



**Vieillir en
bonne santé :
comment
organiser les soins ?**

Un stent qui se dissout de lui-même

En cas d'infarctus du myocarde, les stents sont des prothèses indispensables pour la vie des patients: en très peu de temps, ils ouvrent le vaisseau sanguin bouché et rétablissent la circulation sanguine alimentant le cœur. Une nouvelle génération de prothèses endovasculaires a maintenant été développée. Celles-ci se dissolvent d'elles-mêmes une fois le travail accompli.

Des graisses (cholestérol) et du calcaire se déposent sur les parois vasculaires et provoquent des occlusions qui peuvent conduire à l'infarctus du myocarde. Depuis plus de 25 ans, les cardiologues utilisent des stents en métal pour rouvrir les vaisseaux devenus trop étroits. Depuis peu, des prothèses endovasculaires biorésorbables s'imposent comme une alternative en Suisse.

L'intervention pour implanter ces nouvelles prothèses endovasculaires est rapide et douce, si bien que les patients peuvent quitter l'hôpital dès le lendemain. Afin que le vaisseau ne se referme pas après l'intervention, la prothèse endovasculaire libère un médicament. En se dissolvant au fil du temps, elle permet au vaisseau sanguin de retrouver son comportement naturel et d'adapter la circulation sanguine à la charge corporelle. À long terme, le risque de formation de caillots sanguins et de proliférations tissulaires en réaction au corps étranger disparaît. Les prothèses endovasculaires autorésorbables sont composées de poly-



lactide, un matériau éprouvé utilisé depuis longtemps dans d'autres applications médicales. Dans le monde, quelque

8 000 patients ont jusqu'à présent reçu une prothèse endovasculaire de nouvelle génération.



*Prof. Stéphane Cook
Cardiologue
Hôpital universitaire de Fribourg*

Vous avez été le premier médecin à implanter la prothèse endovasculaire biorésorbable sur un patient en Suisse. Combien d'interventions similaires avez-vous réalisées depuis ?

Au total, j'ai implanté la nouvelle prothèse endovasculaire chez plus de 100 patients. Dans notre hôpital universitaire de Fribourg, cette nouvelle technologie est déjà utilisée dans un quart des cas.

Pour quels patients les nouveaux stents sont-ils tout particulièrement recommandés ?

Pour pratiquement tous les patients. Au départ, ils ont été utilisés principalement chez des sujets jeunes. Entretemps, il a cependant été démontré que même les autres patients peuvent bénéficier des stents de nouvelle génération.

Quels sont pour vous les avantages pour les patients ?

Étant donné que la prothèse endovasculaire se dissout d'elle-même après un certain temps, le vaisseau sanguin peut retrouver sa forme normale et sa mobilité. La dissolution complète de la prothèse minimise également le risque de thrombose sur le site d'intervention. Cette technique facilite en outre le travail des chirurgiens lors d'éventuels contrôles ultérieurs ou en cas de nouvelle intervention, dans la mesure où aucune pièce métallique ne gêne la vue ou le traitement. C'est ce qui fait de ces nouveaux stents des prothèses révolutionnaires.

Vieillesse : le devoir d'humanité



C est une froide réalité: la population suisse devient de plus en plus âgée. Les chiffres parlent d'eux-mêmes. De 10% en 2010, la proportion des personnes de plus de 65 ans passera à 20% en 2020. Plus troublant encore: l'effectif des plus de 80 ans a toutes les chances d'augmenter de 120% d'ici à 2040!

Pourquoi ces chiffres donnent-ils le vertige? D'un point de vue strictement économique, parce qu'il va falloir diablement s'organiser pour que les coûts liés à cette population en constante augmentation restent supportables pour la société. Or la chose n'est pas simple. Car à la différence d'autres groupes de population qui « consomment » de la santé sans forcément en avoir besoin, les personnes âgées sont, elles, vraiment malades. En majorité, elles souffrent de « polymorbidité », autrement dit sont atteintes simultanément par plusieurs maladies chroniques. Traiter ces patients s'avère non seulement complexe au plan médical, mais aussi très coûteux.

Comment faire, dès lors, pour prendre en charge ces personnes âgées? Une tendance se dessine clairement: il faut réussir à les maintenir à

domicile le plus longtemps possible (*lire notre dossier en page 6*). Et cela, sans trop compter sur la population active. Car nos modes de vie et nos comportements le montrent: nous souhaitons de moins en moins côtoyer ce qui est assimilé à une déficience insupportable. Au XXI^e siècle, la vieillesse, comme toute autre imperfection physique, doit être bannie de la sphère du visible. Pas question de répéter le schéma des générations passées: s'occuper des aînés est devenu le rôle d'institutions spécialisées. Chaque jour, ce sont donc des milliers de professionnels de la santé qui assistent les personnes âgées dans leurs tâches quotidiennes. Avec pour unique récompense, des relations humaines incroyablement fortes. Trop souvent oubliés, ceux qui assurent les soins à domicile sont de véritables héros du quotidien, qui nous rappellent une leçon toute simple: s'occuper des aînés n'est pas qu'une banale affaire de sous. C'est en fait un véritable devoir d'humanité.

MICHAEL BALAVOINE



Impressum

Rédacteur en chef

Michael Balavoine
Rédactrice en chef adjointe
Elodie Lavigne
Rédacteurs
Gaëlle Bryand
Benoît Perrier
Eric Schaerlig
Ellen Weigand

Conseillers scientifiques

Dr Bertrand Kiefer
Dr Pierre-Alain Plan

Graphisme, illustration
et infographie
giganto.ch

Photographie

Romain Graf
DR

Edition

Joanna Szymanski

Éditeur

Editions Médecine & Hygiène
Chemin de la Mousse 46
1225 Chêne-Bourg
Email: planetesante@medhyg.ch
Tél: +41 22 702 93 11
Fax: +41 22 702 93 55

Fiche technique

ISSN: 1662-8608
Tirage: 30 000 exemplaires
3 fois par an

Publicité

Médecine & Hygiène Publicité
Maya Aubert
Chemin de la Mousse 46
1225 Chêne-Bourg
Email: maya.aubert@medhyg.ch
Tél: +41 22 702 93 17
Fax: +41 22 702 93 55

Abonnements

Version électronique: gratuite
Abonnement papier: CHF 12/an
Tél: +41 22 702 93 29
Fax: +41 22 702 93 55
Email: abonnements@medhyg.ch
Site: www.planetesante.ch

Collaborations

Planète Santé est soutenu par
- la Société vaudoise
de médecine
- la Société médicale du Valais
- l'Association des médecins
du canton de Genève
- la Société neuchâteloise
de médecine
- la Société médicale
du canton du Jura

Comité de rédaction

Dr Pierre-Yves Bilat
Dr Henri-Kim de Heller
Dr Marc-Henri Gauchat
Dr Bertrand Kiefer
Dr Michel Matter
Dr Remo Osterwalder
M Pierre-André Repond
Pr Bernard Rossier
M Paul-Olivier Vallotton



PREMIERS SECOURS ENFANTS

FREDERIC LADOR ET ROCH OGIER

Comment agir en cas d'urgence et ne pas paniquer? Ce manuel s'adresse aux parents et à toutes les personnes qui s'entourent d'enfants (babysitters, enseignants, etc.).

OCTOBRE 2010 • 68 PAGES • CHF 16.-



TOBY ET LUCY: DEUX ENFANTS HYPERACTIFS (2^e ÉDITION)

CHARLES-ANTOINE HAENGGELI

Les enfants hyperactifs ont énormément de capacités. Mais la vie au quotidien est difficile. Ce livre décrit les moyens d'évaluation de l'hyperactivité, les mesures à mettre en place à la maison comme à l'école, et les traitements médicamenteux.

SEPTEMBRE 2012 • 96 PAGES • CHF 24.-



J'AI ENVIE DE COMPRENDRE... LA DÉPRESSION

SUZY SOUMAILLE - GUIDO BONDOLFI,
GILLES BERTSCHY

Connaître sa maladie est le premier pas pour sortir du tunnel dépressif. Avec ses dix chapitres pratiques et faciles d'accès, ce livre accompagne le patient et informe ses proches.

JANVIER 2013 • 112 PAGES • CHF 16.-

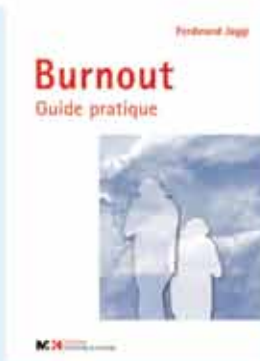


ANNE ET SES COPAINS QUATRE ENFANTS ÉPILEPTIQUES

CHARLES-ANTOINE HAENGGELI, CHRISTIAN KORFF

Écrit spécialement pour les enfants atteints d'épilepsie et leurs familles. Quelles sont les différentes formes d'épilepsie? Quels sont les traitements? Quelles sont les règles à respecter?

SEPTEMBRE 2012 • 88 PAGES • CHF 24.-



BURNOUT, GUIDE PRATIQUE

FERDINAND JAGGI

Troubles du sommeil? Fatigue? Le syndrome d'épuisement professionnel peut prendre de nombreux visages et n'est pas toujours facile à détecter... Cet ouvrage très complet définit le burnout et met l'accent sur le traitement, les thérapies et la prévention de la maladie.

JUIN 2008 • 46 PAGES • CHF 19.-



LE LIVRE BLANC

CANCER DU SEIN, CANCER DE LA PROSTATE - VIE INTIME ET SEXUELLE

Les bouleversements créés par la maladie sont aussi d'ordre intime, un sujet peu abordé avec les équipes soignantes. Honteux? Accessoire? Des témoignages d'hommes et de femmes atteints, de leurs conjoints et soignants.

NOVEMBRE 2012 • 247 PAGES • CHF 34.-



LA DÉPRESSION MASCULINE COMPRENDRE ET FAIRE FACE

THÉODORE HOVAGUIMIAN,
EN COLL. AVEC PHILIPPE BARRAUD

La dépression masculine reste largement sous-diagnostiquée, tant sont tenaces les clichés liés à la virilité. Or l'homme déprimé diffère de bien des aspects de la femme déprimée.

JANVIER 2013 • 112 PAGES • CHF 16.-



QUAND L'ALIMENTATION POSE PROBLÈME

SOPHIE VUST

Nous entretenons tous un rapport complexe avec l'alimentation, notre poids, notre apparence. Mais cette préoccupation peut devenir problématique. Un livre de témoignages pour expliquer et mieux comprendre.

MARS 2012 • 166 PAGES • CHF 26.-

SOMMAIRE

Politique

- 6 Vieillir en bonne santé, sans quitter son domicile
- 12 Pierre-Yves Dietrich : « L'intensité des relations humaines m'a poussé vers l'oncologie »
- 16 Tribune : Trouver un médecin de campagne, la croix et la bannière

En images

- 18 Guerre aux germes à l'hôpital
- 22 Le simulateur d'urgences pédiatriques
- 26 Comment notre organisme produit le sang

Santé

- 28 Arsenic : danger !
- 30 Etre bronzé ne protège pas contre le cancer de la peau
- 32 Faire l'amour souvent rend heureux et préserve la santé
- 34 Jogging : à consommer avec modération
- 36 L'infarctus du myocarde
- 40 Test : mieux choisir sa consommation d'alcool
- 44 Je vais passer une échographie de grossesse

Juridique

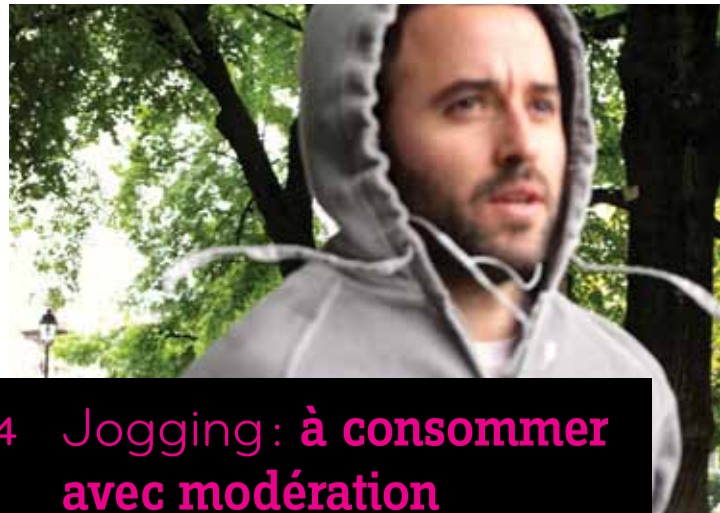
- 46 Dossier électronique du patient : un projet d'avenir pour médecins et patients

People

- 48 Henri Dès : « Je suis un Monsieur Hibou »



6 **Vieillir en bonne santé, sans quitter son domicile**



34 **Jogging : à consommer avec modération**



48 **Henri Dès : « Je suis un Monsieur Hibou »**

Vieillir en bonne santé, sans quitter son domicile

Aînés Le canton de Vaud a développé un ambitieux concept pour permettre à ses personnes âgées de vivre le plus longtemps possible à domicile, sans dépendance, et en bonne santé. Des actions de prévention ciblant les seniors, un renforcement de la coordination et de la première ligne de soins, ainsi que des changements profonds dans les pratiques hospitalières caractérisent la politique vaudoise.

TEXTE PHILIPPE BARRAUD

D'abord il y a un constat: nous devenons de plus en plus âgés, et souvent dans des conditions plutôt bonnes. Dans le canton de Vaud, plus d'un tiers (37,1%) des personnes âgées de 90 ans et plus vivent de manière autonome, sans même avoir besoin de soins à domicile. Il reste que le vieillissement de la population pose une question majeure à la collectivité: comment organiser la prise en charge des aînés, aussi bien lorsqu'ils restent à domicile, que lorsqu'ils doivent être hospitalisés, ou quand l'EMS devient la seule solution?

Le vieillissement de la population est inéluctable: la proportion des plus de 65 ans passera de 10% en 2010 à plus de 20% en 2030. Quant à l'effectif des plus de 80 ans, il aura augmenté de 120% en 2040!

Anticiper les effets de ce phénomène démographique est donc indispensable, et en ce sens le canton de Vaud a fait œuvre de pionnier avec la mise en place de sa politique «Vieillissement et santé», commencée en 2010 sous l'impulsion du

Conseiller d'État Pierre-Yves Maillard. Un comité d'experts, présidé par le Pr Christophe Büla, chef du Service de gériatrie du CHUV, a élaboré un rapport très fouillé*, qui définit cinq axes d'actions et non moins de 109 mesures à développer ou mettre en place dans les cinq prochaines années. Beaucoup existent déjà et un tiers d'entre elles auront des implications financières.

Favoriser le maintien à domicile

Au départ, il y a un choix philosophique, celui de tout mettre en œuvre pour favoriser le maintien à domicile de la personne âgée. Cette politique a fait qu'aujourd'hui le canton de Vaud a un des taux les plus bas de résidence en EMS. Pourquoi? D'une part, parce que l'écrasante majorité des personnes âgées tient à rester dans son domicile; d'autre part, c'est une manière efficace de réduire les coûts. La conséquence de cette politique de maintien à domicile est que les séjours en EMS sont passés d'une durée de huit à dix ans, à une durée d'un peu moins de



“La proportion des plus de 65 ans passera de 10 % en 2010 à plus de 20 % en 2030”

trois ans seulement. Avec toutefois une conséquence fâcheuse : les EMS ne sont plus ces « lieux de vie » qu'on avait rêvé, mais tendent à devenir seulement des lieux de fin de vie.

La politique « Vieillesse et santé » s'articule autour de cinq axes.

1. Pour l'hôpital, un changement de paradigme

L'un des secteurs les plus concernés par le vieillissement est l'hôpital, car les soins aux personnes âgées vont devenir son activité principale. Aujourd'hui déjà, dans les services de médecine du CHUV et des hôpitaux régionaux, 70 % des patients soignés ont plus de 65 ans, et 40 % ont plus de 80 ans ! Les acteurs sont appelés à un véritable changement de paradigme, puisque l'hôpital doit passer d'une médecine axée sur la prise en

charge de maladies aiguës, sur une période courte, à des soins de longue durée pour des pathologies chroniques dégénératives.

Avec en plus une approche à repenser : on sait que l'hospitalisation a un effet néfaste sur l'indépendance fonctionnelle et l'autonomie des personnes âgées. On estime que, dans cette tranche de la population, 50 % du déclin fonctionnel est dû à un passage en hôpital ! Autrement dit, une hospitalisation peut entraîner un accroissement de la dépendance et la fin de la vie autonome à domicile.

La raison en est attribuée à des processus de soins et à un environnement inadaptés. En conséquence, l'hôpital doit repenser à la fois son organisation spatiale (locaux, bâtiments...) et ses pratiques professionnelles, pour réserver aux patients âgés des pratiques spécifiques, fondées en particulier sur des décisions cliniques mieux pesées. Il s'agit en particulier, et notamment au niveau des urgences, de bien évaluer l'état fonctionnel du patient, ses éventuels troubles

SOINS À DOMICILE

L'irruption du secteur privé

Depuis quelques mois, des sociétés privées se sont lancées sur le marché des soins à domicile dans le canton de Vaud. En Suisse alémanique et au Tessin, où il n'existe pas d'organisations publiques massives comme les CMS vaudois, les sociétés privées occupent 30 à 50 % du marché dans certaines villes. Il s'agit souvent, à l'origine en tout cas, d'entreprises de location de personnel.

Contrairement aux CMS, elles ne reçoivent pas de subventions. Pour compenser, et comme les tarifs sont fixés au niveau fédéral, elles tendent à facturer davantage d'heures, jusqu'à deux fois plus. Pour Jean-Jacques Monachon, patron des CMS vaudois, le privé peut être compétitif au début, mais si les tâches et les soins se complexifient, les coûts vont augmenter. Il voit une évolution dans laquelle le privé s'octroiera les soins faciles, les soins complexes revenant au secteur public. Non sans une concurrence en matière de recrutement, même si le privé tend à ne pas vouloir se soumettre aux conventions collectives.

« Nous verrons dans douze à dix-huit mois si l'implantation a réussi », commente Jean-Jacques Monachon.

Formation continue pour les médecins de famille

L'Association des médecins de famille du canton de Vaud a décidé de mettre sur pied une formation continue spécifique tournée vers la personne âgée, à l'intention des médecins installés.

Ces sessions sont organisées conjointement avec plusieurs services du CHUV (psychiatrie de l'âge avancé, gériatrie et réadaptation, Centre Leenaards de la mémoire), et développent des thèmes tels que « Docteur, ma mère perd la tête... » ou « Docteur, mon père tombe... »

Pour les médecins de famille, le rôle primordial qu'ils jouent dans la prise en charge de la personne âgée rend nécessaire un complément de formation dans ce domaine.

cognitifs, ses performances de mobilité, et d'organiser la prise en charge en conséquence.

Pour Eliane Deschamps, directrice du programme « Vieillesse et santé », cette évolution de l'hôpital passe par la diffusion des compétences gériatriques et de pratiques interdisciplinaires dans les services à haute densité de personnes âgées, et par une sensibilisation des médecins généralistes (voir encadré).

2. Vieillir en santé

La Suisse est un des pays qui consacre le moins de dépenses à la prévention – trois fois moins que le Canada – et les généralistes n'ont pas le temps de faire ce qu'il faudrait. Pour les auteurs du rapport, il est pourtant souhaitable d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées, et de réduire le temps passé en dépendance. Les mesures proposées, et les expériences pilotes en cours, visent à développer une prévention spécifique à cette période de la vie, notamment dans le sens de l'activité physique et la mobilité. Ce sont par exemple les campagnes « Ça marche ! » et « Pas de retraite pour ma santé ». On vise aussi à limiter l'usage immodéré de certains médicaments, et c'est à quoi s'emploie la campagne « Somnifères ? Pas forcément nécessaires ! »

Une pyramide hétérogène

La population âgée n'est pas un groupe homogène, bien au contraire. Elle forme une pyramide à trois étages dont la base, 50 à 60 % de la population âgée, est constituée par une tranche réputée robuste de personnes en bonne santé, présentant en moyenne une seule maladie chronique. Sans surprise, on y trouve les jeunes retraités, entre 65 et 75 ans.

Le deuxième étage (20 à 40 %) est constitué de personnes vulnérables, souffrant de plus de deux maladies chroniques,

et à haut risque de dépendance, car leurs réserves physiologiques ne leur permettent plus de faire face aux événements stressants, tels que les maladies aiguës ou les premières difficultés fonctionnelles.

Enfin, le sommet de la pyramide rassemble les personnes âgées dépendantes, qui représentent 15 à 20 % de la population âgée, et qui ont des besoins complexes. Ce sont principalement des femmes âgées de 85 ans et plus, dont la plupart vivent à domicile et bénéficient de l'appui du CMS.

3. Vieillir chez soi

Nous l'avons dit, la politique du canton de Vaud en matière de soins à domicile lui permet d'avoir un taux d'hébergement en EMS parmi les plus bas de Suisse : environ 5000 personnes âgées, pour 30 000 aidées à domicile. Pilier du système, les Centres médicaux sociaux (CMS) emploient 4400 personnes à temps partiel, principalement des auxiliaires de santé avec la formation Croix-Rouge, et 600 infirmières. Le financement est assuré paritairement par le canton et les communes, dont 85 % est consacré aux charges salariales.

Pour Jean-Jacques Monachon, directeur général de l'AVASAD (Association vaudoise d'aide et de soins à domicile), il s'agit de fluidifier le parcours de la personne qui va passer de son domicile aux services hospitaliers, puis au centre de réadaptation, puis à l'EMS, et éventuellement revenir à son domicile.

Les soins à domicile affichent des chiffres impressionnants, comme les 10 millions de kilomètres parcourus chaque année (!), des chiffres qui sont en hausse constante. Les 52 centres du canton fournissent, chaque jour, plus de 8000 prestations auprès de 4780 clients d'un âge moyen de 75 ans. Il s'agit par exemple de 3000 heures de soins, 800 heures d'aide au ménage, et 2100 repas.

La politique vaudoise vise également à soutenir les proches aidants, essentiels pour le maintien à domicile, mais qui subissent souvent une pression considérable.

4. Valoriser les compétences

Il s'agit de former un nombre suffisant de professionnels de soins à la personne âgée, et d'offrir aux soignants en activité des formations continues adéquates. Un autre objectif important est de valoriser les professions de soins aux aînés, qui ne bénéficient pas d'une image très attractive, alors même que la pénurie de soignants menace.

5. Evaluer et piloter la politique

Un grand nombre d'intervenants sont concernés par la prise en charge des patients âgés. Il est donc fondamental de disposer d'outils d'évaluation et de coordination compatibles et efficaces, mais aussi de statistiques précises, ce qui n'est pas toujours le cas : par exemple, le canton ne dispose pas d'une enquête officielle sur la santé de ses habitants ; les chiffres disponibles sont ceux de la Confédération, qui sont peu actuels et insuffisants pour conduire une politique ambitieuse comme « Vieillesse et santé ». +

*www.vd.ch/vieillessement

HISTOIRES DE PATIENTS

Mario Gloor: « J'ai eu plus de chance que d'autres »

TEMOIGNAGE. Après une année d'hospitalisation, Mario Gloor est rentré chez lui dans le quartier de la Servette à Genève. Victime d'un cancer du larynx, il a été confronté à un choix cornélien: manger ou parler. L'ancien imprimeur a fait le choix de la communication. Pour cela, les médecins lui ont implanté une trachée artificielle. S'il est pratiquement remis de ses malheurs (il a aussi été victime d'un cancer de la prostate), Mario ne pourrait vivre chez lui sans les infirmières de l'Institution genevoise de maintien à domicile (imad). Un soulagement après une année d'hospitalisation. Conscient d'être un privilégié parmi ses anciens camarades de chambre, il témoigne. Reportage dans les coulisses qui ont permis cette véritable démonstration d'humanité et de solidarité.



Thierry Toulze est responsable d'équipe à l'antenne d'aide à domicile du quartier des Grottes à Genève.



Les centres de proximité de l'imad

A Genève, l'imad compte 2000 professionnels répartis en 24 antennes de maintien à domicile qui se chargent de quelque 16 000 personnes de tout âge et de tout horizon. Coordonner les soins au sein de chaque centre de proximité est une tâche essentielle. Pour la région du haut de la Servette, c'est Thierry Toulze, le responsable d'équipe, qui gère l'organisation d'une quarantaine de personnes entièrement dédiées aux soins à domicile.

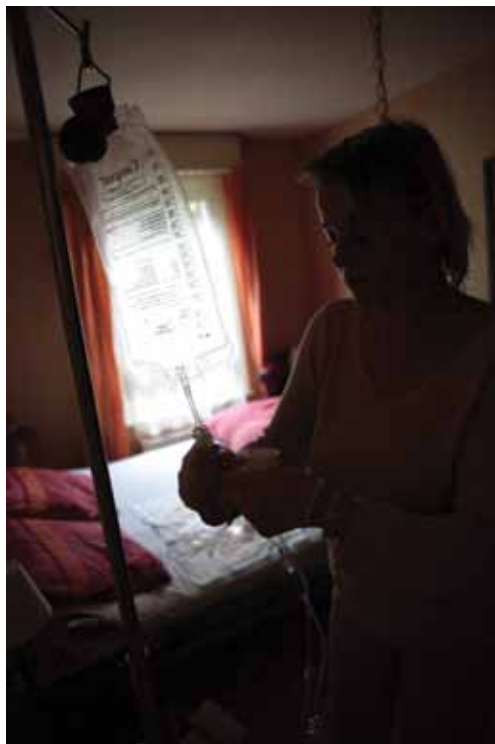
L'infirmière de référence

Murielle Dufour est l'infirmière de référence de Mario Gloor. Elle le voit deux fois par jour, le matin et le soir. Elle a un « portefeuille » d'une vingtaine de patients et en voit en moyenne huit par jour. Sa relation avec Mario est toutefois particulière: il a insisté pour qu'elle le suive à son retour à domicile. « Ce n'est pas toujours aussi facile, avoue l'infirmière. Les situations des gens qu'on aide sont souvent dramatiques. »



Nettoyer la trachée

La trachée artificielle de Mario peut facilement s'infecter. L'infirmière doit la nettoyer matin et soir. De loin, l'opération a l'air douloureuse. « Ce n'est rien par rapport à ce que j'ai connu les premiers temps, témoigne Mario. Au début, on a l'impression de s'étouffer. Mais avec le temps, on s'y fait. »



Des repas sans saveurs

Mario Gloor ne peut plus manger par la bouche depuis son opération de la trachée. C'est par injection qu'il reçoit les nutriments essentiels au fonctionnement de son organisme. « Le goût me manque. Tout comme le plaisir d'un bon restaurant », confie-t-il.

S'hydrater pendant la nuit

La nuit, Mario est sous perfusion, pour compléter l'apport de nourriture de la journée et éviter la déshydratation. « Je dors correctement quand-même », affirme-t-il. De toute façon, pour lui, l'essentiel est ailleurs. Il a pu rentrer chez lui. Et cela n'a pas de prix.

IFAS 2013 ROMANDIE

Plateforme commerciale romande du marché de la santé
Die Westschweizer Verkaufsplattform für den Gesundheitsmarkt

30 octobre – 1^{er} novembre 2013

Expo Beaulieu Lausanne



1006673



Pour une meilleure qualité de vie.

Les allergies et les intolérances alimentaires ne sont plus une raison de se priver! Free From et Schär proposent plus de 60 produits savoureux sans lactose, sans gluten et sans aucun autre allergène. En vente dans toutes les grandes Coop et en ligne sur www.coopathome.ch

Et pour être toujours au courant des nouveautés Free From, découvrez la newsletter sur www.coop.ch/freefrom



Pour savourer sans les effets secondaires.



Pour moi et pour toi.

KSP

Pierre-Yves Dietrich

« L'intensité des relations humaines m'a poussé vers l'oncologie »

Interview Soigner les tumeurs cérébrales au moyen de l'immunothérapie, c'est le défi de vingt ans de recherches menées en laboratoire par l'équipe du professeur Pierre-Yves Dietrich, chef du Service d'oncologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Couronné « Cancer researcher of the year » par la fondation américaine « The Gateway for Cancer Research », l'oncologue genevois atteste du niveau d'excellence de la Suisse en matière de recherche sur le cancer.

TEXTE MALKA GOUZER

Vous avez été élu « Cancer researcher of the year » aux Etats-Unis. Que vous apporte cette prestigieuse récompense ?

Il s'agit d'un prix de 30 000 dollars qui n'est pas un prix personnel, mais une récompense destinée à la recherche. La fondation Gateway nous offre également une somme d'un demi-million de dollars visant à soutenir les débuts d'une étude clinique dans laquelle nous allons effectuer les premiers tests de vaccins anti-tumoraux sur l'être humain. Ils débiteront dans quelques semaines et se répartiront sur une durée de 18 à 24 mois. Les tests porteront sur une vingtaine de patients souffrant de tumeur cérébrale (gliomes).





“En oncologie, la question n'est pas de savoir qui fait quoi, mais comment faire face ensemble”

fait plaisir. Il permet d'apporter un peu de visibilité à un projet de recherche de longue haleine. Vingt ans de travail en souterrain, il faut de la patience ! Puis il met aussi en lumière d'un côté un travail accompli dans l'ombre par une équipe de chercheurs, et de l'autre, une structure hospitalo-universitaire dans laquelle, il faut le rappeler, des choses remarquables se déroulent.

Avez-vous choisi d'être oncologue pour faire de la recherche ?

Non. Initialement, je voulais être pédiatre. Puis, comme c'est souvent le cas dans cette profession, mes choix se sont faits en fonction des hasards et des rencontres. Ce qui m'a plu dans l'oncologie, c'est la qualité et l'intensité des relations humaines. Elles sont en effet extrêmement vraies et intenses, avec un échange très fort. Je pense qu'en exerçant ce métier le mieux possible, on donne beaucoup, mais on reçoit aussi énormément. Et c'est probablement cette intensité-là qui m'a le plus plu et qui, après six ans de médecine générale, m'a fait « basculer » dans l'oncologie.

Qu'est-ce qui a changé dans votre métier depuis que vous avez commencé à l'exercer ?

Au début, les patients cancéreux ne vivaient souvent que quelques mois. Maintenant, ils vivent souvent plusieurs années, mais dans des conditions difficiles. Ils n'ont plus les mêmes capacités physiques ni la même résistance. Un des défis majeurs de notre société par rapport au cancer va être de maintenir ces personnes dans une situation familiale stable, dans un environnement sociétal correct et dans une activité professionnelle où ils ne sont pas dénigrés ou mis de côté.

En 1994, vous avez fondé le premier laboratoire d'immunologie des tumeurs aux HUG. Qu'est ce qui vous a amené à penser que l'immunologie deviendrait, vingt ans plus tard, un allié important dans la lutte contre le cancer ?

L'idée, pour simplifier les choses, c'est que notre système immunitaire est là pour nous défendre du monde extérieur, c'est-à-dire des agressions externes au corps. Mais depuis un peu plus d'un siècle, des chercheurs se demandent si notre système de défense ne pourrait pas aussi nous protéger contre des dangers internes et ainsi être utilisé pour soigner les cancers. Lorsque je suis arrivé aux HUG, j'ai créé un laboratoire dans lequel nous avons étudié les relations qui

existent entre les tumeurs et le système immunitaire. Nous avons appris comment notre système de défense peut effectivement reconnaître et détruire des cellules tumorales dans le cerveau. L'objectif est désormais d'exploiter cette propriété naturelle pour développer des nouveaux traitements : l'immunothérapie. Il s'agit toutefois d'une approche expérimentale. Il nous faudra encore probablement une dizaine d'années pour pouvoir évaluer ce que l'on pourra obtenir de ces nouveaux concepts thérapeutiques.

Ce prix international vient en fait couronner l'ensemble de ces recherches commencées il y a vingt ans ?

Oui. Et indéniablement, c'est un prix qui

On parle aussi beaucoup de traitements personnalisés. De quoi s'agit-il?

L'idée c'est de mettre au point des traitements spécifiques adaptés aux caractéristiques de chaque cellule tumorale. Le cancer du poumon de Madame X et celui de Madame Y, bien qu'ils portent le même nom, sont différents. Une analyse approfondie de chaque tumeur devrait permettre d'établir une sorte de code-barres, avec un traitement personnalisé. Nous pourrions donc choisir le ou les traitements en fonction de plusieurs centaines de millions d'informations émanant des cellules malades. Cela dit, la complexité du traitement est diabolique. Les progrès en imagerie, en

techniques chirurgicales et en radiothérapie, ainsi que le développement sans précédent des médicaments (on estime que l'on aura à disposition près de 500 molécules en 2020) rendent chaque choix thérapeutique difficile. Comment utiliser au mieux toutes les ressources à disposition et déterminer quelle est la meilleure séquence des différents traitements? Ce sont-là, indiscutablement, les défis actuels de la lutte contre le cancer.

En 2016, l'Institut suisse de recherche expérimentale contre le cancer (ISREC) inaugurera à Lausanne un nouveau centre pouvant accueillir 400 chercheurs et cliniciens. Ce sera

indéniablement le plus grand centre d'excellence dédié au cancer jamais construit en Suisse. Quel regard portez-vous sur un tel projet?

C'est simplement formidable. On ne peut qu'applaudir des deux mains. Le projet est ambitieux, mais il répond de manière intelligente à la problématique des cancers dans nos sociétés. Compte tenu de la vitesse à laquelle avancent les connaissances et les possibilités de traitement, c'est vraiment un bon moment pour investir dans un centre de recherche. Dans les prochaines décennies, ce sont ces centres de compétences qui nous permettront de faire de nouvelles découvertes. C'est aussi grâce à eux que l'on assurera à la Suisse l'accès à des médicaments de pointe dont le développement est compliqué. C'est en devenant acteur du développement de ces nouvelles thérapies qu'on pourra y avoir accès.

Dans ce contexte de centralisation des compétences, comment percevez-vous le statut de l'oncologue indépendant?

Un centre d'excellence ne peut pas tout faire. D'autant plus que le volume de patients est en explosion. D'abord parce que la population vieillit et que le facteur de risque principal du cancer c'est l'âge. Et ensuite parce que si l'on guérit encore relativement peu du cancer, les gens vivent de plus en plus longtemps avec. Si l'on cumule ces deux phénomènes, les cancers sont indiscutablement le problème de santé publique numéro un de nos sociétés. La question n'est donc pas de savoir qui fait quoi, mais comment faire face ensemble! +

"C'est grâce aux centres de compétences que la Suisse aura accès aux médicaments du futur"



Le cancer du côlon, un obscur envahisseur

Prévention S'il est l'un des plus répandus, ce cancer demeure pourtant méconnu. Comment éviter son développement ?

TEXTE MARIE BERTHOLET, LIGUE VAUDOISE CONTRE LE CANCER - www.lvc.ch



ligue vaudoise contre le cancer

En Suisse, le cancer du côlon occupe le troisième rang sur le podium des cancers les plus fréquents, juste après ceux de la prostate et du sein. Chaque jour dans notre pays, dix nouvelles personnes sont en effet touchées par cette maladie, qui demeure l'un des cancers les plus mortels.

L'immense majorité des cas de cancer du côlon - parfois aussi nommé « colorectal » ou « de l'intestin » - se développe à partir de polypes muqueux. Chez plus de la moitié des personnes, la maladie en est déjà à un stade avancé lorsqu'elle est diagnostiquée. Comment reconnaître les signaux annonciateurs d'un tel cancer, qui peut se révéler dévastateur si on les ignore ?

“L'examen de dépistage est conseillé à toute personne âgée de 50 ans et plus”

Un occupant masqué

Du sang dans les selles, une perte de poids inexplicable, de faux besoins d'aller à la selle, des maux de ventre persistants ou encore des troubles du transit intestinal: autant de signaux d'alarme à ne pas sous-estimer. Il peut s'écouler plus de dix ans avant que les premiers symptômes de cette maladie insidieuse soient perceptibles. Or, plus il

est détecté tôt, plus le cancer du côlon a des chances de guérison. Dès l'apparition de l'un de ces signaux, il vaut donc mieux consulter son médecin, qui proposera, si nécessaire, une analyse complémentaire.

Dès 50 ans: une attention particulière

L'examen de dépistage, d'ailleurs conseillé à toute personne âgée de 50 ans et plus, peut sauver des vies! Pour détecter la présence d'un tel cancer, deux méthodes principales existent à ce jour: la recherche de sang occulte dans les selles et la coloscopie. La première consiste à analyser trois échantillons de selles. Si la seconde semble a priori plus « contraignante », elle comporte certains avantages: la coloscopie permet de détecter avec une fiabilité très élevée des polypes ou des tumeurs - même de petite taille -, et de les ôter au passage. Après un bon nettoyage de l'intestin grâce à un laxatif pris la veille, un tube, muni d'une minicaméra, est introduit par l'anus en vue d'analyser l'intérieur du côlon. Durée de l'« exploration »? Environ vingt minutes. Un calmant est proposé au patient avant cet examen, perçu généralement comme peu agréable, mais indolore.

A vos armes!

Pour éviter l'apparition d'un cancer du côlon, privilégiez une alimentation



équilibrée et... bougez! Les aliments riches en fibres ont un effet protecteur par rapport à ce type de tumeur. Ainsi, consommer sans modération des fruits et légumes - au minimum cinq « poignées » par jour -, en variant les plaisirs, est un réflexe salutaire. La pratique régulière d'une activité physique constitue un autre moyen de s'armer contre la maladie: 30 minutes de mouvement par jour (par exemple 3x10 minutes ou 2x15 minutes de marche, de vélo...) sont d'ailleurs bénéfiques pour l'état de santé général! +

Pierre-Yves Bilat*

Trouver un médecin de campagne, la croix et la bannière



* Médecin généraliste et président de la Société neuchâteloise de médecine

« En m'installant devant mon nouveau docteur, j'ai poussé un ouf de soulagement et l'ai remercié de m'avoir acceptée! Ainsi se termine une sorte de safari dans le monde de la santé: alléluia, j'ai trouvé un généraliste, la perle rare, l'espèce en voie de disparition. Comme je suis jeune et en bonne santé, j'aurais peut-être pu me contenter des visites chez mon gynécologue, mais elles s'espacent car il n'a plus le temps pour les contrôles de routine, il est toujours débordé et stressé. De plus, j'ai adhéré à un modèle d'assurance que je n'ai pas trop bien compris, si ce n'est qu'il m'offre un substantiel rabais de prime mais que je dois d'abord m'adresser à un médecin de famille, dont la liste m'a été fournie; mais celle-ci comportait des médecins rayés des listes, des spécialistes et même le toubib de ma voisine, décédé il y a quelques années. Mon ancien docteur, qui me connaissait depuis toujours puisqu'il s'occupait même des enfants, qui m'avait plâtré la jambe quand j'étais tombée à ski et qui connaissait trois générations, est parti à la retraite. Je suis allée le trouver pour lui souhaiter bon vent, il m'a remis mon dossier, une enveloppe A3 avec mon nom dessus. Le nouveau verra que j'ai guigné (pas pu m'empêcher) car je n'ai pas pu bien recoller le rabat. Je n'ai pas compris grand-chose à ces rapports avec leurs termes savants: essentiel, cryptogénétique, fonctionnel, on ne m'a pas dit que j'avais tout ça, je croyais que j'allais bien, faudra que je clarifie avec le nouveau; je vais repartir à zéro, arrêter de fumer, de

manger trop et faire de la gymnastique pour maigrir.

Bon, je serais bien allée chez un nouveau docteur pour qu'il me suive longtemps. Celui-ci a l'air sympa, mais il n'est plus tout jeune, un peu bedonnant, déjà grisonnant et je crois qu'il m'a déjà jugée du haut de ses 25 années d'expérience, au travers de ses lunettes de myope.

Dans mon marathon téléphonique je me suis heurtée à des refus partout. Les plus récemment installés ne prennent plus de nouveaux patients. J'ai bien essayé le fringant cabinet médical de la ville d'à côté, visionnaire, aidé par les services publics, mais il se cantonne aux patients de son numéro postal. Le médecin de mon mari ne m'a pas acceptée car il ne pratique pas le "regroupement familial". Je ne veux pas aller chez celui de mon premier conjoint qui connaît trop toutes nos histoires. Il y a bien un cabinet à côté de chez moi qui annonce: "médecin praticien", mais on y pratique essentiellement les médecines parallèles et ce n'est pas mon truc. Me voici prise en charge, mais que vais-je faire de mes deux enfants qui ont besoin de vaccins? Même ma voisine, fraîchement arrivée du Portugal, n'a pas trouvé de place chez les pédiatres locaux qui n'acceptent que les nouveaunés. Elle devra rouler 25 kilomètres pour les faire soigner, alors qu'on habite dans une ville importante. Bon, en cas d'urgence, je les emmènerai à l'hôpital, mais il paraît que la Hotline pédiatrique c'est un sacré Bronx. Comment voulez-vous qu'on s'y retrouve: les médecins praticiens ne pratiquent pas, les médecins de

famille ne regroupent pas... les familles, donc on se demande pourquoi ils ont ce titre. Les généralistes ne veulent plus faire de petite chirurgie, et les pédiatres ne veulent pas voir mes enfants... espérons que ça ira avec mon nouveau médecin...»

Ainsi va le monde de la santé dans les régions périphériques où le manque de médecins se fait cruellement sentir et va s'aggraver dans les prochaines années, car nombre de thérapeutes ont la soixantaine et vont prochainement prendre leur retraite. Alors que certaines villes croulent sous les demandes d'installation de médecins étrangers, la plupart des régions vont manquer de bras. Le système actuel, très libéral, ne permet jusqu'à maintenant pas la gestion des installations. Les politiciens, aveuglés par l'augmentation des coûts de la santé, comprenant que l'offre crée la demande et s'imaginant que la démographie médicale en est la seule responsable, ont réagit il y a quelques années par la clause du besoin; ils ont bloqué les ouvertures de cabinets médicaux, toutes spécialités confondues. Cette décision fort discutable a, entre autres, maintenu les jeunes médecins dans les hôpitaux, et ainsi aggravé le manque actuel, spécialement chez les généralistes puisque les internes en ont profité pour se «sur-former».

Actuellement, la libre circulation des personnes permet aux médecins étrangers, de l'Union européenne ou ayant des diplômes reconnus par celle-ci, de s'installer; du coup on voit une masse de collègues fondre sur «L'Eldorado helvétique», essentiellement dans les régions réputées «attractives» de Genève, Bâle et du Tessin.

Afin d'éviter bien de déceptions pour ces confrères, une mauvaise couverture sanitaire et une augmentation des coûts de la santé forcément induite par

la pléthore dans les cantons concernés, les autorités locales, conscientes enfin du problème, tentent de mettre en place une régulation qui serait hautement souhaitable. Les autorités fédérales, elles, veulent réintroduire la clause du besoin pour les spécialistes, ce qui nous jettera de nouveau dans cette infernale spirale et ne résoudra pas le problème des manques en périphérie, essentiellement de généralistes.

En fait le glas de la libéralisation à tout crin a sonné et les autorités devraient prendre les choses en main. Je vois quelques pistes:

- augmenter les facilités d'accès aux études de médecine sans décourager les étudiants motivés. On a besoin de jeunes médecins (et du terroir, osons le dire!);
- promouvoir la médecine de premier recours (internistes généraux, pédiatres) pendant les études et après celles-ci par des incitatifs financiers et de meilleures possibilités d'installation dans les régions périphériques;
- gérer l'afflux de médecins étrangers dans les grandes villes en n'agréant pas à tour de bras; imposer par exemple un temps de travail préalable dans la région concernée et exiger la connaissance de la langue nationale parlée à cet endroit, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Offrir la possibilité d'une gestion cantonale des installations;
- obtenir des statistiques fiables sur les besoins et les ressources. Elles n'existent toujours pas et il faudra y inclure l'ambulatoire hospitalier qui prend, par la force des choses, toujours plus d'importance. C'est normal que les populations se rendent davantage dans les services d'urgence, séduites par leurs plateaux techniques importants et leur disponibilité;
- redéfinir les systèmes de garde et de médecine d'office en collaboration

avec les services hospitaliers, principalement en périphérie; ceci est essentiel pour le maintien de confrères dans ces régions, sinon ils seront vite épuisés, et le sont d'ailleurs déjà. Il faut insister sur les collaborations entre la médecine libérale et les hôpitaux;

- s'interroger sur les vraies raisons de l'augmentation, inéluctable, des coûts de la santé.

Actuellement la balle est dans le camp des politiciens. Des décisions doivent absolument être prises rapidement et l'introduction d'une nouvelle clause du besoin, même limitée aux spécialistes, est certainement une mauvaise idée.

Que dire des assureurs, qui devraient être des acteurs constructifs du système de santé? Désorganisés, éclatés dans une multitude de caisses et de modèles d'assurance, divisés au point que leur organisation faïtière n'est plus représentative dans la majorité des cantons, ils ne sont plus des interlocuteurs valables, et sont ressentis plus comme une force oppositionnelle que constructive.

Il y a toujours dans l'air l'idée d'une caisse unique ou d'une séparation de l'assurance de base et des complémentaires. Les négociations tarifaires sont difficiles et butent sur des calculs d'épiciers. On préférerait des réflexions plus approfondies. La «perte de l'obligation de contracter», un fantasme des assureurs (c'est-à-dire, la possibilité qui leur serait donnée de choisir les médecins avec qui ils veulent travailler), n'est certainement pas la bonne réponse aux problèmes de démographie médicale. Les patients sont d'ailleurs très attachés au libre choix de leur thérapeute.

Plaidons plutôt pour une régulation par les autorités, et acceptons-la si elle est à même de régler les graves soucis de couverture sanitaire qui vont être la principale préoccupation de ces toutes prochaines années! +

PUBLICITÉ

snortec

Appareil sur mesure
contre le ronflement et
les apnées modérées du sommeil

www.snortec.ch

30, rue des Grottes - 1201 Genève

Tél. +41 22 740 16 00 - Fax +41 22 740 16 01

Préparation avant d'entrer dans la chambre d'un malade en isolement.



Guerre aux germes à l'hôpital

Infection Quotidiennement, ils luttent pour que vous ne tombiez pas malade à l'hôpital. Des soignants aux nettoyeurs, tous sont concernés par la lutte contre les germes. Reportage au CHUV.

TEXTE BENOÎT PERRIER PHOTOS ROMAIN GRAF

Se désinfecter les mains, enfiler des gants, passer une blouse jetable, mettre un masque. Un rituel d'un peu moins d'une minute que Jean-François Bovier, infirmier en chirurgie septique au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), doit accomplir chaque fois qu'il rentre dans la chambre d'un patient en isolement. La pancarte rouge «Stop, n'entrez pas sans protection» fait figure de rappel appuyé, de même que la présence du «statif» devant la porte, le haut présentoir où est disponible tout le matériel requis pour s'équiper.

Pourquoi l'isolement? Parce que le patient est contagieux. A plus forte raison

s'il est porteur d'un germe multirésistant, c'est-à-dire insensible à de nombreux antibiotiques et donc très difficile à soigner. Le but de la manœuvre qu'opère l'infirmier est double: se prémunir lui-même d'une infection en n'entrant pas en contact avec les germes du malade, et protéger les autres patients de l'hôpital en s'assurant de ne pas les transporter plus loin. Les mêmes précautions seront prises par les visiteurs. Quant au patient, il ne sortira pas de sa chambre durant son hospitalisation, sauf pour les examens. Le cas échéant il le fera dans des vêtements propres, sur un lit ou un fauteuil roulant fraîchement désinfecté.

Les lits, justement, font tout un circuit dans l'hôpital. A chaque fois qu'un patient quitte l'hôpital, son lit descend au sous-sol du CHUV pour y être désinfecté et toute sa literie est changée. Une fois propre, il remonte dans les étages. Un incessant ballet, qu'entrecoupe parfois une réparation sur un élévateur qu'on croirait sorti tout droit d'un garage. Autre élément essentiel pour l'hygiène de l'hôpital, le nettoyage. Une science minutieuse, nous explique Maria Carmen Gil, la cheffe des gouvernantes, responsable de l'entretien de tous les locaux. Chaque nettoyeur a un chariot, et trois bidons sur celui-ci : bleu pour les surfaces et la poussière, jaune pour les lavabos, rouge pour les toilettes. Le savon désinfectant qu'ils contiennent est changé régulièrement; s'y ajoutent deux balais préimprégnés. Chaque chambre est nettoyée quotidiennement. Celles de malades en isolement font l'objet d'un soin particulier, tous les outils n'y seront employés qu'une fois ou seront désinfectés avant toute autre utilisation.



La cheffe des gouvernantes, Maria Carmen Gil, avec un des chariots qu'utilisent les nettoyeurs.

Après avoir été nettoyé, le lit est refait entièrement.



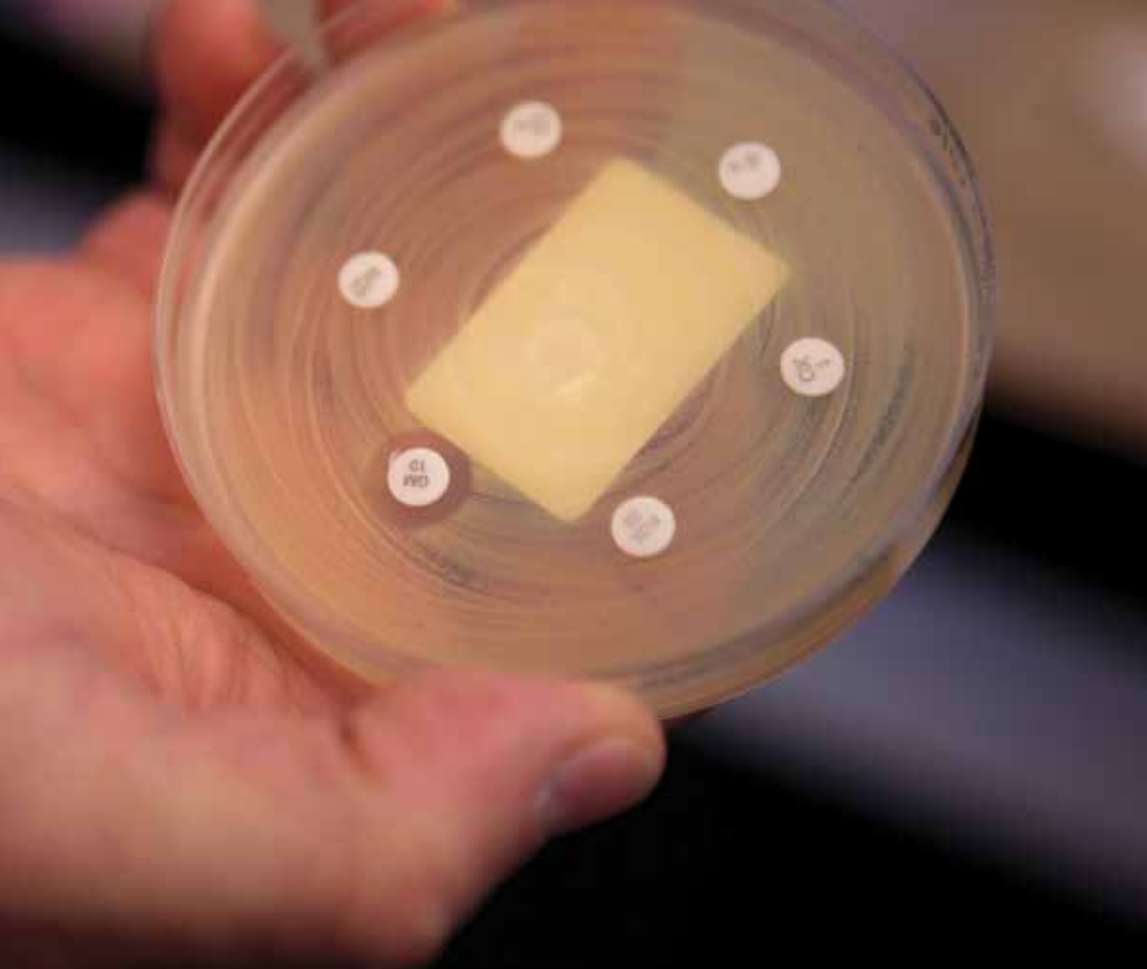
Un soufflement en fond sonore. Concentré, Claudio Di Iorio installe des tuyaux dans un appareil qui évoque un grand lave-linge. Bienvenue dans l'antré des endoscopes, ces instruments d'imagerie en forme de tuyau qui permettent d'observer l'intérieur du côlon, de l'estomac, des bronches ou encore du nez. Etant donné qu'il pénètre le corps des patients, l'hygiène de cet appareil est primordiale. L'aide de salle médicotechnique veille donc à leur désinfection : il vient de lancer un cycle de nettoyage.

Une fois propre, chaque appareil est suspendu dans une armoire ventilée où il sèche avant sa prochaine utilisation. Selon la planification des examens, on le sortira sur un chariot pour l'amener en salle. Pour éviter toute confusion, celui-ci sera recouvert d'un plastique vert indiquant qu'il est désinfecté. Dès qu'on l'aura utilisé, un plastique rouge viendra le remplacer.



Ici, une culture de bactéries en laboratoire pour déterminer leur résistance aux antibiotiques.

Les endoscopes dans leurs armoires, veillés par leur gardien.



Nous arrivons au laboratoire du Service de médecine préventive hospitalière, la tour de contrôle de la contamination. C'est ici que l'on pratique les analyses concernant les patients pour déterminer s'ils sont porteurs d'un germe multirésistant. « On estime que quatre infections sur cinq contractées à l'hôpital (dites nosocomiales) sont le fait des propres germes du patient », explique Dominique Blanc, responsable de ce secteur. En cause, la flore microbienne avec laquelle nous vivons habituellement en bonne intelligence mais qui, du fait de gestes médicaux, peut se révéler délétère. Il est ainsi possible de développer une pneumonie liée à la respiration artificielle par intubation ou une infection urinaire en lien avec la pose d'une sonde.

Des procédures précises restreignent le risque au maximum, explique le spécialiste. Une sonde urinaire sera ainsi enlevée aussi vite que possible ; des patients devant subir une opération chirurgicale se verront prescrire des antibiotiques à titre préventif.

Dans les 20 % d'infections où le germe ne provient pas du patient, le microbe peut venir de quatre sources : les autres patients, le personnel, les visiteurs ou l'environnement. Le transfert des germes

de patient à patient et la contamination par le personnel sont évités en grande majorité par la désinfection des mains des soignants. Les infections provenant de l'environnement sont rares, moins de 1% des cas. Le coupable peut par exemple être la légionelle, une bactérie qui se développe dans le réseau d'eau chaude et qui est dangereuse pour les personnes à l'immunité fragilisée.

La multirésistance aux antibiotiques fait l'objet d'une attention particulière. Le CHUV connaît ainsi les patients atteints qui sont déjà passés par l'institution et les entoure de mesures spécifiques quand ils y reviennent. Par ailleurs, certaines personnes sont systématiquement dépistées pour le staphylocoque doré résistant à la méthicilline (MRSA) lorsqu'elles arrivent au CHUV. Il peut s'agir par exemple de patients venus d'un EMS, d'un hôpital étranger ou ayant séjourné près d'un porteur.

S'assurer que l'hôpital ne rende pas malade, tout un système que coordonne et met en lien le Service de médecine préventive hospitalière. Un travail qui se niche dans les détails et demande une attention et un engagement quotidiens, de minutieux défenseurs. +



Dominique Blanc, responsable du laboratoire de médecine préventive hospitalière.

Le simulateur d'urgences pédiatriques



Depuis le poste de contrôle, les instructeurs surveillent le déroulement de la simulation.



Soins aigus Pour être prêts dans la plus grande urgence, la pédiatrie de Genève dispose depuis deux ans d'un simulateur. Régulièrement, son équipe répète des situations aiguës avec cet outil.

TEXTE BENOÎT PERRIER PHOTO ROMAIN GRAF

Le débriefing est essentiel dans le processus. Avec les instructeurs, les participants reviennent sur toute l'opération.



Situation simulée aujourd'hui: un enfant de douze mois heurté par une voiture.

Victime d'un accident de voiture, Samuel, douze mois, vient d'être transféré aux urgences pédiatriques des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Dans la salle de réanimation, cinq personnes s'affairent pour le maintenir en vie. Le choc reçu a causé une hémorragie au niveau de l'abdomen, un massage cardiaque est débuté. «Adrénaline!», «Je veux du volume!» Après quinze minutes sans relâche, il est sorti d'affaire.

Scène quotidienne dans un grand hôpital? Oui, sauf que Samuel est un mannequin. La réanimation à laquelle nous avons assisté était une simulation: un exercice permettant aux soignants de parfaire leur «ballet» dans des situations aiguës. Des cas qu'ils ne rencontrent pas tous les jours et qui nécessitent une réaction immédiate. «L'action doit être automatique, explique Sergio Manzano, médecin-adjoint au Service d'accueil et d'urgences pédiatriques des HUG. Dans ces moments là, on n'a pas le temps de chercher la meilleure réponse dans les livres.»

Une simulation, donc, mais l'investissement des cinq participants (une aide-soignante, deux infirmières, un infirmier et une médecin) était, lui, tout à fait réel, de même que le stress qu'ils ont éprouvé. A quelques détails près,

Samuel réagit comme un enfant: il respire, a un pouls, un rythme cardiaque. Des paramètres contrôlés par les deux instructeurs de la simulation et qui évoluent suivant le scénario et les gestes des soignants.

Après l'exercice, ces derniers visionnent avec les instructeurs un enregistrement de l'exercice au cours d'un débriefing exhaustif. Les participants décrivent les opérations qu'ils ont effectuées et les analysent. Chacun doit quitter la salle avec un point positif de son action et un point à améliorer à l'avenir. «Sans un tel débriefing, la simulation n'a pas de sens», insiste Kevin Haddad, infirmier coordinateur de l'exercice. C'est à ce moment que chaque participant peut prendre du recul et évaluer en parallèle son action et celle de l'équipe.

Pour quel gain? Un stress réduit quand l'équipe pratiquera les mêmes gestes «pour de vrai», détaille le Dr Manzano. Des gestes techniques rares (certaines préparations de médicaments, par exemple) qui seront effectués plus vite. Une prise de conscience aussi de l'importance d'une réévaluation régulière de l'état du patient et de la nécessité d'une communication précise qui permet de gagner en efficacité et en coordination (voir détail page suivante).+

LE MANNEQUIN

Il fait la taille d'un enfant d'environ huit mois et imite son fonctionnement vital, selon de très nombreux paramètres. Tout d'abord, il respire : on voit son ventre se soulever en rythme. Au besoin, cette respiration peut être perturbée. Son cœur bat et l'on peut prendre son pouls à plusieurs endroits. On peut effectuer sur lui un massage cardiaque et même le défibriller. Au besoin, sa fontanelle peut bomber (un signe clinique d'hémorragie intracrânienne chez le nourrisson). Des sondes peuvent être insérées dans sa bouche et son nez. Sa langue peut gonfler et, s'il manque d'oxygène, sa bouche bleuir. On dispose enfin de nombreuses voies veineuses dans lesquelles on peut injecter de vrais médicaments, des perfusions ou encore du faux sang.

LA CAMÉRA

Filmer l'opération a deux buts. Dans l'immédiat, cela permet aux instructeurs de la simulation de suivre précisément ce qui se passe auprès du mannequin (alors qu'ils sont un peu en retrait). Le film ainsi réalisé est ensuite projeté lors du débriefing et permet aux participants d'analyser leur action individuelle et collective.

LES CHARIOTS

Particularité du simulateur pédiatrique genevois, il est mobile et composé de deux chariots : un lit avec le mannequin, et un poste de contrôle. Dans d'autres hôpitaux, une salle est consacrée à la simulation. Faute de place, Genève a développé une version itinérante. Un mal pour un bien puisque les exercices sont réalisés dans les salles mêmes où se déroulerait la vraie situation. Plus de réalisme, en définitive.

LE MONITEUR

Sur le lit du mannequin se trouve un moniteur d'urgence, le même que l'on trouverait dans une situation semblable. Entre autres informations, on y trouve un électrocardiogramme, la saturation du sang en oxygène, la fréquence respiratoire et la tension. Toutes ces valeurs sont influencées par le scénario et les actions des soignants.

LA PIÈCE DE RÉANIMATION

Cette pièce est utilisée, en moyenne, une fois par jour au moins aux urgences de pédiatrie. On y amène tous les enfants dont la situation présente un risque pour la vie. Il peut s'agir, entre autres, d'un arrêt cardiaque, d'un accident de la route, d'une méningite avec perte de conscience ou encore d'une bronchiolite ou d'un asthme sévères.

Tous les moyens d'oxygénation et de ventilation ainsi qu'un défibrillateur sont disponibles pour les soignants. Ils peuvent poser également de nombreuses voies veineuses, y compris intra-osseuses.

LE POSTE DE CONTRÔLE

C'est de cet ordinateur que les instructeurs contrôlent le mannequin et la simulation. Le scénario a été décrit informatiquement au préalable, de manière à prévoir certaines réactions du mannequin ou évolutions de son état. Mais des étapes peuvent être accélérées ou le contrôle du mannequin repris manuellement.

Comment notre orga

Trajet On appelle le processus de fabrication et de renouvellement des cellules sanguines de notre corps l'« hématopoïèse ». C'est grâce à ce phénomène que notre organisme produit le nombre incroyable de 350 milliards de cellules sanguines par jour.

Explications.

TEXTE MICHAEL BALAVOINE



Dans l'os

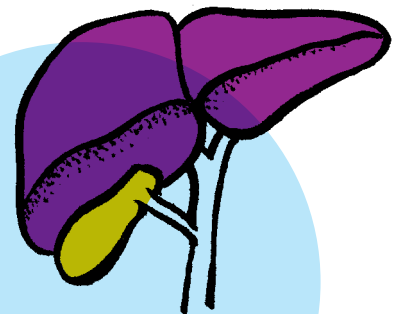
La moelle osseuse est un tissu qui se situe au centre des os. Elle se divise en moelle jaune constituée de graisse et en moelle rouge dans laquelle se produit l'hématopoïèse. Jusqu'à l'âge de cinq ans, elle a lieu dans tous les os du corps. Après, elle se produit principalement dans les os plats et courts (sternum, bassin, côte).



Circulation sanguine

Une fois mures, les cellules sanguines rejoignent le système de circulation générale grâce à des microvaisseaux. Elles baignent alors dans le plasma, un fluide composé d'eau, de sels minéraux et de protéines. Le cœur propulse, via les artères, du sang riche en oxygène et nutriments vers les différents organes. Les veines ramènent ensuite un sang riche en CO₂ vers le cœur pour qu'il soit à nouveau oxygéné par les poumons.

5

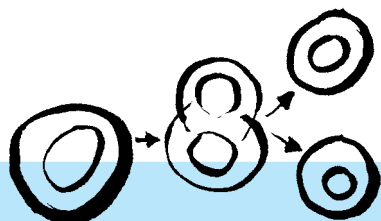


Mort des cellules sanguines

Les cellules sanguines, notamment les globules rouges, vivent longtemps. Mais à force de circuler dans les vaisseaux, elles s'usent. C'est essentiellement le foie qui dégrade les cellules sanguines ; il récupère le fer des globules rouges et l'hémoglobine est ensuite éliminée via la bile dans les selles.

nisme produit le sang

2



Le travail des cellules souches

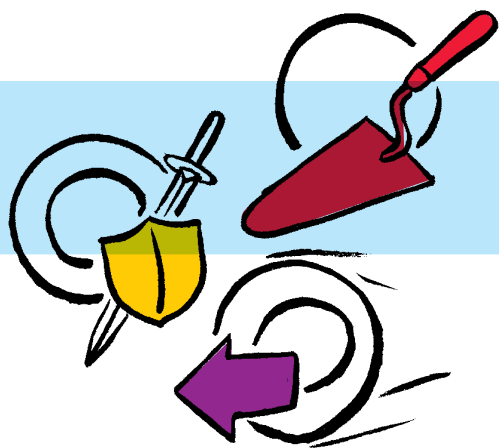
La fabrication concrète des cellules sanguines dans la moelle osseuse est l'œuvre de cellules souches dites hématopoïétiques (CSH). Les cellules souches sont des entités particulières non différenciées, capables de donner naissance à tout type de tissu, dont le tissu sanguin.

3

Les types de cellules sanguines

Dans la moelle osseuse rouge, les CSH se différencient en trois types de cellules :

1. Les plaquettes, qui sont des fragments de cellules sans noyaux. Leur durée de vie est de 8 à 10 jours. Elles jouent un rôle dans la coagulation du sang.
2. Les globules blancs (leucocytes), qui ont essentiellement une fonction immunitaire (défense de l'organisme).
3. Les globules rouges, dont la durée de vie peut aller jusqu'à 120 jours, se chargent du transport de l'oxygène.



Le sang en chiffres

- 5 à 6 litres de sang circulent dans le corps d'un homme de 65 kilos, 4 à 5 litres chez une femme du même poids.
- Chez un enfant, environ 3 litres de sang circulent, 250 millilitres chez un nouveau-né
- L'organisme produit environ 350 milliards de cellules sanguines par jour
- Le sang est composé à 54% de plasma, 45% de cellules sanguines et 1% de globules blancs et de plaquettes

Arsenic : danger !

Risques alimentaires Il a fait les belles heures des assassins et des héritiers impatientes, du Moyen-Age au XIX^e siècle, avant qu'on ne prouve scientifiquement ses méfaits. Aujourd'hui, l'arsenic reste omniprésent dans l'environnement, et même si ses menaces sur la santé sont beaucoup plus sournoises, l'alarme a résolument sonné !

TEXTE ERIC SCHAERLING

L'impact de l'arsenic sur la santé humaine est largement méconnu, alors qu'on estime que plus de 200 millions d'individus, rien qu'en Asie, seraient menacés aujourd'hui par la bonne vieille « poudre de succession » ! On commence toutefois à en prendre sérieusement conscience, au point que de nombreuses institutions internationales se penchent sur la question. Tout récemment encore, la plus grande société savante du monde, l'Américain Chemical Society (ACS), organisait

un symposium spécial sur cet élément chimique très particulier.

L'arsenic est un poison on ne peut plus sournois, puisqu'il est à la fois inodore, insipide, et presque incolore, et que les symptômes d'une intoxication à l'arsenic ressemblent beaucoup à ceux de maladies banales. En outre, on ne peut guère l'éviter, puisqu'il nous est « offert » par la nature dans de nombreux endroits du monde.

La menace la plus grande se situe dans l'eau potable, plus particulièrement dans

celle qui est tirée de sources profondes ou de puits. C'est pourquoi l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a choisi d'édicter une norme limite - dix microgrammes d'arsenic par litre - pour les eaux potables, concentration qui est malheureusement dépassée dans de nombreux pays, y compris en Suisse (voir encadré).

Même dans la bière

Mais qui dit eau potable dit aussi boissons en tout genre et aliments divers, susceptibles d'être contaminés par le dangereux arsenic. C'est ce qu'a découvert avec stupeur l'année dernière la Fédération américaine des consommateurs, qui a trouvé que 10 % des jus de pomme qu'elle avait testés avaient une concentration en arsenic supérieure à la norme de l'OMS.

La bière ne fait pas exception, comme l'a expliqué au symposium un chercheur de l'Université technique de Munich, mais en raison cette fois des filtres utilisés dans sa fabrication, qui sont constitués d'une roche siliceuse légère et très

"Il est urgent d'édicter des concentrations limites d'arsenic également pour les aliments"

poreuse, la diatomite, particulièrement riche en arsenic. Les conclusions de ce chercheur s'appuient sur l'analyse de plus de 140 échantillons de bières vendues en Allemagne, mais celui-ci a bien précisé que des bières de six autres pays présentaient des concentrations encore plus élevées.

De l'eau aux aliments, il n'y a évidemment qu'un pas. A commencer par les produits de la mer, et notamment les algues, capables d'accumuler l'arsenic de façon puissante. Seul réconfort: l'arsenic que l'on trouve dans les produits marins est le plus souvent de l'arsenic organique, moins dangereux que l'arsenic inorganique.

Le riz et ses dérivés dans le collimateur

S'il est un aliment extrêmement répandu dans le monde, c'est bien le riz, dont la culture se pratique essentiellement sous plusieurs centimètres d'eau. C'est dire que, dans les régions où les sols et l'eau sont riches en arsenic, le riz va forcément s'en charger de façon importante. C'est bien ce qu'a découvert l'année dernière la célèbre FDA, l'agence américaine pour les médicaments et l'alimentation, qui a mis en évidence des concentrations d'arsenic particulièrement élevées dans divers types de riz. Ses analyses vont d'ailleurs se poursuivre cette année sur quelque 1300 échantillons, mais aussi sur plusieurs produits à base de riz.

Car le riz se présente aussi dans le commerce sous la forme d'innombrables produits secondaires, dont l'origine n'est pas toujours clairement annoncée: biscuits de riz, céréales à base de riz soufflé, boissons au riz, pâtes de riz, etc. Sans compter le « sirop de riz brun », qui a fait l'objet au Canada au début de cette année d'une mise en garde publique: utilisé pour sucrer à moindre coût les entremets, il interviendrait également dans la composition de petits pots pour bébés.

Or, la concentration en arsenic de ces produits dérivés du riz est bien supérieure à celle qui est autorisée dans l'eau potable. Il est donc urgent d'édicter des concentrations limites d'arsenic valables aussi pour les aliments, comme l'a suggéré lors de ce congrès Brian Jackson, du Dartmouth College.

Cancérogène confirmé

L'impact de l'arsenic sur la santé devient une préoccupation majeure, et ses effets délétères commencent à être mieux connus. Il est en effet établi aujourd'hui que l'arsenic est impliqué dans de nombreuses maladies, qui vont des douleurs gastriques à la faiblesse musculaire, en passant par diverses affections dermatologiques.

Mais le plus préoccupant est son rôle cancérogène, confirmé tant par l'Agence internationale de recherche sur le cancer de Lyon, rattachée à l'OMS, que par

La Suisse bientôt plus sévère

Il n'est pas rare que certaines de nos eaux potables aient une concentration en arsenic de plus de dix microgrammes par litre, la norme recommandée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Elles ont même le droit, pour l'instant, d'en contenir jusqu'à 50 microgrammes par litre. Mais les choses devraient changer, si l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) arrive à mettre en œuvre la nouvelle norme prévue. Il souhaite en effet fixer la limite légale en conformité avec les recommandations de l'OMS et des divers Comités internationaux s'étant penchés sur la question. Cette nouvelle limite de dix microgrammes par litre affectera de nombreuses communes de montagne dans les Grisons, le Valais ou le Tessin, où les roches riches en arsenic occupent plusieurs centaines de km². Elles devront soit fermer certains captages d'eau de source, soit les assainir, soit encore réorganiser leurs circuits d'alimentation en eau potable, de façon à diluer l'eau contaminée avec de l'eau plus pure et d'une autre origine.

la Société américaine du cancer. Seraient concernés les cancers de la vessie, des reins, de la peau, et dans une moindre mesure ceux du côlon et du foie.

Il apparaît par ailleurs que plus l'exposition à l'arsenic a lieu tôt dans la vie, plus larges sont ses dommages, comme il a été expliqué au congrès. Or, un récent examen d'échantillons sanguins prélevés à la naissance pour le dépistage systématique des maladies génétiques a montré que le taux d'arsenic dans le sang des nouveau-nés était loin d'être négligeable, et surtout qu'on en trouvait dans 80 % des échantillons!

Bref: l'arsenic suscite aujourd'hui un immense intérêt, mais aussi des craintes de plus en plus objectives. L'heure d'une prévention plus poussée a décidément sonné. +

Etre bronzé ne protège pas contre le cancer de la peau

Mélanomes Malgré des campagnes de prévention régulières, la Suisse détient le triste record européen du plus grand nombre de mélanomes, le plus agressif des cancers cutanés. Le meilleur moyen de les prévenir reste de limiter l'exposition au soleil, rappelle le dermatologue lausannois Michel Gilliet.

TEXTE ELLEN WEIGAND



Vous vous souvenez sans doute des premiers gros coups de soleil de votre enfance et adolescence. Souvenir douloureux.

Et pire encore, un souvenir inscrit également dans votre peau, plus précisément dans l'ADN, endommagé par les brûlures du soleil. « Avec cinq coups de soleil, le risque de voir apparaître tôt ou tard un mélanome, le plus agressif et mortel des cancers de la peau, est doublé », note le Pr Michel Gilliet, dermatologue, chef du Service de dermatologie et vénéréologie du CHUV (Centre hospitalier universitaire vaudois).

Le mélanome est le cancer dont l'incidence augmente le plus en Suisse depuis plusieurs dizaines d'années, et le quatrième cancer le plus fréquent. On compte environ 1900 nouveaux cas et

270 décès par an. 30 % surviennent avant l'âge de 50 ans, les deux sexes confondus. Mais avec plus de décès chez les hommes, qui s'observent moins que les femmes et tardent à consulter en cas de tache cutanée suspecte.

Facteurs et personnes à risque

« Être bronzé n'est pas un signe de bonne santé et ne protège pas contre les coups de soleil, souligne le spécialiste. Le bronzage est une réaction de défense de la peau contre l'exposition excessive au soleil, non adaptée à la peau. Et il n'offre qu'une très faible protection, équivalant à un indice de protection 3 des crèmes solaires. »

Or, le facteur de risque principal de développer un mélanome est l'exposition excessive aux rayons UV, soit :

- les brûlures par le soleil (coups de soleil sévères, avec des cloques) en particulier durant l'enfance ou l'adolescence ;
- l'exposition cumulative chronique au soleil (travail, loisirs à l'extérieur, etc.) ;
- l'utilisation régulière de solariums.

Les autres facteurs de risques sont liés à la personne :

- la peau et les cheveux clairs ;
- les antécédents familiaux (premier degré : père, mère) de mélanome ;
- les grains de beauté multiples - plus de 50 - et/ou des grains de beauté atypiques (par leur aspect - forme et couleur) ;
- un antécédent personnel de mélanome ;
- une immunosuppression (par exemple personnes atteintes du VIH ou patients traités avec des médicaments immunosuppresseurs).

Présenter un seul de ces facteurs est déjà un risque. De plus, ils se cumulent et se potentialisent : si par exemple quelqu'un a une peau très claire et un passé de plusieurs gros coups de soleil, cela multiplie la menace de mélanome par dix. Et un troisième facteur additionné multiplie ce risque par vingt !

Quand se faire dépister ?

Pour le Pr Gilliet, il n'y a néanmoins pas besoin d'instaurer un dépistage systématique du cancer de la peau. « Le patient présentant l'un des facteurs de risque, ou des grains de beauté d'aspect irrégulier (lire plus loin), ou de nouveaux grains de beauté, apparus après l'âge de 40

ans, devrait consulter un dermatologue. Celui-ci contrôlera les grains de beauté à l'aide d'outils d'imagerie appelés dermatoscopes. Il excisera les lésions suspectes pour une analyse histologique, pour déterminer s'il s'agit ou non d'un cancer, ainsi que la nécessité d'un contrôle régulier, basé sur les facteurs de risque du patient.

« S'il s'agit d'un cancer, plus l'atteinte de la peau sera grande et profonde, moins bon sera le pronostic. Si la lésion cutanée a une profondeur inférieure à un millimètre, il suffit de ré-exciser plus large, avec des marges d'un centimètre, et le patient peut être guéri, explique le Pr Gilliet. Au-delà, la ré-excision devra être plus large encore et le taux de survie baisse rapidement. A quatre millimètres de profondeur, le taux de survie à cinq ans n'est ainsi plus que de 50 % », déplore le spécialiste. Et en cas de métastases, le pronostic de survie moyenne est actuellement de huit mois environ. D'où l'importance d'une détection précoce !

Auto surveillance

Pour une détection précoce, il faut procéder à l'auto-observation régulière de ses grains de beauté (anciens et nouveaux). Une part importante de mélanomes se développe en effet à partir d'une telle tache pigmentée, sur n'importe quelle zone du corps, y compris les parties génitales et sous les ongles. Certains mélanomes ne formant pas de mélanine sont plus difficiles à identifier. La « règle ABCDE » facilite cette auto surveillance :

- A = asymétrie : la forme de la tache est-elle asymétrique ?
- B = bords : ses bords sont-ils irréguliers et diffus ?
- C = coloration : est-elle de colorations diverses au lieu d'être uniforme ?
- D = diamètre : a-t-elle un diamètre supérieur à huit millimètres ?
- E = évolution : change-t-elle de taille, couleur, forme ou épaisseur ?

Si vous répondez oui à une seule ou à plusieurs de ces questions, il faut montrer votre grain de beauté à un dermatologue.



Liens et informations utiles :

La Ligue suisse contre le cancer offre une série de brochures gratuites sur la prévention du cancer de la peau sur son site : http://www.liguecancer.ch/fr/boutique_22/cancer_de_la_peau.cfm
A lire aussi sur planetesante.ch : « J'ai un grain de beauté / une tache qui m'inquiète »

Seule prévention : éviter les excès de soleil

Le seul moyen de prévenir un cancer de la peau, et notamment un mélanome, est de limiter l'exposition aux rayons UV :

- éviter l'exposition au soleil, surtout entre midi et 15 heures, et rester à l'intérieur dès un indice UV de 8* ;
- se protéger au maximum en restant à l'ombre (où l'on risque aussi le coup de soleil) et en portant des vêtements anti-UV couvrant bras et jambes, un chapeau ou casquette, et des lunettes de soleil (avec protection anti-UV 100 % jusqu'à 400 nanomètres) ;
- appliquer régulièrement de la crème solaire à haut indice de protection, notamment sur les zones du corps ne pouvant être couvertes (oreilles, visage, cou, nuque, mains), pour prévenir les coups de soleil ;
- s'abstenir d'utiliser les solariums.

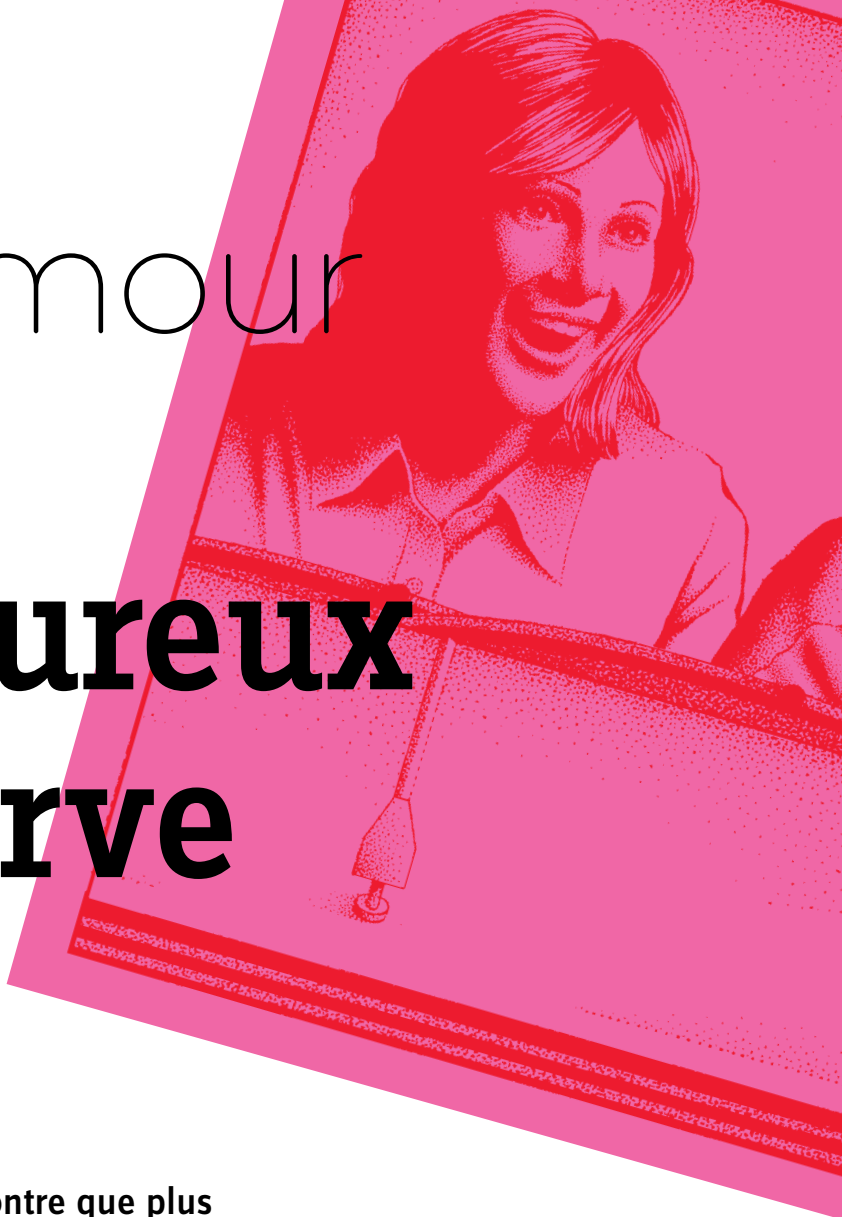
Pas de petits enfants au soleil

Les enfants ne devraient pas du tout aller au soleil avant l'âge d'un an et le moins possible jusqu'à quatre ans. Alors, ils peuvent jouer au soleil, mais en étant protégés (comme indiqué ci-dessus), avec notamment une crème solaire à haut indice de protection (30).

*www.uv-index.ch : l'Office fédéral de la santé publique publie quotidiennement les prévisions de l'index UV sur son site.

A lire également sur planetesante.ch : Les crèmes solaires ne sont pas un bouclier

Faire l'amour souvent rend heureux et préserve la santé



Sexualité Une étude américaine montre que plus on fait l'amour, plus on se dit heureux. Surtout si on pense être plus performant que d'autres. Le sexologue genevois Francesco Bianchi-Demicheli commente ces résultats sous l'angle de la médecine sexuelle, qui montre un lien évident entre santé sexuelle et santé physique et psychique.

TEXTE ELLEN WEIGAND

Plus on fait l'amour, plus on se sent heureux. Un bonheur qui serait encore accru lorsque l'on pense s'adonner à ce plaisir plus fréquemment que son voisin. C'est le résultat d'une étude sociologique de l'Université américaine de Colorado Boulder, réalisée à partir de l'analyse des données d'un sondage mené de 1993 à 2006 auprès de 15 386 personnes qui décrivaient leur vie et leur niveau de bonheur.

Le chercheur, le Pr Wadsworth, a contrôlé et comparé de nombreux autres facteurs,

dont le revenu, le niveau d'éducation, le statut marital et la santé. Ceux des sondés qui avaient fait l'amour deux ou trois fois par mois étaient à 33% plus enclins à se déclarer heureux que ceux n'ayant pas eu de relation sexuelle durant les douze mois précédents. Ceux parmi les sondés qui l'avaient fait deux à trois fois par semaine se déclaraient à 55% plus heureux. Et les personnes interrogées ayant des rapports sexuels deux ou trois fois par mois, mais qui pensaient que les autres le faisaient chaque semaine,

n'avaient plus qu'une probabilité d'environ 14% de se sentir plus heureux.

Quantité et qualité

Ces résultats n'étonnent guère le Dr Francesco Bianchi-Demicheli, sexologue responsable de la Consultation de gynécologie psychosomatique et de médecine sexuelle, et médecin adjoint agrégé au Département de gynécologie obstétrique des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). « Cette étude sociologique rejoint une série de résultats d'études cliniques qui montrent une corrélation claire entre la santé physique et psychique et le fait d'avoir une activité sexuelle. »

Toutefois, si la fréquence des rapports sexuels joue certes un rôle, elle ne suffit pas à la satisfaction sexuelle. Certaines



MYTHE ET RÉALITÉ

« Les hommes ressentent plus de désir que les femmes »

C'est un mythe largement répandu que de penser que les hommes ressentiraient davantage de besoins sexuels et auraient plus souvent envie de faire l'amour que les femmes. La réalité est plus nuancée, comme l'explique le Dr Francesco Bianchi-Demicheli : « Le désir sexuel des hommes est surtout plus constant, régulier. Même lorsqu'ils n'ont pas de partenaire fixe, cette envie a tendance à persister. Chez la femme, le désir peut être très fréquent et intense également, mais avec une variabilité beaucoup plus importante. Elle pourra ainsi vivre des périodes plus ou moins longues sans ressentir aucun ou seulement un faible désir sexuel, lorsqu'elle n'a pas de partenaire fixe ou qu'il n'est pas en harmonie avec elle, par exemple, puis ressentir la flamme du désir se raviver de manière intense, puissante et énergisante, quand et si elle rencontre un partenaire qui arrive à la faire vibrer. »

principe de continuité dans la sexualité : plus on serait actif sexuellement dès sa jeunesse, plus on le resterait avec l'âge. A l'inverse, si le sexe n'était pas important, voire ennuyeux vers trente ans, cela n'évoluerait guère en vieillissant.

Le sexe prolonge la vie

Vivre une sexualité active et épanouie a divers effets bénéfiques sur la santé physique et psychique et prolongerait même la durée de vie. « Cela permet en effet de rester plus longtemps en forme et d'avoir une meilleure santé, et influe très positivement sur le bien-être général et sur les fonctions intellectuelles, en particulier sur la mémoire », explique le Dr Bianchi-Demicheli. Parmi les autres bénéfices des rapports sexuels réguliers, il cite notamment :

- une réduction des maladies cardiovasculaires et des décès dus à ces affections. Cela peut probablement s'expliquer partiellement par la libération de certaines substances pendant l'acte sexuel, dont notamment le monoxyde d'azote (NO). C'est son effet vasodilatateur qui jouerait un rôle protecteur contre les maladies cardiovasculaires, mais il existe probablement d'autres substances actives impliquées ;

- une meilleure résistance au stress, ce qui protégerait l'organisme contre l'hypertension induite par le stress ;
- une diminution des douleurs articulaires chez les personnes qui en souffrent de manière chronique ;
- une protection contre la dépression et une amélioration de l'humeur ;
- une diminution du risque de cancer du sein, chez les personnes ayant une activité sexuelle régulière, selon certaines études qui restent à confirmer.

Mythes et pannes sexuelles

Le Dr Bianchi-Demicheli n'est pas non plus étonné que les personnes estimant faire l'amour plus souvent que d'autres se déclarent plus heureuses : « L'influence des mythes et croyances concernant les performances sexuelles est importante en médecine sexuelle », commente le sexologue. Or, à force de vouloir à tout prix faire correspondre sa vie sexuelle à ces stéréotypes (tels que la fréquence « normale » à laquelle on devrait faire l'amour, ou encore la manière « appropriée » de jouir pour une femme - orgasme vaginal ou clitoridien), beaucoup de personnes se créent des stress, des peurs et de l'anxiété inutiles. Et s'empêchent ainsi d'avoir une vie sexuelle épanouie. +

personnes font très souvent l'amour sans pour autant être épanouies. Par exemple parce que leur partenaire ne sait pas les stimuler convenablement ou ne s'inquiète pas de leurs besoins et envies, ne pensant qu'aux siens.

D'autres, à l'inverse, ont une activité sexuelle moins soutenue tout en se sentant comblés, parce qu'ils ont l'écoute de leur partenaire, qu'ils communiquent par les mots et par les gestes, connaissent leurs corps et savent ainsi comment se donner du plaisir. Comme le résume le sexologue, « la base nécessaire à l'épanouissement, ce sont des rapports sexuels de qualité, que le désir et l'excitation de chacun soient éveillés et comblés de manière adéquate ».

Par ailleurs, notons que l'on suppose qu'il existe chez les deux sexes un

Jogging :

à consommer avec modération

Activité physique

La belle saison nous encourage à profiter du plein air pour faire de l'exercice. Que ce soit pour éliminer l'embonpoint accumulé durant l'hiver ou pour fortifier notre cœur. Mais attention, nous disent les médecins: l'excès peut être dangereux, voire fatal. Surtout si l'effort a lieu quand il fait très chaud.

TEXTE ERIC SCHAERLIG

Alarmés par les accidents cardiaques de plus en plus nombreux dont sont victimes de simples joggeurs, athlètes, ou marathoniens - accidents qui souvent seraient évitables - les médecins s'efforcent désormais de faire passer le message: en matière d'exercice physique, point trop n'en faut!

Car l'actualité nous interpelle de plus en plus souvent. Qui, en effet, n'est pas tombé un jour sur une dépêche du genre « Un homme âgé d'une cinquantaine d'années a été victime d'un malaise cardiaque vendredi après-midi, alors qu'il faisait son jogging au parc des Crochettes. Vers 15 heures, l'homme s'est effondré en pleine course. Le cardiomobile et la police sont intervenus en urgence, mais les secouristes n'ont pu réanimer la



“Le bénéfice s'estompe dès que l'intensité de l'effort dépasse une certaine limite”

victime, qui est décédée sur place ».

Depuis Phidippides, dont la légende veut qu'il soit tombé raide mort une fois parvenu à Athènes avec la nouvelle de la victoire des Grecs dans la bataille de Marathon, les exemples de telles morts subites ne manquent pas, chez les footballeurs, les cyclistes ou justement chez les joggeurs amateurs qui se « défoncent » de semaine en semaine.

Les vertus de la modération

L'exercice physique est pourtant bénéfique à notre santé, et particulièrement à celle de notre cœur, à condition toutefois qu'il reste modéré et qu'il procède d'un entraînement régulier. C'est dans cet esprit que la revue *Heart* (Cœur) a publié récemment un éditorial, sous la plume de deux équipes américaines de Kansas City (Missouri) et de la Nouvelle Orléans (Louisiane). Ses auteurs y soulignent, chiffres à l'appui, que si un exercice physique régulier est certainement favorable à notre système cardiovasculaire et s'il contribue à réduire le risque de décès prématuré, le bénéfice s'estompe dès que l'intensité de l'effort dépasse une certaine limite.

Cela ressort par exemple clairement du graphique emprunté à une étude chinoise menée auprès de plus de 410 000 sujets qui ont été suivis pendant huit ans. Celui-ci montre que le risque de décès (toutes causes confondues) est certes réduit de plus de 40 % chez les individus qui pratiquent un effort physique

soutenu en plein air durant 40 à 50 minutes chaque jour, mais que la courbe parvient vite à un plateau lorsqu'on augmente la durée quotidienne de l'exercice. Alors que pour un effort plus modéré, voire léger, le

bénéfice semble moindre à première vue (de 20 à 30 % seulement de réduction de la mortalité) mais il reste proportionnel à la durée de l'exercice, même au-delà de 110 minutes par jour.

Les auteurs vont même plus loin, en comparant le taux de mortalité des joggeurs à la distance parcourue chaque semaine. Le graphique qu'ils en tirent montre que de quelques kilomètres à une trentaine de kilomètres parcourus chaque semaine la mortalité est réduite de 15 % à 25 %, alors que dès 40 kilomètres le gain n'est plus que de quelque pourcent, voire inexistant par rapport à un sédentaire.

L'enseignement des Danois

L'intensité de l'effort joue également un rôle important, comme l'a démontré la Copenhagen City Heart Study, qui a suivi plus de 20 000 Danois sur plusieurs décennies. Ceux qui ont le plus bénéficié de leur jogging étaient en effet ceux qui couraient à un rythme modéré durant au maximum 2,5 heures cumulées chaque semaine.

« Un exercice physique trop intense, expliquent les spécialistes, provoque une dilatation du muscle cardiaque et entraîne des microdéchirures ainsi qu'une baisse de la fraction d'éjection, témoin d'une moindre capacité du cœur à se contracter efficacement ». De plus, cela mène à une transformation structurelle et électrique du cœur, ce qui annihile certains des bénéfices de l'exercice physique. « Clairement,

concluent-ils, le sentiment populaire que plus on en fait, mieux ce sera, se révèle complètement faux ».

Troubles dangereux du rythme

Un effort physique particulièrement intense, surtout s'il est pratiqué par forte chaleur ou dans une humidité ambiante élevée, peut aussi entraîner ce que les médecins nomment un « coup de chaleur d'exercice », un phénomène très dangereux pouvant conduire à des dysfonctionnements au niveau de plusieurs organes, voire au décès.

Quant aux morts subites en cours de jogging ou au terme d'un marathon, elles s'expliquent également, comme l'ont montré plusieurs études effectuées en Allemagne et dans le Minnesota, par les dommages infligés au cœur à la suite d'un effort excessif, ou par la présence accrue de plaques d'athéromes, source d'accidents cardiaques.

Les médecins soulignent en outre que les cicatrices laissées dans les parois des oreillettes pourraient faire le lit de dangereux troubles du rythme, précurseurs des fibrillations ventriculaires à l'origine des morts subites.

Notre culture de l'extrême, de plus en plus à la mode, doit résolument être revue à la lumière des nouvelles connaissances médicales. +

Références :

Run for your life... at a comfortable speed and not too far, J. H. O'Keefe et C. J. Lavie, *Heart* 2013; 99:8 516-519.

Le coup de chaleur d'exercice, C. Salathé, C. Pellaton, L. Vallotton, M. Coronado, L. Liaudet, *Rev Med Suisse* 2012;8:2395-9.

The experience of breast pain in female runners of the 2012 London Marathon, Brown N et al. *Br J Sports Med* 2013;0:1-6.

Consumption of analgesics before a marathon (...): A cohort study, M. Küster, B. Renner, P. Oettel, et al. *BMJ Open* 2013;3:e002090.

PUBLICITÉ



Couches d'incontinence Euron

Sous prescription par votre médecin Euron est remboursée par les caisses maladies. Vente aux professionnels et privés

Nos atouts qui nous différencient des autres marques :

- Meilleure absorption de nos couches spécialement les Wings pour patients alités
- Plus de choix en tailles
- Matière ultra douce et moins de bruissement
- Traitement anti-odeurs grâce au gel « Hybatex » et qui respecte le PH de la peau
- Double barrières anti-fuite ultra efficace
- Indicateur de saturation pratique et important pour le personnel médical
- Prix et livraison très agréables
- Pas en vente dans les grandes surfaces

Notre gamme :

- de petite à grande incontinence
- MICRO
- MICRO MEN
- MOBY (pants) S M L XL
- FLEX avec ses Net Comfort
- FORM S M L XL
- WINGS M L
- ALESES



Demandez vos échantillons Euron gratuitement en nous retournant ce talon.

L'infarctus

du myocarde

Fiche maladie L'infarctus du myocarde (ou crise cardiaque) se produit lorsqu'une artère du cœur est bouchée ou rétrécie. Il se manifeste le plus souvent par une douleur dans la poitrine.

TEXTE DR DIDIER LOCCA & PR PIERRE VOGT

Brève description

L'infarctus du myocarde, souvent appelé « crise cardiaque », implique qu'une partie des cellules du muscle cardiaque (myocarde) meurt à la suite d'un problème d'apport sanguin.

L'infarctus se produit quand une ou plusieurs artères coronaires se bouchent. Les cellules du myocarde irriguées par cette (ou ces) artère(s) ne reçoivent alors plus assez d'oxygène, ce qui conduit finalement à leur mort (nécrose) puis à la formation d'une cicatrice. La zone cicatricielle ne se contractera par conséquent plus correctement, ce qui peut avoir des répercussions sur le bon fonctionnement de la pompe cardiaque. Plus le manque d'oxygène sera prolongé, plus la zone de nécrose sera étendue. C'est ce qui explique l'importance d'une prise en charge la plus rapide possible d'un infarctus.

Symptômes

Le symptôme le plus couramment ressenti est une douleur oppressive (sensation de serrement, de broiement, de constriction) localisée dans la poitrine, derrière le sternum ou légèrement à sa gauche. Une difficulté à respirer, un sentiment de malaise, des étourdissements, des sueurs froides et une peau moite ou des palpitations sont parfois aussi présents. La douleur peut irradier vers d'autres parties du corps : bras, omoplate, cou, mâchoire, le plus souvent à gauche, ainsi qu'au niveau de l'estomac. Généralement, elle est intense (sensation « d'étau »), violente, prolongée (plusieurs minutes) et angoissante, mais l'on observe de grandes variations d'intensité selon les personnes.

Certains infarctus s'accompagnent de complications graves telles qu'un arrêt ou une insuffisance cardiaques. Parfois, des séquelles d'un ancien infarctus du myocarde passé inaperçu peuvent être découvertes à l'occasion d'un électrocardiogramme, lors d'un bilan de santé de routine.

Causes

La cause la plus fréquente de l'infarctus du myocarde est l'occlusion d'une artère coronaire (l'artère se bouche). Cette occlusion est due à deux mécanismes :

- la formation d'un « caillot » de sang (agrégation des plaquettes) dans l'artère en raison, le plus souvent, de la rupture d'une plaque d'athérome (dépôt de cholestérol dans la paroi de l'artère, aussi appelé athérosclérose) ;
- un spasme de l'artère coronaire : l'artère se contracte, ce qui réduit brutalement son calibre.

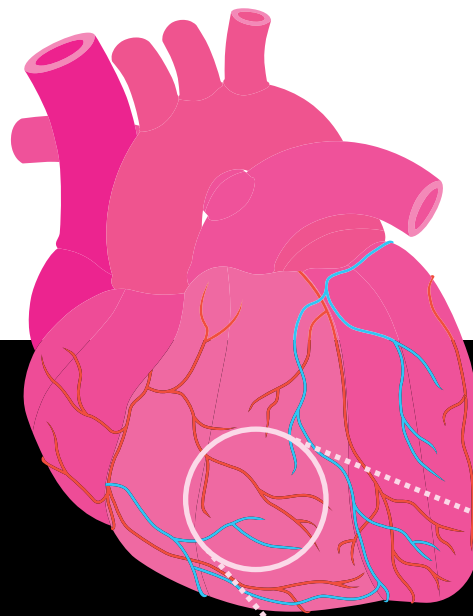
Il s'agit de deux mécanismes qui fréquemment s'associent et s'auto-entretiennent, le premier renforçant l'activité du second. Dans tous les cas survient alors une occlusion de l'artère coronaire, plus ou moins complète et, surtout, plus ou moins prolongée, provoquant une souffrance des cellules de la zone concernée par le manque d'oxygène (ce qu'on appelle l'ischémie). La durée de l'ischémie va déterminer la taille et la gravité de l'infarctus.

Facteurs de risque

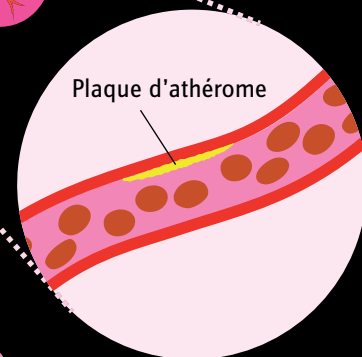
Les risques de développer une athérosclérose et donc une maladie coronarienne sont augmentés en présence des facteurs suivants :

- sexe masculin ;
- présence d'une maladie coronarienne dans la famille (père ou frère avant 50 ans, mère ou sœur avant 55 ans) ;
- diabète ;
- hypercholestérolémie (excès de cholestérol) ;
- hypertension artérielle ;
- tabagisme ;
- sédentarité (pas assez d'exercice physique) ;
- stress ;
- obésité, surtout en cas d'augmentation de la graisse abdominale.

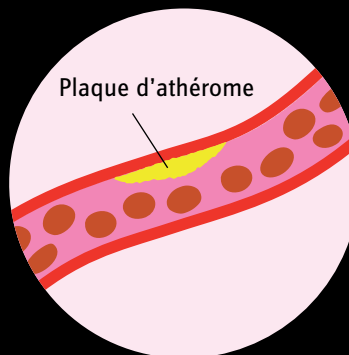
Naissance de l'infarctus



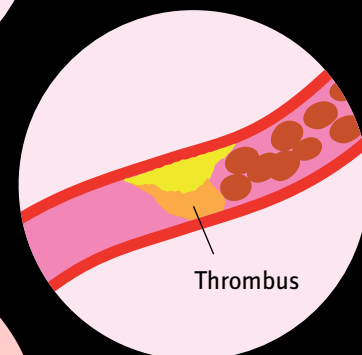
1 L'accumulation de cholestérol, de tissu fibreux et de dépôt calcaire dans la paroi artérielle forme des plaques d'athérome



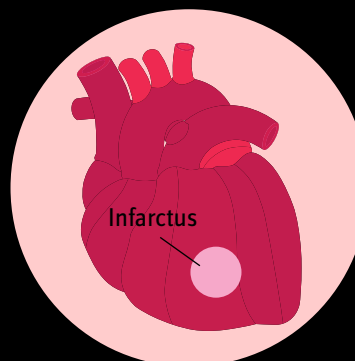
2 Avec le temps, la plaque d'athérome s'épaissit, rendant la circulation sanguine plus difficile (athérosclérose). Une contraction subite de l'artère (spasme) réduisant son calibre peut perturber encore davantage la circulation sanguine



3 La plaque d'athérome se rompt. Un caillot sanguin (thrombus) se forme dans l'artère

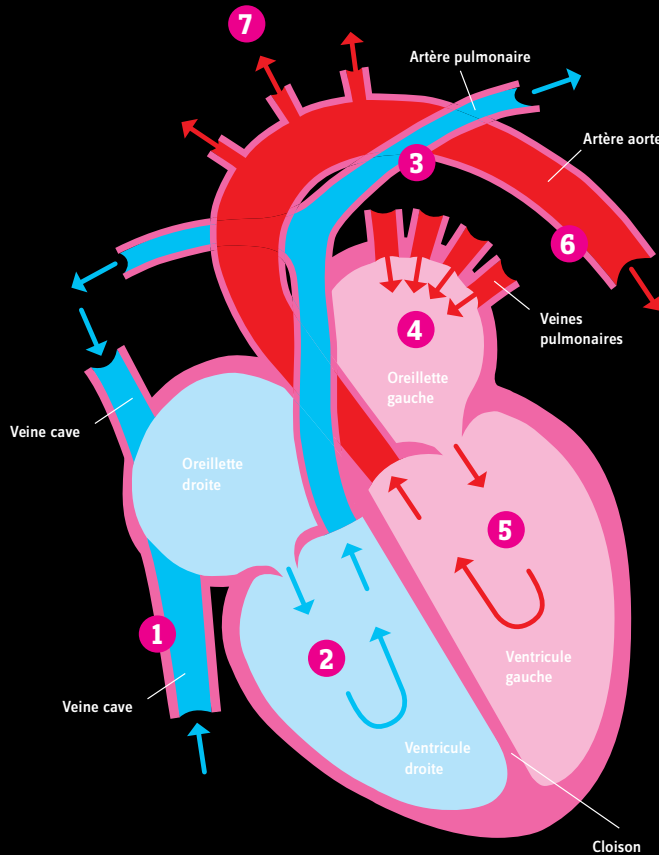


4 L'obstruction totale de l'artère coronaire provoque l'infarctus. Les cellules ne reçoivent plus d'oxygène et meurent. Plus le manque d'oxygène sera prolongé, plus la zone de nécrose (infarctus) sera importante



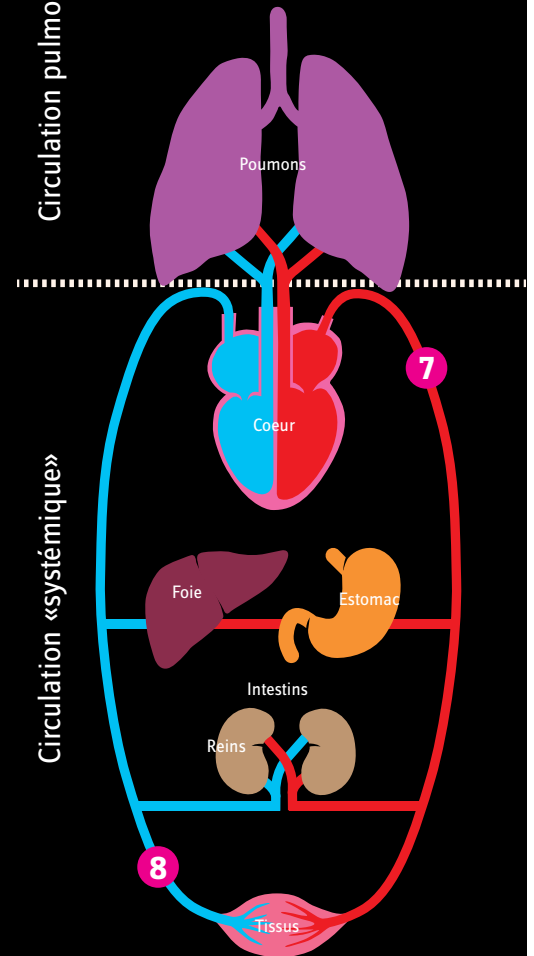
Circulation sanguine

Le cœur est une pompe qui envoie du sang oxygéné aux organes pour qu'ils puissent fonctionner correctement.



- 1** Le sang pauvre en oxygène (O_2) et chargé de dioxyde de carbone (CO_2) revenant vers le cœur par les veines caves entre dans l'oreillette droite
- 2** Le sang passe dans le ventricule droit
- 3** Le sang passe dans les artères pulmonaires droites et gauches qui amènent le sang aux poumons
- 4** Le sang riche en O_2 et pauvre en CO_2 revient des poumons et entre dans l'oreillette gauche par les quatre veines pulmonaires
- 5** Le sang passe dans le ventricule gauche
- 6** Le ventricule expulse le sang vers l'ensemble des organes par l'aorte
- 7** Le sang parcourt le réseau artériel et alimente l'ensemble des tissus
- 8** Après avoir traversé les organes, il revient vers le cœur par les veines

Circulation pulmonaire



Circulation «systémique»

On distingue deux types de circulations :

- La circulation «systémique» qui alimente les organes et les tissus
- La circulation pulmonaire qui amène le sang aux poumons pour éliminer le dioxyde de carbone et le recharger en oxygène

Traitement

L'infarctus du myocarde est une urgence vitale où chaque minute compte!

Il est capital de déboucher rapidement l'artère coronaire responsable de l'infarctus pour que le muscle cardiaque soit de nouveau alimenté normalement en oxygène. Le traitement commence avant l'hôpital, dès l'arrivée du médecin ou de l'ambulance, par l'administration d'aspirine (pour limiter l'agrégation des plaquettes) et d'oxygène (pour améliorer l'oxygénation du sang et donc celle du muscle cardiaque).

Une fois à l'hôpital, une angioplastie (dilatation par ballonnet et pose de stent) est en général effectuée. Il s'agit de l'introduction d'un cathéter dans l'artère coronaire pour dilater la région responsable de l'infarctus. Dans la plupart des cas, une prothèse appelée stent (« ressort ») est implantée pour maintenir l'artère bien ouverte. Cette intervention s'effectue en passant par l'artère fémorale (pli de l'aîne) ou l'artère radiale (poignet) après anesthésie locale en salle de cathétérisme cardiaque.

Dans certains cas, si l'hôpital qui accueille la personne ne dispose pas d'une salle de cathétérisme cardiaque disponible 24 heures sur 24, un traitement par thrombolyse (dissolution du caillot par injection d'un médicament) peut être envisagé si le début des douleurs remonte à moins de 2-3 heures. Une angioplastie sera généralement effectuée dans un second temps.

Rarement, une opération du cœur peut être nécessaire lors d'un infarctus aigu. Cette opération, appelée pontage aorto-coronarien (ou « bypass ») permet de rétablir une bonne circulation en confectionnant un « pont » par-dessus l'obstruction à l'aide de vaisseaux déviés (artère interne de la poitrine) ou prélevés ailleurs (veine de la jambe).

Evolution et complications possibles

Les irrégularités du rythme cardiaque (arythmies) sont une complication fréquente de l'infarctus. 30 % des personnes victimes d'un infarctus décèdent d'un arrêt cardiaque avant d'avoir pu contacter les secours. Dans les autres cas, après l'épisode aigu, un quart des décès est lié à des arythmies. Celles-ci peuvent parfois être prévenues par l'implantation d'un défibrillateur interne (dispositif qui envoie un choc électrique au cœur lorsqu'il détecte une anomalie dangereuse du rythme cardiaque).

Ces dernières années, l'angioplastie précoce, qui permet de déboucher l'artère responsable de l'infarctus, a profondément modifié le pronostic et a permis de réduire la mortalité liée à des infarctus (elle est maintenant inférieure à 10 % chez les personnes qui sont arrivées rapidement à l'hôpital).

L'insuffisance cardiaque (diminution de la capacité du cœur à pomper ou éjecter le sang), une autre complication de l'infarctus, survient chez un peu plus de 10 % des cas. Cette proportion tend à diminuer du fait de la prise en charge en urgence toujours plus précoce. Il existe par ailleurs de nombreux médicaments qui permettent de soulager les personnes avec une insuffisance cardiaque qui retrouvent alors une qualité de vie acceptable.

Prévention

La prévention de l'infarctus se fait par un contrôle strict des facteurs de risques cardiovasculaires en général et par l'administration de faibles doses d'aspirine (le plus souvent 100 mg/jour).

Ainsi, traiter les facteurs de risque cardiovasculaire responsables de la maladie coronarienne (athérosclérose) est primordial, ce qui nécessite à la fois une modification des habitudes de vie (arrêt du tabac, perte de poids, alimentation saine, activité physique régulière, gestion du stress) et le traitement des éventuelles maladies associées telles que l'hypertension artérielle, le diabète et l'hypercholestérolémie.

Informations utiles au médecin

Pour préciser le diagnostic, le médecin s'intéressera en particulier :

- aux facteurs de risque : présence de maladies cardiaques dans la famille, habitudes de vie, autres maladies (diabète, hypertension artérielle, excès de cholestérol) ;
- aux douleurs : fréquence, localisation et irradiation, facteurs déclenchants (stress, émotion forte, activité physique inhabituelle, exposition au froid, etc.) ;
- aux médicaments habituels, y compris ceux obtenus sans ordonnance.

Examens

En situation d'urgence, le médecin effectuera les examens suivants :

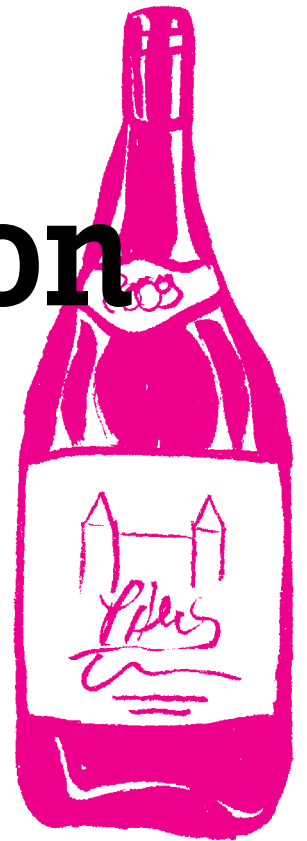
- électrocardiogramme (ECG : enregistrement de l'activité électrique du cœur) à la recherche de signes d'ischémie ou d'un infarctus ;
- analyse de sang : recherche d'indices qui indiquent une souffrance du muscle cardiaque ;
- radiographie du thorax ;
- échographie cardiaque à la recherche de signes d'une insuffisance ou d'un mauvais fonctionnement cardiaques.

Références

- www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=troubles_cardiovasculaires_pm
- Dictionnaire illustré des termes de médecine, 2006, Garnier&Delamare, Ed Maloine, Paris.
- www.prevention-cardio.com
- www.swisscardio.ch/fr/info_patients

Retrouvez le descriptif de 100 autres maladies sur
www.planetesante.ch

Mieux choisir sa consommation d'alcool



Accompagnement Lorsque l'on s'inquiète de sa consommation d'alcool, il est souvent possible de prendre les choses en main soi-même. En cas de besoin, faire le premier pas vers une demande d'aide n'est pas simple. Pourtant, l'accompagnement s'adresse aujourd'hui aussi bien aux personnes qui veulent moins boire qu'à celles qui ont un problème grave, et souvent doivent devenir abstinentes.

TEXTE GAËLLE BRYAND

Pour la plupart d'entre nous, l'alcool n'est rien de plus qu'un plaisir que l'on s'accorde avec un bon repas ou sur une terrasse avec des amis. Mais que se passe-t-il lorsque ce n'est plus uniquement un plaisir, lorsqu'on le consomme pour ses effets : pour affronter des soucis personnels ou simplement pour « passer une bonne soirée » ? C'est le moment de demander de l'aide. Aujourd'hui, plus besoin d'être « au fond du trou » pour changer ses habitudes. La tendance est à la consommation contrôlée. Georges-Alain Claret, intervenant en addictions à Addiction Valais nous explique ce qui a changé et comment demander de l'aide.

Planète santé : Faut-il être dépendant pour demander de l'aide ?

Georges-Alain Claret : Non, car la perception des problèmes d'alcool a changé. Avant, la question était souvent considérée de manière dichotomique : soit on avait un grave problème, soit on n'en avait pas du tout. Aujourd'hui, on s'adresse aussi aux personnes non-dépendantes mais qui pourraient le devenir, car elles

consomment de façon abusive de l'alcool. Le programme Alcochoix+ (voir encadré) va dans ce sens : il part du principe que le consommateur sait ce qui est bon pour lui et l'aide à décider de sa consommation avant que celle-ci ne décide pour lui.

Il peut donc y avoir consommation excessive sans dépendance ?

Oui. On parle de consommation excessive lorsque celle-ci entraîne des comportements à risques tels que la conduite en état d'ébriété ou des rapports sexuels non protégés. Ou qu'elle est à l'origine de blessures, d'un sommeil de mauvaise qualité ou qu'elle a des conséquences (possibles ou avérées) sur le système cardiovasculaire, le foie, etc.

La dépendance signifie la perte de maîtrise de la personne sur sa consommation. On ne parle donc pas d'une quantité d'alcool consommée, mais de l'incapacité d'une personne à ne pas en consommer.

Sera-t-on traité de la même manière, que l'on soit dépendant ou non ?

Oui et non. Dans un cas comme dans l'autre, l'objectif de l'accompagnement

visera à reconstruire ce qui a été détruit par la consommation d'alcool dans la vie de la personne, ou simplement d'atteindre le but souhaité. L'alcool aura pu affecter le réseau social, la situation professionnelle, les loisirs, la gestion de l'emploi du temps, etc. Par contre, le temps nécessaire pour y arriver, ainsi que le moyen seront probablement différents. Plus le problème de consommation est grand, plus les conséquences dans ces différents domaines de vie le seront également. Et plus il sera difficile de retrouver une vie normale sans passer par l'abstinence complète.

Être dépendant à l'alcool, est-ce la même chose que d'être dépendant à une autre substance, comme à une drogue ?

L'alcool est une drogue légale. L'une des difficultés spécifiques de la consommation d'alcool est que celui-ci est extrêmement valorisé dans notre société. Apprécier une bonne bouteille de vin, une bière fraîche ou un digestif fait partie de notre culture. Pour beaucoup, c'est une source de plaisir souvent associée à des

Une boisson alcoolisée standard (10 grammes d'alcool pur) correspond à :

- 10 cl de vin (rouge ou blanc) à 12°
- 10 cl de champagne
- 25 cl de bière ou cidre à 5°
- 1 alcopop
- 2,5 cl d'alcool fort à 45° (whisky, gin, etc.)



moments festifs sans que cela ne pose problème pour autant. Une personne qui souffre de sa consommation et a pris la décision de ne plus boire sera souvent sollicitée et parfois mal comprise par certains proches, même si cette décision découle de conséquences graves de l'alcool sur sa santé.

Sommes-nous tous égaux face à la dépendance à l'alcool ?

Non. Hommes et femmes ne sont pas égaux par exemple. Les femmes sont plus vulnérables, puisqu'à poids égal, leur alcoolémie (le taux d'alcool dans le sang) est plus élevée que chez un homme. Il en est de même pour les personnes âgées. En prenant de l'âge, l'organisme élimine moins vite l'alcool. Comme pour toutes les maladies, des facteurs héréditaires et biologiques entrent aussi en compte. Ces facteurs ne suffisent pas à expliquer la dépendance, mais peuvent s'ajouter à des éléments de l'histoire personnelle, comme le fait d'avoir un parent alcoolique, pour augmenter les risques d'une dépendance.

Peut-on « guérir » d'une dépendance à l'alcool ?

Non, mais on peut se rétablir, il s'agit d'une sorte de guérison partielle. On peut très bien se sortir d'un problème d'alcool. Au Québec, où est né Alcochoix+ (voir encadré), près de 90% des gens qui

ont suivi le programme considèrent qu'il les a aidés à modifier leurs habitudes de consommation d'alcool de manière durable.

La dépendance laisse toutefois en général une empreinte définitive sur une personne qui en a souffert. Dans ce cas, le retour à un rapport « normal » à l'alcool peut être très compliqué. L'abstinence complète sera alors le seul moyen de revenir à une vie plus sereine.

Abstinence complète signifie-t-elle risques de rechute ?

Le rapport à la rechute a beaucoup évolué. Le dérapage ou la rechute est de plus en plus considéré par les professionnels comme une règle plutôt qu'une exception. Dédramatiser la rechute permet de mieux la comprendre. Le patient pourra se sentir libre de parler d'un dérapage (reconsommation qui ne se transforme pas en rechute complète) ou d'une rechute (perte de maîtrise). Le rôle du professionnel sera d'analyser avec lui cet épisode afin de préparer les futures situations à risque.

L'apprentissage de la vie sans alcool peut être très difficile au début, mais l'est beaucoup moins avec le temps. L'arrêt de l'alcool permettra à la personne de se reconstruire dans tous les domaines de sa vie et cette reconstruction consolidera le choix d'abstinence petit à petit. On parle alors de sobriété. +

Alcochoix : remettre le consommateur au centre

Alcochoix+ est un programme qui vise à redonner aux consommateurs la capacité de choisir où, quand, avec qui et quelle quantité d'alcool ils consomment. Il s'adresse aux personnes qui s'inquiètent des conséquences de leur consommation d'alcool et qui désirent modifier leurs habitudes. Le programme a donc également des visées préventives.

La méthode part du principe que le consommateur sait ce qui est bon pour lui et que l'expert est là pour l'accompagner dans sa démarche. Chaque geste, même discret, allant dans le sens d'une diminution des risques associés à la consommation d'alcool est considéré comme bénéfique et encouragé.

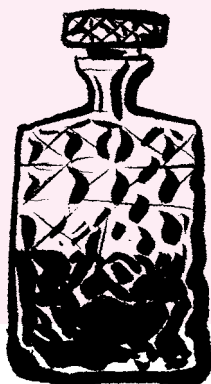
L'accompagnant va donc aider le consommateur à fixer lui-même ses objectifs de consommation à long terme. La méthode va également lui fournir des outils stratégiques pour aider à les atteindre, de même que des clés pour augmenter sa confiance en soi.

Plusieurs institutions et cabinets médicaux privés proposent le programme dans toute la Suisse romande. La plupart des institutions le font à un prix symbolique, voire gratuitement. Par ailleurs, il est remboursé par l'assurance maladie de base. Pour trouver un cabinet proche de chez soi : www.alcochoix.ch

Test: Et vous, où en êtes-vous dans votre consommation ?

Mieux cerner sa propre consommation et ses conséquences sur son quotidien est la première étape avant de décider ou non de se faire aider. Faites donc le test!

- 1. A quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ?**
 - a. jamais
 - b. 1 fois par mois
 - c. 2 à 4 fois par mois
 - d. 2 à 3 fois par semaine
 - e. 4 fois par semaine ou plus
- 2. Combien de verres d'alcool buvez-vous un jour typique ?**
 - a. 1 ou 2
 - b. 3 ou 4
 - c. 5 ou 6
 - d. 7 ou 8
 - e. 10 ou plus
- 3. A quelle fréquence cela vous arrive-t-il de boire 6 verres ou plus ?**
 - a. Jamais
 - b. Moins d'une fois par mois
 - c. 1 fois par mois
 - d. 1 fois par semaine
 - e. Tous les jours ou presque
- 4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois n'avez-vous pas été capable de vous arrêter de boire ?**
 - a. Jamais
 - b. Moins d'une fois par mois
 - c. 1 fois par mois
 - d. 1 fois par semaine
 - e. Tous les jours ou presque
- 5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était attendu de vous ?**
 - a. Jamais
 - b. Moins d'une fois par mois
 - c. 1 fois par mois
 - d. 1 fois par semaine
 - e. Tous les jours ou presque
- 6. Au cours de l'année écoulée, avez-vous eu besoin d'un premier verre pour démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?**
 - a. Jamais
 - b. Moins d'une fois par mois
 - c. 1 fois par mois
 - d. 1 fois par semaine
 - e. Tous les jours ou presque
- 7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?**
 - a. Jamais
 - b. Moins d'une fois par mois
 - c. 1 fois par mois
 - d. 1 fois par semaine
 - e. Tous les jours ou presque
- 8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler de ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?**
 - a. Jamais
 - b. Moins d'une fois par mois
 - c. 1 fois par mois
 - d. 1 fois par semaine
 - e. Tous les jours ou presque
- 9. Avez-vous été blessé par quelqu'un d'autre ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?**
 - a. Non
 - b. Oui, mais pas cette année
 - c. Oui, cette année
- 10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?**
 - a. Non
 - b. Oui, mais pas cette année
 - c. Oui, cette année



Pour calculer votre résultat

- Comptez le nombre de réponses a, b, c, d et e (attention, les réponses aux questions 9 et 10 sont volontairement numérotées a, c et e).
- Reportez ces chiffres dans la deuxième colonne du tableau suivant.
- Multipliez ceux-ci par le chiffre en troisième colonne.

A		x 0	=
B		x 1	=
C		x 2	=
D		x 3	=
E		x 4	=
TOTAL:			

Si votre résultat est :

Plus petit que 8 pour les hommes et 7 pour les femmes

Votre consommation d'alcool est modérée. Félicitations, continuez ainsi.

De 7 à 12 pour les femmes, 8 à 12 pour les hommes

Votre consommation d'alcool est vraisemblablement excessive et pourrait mettre votre santé en danger. Vous pouvez choisir d'essayer de modifier vos habitudes de consommation seul ou avec l'aide de quelqu'un. Si vous pensez avoir besoin d'aide, n'hésitez pas à vous adresser à votre médecin traitant ou consulter la liste des structures proposant la méthode Alcochoix+.

Plus grand ou égal à 13

Votre consommation est telle qu'il est probable que vous soyez dépendant à l'alcool. Cette dépendance peut avoir des conséquences graves sur votre santé et votre vie en général. Il existe de nombreuses structures à même de vous aider, le plus important étant de trouver une forme d'accompagnement adaptée à vos besoins. Il pourra s'agir d'un accompagnement ambulatoire dans un service et/ou d'autres formes de traitements en milieu stationnaire. Les groupes d'entraide comme les Alcooliques Anonymes sont une autre forme d'aide qui a fait ses preuves.

Rappelez-vous que ce test ne remplace pas un avis professionnel. Quel que soit votre résultat, si votre consommation ou celle d'un proche vous inquiète, le mieux est de faire appel à un professionnel.

Source :

Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente JR & Grant M. Development of the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) : WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. Addiction 1993; 88:791-804



L'alcool en chiffres

- En Suisse, on estime que plus de 20% de la population met sa santé en danger à cause de l'alcool.
- La moitié de l'alcool total consommé en Suisse l'est par environ 12% de la population.
- Les personnes abstinentes représentent environ 17% de la population.
- Depuis les années 1990, la consommation d'alcool par habitant est en baisse.
- Par contre, la consommation des adolescents (garçons en particulier) augmente et l'âge de la « première cuite » a baissé.

A qui s'adresser ?

- Le site www.alcochoix.ch propose une liste de cabinets et structures par cantons où le programme peut être suivi.
- Le site www.alcoquizz.ch propose un test de consommation en ligne (également disponible sous forme d'application pour smartphones), ainsi que des réponses à de nombreuses questions sur l'alcool et ses effets.
- Plusieurs lignes téléphoniques fournissent aide et conseils :

Addiction info Suisse :

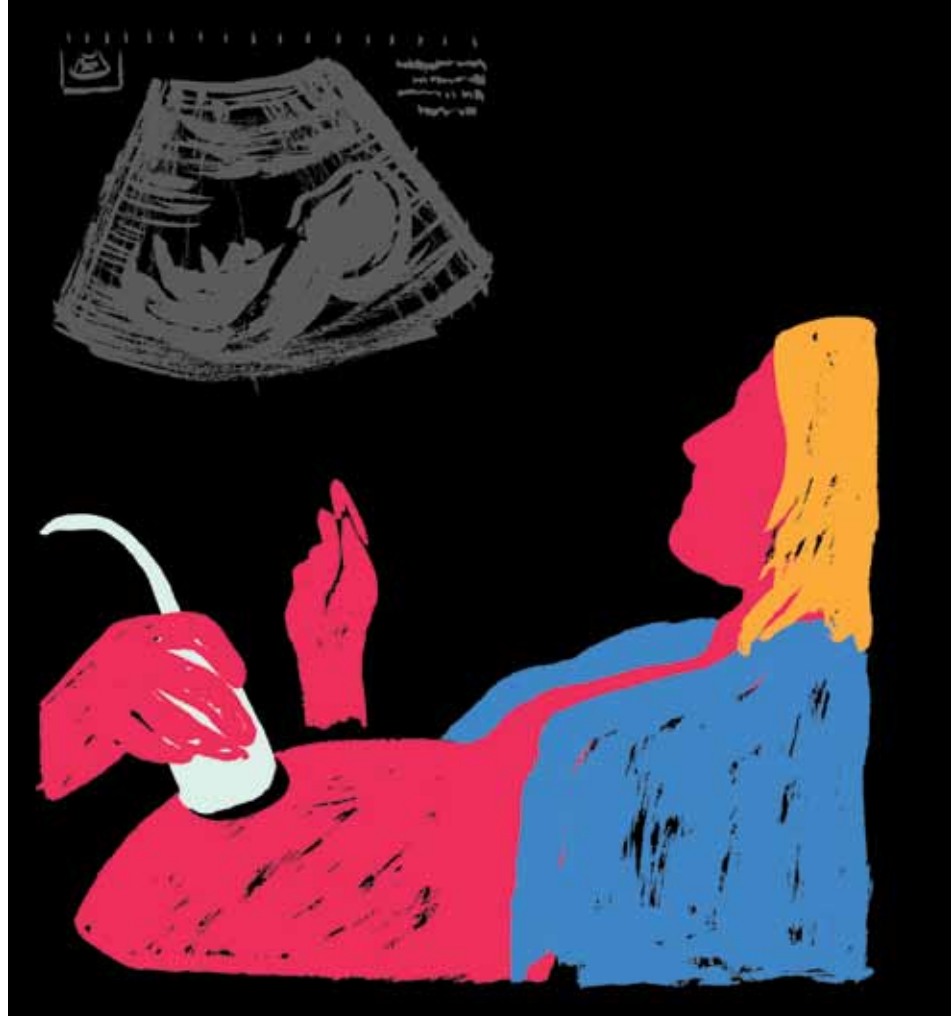
021 321 29 76 / www.addictionsuisse.ch

Les Alcooliques Anonymes (permanence) :

0848 848 846

Analyse Utile pour dépister les éventuelles anomalies et pour s'assurer de la bonne santé du bébé, l'échographie est aussi l'occasion d'une rencontre avec l'enfant qui va naître. Comment cela se passe-t-il ? Réponses avec le Dr Yvan Vial, spécialiste en échographie obstétricale au CHUV à Lausanne.

TEXTE ÉLODIE LAVIGNE



Je vais passer une échographie de grossesse

Qu'est-ce qu'une échographie fœtale ?

L'échographie fœtale est un examen médical qui permet d'observer le fœtus dans son environnement in utero. Le médecin investigate différents paramètres qui renseignent sur la bonne santé de l'enfant à naître. Pour les parents, c'est aussi l'occasion d'avoir un contact visuel avec le bébé et de rendre la grossesse plus tangible, en particulier pour le père.

Les rendez-vous échographiques sont des moments particulièrement importants dans le suivi de grossesse. En cas de suspicion d'éventuelles anomalies (dans seulement 3 % des cas), le médecin proposera des examens supplémentaires (amniocentèse par exemple) susceptibles de soulever des questions difficiles pour les parents quant à la poursuite de la grossesse ou à son interruption.

Doit-on s'y préparer ?

Auparavant, les médecins demandaient aux futures mamans de remplir leur vessie avant l'examen. Aujourd'hui, les techniques ont évolué et ce n'est plus nécessaire. Aucune préparation n'est donc requise, si ce n'est qu'il faut garder à l'esprit que cet examen de routine peut, certes rarement, confronter les parents à une réalité difficile.

Comment celle-ci se déroule-t-elle ?

La future maman s'allonge sur la table d'examen. Le gynécologue s'empare d'une sonde qui émet des ultrasons, des ondes capables de passer à travers les tissus qui eux-mêmes vont les réfléchir en partie. La sonde les récupère, des images sont alors produites et projetées sur le moniteur. En fonction de la densité du liquide dans le ventre de la mère, une colorisation se fait en noir (éléments liquides), blanc (éléments solides soit le bébé) et nuances de gris. Un gel est au préalable appliqué sur le ventre pour faciliter le passage des ultrasons, qui pourraient être stoppés par la présence d'une fine couche d'air entre la sonde et la peau.

En règle générale, les échographies de grossesse se pratiquent par voie abdominale (sur le ventre), mais en fonction de la position de l'utérus et/ou du bébé, des habitudes de l'opérateur et avant dix semaines de grossesse, passer par la voie intra vaginale peut être nécessaire. On est alors plus près du bébé et on peut mieux le voir. Dans les deux cas, c'est indolore.

Combien d'échographies fait-on durant la grossesse ?

Aucune échographie n'est en réalité obligatoire ; ce choix appartient d'abord aux parents. En règle générale, le suivi de grossesse comporte deux échographies principales : la première entre onze et quatorze semaines, la deuxième entre dix-huit et vingt-deux semaines, toutes deux complètement remboursées par l'assurance-maladie. Des échographies supplémentaires peuvent être réalisées, en fonction des pratiques individuelles des gynécologues et de la situation. Elles peuvent ne pas être facturées par le médecin ou, dans le cas d'une grossesse à risque, être considérées comme des prestations « maladie » par l'assurance maladie (et donc prises en charge par la LaMal).

Par exemple, une échographie à 32 semaines permet de dépister des malformations qui n'auraient pas été visibles plus tôt, ou un retard de croissance. A terme, on peut s'assurer à nouveau de la vitalité du bébé et de son état d'oxygénation (son tonus, ses mouvements respiratoires, son rythme cardiaque), surtout s'il y a des risques particuliers.

Au-delà de 41 semaines, l'échographie est indispensable pour s'assurer que les conditions d'oxygénation du fœtus sont toujours satisfaisantes.

Qu'est-ce qu'une échographie permet de dépister ?

► L'échographie du premier trimestre (entre 11 et 14 semaines) :

Ce premier ultrason permet d'abord de connaître le nombre de fœtus, de vérifier sa viabilité (présence d'un rythme cardiaque), de dater l'âge de la grossesse en mesurant la taille de ce dernier et de déterminer la position du placenta.

“Examen de routine, l'échographie peut soulever des questions difficiles pour les parents”

Un premier contrôle des organes permet d'éliminer certaines malformations. On dépiste en particulier le risque de trisomie 21 en mesurant la clarté nucale (un espace situé derrière la nuque du bébé). Une donnée qui sera mise en corrélation avec les résultats d'une analyse de sang. Mais attention, il ne s'agit là que d'une évaluation des risques et non d'un diagnostic. Si les risques sont élevés, des investigations plus poussées seront proposées aux parents (amniocentèse, prélèvements).

► L'échographie du deuxième trimestre (entre 20 et 22 semaines) :

Cette échographie est dite de morphologie. Elle dure entre vingt et trente minutes. Elle peut être réalisée chez son médecin – pour autant qu'il en ait les compétences – ou dans un centre d'imagerie fœtale spécialisé. Après un nouveau contrôle de la vitalité du bébé, la position du placenta, la quantité de liquide amniotique et tous les organes susceptibles d'être porteurs de malformations majeures (cœur, cerveau, visage, estomac, reins, intestins, vessie) seront contrôlés. Cette vérification, bien que poussée, ne permet pas d'éliminer tout risque d'anomalies, dont certaines peuvent être manquées ou se développer plus tard. Les compétences de l'opérateur, la performance de la

machine, la position du bébé au moment de l'examen, un surpoids de la mère ou la nature de la peau de son ventre (présence de cicatrices) influencent en partie le degré de précision de l'examen. Ces éléments ne remettent toutefois pas en cause sa fiabilité ! A la demande des parents, le sexe du bébé peut aussi être connu.

Combien ça coûte ?

La tarification dépend de beaucoup de paramètres, parmi lesquels la nature même des investigations ou le trimestre au cours duquel l'échographie est réalisée. Il s'agit d'un examen relativement bon marché, dont le coût varie d'une centaine de francs à 200 francs. Il est exceptionnellement beaucoup plus cher pour une échographie poussée dans un centre spécialisé.

Cet examen est-il risqué pour la santé de la mère et/ou du bébé ?

L'échographie fœtale est devenue un examen de routine du suivi de grossesse dans les années 80. Depuis, la technique est en constante évolution, ses performances ne cessent de s'accroître et on a beaucoup de recul sur elle. On peut affirmer qu'elle est sans risque pour la mère et l'enfant, à condition de respecter les précautions qui s'imposent, comme par exemple ne pas rester trop longtemps sur une zone.

A quoi sert l'échographie 3D ?

L'échographie en trois dimensions n'est pas un gadget. Les trois plans permettent de reconstruire un organe pour une meilleure visibilité. Cela est particulièrement utile pour le praticien dans le cas d'anomalies, mais pour les parents également. En présence d'une fente labiale par exemple, la 3D a l'avantage de donner une image très réaliste du visage du bébé et permet ainsi aux parents de se familiariser avec lui au-delà du handicap. Tous les médecins n'en sont pas équipés, mais si les conditions le permettent (quantité de liquide amniotique suffisante, position visible du bébé, etc.) et si les parents le souhaitent, la 3D peut être proposée. Ces images sont perçues souvent très différemment, aussi bien extraordinaires que monstrueuses. +

Dossier électronique du patient: **un projet d'avenir pour médecins et patients**



Evolution Le dossier électronique du patient rend accessibles en ligne des données médicales enregistrées par différents professionnels de la santé et qui sont pertinentes pour son traitement. Ce dossier lui permet en outre d'accéder lui-même à ses données médicales et de déterminer si, et dans quelle mesure, les professionnels de la santé peuvent en prendre connaissance.

TEXTE MARC BALAVOINE, AVOCAT PHOTO ROMAIN GRAF

A l'heure actuelle, la plupart des professionnels et des institutions de santé ont l'obligation de tenir un dossier concernant leurs patients. Les médecins, établissements hospitaliers, pharmaciens ou encore les laboratoires d'analyses médicales sont ainsi tenus de consigner les données médicales de leurs patients dans un dossier. Il s'agit d'une source d'informations essentielle dans la prise en charge du patient. On y trouve, par exemple, le résultat des examens pratiqués et des analyses effectuées, les diagnostics posés et les soins prodigués par le médecin.

Cette source d'informations est cependant éparpillée. Chaque prestataire consulté recueille en effet une partie de l'histoire médicale du patient, sans que celle-ci soit forcément accessible aux autres intervenants. Le médecin du service d'urgences d'un hôpital n'aura, par exemple, pas accès aux données

médicales recueillies au préalable par ses confrères ou aux résultats d'analyses déjà effectuées. Pour décider du traitement à prodiguer, il devra donc se fier aux indications données par le patient lui-même et, parfois, répéter des examens qui ont déjà été effectués.

Cette dispersion des données médicales est problématique à plusieurs égards. Une information incomplète ou inexacte est susceptible d'entraîner un diagnostic erroné ou une décision thérapeutique inadéquate, ce qui influe négativement sur la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient.

Le manque d'informations engendre en outre des coûts, la recherche et la vérification de celles-ci prenant du temps aux prestataires. Imprécises ou incomplètes, elles sont par ailleurs susceptibles d'entraîner la répétition d'actes ou d'examens superflus.

Pour le patient, le dossier médical tel qu'il existe actuellement n'est pas parfait. En

pratique, il est rare que ce dernier y ait accès spontanément. Par ailleurs, compte tenu des délais de conservation du dossier médical (en règle générale dix ans), certaines données disparaissent avec le temps.

Le dossier électronique du patient pallie ces problèmes. Il permet en effet tant aux professionnels de la santé qu'aux patients d'accéder aux informations médicales pertinentes pour le traitement, et ce de façon centralisée et sans limite de temps. En ce sens, le dossier électronique du patient offre plus qu'un simple enregistrement électronique des données médicales. En effet, il est possible de mettre en réseau ces données de sorte que tous les intervenants impliqués dans la prise en charge du patient puissent y accéder si celui-ci y consent.

Un cadre juridique nouveau est en cours d'élaboration afin de déterminer les conditions nécessaires à la création et à l'exploitation du dossier électronique du

patient. Faisant œuvre de pionnier dans ce domaine, le canton de Genève s'est par exemple doté d'une législation spécifique en la matière en adoptant, le 14 novembre 2008, la loi sur le réseau communautaire d'informatique médicale. Sur la base de ce texte, le projet pilote e-Toile, qui permet un échange de données médicales par le biais d'un réseau informatique, a été mis sur pied. Il a abouti à la création de MonDossierMedical.ch, un système sécurisé de partage de documents médicaux informatisés disponible sur l'ensemble du canton de Genève depuis le mois de mai 2013.

Une loi sur le dossier électronique du patient est également en préparation au niveau fédéral. Celle-ci doit définir des conditions-cadres uniformes applicables au dossier électronique du patient dans tout le pays.

Le Conseil fédéral a adopté le 29 mai 2013 un projet de loi sur le dossier électronique du patient. Selon celui-ci, le dossier électronique serait facultatif pour le patient. Ce dernier pourrait librement déterminer

les personnes ayant le droit d'y accéder. Les professionnels de la santé n'auraient, quant à eux, pas l'obligation d'utiliser le dossier électronique, à l'exception des hôpitaux pratiquant à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. La sécurité des données serait en outre garantie, notamment par une certification des outils de communication ainsi qu'une procédure d'identification sécurisée des patients et des professionnels de la santé.

Le projet de loi sur le dossier électronique du patient doit maintenant être examiné par les Chambres fédérales. Il n'est donc pas encore possible de dire si et dans quel délai une réglementation uniforme pour toute la Suisse verra le jour. Le Conseil fédéral espère cependant mettre en vigueur la loi en 2015.

En dépit de ces incertitudes, on ne peut que se réjouir de l'évolution législative qui s'amorce. A terme, la qualité et l'efficacité du système suisse de santé bénéficieront en effet de l'introduction du dossier électronique du patient au niveau fédéral.

Cela étant, si le cadre juridique est en passe d'être adopté, le succès de ce nouvel outil n'est pas encore acquis. La mise en œuvre du dossier électronique du patient suppose en effet des moyens financiers et techniques importants dont la mise en œuvre dépend essentiellement de la bonne volonté des prestataires de soins. Or, ces derniers n'ont, pour la plupart, aucune obligation d'utiliser un dossier électronique à teneur du projet de loi. Le financement des investissements nécessaires à l'instauration du dossier électronique du patient n'est en outre pas assuré. La Confédération n'entend pas subventionner ces frais. Elle demande au contraire que ceux-ci soient compensés par une augmentation des tarifs qui devra être négociée entre les professionnels de la santé et les assureurs sociaux. Sans aide financière, il existe donc un risque que la population ne profite pas de cette innovation. Espérons donc que le législateur mobilisera les moyens nécessaires. +

PUBLICITÉ

DANS SES RÊVES,
SA MAMAN NE DEVAIT
PAS ÊTRE INVALIDE.



orphelin.ch

UNE COUVERTURE
DÉCÈS - INVALIDITÉ DÈS 4 CHF/MOIS



Je suis un Monsieur Hibou

Interview Eternel optimiste, Henri Dès nous livre sa vision de la vie et de la santé. Un homme sain qui fait tout pour le rester.

TEXTE ELODIE LAVIGNE PHOTO DANIEL BALMAT

Une interview sur la santé, est-ce indiscret ?

Non, cela ne l'est pas pour moi car je vais plutôt bien. Ce serait différent si ce n'était pas le cas.

Quelle place tiennent les préoccupations autour de la santé dans votre vie ?

La santé est essentielle pour moi. Je ne suis pas hypocondriaque, mais je considère que c'est la base de notre existence. Si on n'y fait pas attention, cela ne va pas. Je n'ai jamais exagéré de quoi que ce soit et je tiens beaucoup à ma santé. J'ai des copains fumeurs, d'autres qui ont abusé de produits, de bonne chair et qui sont complètement détruits. Quand on a 40 ans, on se ressemble tous d'une certaine façon, ce n'est que plus tard, à mon âge (*ndrl* 72 ans), qu'un écart s'installe entre ceux qui ont fait des excès et les autres. Ces phénomènes existent dans tous les milieux, pas seulement dans celui de la musique. Moi j'aimerais mourir en bonne santé.

Vous êtes donc attentif à votre hygiène de vie ?

Oui, je fais très attention. Je fais moi-même à manger, je prépare des portions modestes, je ne sors pas de table « bourré ». Je bois pour le plaisir, mais

pas pour me saouler. Je connais des gens qui boivent pour s'enivrer, qui mangent trop, qui ont des problèmes de cholestérol, de cœur et qui après se lamentent. J'avoue que cela m'énerve un peu. À côté de cela, je fais du sport. J'ai de la chance d'avoir une piscine, je fais chaque matin une demi-heure à 45 minutes d'exercices de respiration et de l'apnée pour augmenter mes capacités respiratoires en vue de mes spectacles, pour être à l'aise sur scène. Mais je fais aussi tout ça pour le plaisir, c'est moins une contrainte qu'une réflexion sur moi-même.

Êtes-vous acteur dans votre santé ?

Oui, je suis un bon patient. Je suis plutôt du genre à anticiper les choses. Par exemple, j'ai décidé de renouveler mon dépistage du cancer du côlon. La coloscopie est un mauvais moment à passer, ce n'est pas rigolo, mais il vaut mieux que cela soit derrière soi, savoir si on a des risques d'être malade et pouvoir réagir en conséquence. Je fais par ailleurs des contrôles réguliers, la tension, le cholestérol, etc. pour vérifier que tout va bien.

Quel rôle joue la psyché dans la santé ?

Le soma et la psyché s'influencent

mutuellement. Tant que mon corps ne m'envoie pas de mauvais signaux, cela veut dire que je vais bien. On apprend cela en sophrologie.

Vous pratiquez la relaxation ?

Oui, j'ai connu la sophrologie il y a 40 ans avec le Pr Abrezol. J'ai eu l'impression d'avoir acquis un bagage formidable pour m'occuper de moi tout seul. C'est une façon d'agir qui permet d'anticiper bien des problèmes. Cela m'est utile en particulier pour maîtriser mon trac avant d'entrer sur scène. Je n'ai jamais eu besoin de produits bizarres.

Êtes-vous ouvert aux médecines douces ?

Oui, je ne prends jamais rien contre le rhume, je ne fais pas le vaccin contre la



A 72 ans, le chanteur affiche toujours un optimisme inébranlable.



grippe et je ne suis jamais malade. Je me souviens, à l'Olympia, les gens tous-saient et s'étonnaient que je ne sois pas vacciné. Je fais attention, je sors couvert et tout va bien. Si les petits problèmes peuvent se régler avec des produits naturels, j'en prends. Pour le reste, je me soigne avec des médicaments ou je fais ce qu'il faut.

Êtes-vous fidèle à votre médecin ?

Oui, j'ai un médecin de famille qui me connaît depuis longtemps et qui est un ami. Je lui fais confiance. Quand il me demande d'aller faire d'autres examens chez un spécialiste, je le fais.

Vous avez l'âge de la retraite, est-ce une réalité qui vous échappe totalement ?

Oui, la retraite est une notion qui m'est étrangère, mais j'estime que c'est une chance. Evidemment, je suis plus vite fatigué. Les spectacles et tout ce qu'il y a autour - les répétitions, les voyages, les interviews avec les journalistes, les gens qui veulent me rencontrer après les concerts, les autographes et les bisous - c'est certes agréable mais aussi lourd à gérer. Je ne me voile pas la face, je sais l'âge que j'ai, je ne peux pas être aussi solide qu'à 35 ans, mais j'adapte mon emploi du temps. Chaque jour je fais une belle sieste en début d'après-midi.

Est-ce que vieillir vous ennue ?

Non, c'est la vie. Cela ne m'a jamais énervé de passer d'une dizaine à l'autre. Il y a des gens qui, déjà à vingt ans, s'en plaignent. Il faut vivre avec. Je profite de

la vie, de ma femme, de mes enfants, de mes petits-enfants. Les plaisirs sont différents avec l'âge, je n'ai plus envie de grands voyages par exemple, et j'aménage mon temps différemment.

Êtes-vous inquiet en général, pour vous-même ou pour vos proches ?

La mort de mes proches me fait plus peur que la mienne. Dans la vie, on ne peut pas être confiant bêtement. Je suis attentif à ce que font mes enfants, je suis inquiet pour eux, j'ai peur pour mon fils qui fait de la scène et qui voyage beaucoup sur les routes, qui rentre tard, je ne sais pas s'il dort assez. Bien sûr, la mort d'un proche est la pire chose qui puisse arriver, mais on ne peut pas vivre en ne pensant qu'à ça. Je ne me demande pas ce que je ferai si cela arrivait.

“La source du bonheur n'est pas dans l'argent ou dans tout le falbala de la vie, mais dans le reste”

Vous-même avez-vous déjà frôlé la mort ?

Non, jamais.

Êtes-vous engagé pour des causes solidaires ?

Je suis sensible et je sais ce qu'il se passe autour de moi. Je suis parrain d'une quinzaine d'associations qui militent pour le Sida, les maladies orphelines, infantiles, etc. Je me sens assez proche de ces réalités. Il est difficile d'y accorder beaucoup de temps malgré tout, mais j'écris des chansons.

Vos chansons sont-elles un antidote à la morosité ?

Je pense, oui. Je n'écris pas des chansons qui racontent des histoires tristes comme la douleur d'un enfant malade, car je pense justement que dans une telle situation, on a besoin de gaieté et d'optimisme. C'est ce que font les clowns dans les hôpitaux d'ailleurs. Je chante plutôt des chansons qui font du bien et

qui vont aider. C'est essentiel pour sortir un peu du côté pénible de la maladie. Beaucoup de gens m'en parlent d'ailleurs. L'optimisme de mes chansons est utile et leur fait du bien.

L'optimisme est une seconde nature chez vous ? Qui vous l'a transmis ?

Oui, je suis né comme ça et je l'ai cultivé. Même quand quelque chose de négatif arrive, je sais que ça ne l'est jamais complètement et je cherche tout de suite ce qu'il y a de positif. Je me demande quoi en faire, quelle façon en tirer et comment

je peux rebondir. J'amène cette positivité-là dans mes chansons.

Vous êtes très zen...

Oui. Je me souviens d'un musicien lors d'une tournée complètement paumé dans sa vie, il se posait des questions complexes et me demandait mon avis. Bien sûr, quand on est plongé dans ses propres difficultés, c'est plus compliqué de les analyser. Mais je l'écoutais et je lui donnais mon avis, répondais à ses questions si bien qu'il m'avait surnommé Monsieur Hibou.

Quels trucs vous aident en particulier ?

La sophrologie m'a beaucoup aidé, sinon, j'utilise le système de la page blanche. A gauche, je note le négatif, à droite le positif. En fonction de la page qui est la plus remplie, le choix est vite fait. Cela fonctionne assez bien. En général, je me rappelle que la source du bonheur n'est pas dans l'argent ou dans tout le falbala de la vie, mais dans le reste. +

PUBLICITÉ

EndWarts® stop verrues!

Les verrues sont un problème pénible qui ne touche pas seulement les adultes, mais aussi fréquemment les enfants et les adolescents. Ainsi, une étude hollandaise a observé la présence de verrues chez un tiers des enfants âgés de 4 à 12 ans. Les verrues sont causées par un virus et peuvent se trouver sur les mains, les pieds ou d'autres endroits du corps. Les personnes souffrant de verrues sont rarement satisfaites des traitements actuels qui sont en partie inefficaces, fastidieux, longs et douloureux.

Se débarrasser facilement des verrues

Avec EndWarts®, il est possible de se débarrasser facilement du tracassant que sont les verrues des mains, des pieds et du reste du corps. Il suffit d'appliquer la solution sur la verrue à l'aide d'un coton-tige seulement **une fois par semaine**. D'absorption rapide et indolore, la solution permet de traiter sans problème plusieurs verrues à la fois. La majorité des verrues disparaissent totalement après 5 à 10 applications. EndWarts® peut être utilisé chez l'enfant de moins de 4 ans, toujours en respectant les précautions d'emploi.

Son principe actif: l'acide formique

EndWarts® contient comme principe actif l'acide formique. La solution imprègne la verrue, la dessèche et permet finalement au système immunitaire de l'organisme de l'éliminer complètement. L'efficacité d'EndWarts® a également été analysée dans le cadre d'une étude. On a observé une disparition des verrues chez 92% des participants.



Une meilleure qualité de vie grâce au clip pour valve mitrale

Epuisement au moindre effort, essoufflement à chaque pas et vertiges au changement de position en station debout: voici souvent à quoi ressemble le quotidien des patients souffrant d'insuffisance cardiaque due à la fuite d'une valve cardiaque. Il existe néanmoins une nouvelle méthode de traitement pour les personnes âgées pour lesquelles une opération serait trop risquée: un clip, qui peut leur rendre la vie plus facile.



pendant l'intervention, il n'est pas nécessaire d'avoir recours à une machine cœur-poumon et le stress physique est réduit pour le patient. En général, les patients se rétablissent rapidement et peuvent sortir de l'hôpital un ou deux jours après l'opération, fin prêts pour profiter de la vie.



Prof. Dr Eric Eeckhout
Directeur des laboratoires de cathétérisme
CHUV, Lausanne

Chez les patients présentant une valve mitrale défectueuse – l'une des quatre valves cardiaques –, le cœur ne parvient plus à pomper efficacement le sang. Ils sont donc constamment essoufflés et en état de faiblesse. Bien qu'un traitement médicamenteux puisse les soulager, il ne remédie pas à la cause du problème et la chirurgie valvulaire à cœur ouvert n'est généralement pas une option pour les patients âgés atteints de plusieurs maladies concomitantes. Mais un nouveau traitement est aujourd'hui disponible: il s'agit d'un petit clip qui est placé dans le cœur à proximité de la fuite dans la valve mitrale. Cette opération soulage le cœur, moins sollicité, et permet au patient de mieux respirer et gérer son quotidien. Plus de 8000 patients ont déjà profité de cette nouvelle méthode.

Cette nouvelle procédure est peu invasive: le clip est inséré via un vaisseau sanguin dans l'aîne et amené à l'endroit voulu dans le cœur à l'aide d'un cathéter, où il stoppe la fuite de la valve mitrale. Le cœur battant normalement

Quand avez-vous implanté pour la première fois un clip mitral et avec quels résultats?

Nous avons posé le premier clip à un patient du CHUV l'année dernière. La procédure s'est parfaitement déroulée. Et dans les jours qui ont suivi, nous avons utilisé cette nouvelle technique sur deux autres patients, toujours avec de très bons résultats.

Quels bénéfices en attendez-vous pour vos patients?

Le clip permet de réduire efficacement la régurgitation mitrale, c'est-à-dire de traiter une valve mitrale qui fuit, et fait ainsi en sorte que le cœur fonctionne mieux. Cette procédure entraîne une amélioration des symptômes d'essoufflement et de fatigue notamment, et les patients bénéficient donc d'une meilleure qualité de vie. Des études ont montré que cette nouvelle technique est une réussite dans plus de 90% des cas et est totalement sûre lorsqu'elle est mise en œuvre par des spécialistes expérimentés.

Pour quels patients en particulier recommanderiez-vous la pose de ce nouveau clip?

En général, l'opération est la référence pour traiter les patients avec une valve mitrale déficiente. Mais jusqu'ici, ceux pour lesquels l'opération présente un risque trop élevé car ils souffrent d'autres maladies ou sont très âgés ne pouvaient être traités qu'à l'aide de médicaments. Ce groupe de patients peut maintenant bénéficier d'une nouvelle option thérapeutique mini-invasive qui leur permet d'avoir une meilleure qualité de vie par la suite.

«Avant qu'on me pose le nouveau clip, j'avais du mal à respirer et à monter des pentes. Avec le nouveau clip, j'ai bénéficié d'une option thérapeutique grâce à laquelle je me sens beaucoup mieux. Aujourd'hui, je suis moins fatigué, je respire normalement et je ne souffre plus de troubles du rythme cardiaque. Cela me permet donc de pratiquer de nouveau plus facilement mon sport favori, le golf.»

Patient, 86 ans



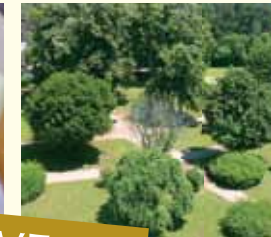
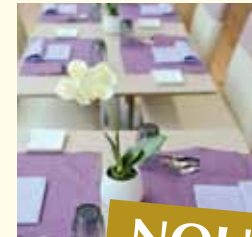
Pourquoi choisir une clinique dédiée en suite de soins et réadaptation ?

La Clinique Bois-Bougy propose une prise en charge globale avec une équipe multidisciplinaire. Elle bénéficie d'un plateau technique novateur et de pointe.

D'autre part, la Clinique Bois-Bougy dispose d'un centre ambulatoire permettant le suivi et l'accueil de jour des patients.

Mon assurance couvre-t-elle mon séjour ?

Des accords ont été passés avec les assurances en privé et demi-privé; le service des admissions répondra à toutes vos questions et simplifiera vos démarches administratives.



NOUVEAU

Première en Suisse Romande

Une Clinique entièrement dédiée à la Réadaptation et aux Suites de Soins

Un établissement de standing

Proche des rives du lac Léman, entre Genève et Lausanne et facilement accessible, la clinique vous accueille dans un écrin de verdure.

Vous disposerez d'une chambre spacieuse, simple ou double, équipée d'une salle de bain individuelle et d'un mobilier à l'ergonomie réfléchi.

Les repas sont préparés par un chef cuisinier soucieux de l'équilibre et des consignes médicales.

Traitements et Soins

La Clinique Bois-Bougy s'intègre dans un réseau de soins comprenant les services de chirurgie et de médecine hospitalière, ainsi que des médecins installés en pratique privée. Ses principaux domaines d'activités sont:

- La réadaptation
- La médecine interne
- Les soins post-opératoires
- La gériatrie
- La médecine du sport

Des professionnels à votre service

Des médecins spécialisés, expérimentés et reconnus ainsi qu'une équipe multidisciplinaire animent le projet de soins avec:

- Soins infirmiers spécialisés
- Physiothérapie
- Ergothérapie
- Psychomotricité
- Psychologie et neuropsychologie
- Logopédie
- Diététique

Espace bien-être et loisirs

La clinique a été conçue pour permettre d'allier bien-être et soins au quotidien grâce aux espaces de détente conviviaux aménagés pour recevoir vos proches.

Un salon de coiffure ainsi qu'un espace multimédia sont à votre disposition tout au long de votre séjour.

La clinique au quotidien :

- Des horaires de visites, tous les jours de 11h à 20h
- Une zone dédiée à l'accueil des enfants
- Un kiosque
- La possibilité de convier vos proches aux repas

Contactez nous pour toute question :

+ 41 22 436 36 01
www.bois-bougy.ch
admission@bois-bougy.ch

Clinique Bois-Bougy
Avenue de Bois-Bougy 5
CH - 1260 Nyon

CLINIQUE BOIS-BOUGY

SUITES DE SOINS SPÉCIALISÉS - CTR PRIVÉ