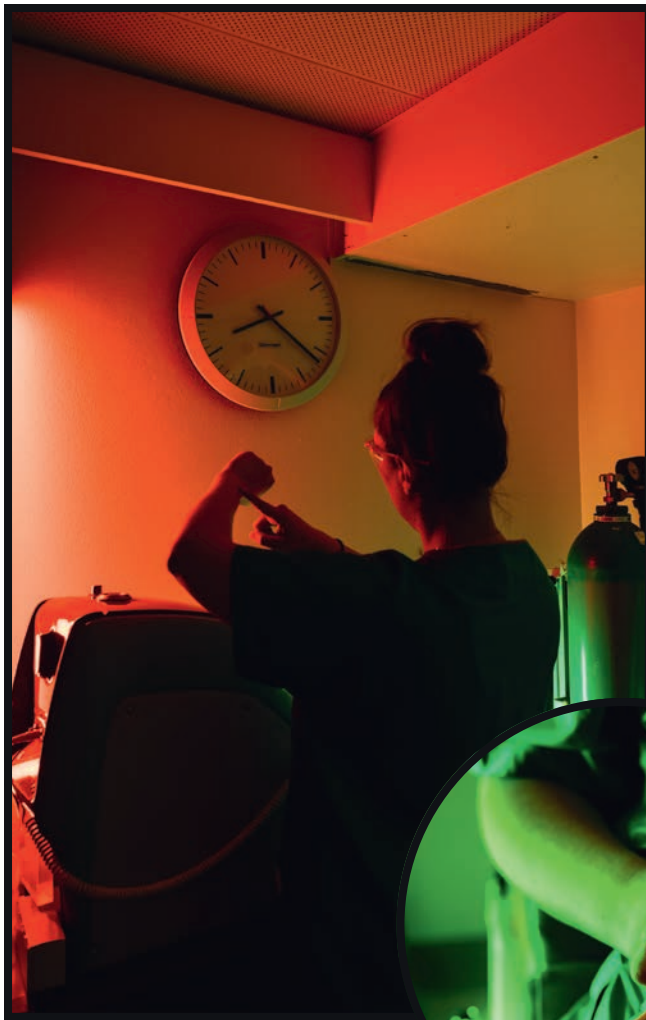
Une désensibilisation peut être envisageable pour les personnes fortement allergiques, par exemple aux pollens, acariens, venins de guêpes et abeilles. Le principe? Leur organisme est mis en contact avec une dose d'allergène (comprimés sublinguaux ou injections sous-cutanées) qui est ensuite progressivement augmentée. Le système immunitaire s'habitue ainsi à l'allergène sans développer de réaction. «La désensibilisation dure en général 3 ans pour les pollens, 5 ans pour les venins», indique le Dr Buss, en relevant que certaines personnes reviennent pour des doses de rappel avant la saison de pollinisation. Selon l'allergologue, «après trois ans de traitement, on peut s'attendre à une amélioration de l'ordre de 50 à 70%».



Embarquement immédiat pour un voyage intracellulaire

Le service de médecine nucléaire du RHNe dispose d'une toute nouvelle gamma caméra. Elle permet de visualiser la distribution d'un traceur radioactif administré au-à la patient-e et offre des capacités uniques pour le diagnostic des cancers. Elle est également utile pour la détection des maladies cardiaques et l'analyse du fonctionnement de la thyroïde, des reins, du foie et des poumons





- DR CHRISTOF STÄHLI -

Le médecin-chef adjoint de chirurgie est responsable de la programmation des blocs opératoires des sites de Pourtalès et de La Chaux-de-Fonds du RHNe. Une fonction centrale qui nécessite d'importantes aptitudes relationnelles. Entretien

« Mon activité ressemble à celle d'un aiguilleur du ciel »



Le bloc opératoire est le centre névralgique d'un hôpital de soins aigus, avec un fonctionnement 24h sur 24h, 365 jours par année. La programmation des interventions électives (planifiées) représente un travail complexe en parallèle de l'organisation de la prise en charge des urgences, ce qui impacte l'ensemble des spécialités. Avec des conséquences pour les patient-e-s mais aussi pour les finances de l'hôpital si le bloc est mal utilisé.

Au sein du Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe), le Dr Christof Stähli, chirurgien de formation, est responsable de la programmation des blocs opératoires des sites aigus de Pourtalès et de La Chaux-de-Fonds. Quand on lui demande de décrire son travail en une phrase, le cinquantenaire manie l'humour: «Mon activité ressemble à celle d'un aiguilleur du ciel. À la différence qu'eux ont 35 jours de vacances par an et des récupérations, travaillent 35 heures par semaine et partent à la retraite à 60 ans!»

RHNEMAG Quelle est votre journée type?

CHRISTOF STÄHLI J'arrive au travail vers 7h et je commence souvent ma journée en buvant un café devant l'entrée principale du site de Pourtalès. Cela me permet de voir pas mal de monde: des opérateurs, mais surtout leurs secrétaires. Ce sont mes principales interlocutrices pour la programmation. Elles jouent le rôle d'interface car elles connaissent très bien l'agenda des opérateurs. Si une intervention chirurgicale est déplacée ou rajoutée, elles adaptent le planning des consultations.

Vers 7h30, je me déplace vers les bureaux de l'OP-Management (OPM), où l'on détermine la programmation et la planification opératoire. Je fais un premier tri de mes courriels et commence à préparer le programme du lendemain – celui du jour est bouclé depuis la veille. S'il y a un imprévu au bloc, on m'appelle. Les raisons sont variées: un patient qui n'est pas là ou qui n'est pas arrivé à l'heure; du matériel non disponible... Cela peut avoir un impact sur le planning. Je fais souvent l'interface directement. La gestion des lits (GDL), qui est un secrétariat de programmation opératoire, s'occupe de la part administrative. Mais pour expliquer un problème, c'est souvent plus simple de le faire soi-même. Du coup, je suis au téléphone une bonne partie de la journée: je passe entre 75 et 100 appels par jour.

J'ai aussi des tâches organisationnelles à plus long terme, telles que l'attribution des vacances aux différents services, et la mise à jour des statistiques des blocs opératoires. Mes journées sont denses, mais aussi passionnantes car elles sont très variées. Normalement je rentre à la maison vers 18h30. Mais je reste disponible au besoin.

Vous arrivez à décrocher?

Pas vraiment. J'ai toujours mon ordinateur et mon téléphone avec moi. Il est toujours possible de me joindre. Mais trois semaines par année, je déconnecte totalement. C'est une soupape indispensable.

La chirurgie ne vous manque pas?

Non, parce que je pratique toujours! Mais avec les sollicitations que je reçois toute la journée, je n'ai pas la possibilité

de voir des patients en consultation. Un à deux jours par semaine, je fais de la chirurgie viscérale et de la chirurgie endocrinienne en binôme avec le Dr Jean-Claude Renggli. Je laisse mon téléphone à un tiers qui fait le filtre. En cas d'urgence, je peux répondre. Pour moi, la chirurgie est une oasis: à la différence d'une journée normale où je suis sollicité constamment, je peux enfin me concentrer sur une seule chose pendant plusieurs heures.

« Il est toujours possible de me joindre. Mais trois semaines par année, je déconnecte totalement. C'est une soupape indispensable. »

Comment vous êtes-vous retrouvé à gérer la planification du bloc opératoire?

Quand mon prédécesseur, le Dr Christian Meuli, est parti à la retraite, on m'a proposé le poste. J'ai commencé le 1er mai 2016. En 2017, j'ai été rejoint par le Dr Christopher Sulzer, médecin-chef de service en anesthésiologie. Nous formons un duo complémentaire. Sa tâche consiste principalement à réaliser ce que j'ai imaginé en matière de planning opératoire. Il faut comprendre qu'au bloc, les opérateurs, les anesthésistes et le personnel spécialisé n'ont pas toujours les mêmes points de vue. C'est un peu comme sur un chantier: c'est toujours les autres corps de métier qui sont responsables si quelque chose ne fonctionne pas!

Avez-vous suivi une formation spécifique?

J'ai suivi trois demi-journées de formation avec Christian Meuli, juste avant son départ! Madame Corinne Scheidegger, qui était déjà data manager et qui a travaillé longtemps avec lui, m'a été très précieuse lors de la transition. Mais les premiers temps ont été rudes, je dois bien l'avouer. J'ai dû faire ma place.

Est-il indispensable d'avoir une formation de chirurgien pour occuper cette fonction?

Mon remplaçant, Luis Ferreira da Silva, n'est pas médecin. C'est donc tout à fait possible. Mais pour être responsable de la planification, je pense que c'est un plus d'être chirurgien. On entend souvent des employés dire «je n'ai pas pu lui dire non, il est quand même docteur». Pour beaucoup, ce n'est pas perçu comme une fonction, mais comme un mérite. Avec mon parcours, je suis considéré comme un des leurs. Dans certains hôpitaux, des économistes ou des logisticiens gèrent le bloc. C'est difficile pour eux d'avoir la reconnaissance et de gagner la confiance des opérateurs. À mon avis, c'est un préalable très important pour effectuer ce travail.

On dit que le bloc opératoire est un lieu sous haute tension, avec des chirurgiens qui souhaitent tous avoir un maximum de plages opératoires. Vous êtes formé à la gestion de conflits?

Je suis marié et j'ai un adolescent à la maison alors j'ai l'habitude... (rire). Plus sérieusement, je ne suis pas formé spécifiquement pour cela. Mais je suis quelqu'un qui ne cherche pas le conflit. Je suis toujours à la recherche

- 1973 Naissance à Langenthal (BE)
- 2002 Diplômé de médecine de l'Université de Berne suivie d'une spécialisation en chirurgie générale
- 2002 Médecin assistant en chirurgie à l'hôpital de Belp (BE)
- 2004 Médecin assistant puis chef de clinique adjoint en chirurgie à l'hôpital de Bienne
- 2008 Chef de clinique au RHNe
- 2011 Chef de clinique à l'hôpital de Bienne
- 2013 Chef de clinique à l'hôpital de Wolhusen (LUKS)
- 2014 Médecin hospitalier en chirurgie générale au RHNe
- 2016 Responsable de la programmation des blocs du RHNe
- 2023 Médecin-chef adjoint au RHNe

d'une solution. Si un opérateur a un problème, il sait que je vais faire le maximum pour le résoudre. Bien sûr, ce n'est pas toujours possible de satisfaire tout le monde. J'ai coutume de dire que mon objectif est d'équilibrer les mécontentements.

Comment avez-vous vécu la période de pandémie de Covid-19, avec le report de nombreuses opérations non urgentes?

Cela a été une période très compliquée. On a vécu une succession de situations complètement inédites. D'abord, on a vu à la télévision ce qui se passait à Bergame, en Italie du Nord, avec des hôpitaux submergés. Puis le Conseil fédéral a défini par voie d'ordonnance quels types d'interventions les hôpitaux étaient autorisés à pratiquer. D'un jour à l'autre, on a diminué au maximum le nombre de cas électifs et fermé des salles: en temps normal, on dispose de six salles à Pourtalès et de trois à La Chaux-de-Fonds. Nous avons gardé à Pourtalès deux salles pour les cas électifs, plus une salle pour les urgences.

En moyenne, on opère 550 cas électifs par mois. En avril 2020, on est descendu à 228 cas. Il a fallu réorganiser le dispositif à plusieurs reprises. Tous les patients étaient testés les jours avant l'intervention. La concentration sur un seul site et la diminution des cas électifs n'ont pas allégés mon travail, bien au contraire. Ma journée débutait à 5h du matin par le contrôle des tests Covid des patients du jour – tous les patients opérés étaient testés. Elle finissait à 23h par le contrôle des tests des patients du lendemain. Les week-ends, j'étais en contact avec mes collègues pour connaître l'occupation des lits et définir si le programme électif du lundi pourrait avoir lieu.

Qu'avez-vous appris de cette période de crise?

Qu'une crise est toujours porteuse d'opportunités! Beaucoup de choses sont possibles même quand on te dit que ce n'est pas le cas – souvent simplement pour son confort personnel. Nous avons été contraints de travailler

avec un dispositif en lits réduit. On mettait des patients sur des «matelas tièdes», c'est-à-dire qu'ils étaient parfois trois à se succéder sur la même place en une journée, mais toujours dans un nouveau lit. Cela nous a donné une souplesse qu'on n'avait pas avant la pandémie.

Après la pandémie, nous avons encore eu des reports d'intervention en raison de la présence de nombreux patients en attente de placement (lits C). Le manque de ressources en lits nous a contraint de trier les patients pris en charge au bloc opératoire, en fonction des priorités médicales. C'est la partie que je déteste dans mon travail. Heureusement, ce n'est pas fréquent. Car ce n'est pas très agréable de téléphoner à un patient pour lui dire que son opération est décalée. En général, cela se passe bien: seuls 10% des patients sont désagréables au téléphone, les autres sont très compréhensifs.

Vous gérez la programmation des blocs sur deux sites distant de 25 kilomètres. C'est une complication supplémentaire?

Oui, bien sûr. Les opérateurs opèrent et consultent sur les deux sites. Pour leur proposer des plages opératoires, il faut que je sache ce qu'ils font et où ils le font. On évite d'opérer sur les deux sites le même jour pour que les chirurgiens puissent suivre leurs patients au mieux et ne perdent pas de temps sur la route. Cela diminue le pool des opérateurs disponibles. Au lieu de pouvoir gérer les volumes entre neuf salles, j'en ai six d'un côté et trois de l'autre, ce qui est extrêmement contraignant. Le travail multisite dans des filières médicales cantonales diminue la souplesse de l'organisation. ■



Dr Alexandre Yersin, pionnier vaudois et citoyen d'honneur au Vietnam

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 parcours du Vaudois Alexandre Yersin que nous retraçons. Pionnier de la médecine et grand voyageur, il fut le découvreur du bacille de la peste

20 juin 1894: alors qu'il est à Hong Kong, où la peste fait des ravages, le microbiologiste vaudois Alexandre Yersin, 30 ans, isole, après trois semaines passées à disséquer des bubons et des cadavres, le responsable de la maladie: «Un bacille très petit, court, à bouts arrondis», détaille-t-il dans sa correspondance. Il lui donnera son nom: Yersinia pestis. «Il fait partie des pionniers de la médecine, ces gens qui ont découvert différents pathogènes, parfois au péril de leur vie», souligne le Dr Olivier Clerc, médecin-chef du service d'inféctiologie du RHNe.

L'identification de l'agent causant les pestes bubonique et pulmonaire vaut à Alexandre Yersin d'être décoré de la Légion d'honneur française et pose les bases de la lutte contre cette maladie bactérienne virulente, qui a fait des millions de morts à travers les siècles et le monde. Si elle semble liée au passé, elle n'est pas éradiquée: «En 2017 encore, une épidémie de peste avait frappé Madagascar.»

Suite à sa découverte, Alexandre Yersin s'emploie à mettre au point un sérum antipestique, qui guérira certains malades, et tente d'élaborer un vaccin. «On est alors plus de 30 ans avant la découverte de la pénicilline, et donc des antibiotiques, qui permettront de traiter efficacement la peste, explique le Dr Olivier Clerc. Mais le fait de savoir qu'il s'agissait d'une bactérie a aussi permis de sauver des vies en instaurant des concepts d'hygiène: se laver les mains, isoler les patients et porter une protection pour les soigner.»

Un médecin sans honoraires

Né à Aubonne le 22 septembre 1863, trois semaines après le décès, à 38 ans, de son père professeur de sciences naturelles, Alexandre Yersin grandit à Morges, dans le pensionnat de jeunes filles dont sa mère prend alors la direction pour nourrir ses trois enfants. La nature appelle vite le jeune Alexandre hors de ces murs. Curieux de tout, il marche sur les traces de son père en se passionnant pour les insectes et la botanique, mais aussi pour la navigation, la cartographie, l'ethnologie ou l'astronomie. Après un baccalauréat ès Lettres,

il entreprend des études de médecine, d'abord à Lausanne, puis à Marburg, en Allemagne, et à Paris, où il soutient sa thèse «Étude sur le développement du tubercule expérimental», le 26 mai 1888. Spécialisé en maladies infectieuses, il travaille alors à l'Institut Pasteur, aux côtés du Dr Émile Roux. Ils cosigneront une avancée majeure en découvrant la toxine diphtérique.

Mais le jeune diplômé veut voir le monde. Sa soif de connaissances et son amour de la mer et des voyages le font s'embarquer en tant que médecin militaire des Messageries Maritimes, en 1890, après avoir obtenu la nationalité française. Cap sur la Chine et l'Indochine d'alors. Il y joue les aventuriers, se lançant dans de longues explorations en terres inconnues, armé d'un fusil suisse pour sa protection. Il n'en fera jamais usage, précise-t-il dans les nombreuses lettres envoyées à ses proches. Il pratique parfois la médecine, mais refuse d'être payé: «Demander de l'argent pour soigner un malade, c'est un peu lui dire: la bourse ou la vie», écrit-il encore.

Après sa découverte du bacille de la peste en 1894, le jeune expatrié s'installe à Nha Trang (Vietnam), subjugué par la beauté de sa baie. Il y fonde l'Institut Pasteur de la ville. Il est aussi éleveur de bovins, pour la fabrication de son sérum antipestique, et, pour financer les soins offerts à la population, cultivateur d'arbres à caoutchouc. Ses premiers clients seront les frères Michelin. Le Dr Alexandre Yersin introduit l'arbre à quinquina dans le pays, «ce qui permettra à l'Indochine de faire face à ses besoins en quinine pendant la Seconde Guerre mondiale», rapporte l'Institut Pasteur sur son site.

C'est dans sa ville de cœur, Nha Trang, que le docteur décède d'une myocardite, le 28 février 1943, à l'âge de 80 ans. À côté de sa tombe, un monument fleuri en permanence, rappelle qu'il reste vénéré au Vietnam. En 2014, il est nommé Citoyen d'honneur vietnamien à titre posthume. Un Musée Yersin se visite à Nha Trang, tandis que de nombreux collègues à travers le pays portent son nom. À Paris, l'Institut Pasteur a un bâtiment Alexandre Yersin. Plus discrète en Suisse, sa renommée se dévoile notamment à travers une rue à Morges, un auditoire au CHUV ou l'Association des admirateurs du Dr Alexandre Yersin. ■



La douleur chronique: un langage maladroît du corps

Nombreuses sont les personnes touchées par des douleurs persistant pendant des mois, voire des années. On le sait désormais, les facteurs psychologiques et psychiatriques jouent un rôle primordial dans l'émergence et la pérennisation de la douleur

Invisible mais tenace, la douleur chronique touche beaucoup de personnes. Environ 20% des moins de 35 ans et plus de 50% des plus de 75 ans sont concernés. Médicalement, elle se définit comme la présence de douleurs quotidiennes depuis plus de trois mois. La douleur chronique est souvent difficile à appréhender tant par le patient que par le médecin. On sait désormais que les facteurs psychologiques et psychiatriques jouent un rôle primordial dans l'émergence et la pérennisation des

Les facteurs psychologiques et psychiatriques jouent un rôle primordial dans l'émergence et la pérennisation des symptômes douloureux.

symptômes douloureux. Ainsi, la douleur chronique impacte la santé mentale en augmentant le risque de troubles du sommeil, d'anxiété, de dépression et d'idées suicidaires. Mais aussi, plusieurs études longitudinales – ayant

suivi des patientes et patients sur le long terme – ont montré que l'existence d'une vulnérabilité psychique favorisait l'émergence ultérieure d'une douleur chronique.

Une dimension émotionnelle forte

Ce type de douleurs a une composante émotionnelle forte. On parle de douleur psychosomatique ou de somatisation lorsque la cause de celle-ci n'est pas élucidée. En langage médical, on appelle cela une «douleur nociplastique». Elle est l'expression d'une souffrance psychique ou psychosociale dans un langage de plaintes corporelles, qui mène la personne à consulter son médecin. Cette dimension émotionnelle de la douleur est généralement perceptible par le soignant, mais souvent méconnue par le patient, qui reste focalisé sur ses plaintes somatiques.

Derrière les sensations de douleur, il y a en réalité un contrôle cérébral qui rend possible une exagération de la sensibilité douloureuse. Cette susceptibilité à la douleur qui se joue au niveau de notre cerveau est elle-même liée à des

facteurs psychologiques, si bien que l'apparition des douleurs peut avoir lieu sans qu'aucune lésion anatomique ne permette de les expliquer.

Les sensations douloureuses peuvent prendre plusieurs formes: céphalées, maux de ventre, de dos, etc., et toucher différents tissus comme les muscles et les tendons, par exemple. Elles sont source d'une importante consommation de soins (consultations médicales, médicaments), voire de chirurgies inutiles et dévastatrices, d'où l'importance de les identifier.

Une «parole rentrée»

Si la douleur chronique est fréquente chez les individus ayant été précocement confrontés à des situations d'adversité, les mécanismes sous-jacents sont encore mal compris. Plusieurs auteurs suggèrent qu'elle fonctionnerait comme un régulateur psychique. Autrement dit, les difficultés à reconnaître, comprendre et exprimer des émotions négatives telles que la peur ou la colère expliqueraient cette expression corporelle non analysée par

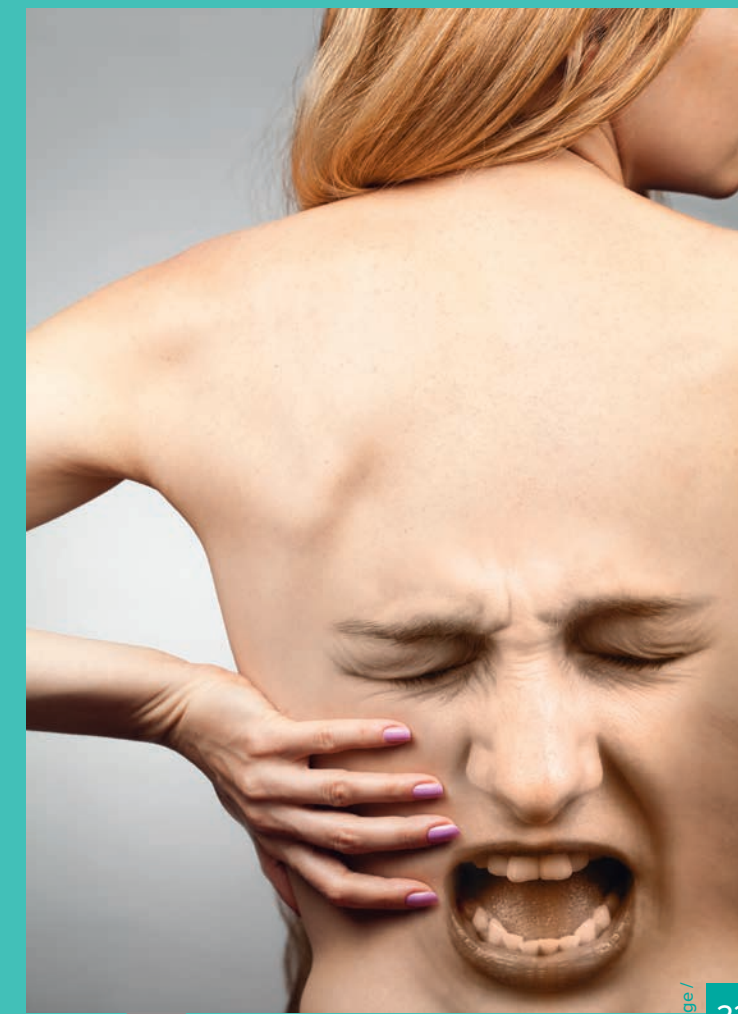
le patient dans sa véritable signification. La douleur peut ainsi se substituer au langage comme moyen de supprimer les émotions intolérables et de détourner l'attention de la détresse émotionnelle. Tout symptôme douloureux inexplicable – malgré les investigations – doit dès lors être traité comme une «parole rentrée», c'est-à-dire des émotions non exprimées. Inscrire le symptôme dans la biographie du patient en permet une compréhension plus vaste et aura un effet thérapeutique.

Une approche globale

Lorsque la douleur s'éternise et que rien ne permet de la soulager, il est nécessaire d'aborder la situation autrement. Car la douleur chronique est un phénomène pluridimensionnel. Il s'agit, pour le médecin, de regarder au-delà de la douleur physique du patient et de s'intéresser à son histoire de vie pour avoir une connaissance approfondie de son environnement psychologique. C'est ce qu'on appelle une prise en charge biopsychosociale. Les thérapies non médicamenteuses, l'approche psychologique et la communication empathique s'avèrent ainsi souvent plus utiles qu'une énième ordonnance d'antalgiques. Une démarche de soins intégrative, qui refuse de séparer la compréhension somatique et psychologique de l'individu, est la seule utile pour le patient. Qu'il s'agisse de douleurs nociplastiques, de douleurs ayant une cause organique ou d'une douleur mixte, le patient doit être considéré dans sa globalité physique, psychologique et sociale au moyen d'une prise en charge pluridisciplinaire. ■

Paru dans Planète Santé magazine
N° 52 - Mars 2024

* Adapté de Rouch I, et al. La douleur chronique, un langage malhabile du corps. Rev Med Suisse 2023;9(842):1690-1692



Pourquoi j'ai mal?

Il est de mieux en mieux établi que les facteurs développementaux, tels qu'une personnalité névrotique ou l'exposition à des traumatismes psychiques durant l'enfance, jouent un rôle central dans la genèse des douleurs chroniques. Dans la cohorte lausannoise PsyCoLaus, suivant 6000 adultes, l'association entre troubles dépressifs, troubles anxieux, traits de personnalité, événements traumatiques de l'enfance et survenue (et/ou persistance) d'une douleur chronique a été étudiée de manière prospective. Un haut niveau de névrosisme et d'extraversion s'est avéré être le meilleur prédicteur de douleur chronique. Des antécédents de dépression et un faible niveau d'extraversion en prédisaient la persistance.

Parmi les événements traumatiques de l'enfance, la séparation parentale, qui constitue un événement fréquent et relativement «banal», multipliait par quatre le risque de développer une douleur de type nociplastique, davantage que les événements traumatiques physiques ou sexuels habituellement décrits comme ayant le plus d'impact. Par ailleurs, la surprotection de la fille par son père constitue un facteur de risque de survenue de douleur à l'âge adulte, aucune donnée significative n'apparaissant chez le garçon.



Diagnostic: infertilité inexpiquée

Les Irlandaises Adriana et Cathy et la Suisse Mercedes ont vécu un long parcours d'infertilité avant de se tourner vers une mère porteuse. Leur expérience reflète celle d'un nombre croissant de femmes qui font des enfants plus tard

Adriana s'est mariée jeune. À 25 ans, elle venait d'émigrer en Irlande depuis sa Roumanie natale, tout comme son mari, Andrei, et avait une idée très claire de son avenir. «Nous allons faire des enfants rapidement et vivre heureux dans ce pays où tout semblait possible», se remémore la comptable de 40 ans qui derrière son sourire timide et ses fines lunettes cerclées de métal cache un regard rieur.

Mais rien ne se passe comme prévu. Quatre fois elle tombe enceinte et quatre fois elle perd le bébé avant la fin du premier trimestre.

«La première fois a été la pire, car je pensais naïvement que cela marcherait du premier coup, raconte-t-elle. J'étais en route pour l'échographie qui devait confirmer le battement du cœur mais quand je suis arrivée à l'arrêt de bus, du sang s'est mis à couler le long de ma jambe. J'ai tout de suite su que je faisais une fausse couche.»

Une décennie d'espoirs déçus

Elle se jette alors à corps perdu dans les fécondations in vitro (FIV), multipliant les procédures en Irlande, au Royaume-Uni et en République tchèque. «J'ai subi 14 transferts d'embryons».

Mais rien à faire, elle ne tombe pas enceinte. Le diagnostic est vague: infertilité inexpiquée. En 2016, après une décennie de traitements et d'espoirs déçus, elle se tourne vers l'adoption. «Cela n'a pas été une décision facile à prendre, dit-elle. J'ai dû faire le deuil de porter mon propre enfant. Six ans plus tard, j'ai encore cette douleur en moi.»

Le couple veut adopter en Roumanie, son pays d'origine. Pour cela, il lui faut un certificat des autorités irlandaises. «Des inspecteurs ont passé deux ans à nous

faire la leçon sur la culture roumaine, à examiner nos finances et à vérifier que nous étions aptes à devenir parents, avant de décréter qu'ils ne pourraient pas émettre le certificat», lâche Adriana, amère. Dublin les oblige en effet à passer par une agence qui exige d'être rémunérée 5000 euros mais Bucarest interdit les intermédiaires payés.

Parcours d'infertilité

Désespérée, Adriana se lance dans une recherche en ligne et dénicher une avocate irlandaise spécialisée dans la gestation pour autrui, la fameuse GPA. Il lui faudra plusieurs mois avant de se résoudre à la contacter, début 2018. «Il s'agit d'une solution de dernier recours. Je savais que ce serait long et difficile.»

Isabelle Streuli, spécialiste de l'infertilité aux Hôpitaux universitaires de Genève, voit régulièrement arriver des patientes dans le même cas qu'Adriana. «Elles ont en général un long parcours d'infertilité derrière elles, avec des transferts répétés d'embryons qui n'ont pas réussi à s'implanter. Et il est parfois très difficile d'établir la cause de ces échecs.»

D'autres sont nées sans utérus, un syndrome appelé Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) ou ont subi une hystérectomie suite à une hémorragie ou à un cancer de l'endomètre, du col de l'utérus ou des ovaires. «La couche basale de l'endomètre peut en outre être endommagée, empêchant la nidation de l'embryon, explique l'experte. Cela arrive lorsque des cicatrices se forment suite à une tuberculose ou à un curetage après un avortement ou une fausse couche.» Cette affection, appelée syndrome d'Asherman, peut aussi être causée par un stérilet.

GPA, dernier recours

Autre cas de figure, l'utérus est rempli de fibromes, soit des tumeurs musculaires bénignes, ou sa paroi a été infiltrée par les glandes de la muqueuse, une maladie appelée adénomyose. Ici aussi, l'implantation de l'embryon est peu probable. Lorsqu'une de ces patientes pousse sa porte, la médecin n'a guère de solutions à leur offrir. «Il ne leur reste que la gestation pour autrui ou la greffe de l'utérus, une procédure expérimentale.» Lourde sur le plan chirurgical, cette opération réalisée pour la première fois en 2014 en Suède n'a été effectuée que sur une soixantaine de femmes, donnant naissance à 20 enfants.

Cathy a souffert toute sa vie d'adulte d'endométriase, une maladie douloureuse provoquée par des excroissances de l'endomètre en dehors de l'utérus. Quelle n'a donc pas été sa surprise de découvrir en décembre 2013 qu'elle était enceinte, quelques mois à peine après avoir épousé son mari Keith. «C'était comme un rêve éveillé», raconte l'Irlandaise.

Mais à sept mois de grossesse, l'éleveuse de moutons, qui vit sur une ferme à Wicklow, au sud de Dublin, se réveille en pleine nuit dans d'atroces douleurs. À l'hôpital, on lui fait une échographie et on lui assure que tout va bien. Mais après quelques heures, son état se détériore. Les médecins opèrent et découvrent qu'elle a subi une rupture spontanée de l'utérus, un accident extrêmement rare. «J'avais un trou de 20 centimètres dans l'utérus, raconte-t-elle. J'ai perdu cinq litres de sang.» La petite fille qu'elle porte ne survit pas.

Par miracle, les médecins parviennent à sauver son utérus et elle décide de se tourner vers la FIV. Mais 15 cycles plus tard, elle n'est toujours pas tombée enceinte. Sa dernière conversation avec son obstétricienne, une spécialiste de l'infertilité d'origine ukrainienne, a lieu fin 2018.

– Vos embryons sont de bonne qualité mais nous les implantons dans un utérus qui ressemble à une zone de guerre. Ils n'ont aucune chance de prendre.



Mercedes, argovienne de 53 ans originaire du Portugal, avec son fils Cristiano, né en Ukraine juste avant le début de la guerre. Photo: Julie Zaugg

- Mais je veux être mère, je l'ai toujours voulu. Je ne peux pas abandonner.
- Alors vous n'avez plus qu'une option: la gestation pour autrui. Je connais une clinique qui pourra vous aider.

Le tabou de la FIV ratée

L'échec de la FIV reste un sujet tabou. Les traitements reproductifs continuent d'être perçus comme une solution miracle qui permettent de surmonter l'infertilité à tous les coups. Pourtant, en Suisse seules 15% à 19% des FIV ont débouché sur une naissance entre 2010 et 2020, selon les chiffres de l'Office fédéral de la santé.

Pour les autres, il reste la gestation pour autrui (GPA), une pratique qui n'est autorisée que dans une poignée de pays mais qui a gagné en visibilité ces dernières années lorsque de stars comme Kim Kardashian, Paris Hilton ou Priyanka Chopra y ont eu recours.

Mercedes en sait quelque chose. «C'est ma fille qui m'a convaincue de passer par une mère porteuse, livre l'Argovienne d'origine portugaise de 53 ans. Elle m'a dit: pourquoi tu ne ferais pas comme Cristiano Ronaldo?»

Le drame espagnol

Déjà mère de deux enfants adultes issus d'un premier mariage, cette thérapeute voulait un enfant avec son nouveau partenaire, Roland. «Nous avons décidé de passer par la FIV, car j'avais plus de

45 ans», raconte-t-elle. Mais elle subit deux fausses couches, dont l'une à sept mois durant laquelle elle perd beaucoup de sang. Ses enfants la supplient de ne pas retenter de FIV. Elle envisage l'adoption, mais est trop âgée aux yeux des autorités. Elle se met alors en quête d'une mère porteuse.

En se lançant toujours plus tard dans la maternité afin de faire carrière, de nombreuses femmes se découvrent infertiles au moment de passer à l'acte. Le phénomène est particulièrement marqué au sud de l'Europe. En Espagne, les jeunes passent en moyenne huit ans au sortir des études avant de décrocher un premier poste fixe. Près de la moitié des 25 à 34 ans vivent chez leurs parents, faute de pouvoir se payer un logement. Pas étonnant qu'ils reportent leur projet d'enfant.

La pratique est en essor sur le plan mondial. Plus de 6000 enfants naissent chaque année par ce biais, contre quelques centaines à peine il y a vingt ans. L'industrie vaut aujourd'hui 14 milliards de dollars, selon l'agence Global Market Insights, qui estime qu'elle va croître de 24,5% par an d'ici 2032, pour atteindre 129 milliards de dollars.

Stricte interdiction en Suisse

En Suisse, 48 enfants sont nés d'une mère porteuse en 2019, selon une enquête de Veronika Siegl auprès des autorités cantonales. La majorité des parents (62%) étaient hétérosexuels, 21% étaient

homosexuels et 17% avaient choisi de faire un enfant seuls. La chercheuse précise toutefois: «Il ne s'agit sans doute que de la pointe de l'iceberg, de nombreux parents ne disent pas aux autorités qu'ils ont eu recours à une mère porteuse.»

La pratique reste en effet strictement interdite en Suisse. «Elle est prohibée par la constitution et par la Loi fédérale sur la procréation médicalement assistée», indique Karin Hochl, une avocate zurichoise qui conseille des couples suisses souhaitant se tourner vers la GPA. Elle a pris en charge 280 cas depuis 2011.

En raison de ce cadre restrictif, Isabelle Streuli, la spécialiste de l'infertilité aux HUG, mentionne parfois la GPA à ses patientes, en précisant que cette procédure est interdite en Suisse et qu'elle ne peut pas les accompagner dans le processus. Cela les oblige à mener leurs propres recherches. Fin 2020, Mercedes a rejoint plusieurs groupes sur Facebook et WhatsApp dans lesquels des parents prospectifs s'échangeaient des conseils. Elle a fini par choisir l'agence ukrainienne Vittoria Vita, car elle «trouvait le nom joli»

Chaque année, de nombreux médecins quittent la profession. Un tiers a moins de 35 ans et une majorité sont des femmes. Si elle n'est pas la seule, la difficulté à concilier **VIE PRIVÉE ET CARRIÈRE** est souvent en cause. Cheffe de clinique et mère de jumeaux, Dre Anna Lara Lavallée témoigne des améliorations nécessaires pour concilier maternité et carrière

« Le système doit être disposé à changer »



Treize ans: c'est l'âge auquel elle a découvert sa vocation de chirurgienne. C'est aussi l'âge auquel on a commencé à la décourager de suivre cette voie, en raison de son genre: «On me répétait qu'avec un métier si prenant, je ne pourrai jamais avoir des enfants», déplore la Dre Anna Lara Lavallée. En 2016, elle a pourtant la joie d'être enceinte, de jumeaux. «Une grossesse voulue, sourit-elle. Je suis Allemande, mais à l'époque, je vivais et travaillais au Canada, le pays de mon mari, médecin interniste. Nous devons partir pour la Suisse, où je venais de décrocher un internat. Nous avons donc repoussé le départ.»

Accueillir ses enfants au Canada, où le congé parental est d'une année, a été une chance, estime aujourd'hui la Dre Lavallée, 35 ans et cheffe de clinique en chirurgie. Elle avait pu passer six mois avec ses nouveau-nés, avant que la famille ne s'installe en Suisse. «Mon mari, qui voulait dès le départ consacrer du temps aux enfants, a ensuite pris les six mois de congé restant afin que je puisse commencer mon internat. Cela m'a beaucoup aidée d'être à l'hôpital 13 heures par jour en sachant que nos enfants étaient bien pris en charge avec leur père. Si nous n'avions pas eu cette opportunité, j'aurais peut-être décidé de ne pas retourner au travail si rapidement. J'ai vu cela chez de nombreuses collègues en Suisse qui ont ainsi interrompu leur formation.»

En sept ans de travail dans des hôpitaux romands et allemands, la spécialiste a également connu des médecins bien établis ayant mis un terme à leur carrière après avoir fondé une famille, car la situation n'était plus gérable. Les difficultés commençaient d'ailleurs dès l'annonce de la grossesse: «Un homme qui va être parent, on le félicite. Quand c'est une femme, surtout en chirurgie, on voit beaucoup plus les problèmes: jusqu'à quelle semaine de grossesse pourra-t-elle assurer les gardes et supporter les heures passées debout à opérer? Combien de temps sera-t-elle absente? Quels seront ses besoins de flexibilité après l'arrivée de l'enfant?»

60% de femmes chez les jeunes médecins

En Suisse, le monde médical s'est fortement féminisé ces dix dernières années. Près de 45% des médecins en exercice sont des femmes. Un taux qui grimpe même, selon l'Office fédéral de la statistique (OFS), à 60,7% chez les moins de 45 ans, bien qu'elles restent très peu représentées dans les postes de cadres supérieurs. Alors que la pénurie de médecins s'accroît et que, selon une étude de l'Observatoire suisse de la santé (incluant également les départs en retraite), 30% des praticiens, dont une majorité de femmes, quittent la profession chaque année, la Dre Anna Lara Lavallée a souhaité témoigner des améliorations à apporter afin de mieux soutenir les mères médecins. «Le système suisse ne favorise de toute façon pas les familles: le congé maternité et le congé pour le deuxième parent sont bien trop courts. Les places en crèches sont aussi trop rares, trop chères et les horaires d'accueil sont difficilement compatibles avec ceux de parents employés en milieu hospitalier.»



« Un homme qui va être parent, on le félicite. Quand c'est une femme, surtout en chirurgie, on voit juste les problèmes »

En Suisse, le contrat d'un médecin fixe en effet le temps de travail à 50 heures hebdomadaires, contre 42 en moyenne pour le reste de la population. «Je ne comprends pas cette différence. Il y a d'ailleurs des discussions à ce sujet. Par exemple, l'Asmac (association professionnelle indépendante défendant les intérêts des médecins en Suisse, en particulier des médecins-assistant-e-s et chef-fe-s de clinique, ndlr) a proposé une semaine de 42 heures plus 4 heures de formation continue. Cela améliorerait considérablement notre équilibre. Vouloir un meilleur équilibre n'est pas une demande disproportionnée.» Et de citer en exemple un hôpital universitaire suisse où elle avait été employée: «La direction a trouvé des solutions pour que les mères et les pères puissent travailler à temps partiel ou prendre plus de temps pour s'occuper de leurs enfants, s'ils le souhaitent. Cela fonctionnait et prouve que c'est possible. Mais le système doit être disposé à changer.»

Dans les autres établissements de soins suisses où elle a travaillé, la Dre Anna Lara Lavallée n'avait pas la possibilité de bénéficier d'une telle flexibilité ou de diminuer son taux d'activité. Pour assurer une présence auprès des jumeaux, le couple avait donc engagé une fille au pair et le papa avait réduit son temps de travail à 80%. Selon l'OFS, en 2022, seuls 2,8% des couples avec l'enfant le plus jeune âgé de 4 à 12 ans, correspondaient à ce schéma: la mère à temps plein, le deuxième parent à temps partiel. «Malheureusement, les rôles sont encore trop figés en Suisse, où la femme s'occupe principalement des enfants. Je le remarque à l'école de mes enfants, où on s'étonne que je ne puisse pas, en tant que

mère, être présente à 17 heures pour une activité. Au Canada ou dans les pays scandinaves, un père à la maison, c'est entré dans les mœurs. Je trouve cela très positif: si les hommes s'absentaient autant que les femmes pour s'occuper de leurs enfants, il y aurait moins de discriminations vis-à-vis des femmes.» Elle poursuit: «Avoir une famille et travailler en tant que chirurgienne nécessite une bonne organisation. Mes journées de travail sont longues et je ne peux pas prévoir l'heure à laquelle je serai à la maison. De plus, il y a des gardes sur plusieurs jours consécutifs. Il est également difficile de se faire remplacer si, par exemple, un de vos enfants est malade. Dans ces cas-là, c'est mon mari qui prend le relais, car ses horaires sont plus réguliers. Sans lui, je n'y serais pas arrivée.»

À tout cela s'ajoutent d'autres discriminations: harcèlement ou sexisme, encore tenaces dans l'univers médical, également outre-Atlantique. «On a le droit à des remarques sur le fait que nous sommes plus sensibles ou moins fortes. Au bloc opératoire par exemple, où il faut placer des patients sur la table, les bouger, etc., on l'entend assez souvent. Je déteste ça. Mais certaines femmes, y contribuent, en disant d'elles-mêmes qu'elles ne sont «que des femmes et qu'il faut chercher un homme fort». Heureusement, les choses évoluent, comme en témoigne par exemple la création de l'association Women in Surgery Switzerland en septembre 2023. Elle vise à mettre en réseau et à valoriser le statut des femmes qui pratiquent la chirurgie au niveau national et international.»

Anna Lara Lavallée a obtenu une place de fellowship en chirurgie au Canada. Elle repart donc y vivre avec sa famille cet été. Malgré les obstacles, la médecin n'a jamais, depuis ses 13 ans, envisagé un instant de tourner le dos à sa vocation. Pourtant, elle n'exclut pas de poser le scalpel un jour: «Ma famille sera toujours ma priorité. Si son bien-être était mis en danger par mon travail, j'arrêtera. Mais ce serait très difficile, parce qu'être chirurgienne est une part essentielle de qui je suis.» ■

Jeudis du RHNe

Cycle de conférences publiques



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

2024 > 22 août

Activité physique et grossesse, une bonne idée?

26 septembre

Les clés pour bien vieillir

24 octobre

La mammographie, entre mythes et réalité

21 novembre

Infirmière, un métier en mutation

19 décembre

Tabac et puffs, ce qu'il faut savoir

2025 > 23 janvier

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

