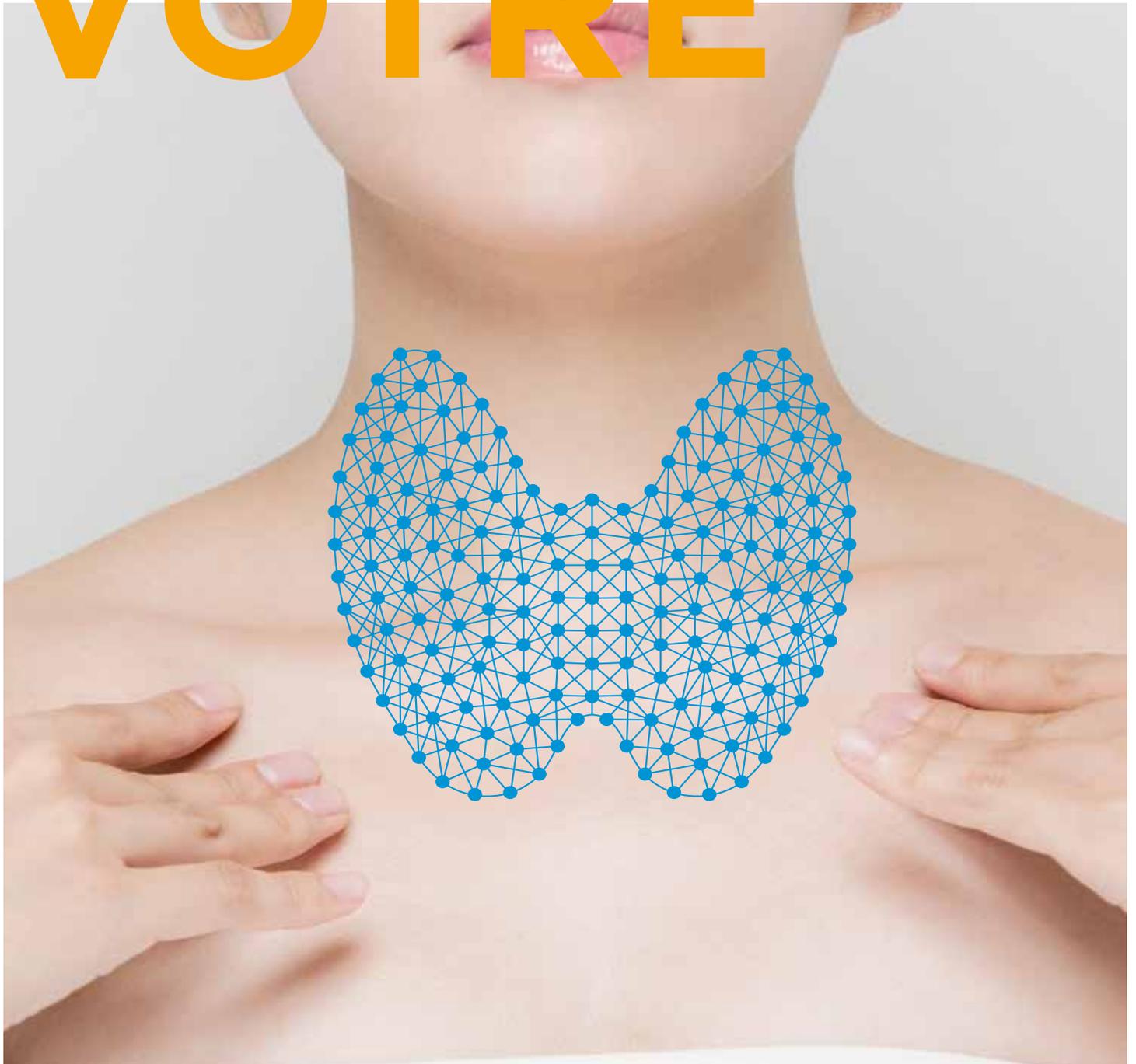


CLINIQUEMENT VÔTRE

N° 24
HIVER 2018-2019



EXPERT
DE LA COHABITATION
DE L'HOMME
AVEC LA MACHINE

THYROÏDE
UNE CHIRURGIE
MINI-INVASIVE
SANS CICATRICE

**VIOLENCES
OBSTÉTRICALES**
LE POINT DE VUE
D'UN MÉDECIN



Free Call
0800 711 611

Spécialistes du
recrutement médical



Rue Saint-Martin 9
CH-1003 Lausanne

info@assisteo.ch
www.assisteo.ch

SOMMAIRE

CLINIQUEMENT VÔTRE
N° 24 - HIVER 2018-2019

- 5 NEWS**
Les actualités de Hirslanden
- 6 FOCUS**
Une chirurgie de la thyroïde
mini-invasive et sans cicatrice
- 10 L'INTERVIEW**
Dr Eamon Sharkawi
- 12 CHIRURGIE ET MÉDECINE**
Au cœur de l'anesthésie
- 14 LA QUESTION D'ACTU**
Les violences obstétricales
- 18 LA PAROLE AUX EXPERTS**
Prof. Alberto Bondolfi
- 20 CONFÉRENCE**
Chirurgie high-tech du dos
- 22 TÉMOIGNAGE**
Viviane Pedroni,
bénévole pour Mercy Ships

IMPRESSUM
Une publication pour le compte
des cliniques Bois-Cerf et Cecil
RESPONSABLE DU PROJET BOIS-CERF ET CECIL
Isabelle Beier
RESPONSABLE DE RÉDACTION Élodie Maître-Arnaud
RÉALISATION Inédit Publications SA
TIRAGE 25 000 exemplaires
IMPRESSION Courvoisier-Attinger SA/Bienne
PHOTOS Vanina Moreillon, Fotolia, DR

**VOUS NE SOUHAITEZ PLUS RECEVOIR
LE MAGAZINE CLINIQUEMENT VÔTRE?**

Envoyez un e-mail à
isabelle.beier@hirslanden.ch



UNE VÉRITABLE COLLABORATION ENTRE LE MÉDECIN ET LE PATIENT

Le patient doit désormais être considéré comme un acteur du parcours de soins. Il doit ainsi pouvoir choisir son établissement de santé, être impliqué dans les décisions thérapeutiques qui le concernent et obtenir des réponses à ses interrogations de la part des soignants. Aujourd'hui en effet, un échange valorisant et une véritable collaboration s'installent entre le médecin et son patient. Le médecin n'est plus souverain dans la prise de décision; il doit informer son patient sur les différentes possibilités de traitement afin que ce dernier puisse faire valoir ses préférences.

À notre avis, les exigences des patients vont encore évoluer dans les années à venir, notamment en ce qui concerne le temps d'attente et le confort de la prise en charge, ou encore la question de la transparence. Autant d'éléments en lien avec le concept de *Patient Experience* (expérience patient), qui repose précisément sur ces interactions entre le patient et l'ensemble des équipes impliquées dans le parcours de soins, qu'il est capital d'améliorer. Il est tout aussi important de ne pas négliger les attentes des patients quant à la disponibilité de certains services médicaux.

La médecine ambulatoire hospitalière continue par ailleurs de se développer, principalement en chirurgie, avec l'hôpital de jour. Ce virage ambulatoire est aujourd'hui clairement amorcé et nous mettons tout en œuvre pour répondre aux attentes de nos patients. C'est un défi qu'il nous tient à cœur de relever.

À l'aube de cette nouvelle année, nous souhaitons vous assurer de notre présence à vos côtés. Nous vous remercions pour la confiance que vous nous avez accordée en 2018 et vous adressons, ainsi qu'à vos proches, nos meilleurs vœux de bonne santé pour 2019.



Cédric Bossart
Directeur
de la Clinique Bois-Cerf



Jean-Claude Chatelain
Directeur
de la Clinique Cecil

Protégeons le monde dans lequel nos enfants naîtront

WIRZ

Comme beaucoup d'autres glaciers et régions arctiques, le Langgletscher, situé dans le Lötschental en Valais, est fortement menacé par les changements climatiques. Notre vie et les paysages qui nous entourent sont de plus en plus influencés par la montée des températures. Veillons à transmettre à nos enfants une nature intacte. **Mobilisons-nous pour la préservation du climat.**



NEWS

CONCOURS BRAVO!

Sept institutions de santé de Suisse romande ont brigué le podium lors du premier «Quiz Care». Mais ce sont les cliniques Hirlanden Lausanne qui ont remporté la victoire. Au cours de ces olympiades des soins, notre équipe a été soumise à une batterie de questions rédigées par un comité scientifique. Si nos collègues sont rentrés un peu enroutés et fatigués, la victoire et le bonheur partagés ont effacé tous les maux!

MATERNITÉ PAPAS ET NOUVEAUX PAPAS

La maternité Cecil a le plaisir de vous proposer des rencontres de groupe avec Julien, sage-femme au sein de la clinique. Cette rencontre a pour but de vous permettre d'échanger avec notre sage-femme ainsi qu'avec les autres papas présents, de poser vos questions, de partager vos expériences, inquiétudes ou instants de bonheur accompagnant l'arrivée de votre enfant.

La prochaine rencontre aura lieu le samedi 2 mars, de 9h30 à 12h. Inscriptions sur www.hirlanden.ch/fr/clinique-cecil



DES VIDÉOS SUR L'IPAD

Sur la version iPad du magazine *Cliniquement VÔtre* disponible sur l'App Store, retrouvez nos vidéos exclusives du trimestre.

Les vidéos sont aussi sur YouTube: www.youtube.com/user/IneditPublications

LES ACTUALITÉS DE HIRSLANDEN



RÉSEAUX MA CLINIQUE EST CONNECTÉE

- Les cliniques Bois-Cerf et Cecil sont présentes sur Facebook et Twitter:
www.facebook.com/hirlandenromandie
www.twitter.com/hirlandenrmd
- Visitez aussi notre chaîne YouTube et abonnez-vous afin de visionner l'ensemble des vidéos médicales réalisées par le groupe Hirlanden:
www.youtube.com/hirlanden
- Ne manquez pas de consulter le blog du groupe de cliniques privées Hirlanden:
<https://blog.hirlanden.ch/fr>

QUESTIONS DE SANTÉ CONFÉRENCE HIRSLANDEN

Hirlanden Lausanne organise quatre fois par an des conférences médicales publiques dans le cadre du cycle «Questions de santé». Retrouvez le programme des prochains événements et les résumés des conférences passées sur www.hirlanden.ch/conferences



THYROÏDE UNE CHIRURGIE MINI-INVASIVE SANS CICATRICE

PLUSIEURS TECHNIQUES DE CHIRURGIE DE LA THYROÏDE ALTERNATIVES À LA CERVICOTOMIE ONT ÉTÉ DÉVELOPPÉES. PARMI CELLES-CI, UNE APPROCHE PAR LA BOUCHE. LE POINT AVEC LE DOCTEUR JORDI VIDAL FORTUNY, SPÉCIALISTE EN CHIRURGIE GÉNÉRALE ET ENDOCRINIENNE, ET PIONNIER DE CETTE TECHNIQUE EN SUISSE.

Située à la base du cou, en avant de la trachée, la thyroïde est une glande endocrine en forme de papillon, contrôlée par le cerveau. Chacun de ses lobes fait à peine la taille d'un pouce; elle joue pourtant un rôle majeur pour réguler le fonctionnement de nombreux systèmes de notre corps. Lorsque ce chef d'orchestre perd la mesure, une prise en charge thérapeutique s'impose (*lire l'encadré*). Dysfonctionnements, augmentation de volume, cancers, certaines pathologies peuvent être traitées par des médicaments, mais lorsque ces traitements échouent ou sont insuffisants, la chirurgie doit être envisagée. La chirurgie classique par cervicotomie implique une incision au niveau du cou afin de retirer tout ou partie de la glande. Il en résulte une cicatrice horizontale visible, de quelques centimètres. De nouvelles approches extra-



APPROCHE VESTIBULAIRE
Le chirurgien réalise trois petites incisions à l'intérieur de la bouche du patient afin de faire passer les instruments nécessaires à la thyroïdectomie.

cervicales ont toutefois été développées. Parmi elles, la thyroïdectomie transorale endoscopique par approche vestibulaire. «C'est la seule technique extra-cervicale minimalement invasive», relève le Dr Vidal Fortuny. Spécialiste en chirurgie générale et endocrinienne, il est pionnier de cette méthode en Suisse.

TECHNIQUES CHIRURGICALES

Afin de réaliser cette approche vestibulaire, le chirurgien procède à trois petites incisions sur la partie interne de la lèvre inférieure (à l'intérieur de la bouche du patient). Ces incisions permettent de faire passer les instruments nécessaires à l'intervention; c'est aussi par là que le chirurgien sortira la thyroïde ou la partie de thyroïde réséquée. En cas de besoin et pendant l'opération, le chirurgien peut toujours décider de revenir à la voie classique. D'autres techniques alternatives à la cervicotomie ont également été développées. Diverses voies d'abord sont ainsi utilisées: par l'arrière de l'oreille (approche rétroauriculaire), par l'aisselle (approche axillaire) ou en combinant un accès par l'aisselle et un accès par la peau des mamelons (approche dite BABA) – la première et la deuxième approches nécessitant l'utilisation d'un robot opératoire.

«Ces alternatives seront bientôt obsolètes. L'approche transvestibulaire est non seulement

plus directe, mais elle entraîne aussi moins d'inconfort postopératoire pour le patient.» Selon le Dr Vidal Fortuny, l'approche par voie buccale est en effet plus simple, car la distance pour atteindre la glande est courte. Et ce n'est pas le seul avantage en comparaison des autres techniques extra-cervicales. L'approche vestibulaire permet ainsi d'intervenir en toute sécurité sur les deux lobes thyroïdiens sans incision supplémentaire; par ailleurs, elle ne nécessite pas de décoller une grande surface de tissu pour accéder à la glande. «Et puis, sur le plan anatomique, il n'y a rien à réapprendre par rapport à la voie classique, puisque seul l'angle de vue est différent.» Tous les patients ne sont toutefois pas éligibles à cette technique. «Il y a notamment une question de volume de la glande, l'espace de travail est restreint et il faut sortir la thyroïde ou les parties réséquées par une incision beaucoup plus petite qu'en cas de chirurgie au cou.»

INDICATIONS OPÉRATOIRES

C'est lorsque les traitements médicamenteux ne sont pas adaptés, qu'ils échouent ou qu'ils sont insuffisants, ou bien lorsque l'on n'est plus en mesure de contrôler la pathologie, qu'une intervention chirurgicale doit être envisagée afin de réséquer tout ou partie de la thyroïde. Quand c'est possible, le chirurgien privilégie en effet l'ablation d'un seul lobe thyroïdien, celui où se trouve l'affection. «Dans de nombreux cas, la thyroïde va retrouver un fonctionnement normal après une ablation partielle. On évite ainsi aux patients de devoir prendre des hormones thyroïdiennes à vie.»

En ce qui concerne les pathologies fonctionnelles, les chirurgiens interviennent essentiellement dans des cas d'hyperthyroïdie. La chirurgie de l'hypothyroïdie est en effet très rare. Pour la pathologie du volume (goitre), le Dr Vidal Fortuny explique que l'indication opératoire dépend de la clinique fonctionnelle ou compressive (problèmes de voix, de déglutition et/ou de respiration), ainsi que de la taille, du degré de suspicion de malignité et du posi-



QUAND LA THYROÏDE PERD LA MESURE...

«On distingue trois grandes catégories de pathologies thyroïdiennes», explique le Dr Vidal Fortuny. «Les pathologies fonctionnelles, de volume et oncologiques.»

Les altérations fonctionnelles sont en général symptomatiques. Gain de poids, intolérance au froid, fatigue, contractures musculaires, tendance à la constipation ou encore déficit de concentration sont ainsi révélateurs d'un ralentissement de la fonction thyroïdienne, appelé hypothyroïdie. À l'inverse, lorsque la glande travaille en sursurmenage, le patient peut ressentir des palpitations, de la fatigue, de la nervosité et une intolérance au chaud, et observer une perte de poids ou encore des diarrhées. On parle alors d'hyperthyroïdie. Les altérations fonctionnelles sont souvent la cause de troubles menstruels.

La pathologie du volume (goitre) et les affections oncologiques (cancers) n'entraînent quant à elles pas automatiquement un dysfonctionnement de la glande.

tionnement des nodules. «L'aspect esthétique est pris en compte, en particulier chez les jeunes patients.» De même, la plupart des nodules dont l'évolution est impossible à contrôler doivent être retirés.

«Pour les pathologies oncologiques, le seul traitement valable à l'heure actuelle est la chirurgie. Des progrès considérables ont été faits il y a quelques années. Alors que l'on procédait systématiquement à une ablation totale de la glande, on peut désormais envisager une hémithyroïdectomie pour les cancers à bon pronostic.» Un suivi à long terme du patient permet ensuite de contrôler la santé de la partie restante de la thyroïde.

ET APRÈS?

«La chirurgie de la thyroïde présente normalement peu de complications postopératoires.» Citons les saignements, les lésions du nerf de la voix pouvant entraîner des modifications du timbre, ainsi que les risques de fausse route ou les problèmes respiratoires. Le chirurgien prête aussi une grande attention à préserver les glandes parathyroïdes impliquées dans le métabolisme du calcium. «Il est important de discuter de l'ensemble des risques avec le patient avant l'intervention.» Un traitement hormonal de substitution à vie est systématiquement prescrit après une thyroïdectomie totale; sa nécessité est appréciée au cas par cas

quand il y a eu ablation partielle de la glande. L'incidence des complications postopératoires de l'approche vestibulaire n'est pas plus élevée que celle des thyroïdectomies traditionnelles. «Le gros avantage de cette technique pour le patient est l'absence de cicatrice visible.» Autre avantage important: la réduction des douleurs postopératoires. «Le patient peut généralement rentrer chez lui deux jours après l'intervention.» Il doit néanmoins être très attentif aux plaies dans la bouche, ce qui implique de suivre quelques mesures d'hygiène et d'alimentation, avec une reprise progressive de cette dernière dans les quatre jours suivant l'opération. «J'explique aussi au patient que l'on observe systématiquement une hyposensibilité transitoire du nerf mentonnier; les choses rentrent dans l'ordre au bout de trois semaines à deux mois.» ■

ÉLODIE MAÎTRE-ARNAUD

«L'APPROCHE TRANSVESTIBULAIRE EST NON SEULEMENT PLUS DIRECTE, MAIS ELLE ENTRAÎNE AUSSI MOINS D'INCONFORT POSTOPÉRATOIRE POUR LE PATIENT QUE LES AUTRES TECHNIQUES EXTRA-CERVICALES.»

DR JORDI VIDAL FORTUNY



« NOTRE NOUVEAU MODE OPÉRATOIRE PERMET DE SOIGNER COMPLÈTEMENT LE GLAUCOME »

SPÉCIALISTE EN CHIRURGIE OPHTALMIQUE, LE DOCTEUR EAMON SHARKAWI FIGURE PARMIS LES POINTURES EN MATIÈRE DE TRAITEMENT ET D'OPÉRATION DU GLAUCOME ET DE LA CATARACTE. RÉCEMMENT ARRIVÉ AU SEIN DU GROUPE HIRSLANDEN, IL DIRIGE LE CENTRE SWISS EYE À LAUSANNE.

Première cause mondiale de cécité irréversible, le glaucome figure parmi les maladies oculaires les plus graves. Affectant le nerf optique, ce trouble peut être traité de différentes manières: avec des gouttes, en recourant au laser ou en opérant. Spécialisé dans ces traitements, le Dr Eamon Sharkawi a donné des cours de formation aux

chirurgiens les plus compétents aux États-Unis et en Europe pour leur apprendre une nouvelle technique opératoire avant de l'introduire en Europe pour les enfants, puis en Suisse pour les adultes. Révolutionnaire dans ce domaine, elle permet de rééquilibrer la tension oculaire des patients et de retrouver une anatomie naturelle de l'œil.

Quelles sont les principales complications du glaucome?

Le glaucome se traduit généralement par une augmentation de la tension de l'œil. Un phénomène dû à l'accumulation du liquide contenu dans le globe oculaire. Ce liquide est normalement évacué dans l'angle entre l'iris et la cornée, à travers un canal nommé trabéculum. Le

glaucome, en altérant cette évacuation, va endommager le nerf optique suite à l'accumulation du liquide dans l'œil et à l'augmentation de la tension. Ce qui peut mener à la cécité si rien n'est fait.

La technique opératoire que vous pratiquez est une révolution dans le traitement de cette maladie. Expliquez-nous cela.

Il existe trois traitements pour le glaucome. Les gouttes, qui s'avèrent problématiques et irritantes à long terme, le laser et la chirurgie. La technique classique consistait à inciser le trabéculum à certains endroits depuis l'extérieur, puis à filtrer le liquide oculaire sous la conjonctive. Une opération qui, suite à la cicatrisation de la conjonctive chez certains patients, ne réduisait pas suffisamment la tension oculaire et pouvait en outre provoquer une hypotonie de l'œil. Cette complication grave se traduit par un affaissement de la structure oculaire. La technique de microchirurgie trabéculaire sur 360° que nous pratiquons consiste à opérer depuis l'intérieur de l'œil, afin de libérer le trabéculum dans toute sa circonférence.

Et quels sont les résultats pour les patients?

Cette technique permet de retrouver une bonne tension oculaire sans toucher à l'extérieur de l'œil, en utilisant un drainage physiologique naturel. On évite ainsi les effets secondaires pour 90% des patients opérés. Et les deux tiers d'entre eux n'auront même plus besoin d'utiliser des gouttes par la suite.

Comment savoir si l'on est atteint d'un glaucome?

C'est là une des principales difficultés, car cette maladie est difficile à détecter. Souvent indolore, sa présence peut se manifester par une légère modification de la vue. La présence du glaucome dans son cercle familial doit être prise au sérieux et l'on conseille généralement un dépistage chez un ophtalmologue dès 40 ans. Chez les personnes plus âgées, une cataracte non soignée peut également engendrer un glaucome. ■

PROPOS RECUEILLIS
PAR THOMAS PFEFFERLÉ

VOUS SOUHAITEZ FAIRE PARAÎTRE UNE ANNONCE PUBLICITAIRE DANS CLINIQUEMENT VÔTRE?

CONTACTEZ LAURA DI STEFANO
laura.distefano@inedit.ch
Tél. 021 695 95 83

AU CŒUR DE L'ANESTHÉSIE

EN CHIRURGIE CARDIAQUE, LES ANESTHÉSISTES ASSUMENT UNE TÂCHE TRÈS COMPLEXE NÉCESSITANT UNE ÉTROITE COLLABORATION AVEC LE RESTE DU CORPS MÉDICAL. LE POINT AVEC LE DOCTEUR DANIEL STEIGER, SPÉCIALISTE EN MÉDECINE INTENSIVE ET ANESTHÉSIOLOGIE À LA CLINIQUE CECIL.



L'anesthésie en chirurgie cardiaque nécessite une prise en charge du patient continue et très élaborée», explique le Dr Daniel Steiger. «Par rapport à d'autres chirurgies, le fait d'intervenir sur le cœur implique un suivi anesthésique prolongé et plus délicat, à l'aide d'un monitoring invasif.» Le chirurgien intervient en effet sur l'organe directement impliqué dans la régulation des paramètres vitaux du patient. Afin d'assurer la sécurité de ce dernier et lui offrir le meilleur confort possible, les anesthésistes jouent ainsi un rôle majeur. Il s'agit en effet de conserver ses paramètres vitaux les plus

proches possible de l'état d'éveil, tout en maintenant le patient dans un état de narcose complète nécessitant une ventilation artificielle. La grande majorité des interventions de chirurgie cardiaque se font sous anesthésie générale, de nombreuses opérations étant invasives et/ou nécessitant d'immobiliser le patient pendant plusieurs heures. Si le dosage des médicaments utilisés au cours de l'anesthésie constitue un aspect central de l'activité des anesthésistes, les connaissances de ces derniers en matière d'hémodynamique et d'échographie sont également essentielles.



«LE FAIT D'INTERVENIR SUR LE CŒUR IMPLIQUE UN SUIVI ANESTHÉSIQUE PROLONGÉ ET PLUS DÉLICAT, À L'AIDE D'UN MONITORING INVASIF.»

DR DANIEL STEIGER

CONSTANTES PHYSIOLOGIQUES SOUS HAUTE SURVEILLANCE

L'équipe médicale prend connaissance du dossier du patient dans les moindres détails avant de passer au bloc, ce qui permet notamment à l'anesthésiste d'adapter précisément la médication et les méthodes d'anesthésie. C'est grâce aux différents cathéters et drains posés sur le corps du patient qu'il s'assure de la stabilité de ses constantes physiologiques durant tout le déroulement de l'opération. Il intervient aussi régulièrement afin de modifier la profondeur de la narcose et/ou de l'analgésie.

Une des particularités de la chirurgie cardiaque est que le cœur doit parfois être arrêté momentanément pendant l'intervention, tandis que la circulation du sang est assurée de façon extracorporelle (CEC) grâce à une machine. Pendant cette phase de l'opération, l'anesthésiste se charge notamment de veiller au bon dosage des médicaments en les injectant directement dans le circuit de la CEC. Il veille ainsi de près au maintien du sommeil du patient, les substances anesthésiantes injectées pouvant être diluées par la perfusion de la CEC. Une fois l'intervention du chirurgien sur le cœur du patient effectuée, il s'agit de le faire repartir petit à petit. Un travail d'équipe dans lequel l'anesthésiste joue un rôle majeur. C'est notamment lui qui effectue les gestes très techniques de contrôle échocardiographique permettant au chirurgien de vérifier que tout a été réalisé correctement.

COLLABORATIONS MULTIPLES

«L'anesthésiste doit non seulement collaborer étroitement avec le chirurgien lors de l'intervention, mais également avec les infirmiers durant la phase postopératoire, lors du réveil notamment», ajoute le Dr Steiger. Une fois l'opération terminée, le patient est en effet transféré dans l'unité des soins intensifs, où il se réveillera complètement entre deux et trois heures après son passage au bloc opératoire. Le patient peut à tout moment être reconduit rapidement au bloc en cas de nécessité – par exemple pour un saignement postopératoire. Il restera environ 48 heures aux soins intensifs avant de gagner sa chambre.

Le patient est placé sous la surveillance étroite et constante de l'équipe d'infirmiers spécialisés, supervisés par l'anesthésiste. Des consignes claires leur sont données afin de suivre de près la progression du réveil. Lorsqu'il revient à lui, le patient a encore plusieurs drains et cathéters posés pour monitorer ses paramètres vitaux. Un pacemaker, retiré plus tard, est également placé sur lui à titre préventif. Ce dispositif de sécurité permet de gérer les soubaines arythmies pouvant parfois se déclencher en postopératoire. Assez rapidement, les soignants veillent à stopper les médicaments ainsi que l'aide respiratoire, afin de favoriser un réveil complet.

FAIBLES DOULEURS

Afin de pouvoir se préparer psychologiquement à cette phase postopératoire et de l'aborder sereinement, les patients sont précisément informés par le chirurgien et l'anesthésiste au cours des semaines précédant l'opération. Si la chirurgie cardiaque peut sembler impressionnante, il faut savoir qu'elle n'est généralement pas accompagnée de douleurs importantes ni persistantes au réveil. «Nous utilisons bien sûr des médicaments pour éviter les douleurs pendant la narcose et le patient en bénéficie toujours durant la phase de réveil», explique le Dr Steiger. «Globalement, les douleurs ne sont pas un problème en chirurgie cardiaque. Et les patients les plus âgés y sont par ailleurs moins sujets.» ■

THOMAS PFEFFERLÉ



VIOLENCES OBSTÉTRICALES «L'ACCOUCHEMENT EST UN ACTE NATUREL. MAIS NATURELLEMENT RISQUÉ!»

DE LA «SURMÉDICALISATION» DE L'ACCOUCHEMENT AUX «VIOLENCES OBSTÉTRICALES», LA POLÉMIQUE PREND DE L'AMPLEUR. LE DOCTEUR JEAN-PIERRE SPINOSA, SPÉCIALISTE EN GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE, NOUS LIVRE SON POINT DE VUE DE MÉDECIN.



Surmédicalisation». «Violences obstétricales». Les mots sont forts. Le phénomène donne lieu à de nombreux débats. D'un côté, des femmes qui s'estiment dépossédées de leur accouchement, heurtées par des gestes médicaux auxquelles elles n'ont pas consenti ou dont elles mettent en doute l'utilité. De l'autre, des obstétriciens inquiets face à des amalgames qui stigmatisent la profession. Spécialiste en gynécologie et obstétrique, le Dr Jean-Pierre Spinosa livre ici son point de vue de médecin. Pour lui, il ne faut pas se tromper de cible, au risque de revenir en arrière. «Le débat doit être éclairé par l'histoire de là où l'on vient. Cela permet de ne pas renoncer aux «énormes» progrès de la médecine dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique», résume-t-il. Il rappelle aussi que la frontière entre «médicalisation» et «surmédicalisation» est très floue. «Il n'existe pas de définition médicale de ces deux notions et la perception est forcément subjective. Un acte peut ainsi être considéré par un médecin ou une patiente comme adéquat, et par un(e) autre comme superflu.»

Vous avez insisté sur la nécessité de replacer la médicalisation de l'accouchement dans son contexte...

L'histoire de la naissance au cours du temps est passionnante. On y apprend quantité de choses qui relativisent les critiques actuelles. Au XVIII^e siècle, une femme avait un risque de 1 ou 2 sur 100 de mourir en mettant son enfant au monde. En 1960, 50 femmes sur 100 000 mouraient en accouchant. Aujourd'hui, plus de 830 femmes meurent encore chaque jour dans le monde de «causes évitables liées à la grossesse ou à l'accouchement», selon l'OMS. En Suisse, on dénombre 5 à 6 morts pour 100 000 accouchements par an, contre 10 en Europe et 239 dans les pays en voie de développement. Certes, nous avons en Suisse l'un des meilleurs taux de «succès» au monde, mais c'est encore trop de décès et de pathologies en partie évitables. C'est dans ce contexte qu'il faut replacer les actes médicaux effectués pendant l'accouchement. Ils ont permis de diminuer de 200 à 400 fois la mortalité en couches. Sans parler de la réduction drastique du nombre de morts et de séquelles fœtales. Boudier l'aide médicale, surtout avec des discours polémistes, me semble déraisonnable.



«ON PARLE DE VIOLENCES ALORS QUE LE PROBLÈME EST QUE CERTAINES FEMMES NE SE SENTENT PAS ÉCOUTÉES NI INFORMÉES. IL FAUT DAVANTAGE DE DISCUSSIONS ENTRE LES FEMMES ET LEUR OBSTÉTRICIEN, DANS UN RESPECT MUTUEL.»

DR JEAN-PIERRE SPINOSA

De quoi parle-t-on exactement lorsque l'on évoque les «violences» obstétricales?

Dans les grandes lignes, certains gestes sont mal vécus: on parle beaucoup de l'épisiotomie, mais également des révisions utérines pour faire sortir le placenta bloqué, et parfois aussi des aides à l'accouchement (forceps, ventouses et césariennes). Savoir de quoi on parle est en effet LA question. Mais les termes choisis ont aussi une importance capitale! Le mot violence est très lourd de sens, regardez dans le dictionnaire (*le Larousse renvoie aux notions de contrainte, d'abus ou encore d'agressivité, ndlr*). Il ne faut pas tout mélanger. Il y a évidemment l'inacceptable, pour lequel le mot violence est parfaitement approprié; certains actes ou comportements sont du ressort des commissions de déontologie et de la justice. À l'autre extrémité, il y a des incompréhensions sérieuses sur les mots et les gestes, qui entretiennent les malentendus. Là, on fait un faux procès aux médecins.

Comment éviter ces «malentendus» si mal vécus par certaines femmes?

On parle de violences alors que le problème est que certaines femmes ne se sentent pas écoutées ni informées, ce qui me semble bien plus probable. La solution passe donc par la prise de conscience du corps médical qu'il existe bel et bien un problème de communication. Il faut davantage de discussions entre les femmes et leur obstétricien, dans un respect mutuel. Les gestes nécessaires doivent être expliqués à l'avance afin que les futurs parents puissent prendre conscience de l'importance vitale de certains actes pour éviter de potentielles complications.

Le contexte actuel permet-il de délivrer sereinement ces explications?

La pression exercée sur le corps médical par les autorités et les assureurs (durée des consultations médicales limitée à 20 minutes, nombre limité de consultations durant la grossesse dite «normale», etc.) définit un cadre très peu propice à une trans-

mission correcte et sereine des informations nécessaires. Il faut ajouter à cela la réduction des effectifs des sages-femmes et des infirmières dans les maternités en général, alors que le dialogue et l'écoute sont de la plus haute importance dans un moment aussi précieux dans la vie d'une femme. Au vu de l'augmentation des plaintes, nous réfléchissons à un consentement éclairé à faire signer à chaque patiente avant son accouchement – comme pour les actes chirurgicaux –, afin de diminuer ces «malentendus» ou «mauvaises surprises». Mais comment va réagir une femme en fin de grossesse lorsqu'elle lira qu'elle a un risque de 5 sur 100 000 de décéder et autant de risque de subir une hystérectomie en cas d'hémorragie mettant sa vie en péril, ou encore que son bébé est exposé à un risque d'infirmité cérébrale en cas de souffrance durant l'accouchement?

Et puis, il ne faut pas non plus oublier que l'obstétrique est une discipline confrontée à des cas d'extrême urgence. Lors des gardes, nous pouvons être amenés à prendre en charge des patientes que l'on ne connaît pas. Cela peut compliquer les choses en termes de communication et de consentement, surtout dans les situations où le médecin a très peu de temps pour prendre des décisions vitales pour la santé de la mère et/ou de l'enfant. On laisse aussi entendre que certains gestes seraient effectués par convenance du médecin. Même si c'est peut-être déjà arrivé, je peux vous assurer que le gynécologue est fortement mis à l'épreuve dans ces circonstances extrêmement graves et qu'il fait le maximum pour éviter tout geste médicalement inutile.

«L'ÉPISIOTOMIE MÉDIOLATÉRALE DOIT CONTINUER DE FAIRE PARTIE DE L'ARSENAL OBSTÉTRICAL MODERNE. IL EST IRRESPONSABLE DE PROPAGER UN MESSAGE CONTRAIRE!»

Comprenez-vous que certaines femmes puissent associer des gestes invasifs comme l'épisiotomie à quelque chose de violent?

Absolument. Et c'est là qu'intervient l'information! Quand on explique, tout s'arrange. Malheureusement, on entend beaucoup de sottises au sujet de l'épisiotomie, par exemple qu'elle est inutile et que l'on peut s'en passer systématiquement. Mais de quoi parle-t-on exactement? Il existe deux types d'épisiotomie. L'épisiotomie médiane (incision du périnée de l'entrée du vagin en direction de l'anus) a été très peu pratiquée en Suisse, et j'admets qu'elle ne sert effectivement pas à grand-chose. À l'inverse, l'utilité de l'épisiotomie dite médiolatérale (incision à 45°), pratiquée non pas systématiquement comme on a pu le faire, mais à bon escient, après évaluation des facteurs de risques individuels et des conditions obstétri-

cales au moment de l'accouchement, est d'un intérêt incontestable. De nombreuses études démontrent qu'elle doit continuer de faire partie de l'arsenal obstétrical moderne. Il est irresponsable de propager un message contraire! Et nous devons continuer d'expliquer aux patientes l'utilité de ce geste.

Justement, expliquez-nous à quoi sert cette épisiotomie médiolatérale.

Pour la mère, et dans certaines situations, l'épisiotomie protège des déchirures graves vers l'anus, qui aboutissent dans 30% des cas à une incontinence anale. De nombreuses études le démontrent, parmi lesquelles une étude hollandaise de 2018 portant sur 171 000 femmes. Alors que faire? Ne plus pratiquer d'épisiotomie médiolatérale et multiplier le nombre de blessures du sphincter anal et l'apparition d'incontinences? Ne serait-ce pas là une violence faite aux femmes? L'épisiotomie médiolatérale facilite également la sortie de l'enfant lorsque sa santé est compromise en fin d'accouchement. Ce qui ouvre une question qui commence à être débattue: à qui appartient la décision lourde de conséquences sur la santé, voire la vie du bébé? À la mère, au nom du libre consentement, et donc du droit au refus d'un geste médical? Le médecin doit-il respecter l'avis de la mère, qui peut faire courir des risques à l'enfant? Je n'ai pas la réponse, mais c'est une vraie question morale, juridique et un problème de société! Alors, oui, il y a sans doute des épisiotomies dont l'utilité médicale est contestable, mais quand il y a un doute, tout médecin a par définition tendance à en faire plus pour la sécurité de la mère et de l'enfant.

Que répondez-vous à celles qui vous objectent que l'accouchement est un acte naturel?

Oui, l'accouchement est un acte naturel. Mais potentiellement violent et naturellement risqué! Reprenez les chiffres de l'OMS: toutes les deux minutes dans le monde, une femme meurt de son accouchement. C'est honteux et intolérable en 2019. Allez m'expliquer que la nature fait toujours bien les choses! Les urgences obstétricales peuvent brusquement tourner à la catastrophe: vous pouvez perdre un bébé en quelques minutes et une mère en moins d'une heure. Et les risques prévisibles ne sont pas si nombreux. C'est ça, la réalité. Quitte à faire peur, il faut la rappeler.

Certaines patientes se sentent «dépossédées» de leur accouchement. D'où, notamment, la multiplication récente des «projets de naissance»*. Quel est votre point de vue sur cette pratique?

La valeur symbolique de l'accouchement a changé dans notre société: on en a fait un événement idéalisé privé de risques, alors que ces risques sont naturellement indissociables de l'accouchement. Lorsque l'on rejette en bloc les interventions médicales, souvent sans en comprendre la valeur, on rejette 400 ans de progrès médicaux destinés à sauvegarder la santé de la femme et de son enfant. Le projet de naissance a son

utilité pour ouvrir une discussion entre les futurs parents et leur gynécologue avant l'accouchement et je soutiens personnellement certains de ces projets. Mais je refuse de m'engager dans une situation qui peut médicalement virer au drame en m'empêchant de mettre en œuvre les moyens à ma disposition pour l'éviter.

«LORSQUE L'ON REJETTE EN BLOC LES INTERVENTIONS MÉDICALES, SOUVENT SANS EN COMPRENDRE LA VALEUR, ON REJETTE 400 ANS DE PROGRÈS MÉDICAUX DESTINÉS À SAUVEGARDER LA SANTÉ DE LA FEMME ET DE SON ENFANT.»

Vous vous doutez que vos propos ne manqueront pas de faire réagir...

Peut-être, mais il faut expliquer tout cela afin de faire comprendre les raisons et le bien-fondé de la «médicalisation» de l'accouchement. Permettez-moi de faire encore un peu d'histoire. La première césarienne au monde semble avoir été réalisée en Thurgovie, en 1500. La mère et l'enfant y auraient tous deux survécu. Que de progrès depuis lors grâce aux accouchements instrumentaux et aux césariennes, sans parler de l'anesthésie obstétricale! En 1856, suite à l'accouchement de la reine Victoria sous chloroforme, les femmes ont revendiqué la même «médicalisation» afin de ne pas souffrir. Et c'est aussi la médicalisation de l'accouchement qui, dès la fin du XIX^e siècle, a permis l'effondrement de la mortalité par infection puerpérale. Bien sûr, nous avons encore des progrès à faire sur la communication et l'information donnée aux patientes. Diverses sociétés, groupements de gynécologie et obstétrique et médecins travaillent d'ailleurs sur le sujet. Il restera cependant toujours des personnes qui n'acceptent aucune intervention médicale. Et il faut absolument respecter leur choix. Mais elles doivent en retour assumer jusqu'au bout les risques de leur démarche, y compris sur le plan juridique. ■

**PROPOS RECUEILLIS
PAR ÉLODIE MAÎTRE-ARNAUD**

* Le projet de naissance est un document dans lequel les parents consignent leurs souhaits relatifs à l'accouchement (gestes médicaux à éviter, position durant l'accouchement, rôle du père, etc.).

«LA TECHNOLOGIE NE DOIT PAS BOUSCULER NOTRE ÉVOLUTION BIOLOGIQUE»

PROFESSEUR D'ÉTHIQUE ET MEMBRE DE TA-SWISS, LA FONDATION POUR L'ÉVALUATION DES CHOIX TECHNOLOGIQUES, ALBERTO BONDOLFI OBSERVE DE PRÈS LES ÉVOLUTIONS MÉDICALES ET SCIENTIFIQUES. POUR CE SPÉCIALISTE, LA BONNE COHABITATION DE L'HOMME AVEC LA MACHINE SE JOUE SUR UNE FINE LIMITE À NE PAS FRANCHIR.



«L'ENJEU CENTRAL CONSISTE À PARVENIR À DÉVELOPPER UNE TECHNOLOGIE QUI PUISSE CONTINUER À CONCILIER PERFORMANCES MÉDICALES ET BIEN-ÊTRE.»
PROF. ALBERTO BONDOLFI

Directement confrontée au progrès technologique, la médecine repose depuis longtemps sur le fonctionnement de nombreuses machines. Le corps médical ne peut évidemment plus faire sans les dispositifs techniques qu'il utilise au quotidien et les appareils qui sont constamment développés dans la branche. S'il est logique et bénéfique de chercher à se soigner et à améliorer ses conditions de vie – notamment par le biais de la technologie –, il ne faudrait pas non plus chercher à maîtriser et redéfinir ses propres limites biologiques. Pour le professeur en éthique Alberto Bondolfi, c'est précisément là que se trouve la limite.

Quel est le point de départ de vos réflexions philosophiques et éthiques sur la problématique de la cohabitation homme-machine ?

J'ai commencé à m'intéresser à ce sujet dans les années 1980, alors que l'informatique devenait toujours plus présente et centrale dans notre vie et nos activités quotidiennes. Et dans ce vaste domaine, la médecine s'avère directement concernée. L'homme a toujours cherché à améliorer son sort par des moyens externes, voire artificiels. Les appareils et instruments technologiques utilisés dans le domaine médical, de plus en plus sophistiqués et présents, se trouvent donc au cœur des débats actuels sur la cohabitation de l'homme avec la machine ou les robots.

Et dans ce cadre, quels sont les principaux défis et enjeux qui se jouent actuellement ?

À mes yeux, l'enjeu central consiste à parvenir à développer une technologie qui puisse continuer à concilier performances médicales et bien-être. Dans ce sens, il s'agit de veiller à ce que les dispositifs technologiques prenant soin de notre santé ne deviennent pas trop intrusifs, ni trop contraignants pour les personnes directement concernées. Pour cela, il faut que les patients parviennent à se les approprier. Je pense notamment aux divers implants et organes artificiels qui se développent. Si l'aspect fonctionnel est évidemment capital, la couche émotionnelle l'est tout autant. En tant qu'être humain, il faut justement pouvoir continuer à se définir et s'identifier en tant que tel, tout en étant muni ou composé en partie d'un dispositif artificiel.

Quel regard portez-vous sur l'aspect contradictoire du progrès, à savoir que les technologies médicales sont parfois autant admirées et recherchées que craintes ?

Je ne pense pas qu'il y ait là une véritable contradiction, mais plutôt une complémentarité. Sans les connaissances humaines, la technologie n'est rien. Et, inversement, nos connaissances ont besoin de supports technologiques pour progresser et être échangées. Et le fait que l'on recherche activement à développer et bénéficier de nouvelles technologies médicales ne

veut pas forcément dire que l'on confie l'intégralité de notre santé aux machines. De nouveau, c'est une question de limite.

Où se situe précisément cette limite selon vous ?

Cette limite est partagée et acceptée par une grande majorité de personnes, que je rejoins d'ailleurs. Elle concerne les modifications et interactions avec notre patrimoine génétique. C'est d'ailleurs un interdit universel reconnu par l'ONU. Dangereux de par le futur incertain qu'il pourrait engendrer pour les générations à venir, le génie génétique doit en effet continuer à être sérieusement contrôlé et encadré.

Il y a donc un certain ordre naturel et biologique à ne pas bousculer...

Depuis toujours, la médecine consiste à lutter contre les pathologies et les «injustices» naturelles et biologiques. Cette approche me convainc également, bien sûr. C'est une recherche aussi louable que logique. Il est en revanche dangereux et illusoire de croire que l'on pourra un jour devenir maître de notre propre évolution biologique, le niveau de complexité à maîtriser pour cela étant bien trop élevé. Nous avons par ailleurs une certaine responsabilité envers les générations futures. Et l'avenir incertain que générerait une telle tentative scientifique n'est évidemment pas souhaitable.

Le transhumanisme se développe parallèlement aux progrès de la médecine. Ce courant de pensée voit dans la technologie la suite logique de notre évolution biologique. Dangereux ?

Je dois dire que je ne partage pas la vision transhumaniste. À mon avis, ce mouvement veut aller trop vite et trop loin. Je ne suis pas partisan de l'idée qui consiste à prôner la prise en main ou la maîtrise et le contrôle technologique de notre propre évolution biologique. Pour ma part, je préfère adopter une vision plus prudente. Le problème que je vois avec le transhumanisme réside dans sa non-acceptation du rythme de l'évolution biologique. Aussi lente soit-elle, selon la manière dont on voit les choses bien sûr, notre biologie est capable d'évoluer et de s'adapter. Et je suis pour le respect de ce rythme naturel. Ce qui, encore une fois, ne doit pas nous empêcher de nous battre contre les pathologies naturelles pour améliorer notre sort à tous. ■

PROPOS RECUEILLIS
PAR THOMAS PFEFFERLÉ



CONFÉRENCES
HIRSLANDEN

CHIRURGIE HIGH-TECH DU DOS

DE LA RECHERCHE À LA CLINIQUE

LORS DE LA CONFÉRENCE ORGANISÉE EN JUIN DERNIER PAR HIRSLANDEN LAUSANNE, LE PROFESSEUR CONSTANTIN SCHIZAS A PRÉSENTÉ LES PROGRÈS FULGURANTS DE LA CHIRURGIE DU DOS.

La colonne vertébrale – ou rachis – se compose de 7 vertèbres cervicales, 12 thoraciques et 5 lombaires. Elle est prolongée par le sacrum. Elle soutient le corps, tout en protégeant la moelle épinière. De nombreuses pathologies peuvent affecter le dos. Chez les personnes âgées, la plus fré-

quente est la maladie du canal étroit. Avec le vieillissement, le canal lombaire se rétrécit et comprime les nerfs situés à l'intérieur. On développe alors une claudication neurogène, qui se traduit par des douleurs dans les jambes lors de la marche et par une perte de sensibilité et de force. Dès que l'on s'assoit, ces symp-

tômes disparaissent. Cette maladie peut devenir handicapante et diminue la qualité de la vie. Le diagnostic passe par l'anamnèse, qui permet au médecin de savoir ce que ressent le patient – on peut en effet avoir un canal rétréci sans aucun symptôme. Il est ensuite confirmé par une IRM.

Le Prof. Constantin Schizas et ses collègues ont développé une méthode qui permet de mieux identifier les personnes qui devront être opérées. En fonction de la morphologie de leurs nerfs, les patients ont été divisés en quatre groupes. Ceux ayant un canal très rétréci (grades C et D) répondent mal aux traitements conservateurs (infiltrations et médicaments) et auront tôt ou tard besoin d'une opération. À l'inverse, chez ceux qui ont un canal un peu moins étroit (grades A et B), la chirurgie ne donne pas de bons résultats. Cette «classification de Lausanne» est maintenant largement utilisée en Europe et même bien au-delà.

LIBÉRER LES NERFS

L'intervention chirurgicale la plus fréquente vise à libérer les nerfs comprimés. Elle se pratique sous microscopie opératoire. Il est parfois nécessaire, notamment chez les personnes qui ont des déformations de la colonne, de fixer ensemble plusieurs vertèbres. On stabilise alors la colonne à l'aide de vis qu'il faut faire entrer dans le pédicule; la minceur de cette structure qui relie l'avant et l'arrière des vertèbres rend l'opération délicate.

Dans le domaine du rachis, la technologie assiste le chirurgien. L'une des techniques utilisées en routine est le neuromonitoring, qui permet une surveillance de la fonction neurologique. Il consiste, pendant l'intervention, à stimuler le cortex cérébral du patient avec de petites électrodes placées sur sa tête et, à l'aide d'électrodes placées sur ses jambes, à vérifier que les muscles fonctionnent correctement et donc que l'influx nerveux circule. En cas de problème, il est ainsi possible d'intervenir aussitôt pour éviter les séquelles neurologiques.

Pour planifier leur intervention, les spécialistes du rachis ont recours à un système de navigation. Une radiographie 3D du patient est effectuée quelques jours avant l'opération et les images sont transférées à un ordinateur. Il faut ensuite faire correspondre leurs différents éléments avec l'anatomie du patient. Pour opérer, le chirurgien utilise des instruments dotés de boules réfléchissantes dont l'image, captée par des caméras, est retransmise sur un écran. Il peut ainsi voir en temps réel comment sont positionnés les implants, ce qui permet d'accroître la sécurité de la pose.

Les techniques de navigation ont connu une grande avancée avec la mise au point de la fluoroscopie en trois dimensions, qui utilise un appareil de radiographie tournant à 360° autour du patient pendant l'opération. Il n'est alors plus nécessaire de faire un examen par scanner préopératoire, ni de passer par la phase du matching, ce qui accroît la précision de l'intervention. En outre, une fois les implants posés, une acquisition d'images permet de vérifier qu'ils se trouvent dans la bonne position avant de refermer la plaie.

OPÉRATIONS ROBOTISÉES

Le chirurgien peut aussi se faire assister par un robot. Dans le cas du rachis, il s'agit d'un bras robotisé qui définit la trajectoire selon laquelle l'implant doit être placé. Cette technique nécessite encore de faire un scanner préopératoire et de planifier la trajectoire des implants. Mais cet inconvénient pourra être évité grâce à une nouvelle génération d'appareils combinant le bras robotisé et des images 3D, qui arrive sur le marché.

La comparaison de ces différentes techniques montre que chez les patients opérés à l'aide de méthodes traditionnelles (sans imagerie 3D ni robot), le taux de vis idéalement placées est de 93,6%, alors qu'il est de 94,2% avec le robot et de 95,8% avec l'imagerie 3D. La différence est donc minime. Toutefois, les techniques d'assistance à la chirurgie présentent plusieurs avantages. Elles permettent de faire des interventions minimalement invasives, elles diminuent les doses d'irradiations que reçoivent les équipes travaillant au bloc opératoire et elles servent d'outil de contrôle de qualité à la fin de l'opération. En outre, elles sont aux jeunes chirurgiens ce qu'un simulateur de vol est aux apprentis pilotes et sont utiles à l'enseignement.

QUEL SERA LE FUTUR?

Dans le futur, la principale innovation serait de pouvoir définir quel type d'intervention est le mieux adapté à chaque patient. Sur le plan technologique, la robotique devrait évoluer et permettre notamment la libération des nerfs comprimés. La réalité augmentée, actuellement en plein développement, pourrait permettre de projeter les images 3D non plus sur un écran, mais sur le patient lui-même. Par ailleurs, les progrès réalisés dans le domaine de l'intelligence artificielle ouvriront peut-être la voie au diagnostic par ordinateur. Quoi qu'il en soit, la technique ne saurait remplacer l'examen clinique et les qualités humaines et elle n'est pas prête à se substituer au chirurgien. ■

ISABELLE BEIER



«LES PROFESSIONNELS ENGAGÉS DANS LE PROJET SONT HUMBLES ET DÉVOUÉS» VIVIANE PEDRONI

opérés. «Pas de chambres individuelles ici, mais plutôt des dortoirs! Les interventions sont planifiées et les patients sont pris en charge après des mois, voire des années d'attente pour certains.»

PARTAGE ET ENTRAIDE AU SERVICE DES PATIENTS

À bord, les nationalités se côtoient de façon harmonieuse, chaque bénévole apportant ses compétences et son expérience avec enthousiasme. «Cela a été une expérience formidable de pouvoir exercer son métier sans souci de rendement, en ayant le temps de discuter de l'intervention à venir en équipe, d'accueillir le patient et de s'occuper de lui. Les professionnels engagés dans le projet sont humbles et dévoués, ce qui crée une dynamique unique en salle d'opération», se souvient avec émotion Viviane Pedroni.

UNE EXPÉRIENCE INOUBLIABLE

Habitée aux interventions de chirurgie orthopédique classiques dans nos pays occidentaux, Viviane Pedroni a eu l'occasion de découvrir, lors de son séjour en Guinée, des pathologies variées, relevant notamment de la chirurgie plastique réparatrice. Les patients sont ainsi nombreux à souffrir de contractures suite à des brûlures, comme Ibrahim, qui a retrouvé l'usage de ses jambes dès le lendemain de son opération. Autre souvenir marquant: une intervention qui a duré dix-neuf heures, sans changement d'équipe. «Une première pour moi...!», qui donne déjà à la jeune femme l'envie de repartir bientôt. ■

ADELINE VANOVERBEKE

LES CLINIQUES BOIS-CERF ET CECIL S'ENGAGENT AU QUOTIDIEN AU SERVICE DE LA SANTÉ ET DE LA SOCIÉTÉ. TÉMOIGNAGE DE VIVIANE PEDRONI, TECHNICIENNE EN SALLE D'OPÉRATION, PARTIE UN MOIS COMME BÉNÉVOLE SUR LE NAVIRE-HÔPITAL DE MERCY SHIPS.

En septembre 2017, l'organisation humanitaire Mercy Ships et le Groupe de cliniques privées Hirslanden ont annoncé officiellement leur partenariat. Dans ce cadre, Viviane Pedroni, instrumentiste au bloc opératoire à la Clinique Bois-Cerf depuis huit ans, a pu bénéficier d'un soutien financier pour embarquer pendant un mois sur ce bateau pas comme les autres. Une expérience unique et riche.

BIENVENUE À BORD!

Arrivée à Conakri, en Guinée, début septembre, Viviane Pedroni découvre l'Africa Mercy à la tombée de la nuit. Plus grand navire-hôpital du monde, le bateau accueille à son bord 450 bénévoles et compte 83 lits pour les patients qui y sont



Fondée en 1978 à Lausanne, **Mercy Ships** est une organisation humanitaire internationale dont la mission consiste à améliorer l'accès aux soins de santé dans les pays en développement. À cette fin, elle offre chaque année sur ses navires-hôpitaux plus de 1500 opérations chirurgicales et 8000 traitements dentaires à ceux qui n'y ont pas accès. En déployant l'Africa Mercy, le plus grand navire-hôpital non gouvernemental au monde, Mercy Ships collabore avec les pays hôtes pour les aider à améliorer leur système de santé, épaulée chaque année par plus d'un millier de bénévoles professionnels (chirurgiens, dentistes, infirmiers, cuisiniers, menuisiers, marins, électriciens et enseignants) de plus de 40 nations.



Nous accompagnons les paraplégiques. À vie.

Outre la prise en charge médicale, nous aidons aussi les victimes en difficultés financières. Par exemple pour transformer voiture et logement. Pour que rien ne vienne entraver une vie indépendante et autodéterminée. www.paraplegie.ch



Infarctus

Pontage

Réadaptation

60ème anniversaire

Retour
à la vie



POUR VOTRE CŒUR, FAITES CONFIANCE À HIRSLANDEN

De la chirurgie cardiaque à la rythmologie, nous mettons nos compétences à votre service en vous proposant de nombreuses prestations de cardiologie. Diagnostic, traitement ou thérapie - faites confiance à nos spécialistes confirmés, qui collaborent étroitement ensemble.

Conseil et information - T 0848 333 999
www.hirslanden.ch/cœur