

H24

AU RYTHME DE VOTRE SANTÉ
N°15 | ÉDITION 2024



DOSSIER

LA SANTÉ DES FEMMES

ET LES FEMMES DANS LA SANTÉ

EN IMMERSION

MA VIE ENTRE LA STÉRILISATION ET LES BLOCS OPÉRATOIRES

H24 JUNIOR

LA PUBERTÉ : DE NÉNETTES À NANAS

TABLE DES MATIÈRES

3

Édito

4-5

Double-face

« L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE EST INDISPENSABLE À LA RÉUSSITE »

6-7

En images

HONNEUR À NOS THÉRAPEUTES POILUS

8-9

Horizon 2030

« ÊTRE PRIS EN CHARGE AU BON ENDROIT, AU BON MOMENT PAR LES PERSONNES COMPÉTENTES »

10-23

Dossier

12-13

MIEUX PRENDRE SOIN D'ELLES

16-17

PARLER DE LA SANTÉ INTIME DES FEMMES

18-19

UNE VIE SUR LE FIL DES HORMONES

20

LE CLITORIS, IGNORÉ, CENSURÉ

21

DES CHAMBRES (RE)PENSÉES SELON LE GENRE?

22-23

CARRIÈRES DE FEMMES DANS LA SANTÉ

24

Quoi de neuf docteur ?

« IL NE FAUT PAS QUE TOUT SOIT TOUJOURS STÉRILE »

25

Au scanner

DES ORGANES INUTILES... VRAIMENT?

26-27

En immersion

MA VIE ENTRE LA STÉRILISATION ET LES BLOCS OPÉRATOIRES

H24 Junior

LA PUBERTÉ: DE NÉNETTES À NANAS

TA QUESTION: « DIS, POURQUOI LE PIPI SENT L'ASPERGE APRÈS QU'ON EN A MANGÉ? »

ÉDITO

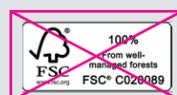
Chères lectrices, chers lecteurs,

Saviez-vous que la gent féminine représente plus de 70% du personnel de l'hôpital fribourgeois (HFR)? C'est dans le domaine des soins que les femmes ont toujours eu une place de choix et c'est encore le cas. Elles composent actuellement 83% de la Direction des soins. Mais c'est finalement dans tout l'hôpital qu'elles s'imposent, toutes directions confondues: des Ressources humaines à la Logistique, des Systèmes d'information à la Direction médicale.

Et quand on parle de féminisation, quoi de mieux que de prêcher par l'exemple! Le Conseil d'administration de l'HFR – composé de trois femmes et quatre hommes – est présidé par une femme. Quant au Conseil de direction, il compte trois directrices sur huit membres. La mixité, c'est l'atout clé pour travailler et avancer ensemble, chacun et chacune avec ses particularités. Car si ce numéro du *H24* se penche sur les femmes – tant dans la santé que sur leur santé – la prochaine édition du magazine en fera de même pour les hommes.

Point de féminisme ou de machisme dans cette démarche, mais bien une volonté de parler santé. Nos spécialistes abordent sans détour le genre, les hormones ou encore la santé intime, au fil des pages et en podcast. Quant à notre encart détachable, le tout nouveau *H24 Junior*, il a été revu et pensé pour les plus jeunes lecteurs et lectrices. Pas de limite d'âge, les grands peuvent aussi guigner et se régaler des questions d'enfants ou de leurs citations précieusement conservées par les équipes médico-soignantes des Urgences pédiatriques. A consommer sans modération, bonne lecture!

Michaela Bubach, directrice des Ressources humaines



2

3



« L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE EST INDISPENSABLE À LA RÉUSSITE »

Depuis 2020, Marie Gremaud (à g.) vient régulièrement à l'HFR Fribourg – Hôpital cantonal pour consulter Léa Bovet. Cette psychologue-psychothérapeute fait partie de l'équipe du Centre métabolique qui soutient notamment les personnes avant et après un bypass gastrique. *Sophie Roulin*

En quelques mots, pouvez-vous résumer le parcours qui vous a mené à cette opération bariatrique à l'HFR ?

Marie Gremaud : C'est un long parcours, puisque j'étais en obésité depuis l'âge de cinq ans. Le suivi médical concernait cette maladie, mais également d'autres problématiques d'ordre neurologique et orthopédique. Des apnées du sommeil et de violentes migraines récurrentes ont favorisé la décision d'entamer le chemin vers un bypass et une importante perte de poids. Avec les différents régimes, je n'y arrivais pas. Plusieurs événements ont créé un déclic et m'ont menée à l'opération en juillet 2020, à l'âge de 25 ans.

A quel moment avez-vous rencontré votre psychologue-psychothérapeute Madame Bovet ?

MG : Quelques mois avant l'opération. Le processus qui précède une telle intervention est bien établi, avec différentes étapes.

Quelles sont les étapes que doivent suivre les patient-e-s pris en charge pour une opération bariatrique ?

Léa Bovet : Les personnes concernées ont toutes un parcours médical relativement long avant d'entreprendre cette démarche. A l'HFR, toutes doivent obligatoirement suivre un module d'informations qui comprend neuf heures de cours : trois sur les aspects médicaux,

trois sur les enjeux diététiques et enfin trois sur les implications psychologiques. Après cela, la personne décide si elle s'engage ou non. Si elle le fait, un atelier de huit heures sur le comportement alimentaire vient compléter le parcours préopératoire, en plus d'une préparation médicale et psychologique. L'opération nécessite des changements importants dans la façon de se nourrir. Les patient-e-s doivent s'y familiariser bien avant le jour J.

A quel moment entrez-vous dans ce cursus en tant que psychologue ?

LB : Nous intervenons en groupe dès le module d'informations. Les consultations individuelles débutent après le premier module d'informations. En parallèle à divers examens médicaux, nous procédons alors à une évaluation psychologique. Le but est de déterminer s'il existe des contre-indications à l'intervention, absolues ou relatives. Par exemple, nous sommes amenés à évaluer s'il existe des troubles de l'humeur, anxieux ou de la personnalité, des troubles du comportement alimentaire, des addictions ou d'autres pathologies mentales pouvant mettre en péril le résultat de l'opération. Nous nous intéressons aussi aux stresseurs de vie de la personne. Une situation de divorce ou un licenciement récent pourraient être des situations à risque d'influencer négativement l'adaptation à ce nouvel estomac.

Cette prise en charge vous a-t-elle pesé ou au contraire l'avez-vous trouvée nécessaire ?

MG : C'était une période très importante et nécessaire. C'est à ce moment-là que se crée la relation patiente-thérapeute. Avec Madame Bovet, je me suis sentie prise en considération. Nous sommes dans une relation investie et collaborative. J'ai trouvé un soutien et une écoute compétente. Elle me met sur la voie pour trouver les solutions et m'est d'une aide précieuse.

LB : Nous cherchons à mettre en place une alliance thérapeutique. En tant que thérapeutes, nous sommes là pour soutenir, pour aider. Nous insistons sur le fait que nous sommes une équipe dont la patiente ou le patient fait partie. Avec des responsabilités à assumer aussi. Cette alliance est l'une des clés de la réussite.

Tous les suivis s'inscrivent-ils sur une longue durée ?

LB : Dans notre centre, quand la personne choisit une intervention bariatrique, elle s'engage à vie auprès du chirurgien. Même si tout se passe bien, des bilans sanguins doivent être réalisés tous les trois mois la première année, puis régulièrement, pour éviter, par exemple, que des carences s'installent. Du point de

vue psychologique, tout dépendra des besoins du patient-e. Toutefois, la première année, le suivi psychologique est obligatoire.

Qu'est-ce qui rend cette prise en charge obligatoire ?

LB : Nous devons nous assurer que la personne s'adapte à son nouvel estomac et, par conséquent, à son nouveau comportement alimentaire. Ensuite, la perte de poids rapide durant les premiers mois provoque une certaine euphorie, mais aussi régulièrement des dégâts esthétiques. Il est important que la personne soit bien préparée aux changements, mais aussi qu'elle soit soutenue dans ceux-ci.

Comment avez-vous vécu ces difficultés postopératoires ?

MG : En six mois, j'ai perdu environ 30 kilos sur les 40 perdus au total. Je confirme ce sentiment d'euphorie. Pendant cette période, on est concentré sur tout ce qu'on doit mettre en route et changer. Ce n'est qu'ensuite que l'on constate les effets moins désirables : cette peau qui pend, les cheveux que l'on perd, les difficultés à tenir nos engagements... Et là, le soutien de la psychologue prend tout son sens.

Avec des consultations plus fréquentes ?

MG : Par période, oui. Mais les échanges peuvent aussi se faire par téléphone ou par e-mail. C'est vraiment un soutien important.

LB : En consultation, nous travaillons notamment sur l'image corporelle, sur comment vivre avec les séquelles liées à l'opération et à l'obésité passée.

Un conseil aux personnes qui réfléchissent à une telle intervention ?

MG : Il faut se sentir vraiment prête et être patiente.

LB : Généralement, cette opération est précédée d'un long parcours médical, diététique et psychologique. Les personnes se sentent prêtes, mais sont parfois trop pressées après des années de lutte contre le poids. Et, comme elles sont bien informées des processus d'éligibilité et de ce que nous attendons d'elles, il est possible de passer à côté d'une contre-indication. Malgré toutes ces précautions, environ 20% des opérations se soldent par une reprise de poids significative.

MG : La préparation n'est pas une étape à prendre à la légère. Il faut avoir confiance en l'équipe qui vous entoure.

GLOSSAIRE

Opération bariatrique : intervention chirurgicale de perte de poids.

Bypass gastrique : opération qui associe une réduction du volume de l'estomac et un court-circuit de la partie proximale du tube digestif.

Honneur à Indra et Dubaï, les thérapeutes poilus de l'HFR, sans oublier la petite Naïka, en formation.

Photos: @Jo Bersier, Alexandre Bourguet et Xavier Dubuis

En images

6

7

« ÊTRE PRIS EN CHARGE AU BON ENDROIT, AU BON MOMENT PAR LES PERSONNES COMPÉTENTES »

En réponse à l'Initiative « Pour des urgences hospitalières publiques 24h/24 de proximité », un contre-projet élaboré par le Conseil d'Etat et le Grand Conseil sera soumis en votation populaire en juin 2024, en même temps qu'un décret financier concernant un soutien de l'Etat à l'hôpital fribourgeois (HFR). Pour comprendre les enjeux de ces votations, nous avons posé trois questions à Philippe Demierre, directeur de la Santé et des affaires sociales (DSAS). *Catherine Favre Kruit*

Monsieur le conseiller d'Etat, en quoi l'initiative pose-t-elle problème et a-t-elle nécessité l'élaboration d'un contre-projet ?

Philippe Demierre: L'initiative est trompeuse: premièrement elle se concentre exclusivement sur la question des urgences hospitalières, sans tenir compte des autres partenaires du réseau qui sont essentiels en cas de problème de santé. La prise en charge des urgences vitales et non vitales, c'est une chaîne de différents acteurs qu'il faut activer pour assurer une prise en charge de qualité, rapide, adaptée à chaque type de situation et dans tout le canton.

Deuxièmement, l'initiative propose une solution irréaliste dans un contexte de pénurie de personnel médical et soignant. L'HFR n'aura pas le personnel médical et soignant pour gérer de manière sûre des urgences hospitalières 24h/24 sur trois sites. Inévitablement, cela met en danger la qualité des soins et de ce fait la sécurité des patient-e-s. La solution est que chaque personne avec un problème de santé soit accueillie

au bon endroit, au bon moment et par les personnes compétentes, comme le prévoit le contre-projet.

Que prévoit exactement le contre-projet ?

Le contre-projet compte sept mesures. La création d'un numéro unique santé pour les adultes et les enfants, gratuit, bilingue et accessible 24h/24 est une des principales nouveautés. Ce sont des professionnel-le-s de santé qui vous délivreront des premiers conseils et vous orienteront vers la solution médico-soignante la plus adéquate. La mise sur pied d'équipes mobiles infirmières pour des interventions dans les lieux de vie des personnes est également une nouvelle mesure, qui évite de se rendre aux urgences si cela n'est pas nécessaire. La poursuite du développement des permanences, de la garde médicale et des centres de santé ambulatoires dans les régions est également prévue, sur le modèle de ce qui se fait dans le Sud fribourgeois. Ces différentes entités formeront un écosystème sanitaire solide assurant la meilleure qualité de prise en charge dans toutes les régions du canton.

« L'initiative propose une solution irréaliste dans un contexte de pénurie de personnel médical et soignant. »

Philippe Demierre

Pour les urgences vitales, le contre-projet prévoit de déployer des ambulanciers et ambulancières expérimenté-e-s en véhicule d'urgence léger (*rapid responders*) et d'élargir le réseau de premiers intervenant-e-s en périphérie. Ce dispositif permettra de réduire au maximum les délais de prise en charge.

Le contre-projet propose également un nouveau système de facturation des interventions ambulancières, afin de viser une équité entre les différentes régions. Un renforcement de l'offre de consultations de spécialistes pour la population germanophone est également prévu,

en particulier sur les sites HFR de Tafers et de Meyriez-Murten.

Comme on peut le constater, ces mesures ne concernent pas que l'HFR, elles visent à renforcer l'ensemble de la prise en charge des urgences.

Un décret est également soumis à votation le même jour. Quel est son lien avec l'initiative et le contre-projet ?

Ce décret est très important pour que l'hôpital puisse continuer à évoluer et offrir la meilleure qualité des soins dans le canton. Le décret a pour objectif de cautionner les investissements essentiels et urgents dont l'HFR a besoin: notamment en matière de digitalisation, de renouvellement du matériel médical, pour renforcer ou créer des centres de santé respectivement à Riaz, Tavel et Meyriez. Ces investissements sont indispensables pour que l'HFR puisse offrir les meilleurs soins et être attractif pour son personnel.

Le Conseil d'Etat et le Grand Conseil ont la volonté également de fournir à l'HFR les moyens de lancer les travaux préparatoires pour la construction du nouveau centre hospitalier sur le site de Fribourg. La population de ce canton a grandement besoin de ce nouvel hôpital. Le bâtiment actuel ne répondra bientôt plus aux besoins de la population et aux normes et à des coûts de fonctionnement très élevés.

POUR EN SAVOIR PLUS SUR LE CONTRE-PROJET À L'INITIATIVE



VRAI OU FAUX ?

L'INITIATIVE QUI DEMANDE DES URGENCES 24H/24 SUR TROIS SITES DANS LE CANTON N'EST PAS RÉALISTE ET NE POURRA PAS ÊTRE MISE EN ŒUVRE EN ASSURANT UNE BONNE QUALITÉ DES SOINS ET UNE SÉCURITÉ SUFFISANTE.

VRAI. Des urgences hospitalières impliquent bien plus qu'un service d'urgences. Elles nécessitent un plateau technique complet: salles d'opération, soins intensifs et continus, laboratoire, radiologie. Cela exige la présence de personnel médico-soignant en nombre, dont de nombreux spécialistes. Pour cause de pénurie importante de ces spécialistes dans le canton, en Suisse et même en Europe, ce personnel ne pourra pas être recruté.

LA SURCHARGE CHRONIQUE DES URGENCES DE L'HFR FRIBOURG – HÔPITAL CANTONAL EST DUE À LA TRANSFORMATION DES URGENCES DE L'HFR TAFERS ET RIAZ EN PERMANENCE.

FAUX. La fréquentation est très élevée depuis de nombreuses années, bien avant la transformation des urgences en permanences. La surcharge est due entre autres au manque de médecins de premier recours (généralistes, pédiatres) qui conduisent de nombreuses personnes à consulter aux urgences pour des problèmes de santé qui pourraient être traités en cabinet. Le phénomène est particulièrement aigu en été et durant les Fêtes de fin d'année, périodes durant lesquelles les cabinets médicaux sont fermés. Le numéro unique santé gratuit, les équipes infirmières mobiles ainsi que la poursuite du développement des permanences et de la garde médicale dans les régions sont des solutions réalistes et efficaces en réponse à cette problématique.

PLUTÔT QUE DE CONSTRUIRE UN NOUVEL HÔPITAL, IL SUFFIRAIT DE RÉNOVER LES BÂTIMENTS ACTUELS. ÇA COÛTERAIT MOINS CHER.

FAUX. Rénover coûte plus cher que de construire à neuf, si on tient compte de tous les paramètres. Rénover tout en poursuivant l'exploitation de l'hôpital génère d'énormes désagréments pour les patient-e-s et le personnel durant les années de travaux. Les coûts d'exploitation d'un bâtiment rénové sont bien plus élevés que ceux d'un nouveau bâtiment. Finalement, les flux de patient-e-s dans les bâtiments actuels sont inefficients et entraînent des pertes d'exploitation et d'efficacité importantes.



POUR EN SAVOIR PLUS SUR LE NOUVEAU CENTRE HOSPITALIER

LA SANTÉ DES FEMMES ET LES FEMMES DANS LA SANTÉ



10



GENRE, HORMONES, MENSTRUATIONS, CLITORIS... NOUS N'ABORDONS PAS CES SUJETS POUR VOUS FAIRE ROUGIR ! MAIS PARCE QUE CE QUI TOUCHE LA SANTÉ INTIME DES FEMMES DEMEURE TABOU ET MÉCONNU. NON SEULEMENT LA SANTÉ INTIME, MAIS LA SANTÉ TOUT COURT. ET CELA A DES CONSÉQUENCES QUI PEUVENT ÊTRE GRAVES, COMME VOUS POURREZ LE DÉCOUVRIR DANS CE DOSSIER.

PAR EXEMPLE, LA FRÉQUENCE DES EFFETS INDÉSIRABLES DES MÉDICAMENTS EST 50% PLUS ÉLEVÉE CHEZ LES FEMMES. POUR AUTANT, ELLES NE SONT PAS DEUX FOIS PLUS PRÉSENTES DANS LES ESSAIS CLINIQUES QUI MESURENT CES EFFETS. DES FEMMES SE COUPENT DE LA VIE SOCIALE À CAUSE DE LEUR INCONTINENCE URINAIRE, D'AUTRES SE FONT COUPER LES PETITES LÈVRES À CAUSE DE L'ASPECT DE LEUR VULVE. ELLES SONT DES POINTS ORANGES SUR LES ÉCRANS DES GESTIONNAIRES DU FLUX DES PATIENTES ET PATIENTS, QUI GÈRENT LE CASSE-TÊTE DE LA NON-MIXITÉ DANS LES CHAMBRES, À L'HEURE DE LA SURCHARGE HOSPITALIÈRE.

NOS SPÉCIALISTES LÈVENT ICI UNE PARTIE DU VOILE, POUR QUE LA SANTÉ DES FEMMES – LA MOITIÉ DE L'HUMANITÉ TOUT DE MÊME – ET LA PLACE DES FEMMES DANS LA SANTÉ CONTINUENT DE PROGRESSER.

ET SACHEZ DÉJÀ QUE, DANS UN SOUCI D'ÉGALITÉ, LE SECOND NUMÉRO DE L'ANNÉE 2024 SERA CONSACRÉ À L'AUTRE MOITIÉ DE L'HUMANITÉ !

11

MIEUX PRENDRE SOIN D'ELLES

Les stéréotypes de genre ont une influence délétère sur la santé des femmes. Ils sont responsables de retards de diagnostic (infarctus, endométriose, autisme) et de leur double peine : davantage sujettes aux effets secondaires des médicaments, leurs douleurs sont en plus minimisées. Entretien avec Carole Clair (à dr.), professeure en médecine et Joëlle Schwarz, sociologue, co-directrices de l'Unité santé et genre d'Unisanté, à Lausanne. Priska Rauber

L'androcentrisme – ce qui vaut pour l'homme vaut pour tous – mène à l'absurdité parfois : ainsi cette étude clinique de l'Université Rockefeller (NY) en 1986, qui cherche à déterminer les effets de l'obésité sur les cancers du sein et de l'utérus en recrutant... une cohorte d'hommes !

Les femmes ne sont pas représentées pour moitié dans les essais cliniques alors qu'elles réagissent différemment que les hommes à certaines maladies et aux médicaments. La morphine par exemple, très utilisée, provoque deux fois plus d'effets secondaires chez les femmes, qui ont en outre besoin d'une dose plus élevée pour bénéficier de l'effet escompté. Il ne suffit donc pas de diminuer la posologie de médicaments testés sur des hommes pour mieux soigner les femmes.

Alors, comment mieux soigner les femmes ?

Carole Clair : Cela passe par un changement de culture, de la recherche clinique et interdisciplinaire ainsi que par la sensibilisation des futur-e-s médecins à la problématique du genre.

La fréquence des effets indésirables des médicaments est de 50% plus élevée chez les femmes. Elles ne sont pourtant pas intégrées deux fois plus dans les essais cliniques...

CC : Nous sommes à l'ère de la médecine ultra-personnalisée et on commence juste à se poser cette question de l'efficacité et des effets des traitements similaires ou différents chez les hommes et les femmes. Elles auraient pu être posées depuis bien longtemps. A cause de l'androcentrisme, on a développé des traitements sur la base d'un corps standard, mais qui n'inclut pas le corps féminin. Et on voit justement que l'efficacité, mais aussi et surtout les effets secondaires, ne sont pas les mêmes. Il nous faut vraiment plus de données.

Joëlle Schwarz : Et malheureusement, les exigences de la recherche en Suisse ne sont pas au niveau des exigences d'autres pays comme les Etats-Unis ou l'Union européenne. Ceci notamment en termes d'échantillons mixtes, soit rien de moins que de s'assurer que les échantillons représentent la population, en termes de sexe, de genre, d'origine ethnique, etc.

Selon les chiffres de l'Office fédéral de la statistique, les femmes meurent en Suisse plus souvent de maladies cardiovasculaires que les hommes et pourtant, elles sont deux fois moins souvent victimes d'un infarctus du myocarde ! Comment l'expliquer ?

CC : Effectivement, en nombre absolu d'infarctus du myocarde hospitalisés, il y a plus d'hommes. Par contre, si on regarde la mortalité cardiovasculaire, il y a plus de femmes qui décèdent. Les données montrent qu'on reconnaît encore trop tardivement cette maladie chez les femmes. On les prend donc plus tardivement en charge. Et avant d'être à l'hôpital, les femmes vont mettre plus de temps à consulter, les médecins vont ensuite mettre plus de temps à identifier le problème. Ce qui est un facteur de mauvais pronostic.

On pense aussi que certains traitements sont moins efficaces et occasionnent plus de complications chez les femmes. Les différences anatomiques ou des atteintes différentes induisent que les traitements préconisés, et qui sont montrés comme efficaces, le sont peut-être un peu moins chez les femmes.

Les stéréotypes de genre faussent également les données concernant la douleur. Les femmes la supportent moins que les hommes en réalité.

CC : C'est vrai. On pense, à tort, que les femmes sont généralement plus résistantes à la douleur. Malgré



« Les femmes continuent à devoir prendre de la place pour s'assurer qu'on ne parle pas à leur place. Il faut qu'elles parlent et exigent d'être entendues. »

tout, on les prend un peu moins au sérieux et on va moins bien les traiter. Nous avons toutes et tous des idées préconçues. L'important est de se rendre compte de quelles façons nos stéréotypes influencent la façon dont on soigne. La formation est un bon moyen d'en prendre conscience et de les déconstruire.

JS : Les stéréotypes collent autant au corps et aux comportements des hommes qu'à ceux des femmes. Une étudiante parlait d'un cas d'un policier venu consulter parce qu'il avait des pensées suicidaires. Le discours n'a pas été pris assez au sérieux parce que « c'est un policier, il est fort. Ça va aller pour lui. » Les hommes ont aussi à gagner à la déconstruction de ces stéréotypes qui leur sont aussi néfastes, notamment concernant la dépression ou l'ostéoporose, sous-diagnostiquées chez eux.

Et les femmes elles-mêmes, comment peuvent-elles faire avancer leur cause ?

CC : Ce qui est certain, c'est que ce n'est pas à elles de dire à leur médecin de davantage prendre au sérieux leur douleur. Par contre, certaines femmes ont ten-

dance à minimiser ou à interpréter leur douleur ou symptômes, intégrant elles-mêmes certains stéréotypes. Elles doivent donc avoir confiance en leur corps et se sentir légitime dans leur plainte.

Une piste peut être de davantage échanger et communiquer sur certaines thématiques. L'endo-

métrie est un bel exemple où des associations de femmes concernées ont pu faire en sorte que cette maladie soit mieux reconnue et prise en charge.

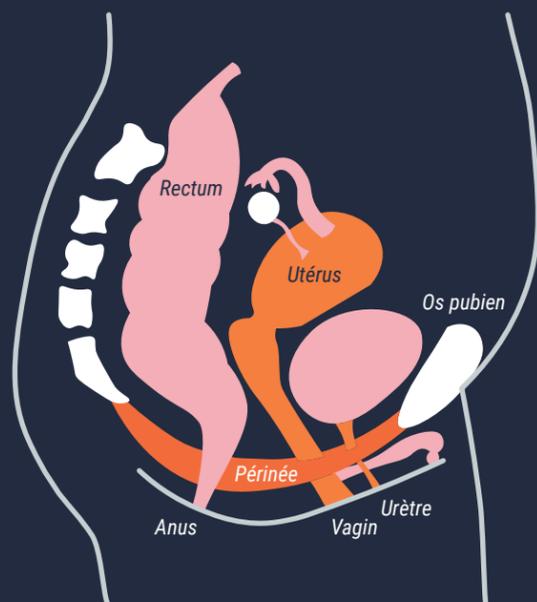
JS : Historiquement en effet, ce sont les femmes à travers les mouvements féministes qui ont largement contribué à ce que les choses changent à partir des années 1970. Le mouvement de santé des femmes anglo-saxon a notamment créé le manuel « Nos corps, nous-mêmes », massivement distribué, qui avait pour objectif de redonner le savoir aux femmes sur les questions de santé sexuelle et reproductive, ce savoir ayant été « médicalisé » et de ce fait, masculinisé.

Les femmes continuent à devoir prendre de la place pour s'assurer qu'on ne parle pas à leur place. Il faut qu'elles parlent et exigent d'être entendues.



PARLER DE LA SANTÉ INTIME DES FEMMES

Vulve, clitoris, périnée, sécheresse intime ou incontinence urinaire... Autant de sujets mal connus, voire tabous, pourtant primordiaux dans la santé des femmes. Levons ici une partie du voile, avec la PD Dre Dorothea Wunder, médecin adjointe de la Clinique gynécologie et obstétrique de l'HFR, qui plaide pour davantage de dialogue autour de la santé intime des femmes, car « trop souvent, elles souffrent longtemps et en silence ». Priska Rauber



PÉRINÉE

C'est quoi ?

Le périnée est un groupe de muscles qui scelle le plancher pelvien et comporte trois ouvertures : l'urètre, le vagin et l'anus. Il s'étend du pubis au coccyx.

Sa fonction ?

Comme un hamac, il soutient la vessie, l'utérus et les intestins. Il permet de maintenir ces organes en place. Le plancher pelvien joue également un rôle fondamental dans la fonction urinaire et fécale. *Last but not least*, il participe au plaisir sexuel.

Quand ça cloche ?

Un périnée ayant perdu sa tonicité ne retient plus aussi bien les organes et l'urine. L'incontinence touche environ 15% des femmes.

Les causes ?

On peut distinguer deux types principaux d'incontinence urinaire : de stress et d'urgence. Quand une fuite survient lors d'une toux ou d'un saut, il s'agit d'une incontinence de stress, le plus souvent due à l'accouchement par voie basse – même si la grossesse en soi altère déjà la tonicité du périnée. « D'autres facteurs comme l'obésité ou les sports avec impacts peuvent aussi péjorer la résistance du périnée. Tout comme des infections chroniques ou un problème général de tissu conjonctif – présent chez les femmes qui développent facilement des varices. » L'incontinence d'urgence, elle, est due le plus souvent à un problème neurologique. Le cerveau envoie trop tôt le message qu'il est temps d'évacuer l'urine.

Les solutions ?

Préventives d'abord, à travers la rééducation périnéale, recommandée même après un accouchement par césarienne. « Du côté des traitements conservateurs, la physiothérapie du plancher pelvien a fait ses preuves, si besoin avec une électrostimulation, précise la gynécologue. Autour de l'âge de la ménopause, on peut aussi aller vers des crèmes ou une substitution hormonale locale, intra vaginale. Le manque d'œstrogène a un effet sur les muqueuses, qui nourrissent les tissus, qui influencent donc la tonicité des organes. » Et selon le type d'incontinence, des traitements opératoires peuvent être proposés.



ÉCOUTEZ NOTRE PODCAST SUR « L'INCONTINENCE URINAIRE : BRISER LE TABOU », EN COMPAGNIE DU PD DR ARRIGO FRUSCALZO ET DE LA PHYSIOTHÉRAPEUTE VALÉRIE DUCRY.

VAGIN

Il est où ?

Le vagin ne représente pas tout l'appareil génital des femmes. C'est le conduit interne qui se trouve entre la vulve et le col de l'utérus. Sa longueur est d'environ 8 cm. Il est très influencé par les variations hormonales du corps, tout au long de la vie des femmes.

Sa fonction ?

Il a quatre fonctions principales : laisser écouler le sang et autres sécrétions durant les menstruations ; accueillir le pénis lors d'un rapport sexuel ; retenir le sperme, pour permettre aux spermatozoïdes d'atteindre l'utérus et servir de voie de passage au bébé lors de l'accouchement.

Quand ça cloche ?

La sécheresse est la principale cause des problèmes qui touchent le vagin. Elle peut induire des microfissures, autant de portes ouvertes aux bactéries et autres germes importuns qui peuvent créer brûlures et douleurs. Comme les infections vaginales, provoquées par la sécheresse ou une maladie sexuellement transmissible.

Les causes ?

Un excès d'hygiène, bien souvent. Contrairement aux prêches des influenceuses, « il ne faut surtout pas procéder à des douches vaginales », prévient la PD Dre Wunder. Elles enlèvent les bonnes bactéries. Le vagin est doté d'une flore qui le protège contre les germes.

La ménopause et ses variations hormonales figurent aussi parmi les causes de la sécheresse vaginale.

Les solutions ?

Elles passent par l'application de crèmes contenant des lactobacilles ou par une substitution hormonale locale. « Alors au lieu de souffrir, traitez ! » lance Dorothea Wunder.

VULVE

C'est quoi ?

La vulve est l'ensemble des organes génitaux externes, composée du pubis, des grandes et petites lèvres ainsi que du gland du clitoris.

C'est comment ?

De toutes les formes ! En 2018, des chercheurs de l'hôpital de Lucerne ont mené une étude sur 657 femmes âgées de 15 à 84 ans. Résultat : la diversité est la norme ! La taille des lèvres extérieures varie de 12 à 180 millimètres et l'ouverture vaginale de 6 à 75 millimètres.

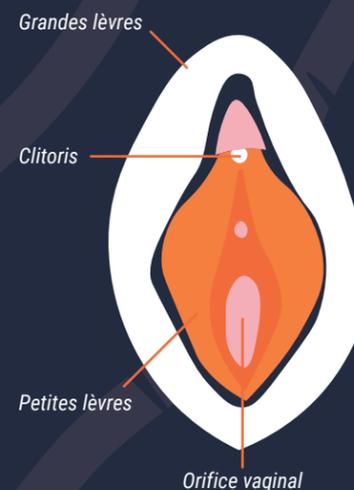
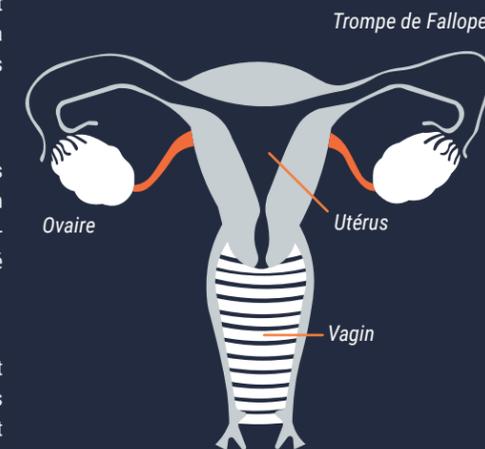
Quand ça cloche ?

Physiquement, ça cloche rarement. D'après une étude réalisée aux Pays-Bas, une femme sur sept trouverait pourtant sa vulve anormale et nombre d'entre elles iront jusqu'à la chirurgie. « Cette hystérie des labioplasties date des années 2010, quand le rasage intime est devenu à la mode », explique la PD Dre Wunder. Le sexe des femmes fut alors plus en vue. Loin de *L'origine du monde*, la norme pornographique l'a voulu lisse et rose.

Mais à part quand cela est justifié (douleurs lors des rapports sexuels, de frottement avec les vêtements), « opérer les lèvres fait beaucoup plus de mal que de bien, prévient la spécialiste. Au-delà du fait que toute opération est risquée, les lèvres ont beaucoup de nerfs. » Des tissus sensibles notamment sources d'excitation sont coupées...

La solution ?

« Comprendre et accepter que toutes les vulves sont différentes est une bien meilleure option que la chirurgie. » Un petit tour sur la Vulva Gallery de l'artiste néerlandaise Hilde Atalanta est donc préconisé !



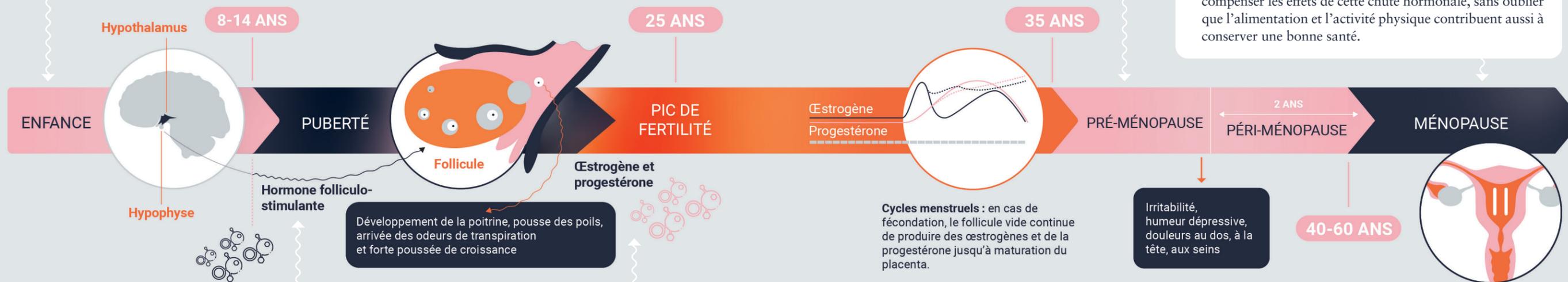
UNE VIE SUR LE FIL DES HORMONES

Les hormones : elles accompagnent les femmes tout au long de leur vie, pour le meilleur et pour le pire. Mais qui sont-elles ? Comment fonctionnent-elles ? Comment évoluent-elles au fil des ans ? *Lara Gross Etter*

Endormies durant l'enfance

Les petites filles – fœtus, bébé ou enfant – n'ont pas encore d'hormones féminines. « Elles restent endormies durant l'enfance, explique la PD Dre Dorothea Wunder, médecin adjointe en Gynécologie et obstétrique. La centrale hormonale, située dans le cerveau, est déjà présente, mais n'envoie pas encore de signaux aux ovaires. Il n'y a donc pas encore de production d'hormones féminines. »

Cette centrale hormonale est composée de l'hypothalamus et de l'hypophyse. Elle donne le signal aux follicules dans les ovaires pour faire mûrir l'ovule et produire l'œstrogène et la progestérone, les deux hormones féminines principales. « Elles agissent sur les fonctions reproductrices, mais les œstrogènes influencent aussi le microbiote vaginal, le sommeil, l'humeur, la qualité de la peau, des cheveux, de la muqueuse, ou encore du système cardiovasculaire, de la mémoire et de la densité osseuse. »



Puberté, l'heure du réveil

La ménarche, c'est le mot médical pour parler des premières règles. « Il y a différentes phases avant ces premières règles : tout d'abord le développement de la poitrine, la pousse des poils au niveau du pubis et des aisselles, l'arrivée des odeurs de transpiration et une forte poussée de croissance », détaille Dre Wunder. La puberté sonne le réveil de la centrale hormonale. « Les premiers cycles sont souvent irréguliers, les ovulations ne sont pas encore optimales, tout n'est pas encore mature dans la transmission des signaux entre le cerveau et les ovaires, ça prend en moyenne deux à cinq ans. »

Dans la fleur de l'âge

« On dit que le pic de fertilité est à 25 ans, justement car la maturation du corps est achevée. » Ce pic correspond au moment où durant les cycles l'œstrogène et la progestérone jouent pleinement leur rôle. Dans le détail, l'œstrogène s'active durant la première partie du cycle menstruel, soit les jours qui suivent la fin des règles. « Il permet de régénérer la muqueuse utérine et aussi préparer l'ovulation. » C'est lors de la phase de maturation des ovules et ce jusqu'à l'ovulation, que l'œstrogène va être libérée. Puis, après l'ovulation, c'est au tour de la progestérone d'entrer en action.

L'automne hormonal

« A partir de 35 ans, les cellules qui produisent ces hormones vieillissent et leur sécrétion peut diminuer. Les effets sont notamment un raccourcissement des cycles, des difficultés à tomber enceinte, mais aussi dans le cas de fécondation, un risque accru de fausses-couches. Le corps se prépare gentiment à la ménopause et la fertilité diminue. « On parle déjà de pré-ménopause les dix années qui précèdent la ménopause, période durant laquelle certains symptômes prémenstruels, tels que l'irritabilité, l'humeur dépressive, les douleurs au dos, à la tête, aux seins augmentent puisqu'un déséquilibre hormonal se met peu à peu en place. Mais cela varie beaucoup d'une femme à l'autre. »

Fin du signal hormonal

La péri-ménopause, soit les deux ans qui précèdent la ménopause, prépare le corps à l'arrêt définitif de production d'ovules. « Pour la définition de la ménopause, qui survient entre 40 et 60 ans, il faut qu'une année complète sans règles se soit écoulée. » Concrètement, la centrale hormonale dans le cerveau continue de fonctionner, mais il n'y a plus d'ovules et les ovaires ne répondent plus aux signaux. Quant aux hormones, l'œstrogène et la progestérone, elles ne sont plus sécrétées.

Ces hormones, qui ont jusqu'ici influencé le sommeil, l'humeur, la qualité de la peau, des cheveux, de la muqueuse, mais aussi du système cardiovasculaire, de la mémoire et des os, ne peuvent plus jouer leur rôle. « Raison pour laquelle, une fois arrivées à la ménopause, les femmes sont fragilisées avec notamment une perte osseuse, et donc le développement d'ostéoporose, mais aussi davantage d'hypertension ou encore un risque accru de faire un infarctus ou un AVC. » Heureusement, il existe des traitements pour compenser les effets de cette chute hormonale, sans oublier que l'alimentation et l'activité physique contribuent aussi à conserver une bonne santé.

Cycles menstruels : en cas de fécondation, le follicule vide continue de produire des œstrogènes et de la progestérone jusqu'à maturation du placenta.

Irritabilité, humeur dépressive, douleurs au dos, à la tête, aux seins

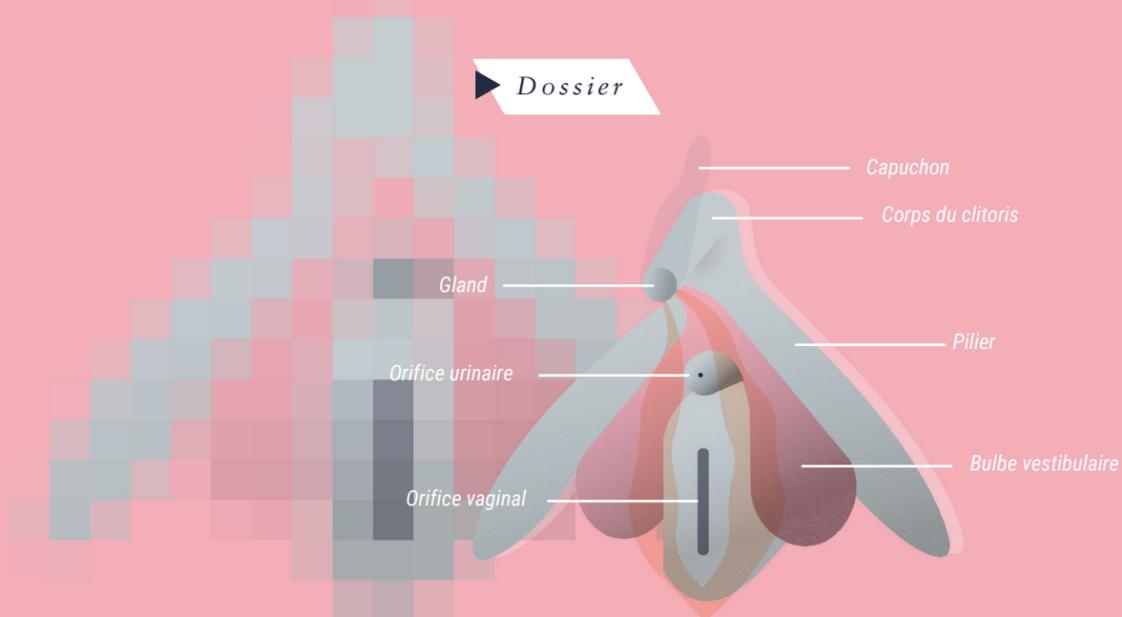
40-60 ANS

Elle assure la nidification en vue d'une grossesse. Sans fécondation, la progestérone n'est plus produite. Et quand le taux d'hormones est au plus bas, les règles se déclenchent.

Et si fécondation il y a, la progestérone continue d'être sécrétée pour assurer un nid douillet au petit embryon. D'ailleurs, durant la grossesse, la production d'hormones féminines voit sa cadence augmentée. L'œstrogène et la progestérone jouent un rôle important pour la préparation des glandes mammaires en vue de l'allaitement, avec l'intervention également de deux autres hormones : la prolactine et l'ocytocine, ceci pendant et après l'accouchement.

DÉCOUVREZ NOTRE PODCAST CONSACRÉ AUX RÈGLES, DES PREMIÈRES AUX DERNIÈRES, AVEC LA PD DRE DOROTHEA WUNDER ET LA PSYCHOLOGUE MARIE GELSOMINI BÉGUIN.





LE CLITORIS, IGNORÉ, CENSURÉ

On sait qu'il existe, mais on sait peu à quoi il ressemble dans son ensemble, combien de nerfs y sont rattachés ou sa grandeur – entre 8 et 12 centimètres tout de même. Parce que contrairement au pénis, à l'érection et à tout ce qui concerne l'organe masculin, le clitoris est absent des discussions et des recherches scientifiques. Priska Rauber

A la fin des années 1980, une urologue australienne, Helen O'Connell, étudie un livre d'anatomie et c'est l'étonnement: pas la moindre description du clitoris, alors qu'un chapitre entier est dédié au mécanisme de l'érection. Elle décide alors d'en faire son sujet principal de recherche et c'est à elle que l'on doit notre connaissance actuelle de cet organe (dont le gland n'est que la partie visible de l'iceberg). Car s'il a commencé à être décrit au XVI^e siècle, au fil des ères et du phallocratisme, son anatomie a tantôt été ignorée, tantôt censurée.

«Quand on comprend, au XIX^e siècle, que le clitoris n'a pas de fonction procréative, il est déclaré inutile et n'est plus considéré», explique Marie Gelsomini Béguin, psychothérapeute rattachée au Service de gynécologie et obstétrique de l'HFR, spécialiste en sexologie. «Les personnes qui se posaient en expertes n'ont pas jugé utile de l'étudier. Il y a eu un manque de connaissances énorme.»

Pire, souligne-t-elle, de fausses informations ont été diffusées, notamment la distinction théorique entre l'orgasme vaginal et l'orgasme clitoridien. Ce dernier est celui «de la fillette», selon Freud. Pour lui, le développement de la féminité passe par l'appropriation du

vagin, qui doit donc réclamer le phallus. Le clitoris disparaît des livres d'anatomie.

«Nombres de femmes ne se sont pas senties autorisées à explorer leur corps, regrette la spécialiste. Cette théorie freudienne de la supériorité de l'orgasme vaginal est une "arnaque" et fait des dégâts. Cela valorise une sexualité essentiellement pénétrative.» D'ailleurs, le terme courant de «préliminaires» implique bien que la pénétration représente le plat principal, l'acte sexuel. Or c'est l'homme qui atteint l'orgasme par elle, non la femme, dont la jouissance ne passe pas par le vagin mais par le clitoris, composé d'une partie externe et d'une autre plus profonde, qui entoure le vagin.

«Ce qui provoque l'excitation sexuelle et l'orgasme féminin, ce sont les stimulations psychiques (le bien-être que l'on ressent par les contacts humains, les rêves, l'érotisme) et les stimulations physiques du clitoris, précise Marie Gelsomini Béguin. La stimulation du clitoris déclenche en effet de nombreux changements sur le plan physiologique: réactions vasculaires, il se gorge de sang et gonfle, il entre en érection... Et l'orgasme est ressenti dans tout le corps, au niveau hormonal, au niveau neurologique. C'est vrai, et ça, ce n'est pas un mythe!»

DES CHAMBRES (RE)PENSÉES SELON LE GENRE ?

Les questions de genre sont dans l'air du temps, mais quelles places occupent-elles dans la vie de l'hôpital? La question se pose-t-elle quand il s'agit d'aborder la mixité dans les chambres? Lara Gross Etter

Vous êtes-vous déjà demandé comment étaient répartis les patient-e-s dans les chambres d'hôpital? Par spécialité médicale, oui, mais encore? «Il n'y a jamais d'hommes et de femmes dans une même chambre lors d'une hospitalisation», explique Aline Schuwey, directrice des Soins. Pourtant, la question de la mixité est une thématique récurrente en période de surcharge hospitalière, et pas uniquement à l'HFR. «Pourquoi ne pas les mélanger? «On touche à l'intimité... Il y a aussi une part de fantasme qui voudrait que la nuit les risques de transgresser cette intimité soient plus importants...»

Pourtant dans certains services, la mixité est la norme. «C'est le cas des soins intensifs, de l'ambulatorio ainsi que des salles de réveil», énumère Suzanne Horlacher, capacity manager. «Mais ce sont des situations dans lesquelles l'état de santé des patient-e-s ne leur permet pas de se déplacer, ajoute Audrey Deléchat, infirmière-chef de la gestion flux patients. De plus, ils sont en permanence sous l'œil des soignant-e-s.»

De multiples critères

«Imaginez une chambre à quatre occupée par trois patients hommes, expose Aline Schuwey. Une femme doit être hospitalisée et c'est l'unique place restante dans le service, que faites-vous?» Cette question surgit plusieurs fois par jour

dans la gestion du flux. «Et il y a d'autres critères dont il faut aussi tenir compte, soulignent Suzanne Horlacher et Audrey Deléchat. Les disciplines médicales et les classes d'assurance (commune, semi-privée ou privée) sont tout aussi

«la pratique des soins infirmiers doit notamment garantir le respect des principes d'autonomie, de consentement éclairé, de vie privée et de confidentialité. Ainsi, l'avis des patient-e-s doit à tout prix être pris en compte.»



importantes, si ce n'est plus.» Et l'exercice se corse lorsque l'hôpital est plein.

Vous qui nous lisez, avez-vous trouvé une solution pour cette femme? «Les possibilités varient selon les situations, nous pouvons envisager de l'admettre dans un autre service ou alors nous répartissons les patients hommes dans d'autres chambres pour libérer une chambre pour cette patiente femme», répondent les deux responsables du flux. Et Aline Schuwey d'abonder: «Il arrive alors que des personnes hospitalisées soient changées de chambres plusieurs fois durant leur séjour. Ce n'est idéal ni pour elles ni pour les équipes mobilisées.» La directrice des Soins rappelle aussi que

Plus seulement bleu ou orange

Aujourd'hui, sur leurs écrans, Suzanne Horlacher et Audrey Deléchat jonglent avec des points oranges pour les femmes et bleus pour les hommes hospitalisés. Deux couleurs pour deux genres bien définis. Comment, à l'avenir, gérer les personnes qui ne se reconnaissent pas dans ces catégories? Quelle chambre prévoir pour une personne qui a changé de sexe? «Les cas sont rares jusqu'ici et nous avons chaque fois réussi à proposer une chambre individuelle.» Pas encore une réalité sur le terrain, certes, mais la directrice des Soins est tournée vers l'avenir. «Cette question va occuper les hôpitaux et la réponse à apporter ne sera certainement pas unique.»

CARRIÈRES DE FEMMES DANS LA SANTÉ

Les femmes dans la santé, si ça semble une évidence de prime abord, cela s'est longtemps cantonné au domaine des soins. Mais saviez-vous que la gent féminine représente plus de 70% du personnel de l'HFR, toutes directions confondues ? Lara Gross Etter

C'est effectivement dans le domaine des soins que les femmes ont toujours eu une place de choix et c'est encore le cas. Elles composent actuellement 83% de la Direction des soins. Mais c'est finalement dans tout l'hôpital qu'elles s'imposent: des Ressources humaines à la Logistique, des Systèmes d'information à la Direction médicale. C'est justement du côté des professions médicales que la féminisation a été la plus marquée ces dernières années, constat qui n'est pas propre à l'HFR.

Les parcours restent individuels et au moment d'évoquer le leur, les docteurs Audrey Boll, Anne-Catherine Barras-Moret et la professeure Harriet Thöny, toutes médecins-chefes, reviennent respectivement sur leur accession à cette fonction « parce que l'opportunité s'est présentée », « un peu par hasard et par chance » ou encore « grâce à l'envie de relever le défi ». La spécialité médicale, l'institution hospitalière, mais aussi les choix de vie privée jouent un rôle à chaque étape de la carrière. « On le ressent notamment au terme des études, lorsqu'il s'agit de faire de la recherche à l'étranger, par exemple. Un homme pouvait plus facilement faire ce choix et embarquer femme et enfants, que l'inverse », relève Anne-Catherine Barras-Moret, médecin-chef adjointe en Médecine interne générale. Audrey Boll, médecin-chef d'unité Permanence à l'HFR Meyriez-Murten abonde: « Je pensais faire une carrière en soins intensifs, mais c'est impossible à concilier avec une vie de famille. »

Ouvrir la voie

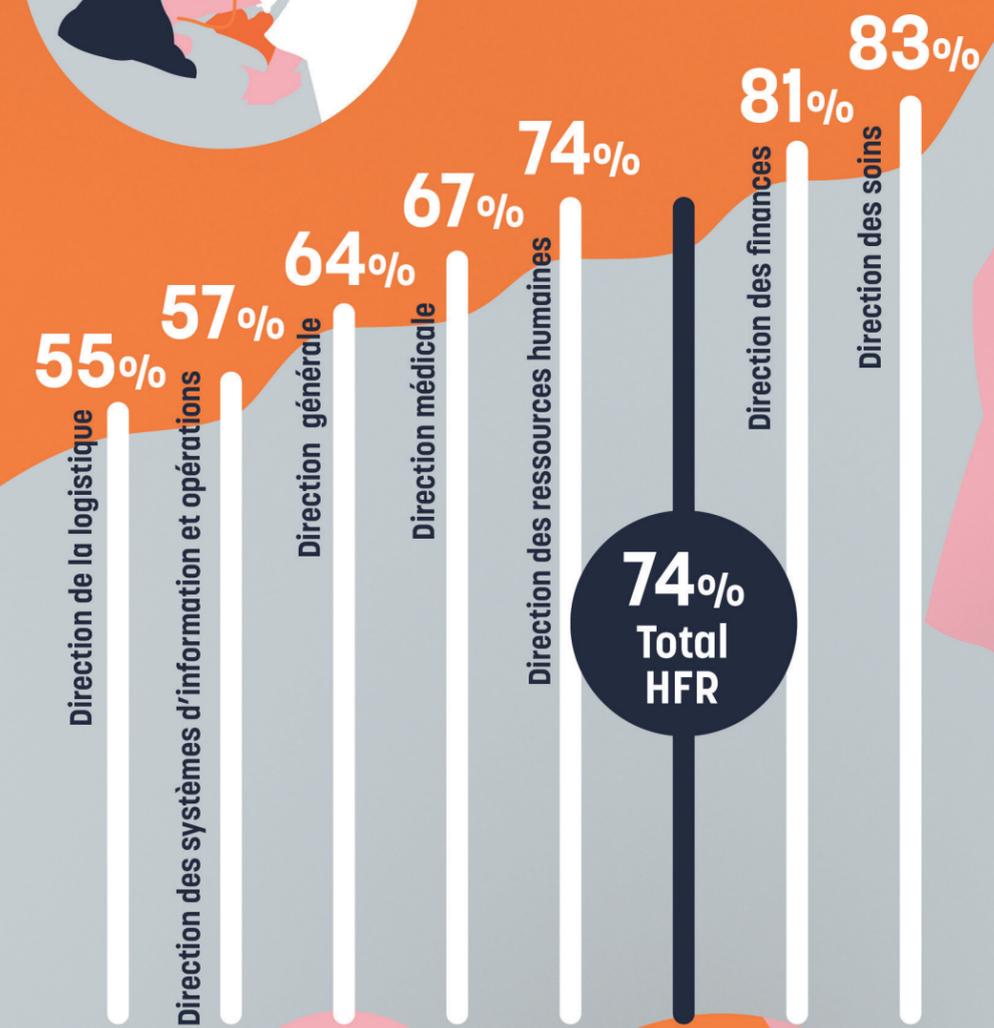
Les deux femmes se retrouvent totalement lorsqu'elles évoquent le soutien de leur entourage. « Sans lui, nous n'aurions certainement pas pu accéder et accepter ces responsabilités. » Et la Dre Audrey Boll d'ajouter que « la question ne se limite pas au niveau de l'employeur, il s'agit d'une question de société ». Et de citer les horaires

de crèche, souvent incompatibles avec le rythme du personnel médico-soignant. « Ça demande effectivement de faire quelques contorsions », illustre la Dre Anne-Catherine Barras-Moret, qui a été une des premières responsables en médecine à bénéficier d'un temps partiel. « Mais lorsque je suis face aux étudiants et étudiantes, je suis fière de leur montrer que c'est possible pour les femmes d'accéder à ces postes. »

Fierté d'inspirer les nouvelles générations, c'est peu dire lorsqu'on aborde le sujet avec la Prof. Harriet Thöny, médecin-chef du Service de radiologie. La native du Liechtenstein a su à 5 ans déjà qu'elle ferait médecine. Une femme, qui plus est dans un domaine technique? « Les défis me stimulent et me motivent! » Chaque étape de sa carrière qu'elle aurait pu vivre comme un frein a eu l'effet inverse. C'est ainsi qu'elle s'est spécialisée et qu'elle est devenue une référence mondiale dans son domaine tout en traçant en parallèle un parcours académique. « Je n'ai jamais réfléchi à faire mieux que les autres, je l'ai fait pour moi-même. »

Des méthodes différentes, mais pas opposées

Les Dres Audrey Boll et Anne-Catherine Barras-Moret relèvent que « le management par les femmes est différent et tant mieux, ça offre d'autres façons de voir et de faire ». Ces différences ne sont évidemment pas à mettre en opposition avec les hommes, car les objectifs demeurent communs: la prise en charge et le bien-être des patient-e-s. D'ailleurs, si les femmes ont fait du chemin pour accéder à ces postes de médecins-chefes, la conciliation vie professionnelle et vie privée se pose aussi pour les hommes, aspirant aussi de plus en plus à travailler à temps partiel. Et la Prof. Harriet Thöny de conclure avec son leitmotiv: « *Aspire to inspire before you expire!* »



« IL NE FAUT PAS QUE TOUT SOIT TOUJOURS STÉRILE »

Une étude menée à l'HFR sous la direction de la PD Dre Petra Zimmermann vise à étendre les connaissances sur l'administration d'antibiotiques lors de l'accouchement et le microbiote de l'enfant. **Monika Joss**



Certains nouveau-nés de l'HFR sont des scientifiques en herbe dès leur naissance. Tout comme leur mère, ils participent à une étude de l'Université de Fribourg, qui porte sur le microbiote, terme qui désigne tous les micro-organismes qu'abrite le corps humain. « Ces dernières années, la recherche a démontré son importance pour la santé », explique la PD Dre Petra Zimmermann, à la tête de l'étude. Maîtresse d'enseignement et de recherche à l'Université de Fribourg et médecin-chef adjointe en Pédiatrie à l'HFR, elle ajoute: « Il peut influencer sur le système immunitaire, la peau, les allergies et même l'humeur. »

La césarienne accroît le risque d'allergies et d'asthme

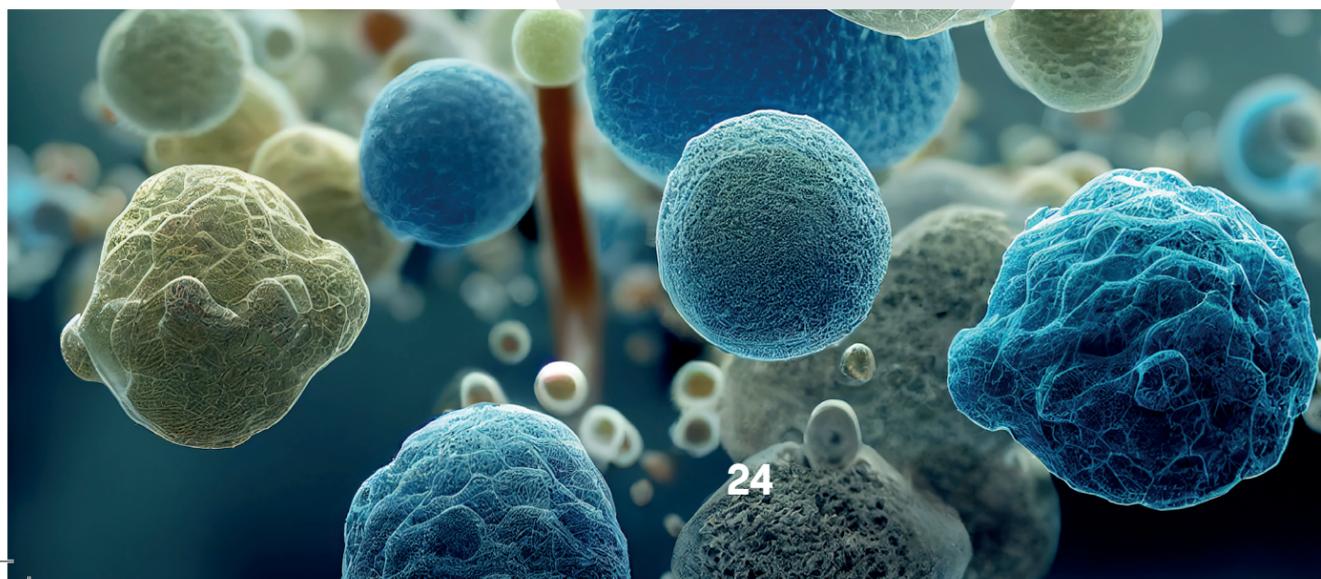
Petra Zimmermann et son équipe ont voulu en savoir davantage sur la manière dont l'administration d'antibiotiques pendant l'accou-

chement et au cours des deux premières années se répercute sur ce microbiote et si cela modifie celui de l'enfant. Y a-t-il par la suite une influence sur les allergies et d'autres maladies? Pour ce faire, les scientifiques ont prélevé régulièrement pendant deux ans des échantillons dans la bouche, dans le lait maternel et dans les selles de 400 mères et de leur enfant, ces prélèvements étant bien sûr inoffensifs.

On sait déjà que l'accouchement exerce une influence sur la composition du microbiote de l'enfant. Lors d'un accouchement par voie basse, ce sont surtout les bactéries du vagin et de l'intestin de la mère qui colonisent l'intestin du nouveau-né. En cas de césarienne, ce sont surtout les bactéries de la peau de la mère qui s'y installent. Ce phénomène est essentiel, car le système immunitaire du nou-

veau-né se forme à partir des bactéries présentes dans son intestin. Il peut ensuite déterminer une vulnérabilité aux allergies et à l'asthme. La conclusion tombe sous le sens: « Un accouchement naturel est préférable, et il ne faut pas que tout soit toujours stérile. »

Le pire ennemi du microbiote, ce sont les antibiotiques. Ils ne détruisent hélas pas seulement les bactéries pathogènes, mais aussi de nombreux auxiliaires bénéfiques. L'équipe de recherche de l'HFR vise non seulement à étudier le mode d'action du microbiote, mais aussi à mettre au point des moyens d'influencer ce dernier de manière ciblée. Le but est de renforcer ce microbiote après une antibiothérapie ou, chez le nouveau-né, après une césarienne. Dans l'idéal, les petits scientifiques de l'HFR contribueront au développement de ce genre de traitements.



DES ORGANES INUTILES... VRAIMENT ?

Notre corps est composé de plusieurs organes vestigiaux, c'est-à-dire qui se sont transformés au point de perdre partiellement ou complètement leur fonction initiale. Découvrez quelques-uns de ces vestiges. **Katelijne Dick**



LE COCCYX... UNE TRANSFORMATION INTRA-UTÉRINE

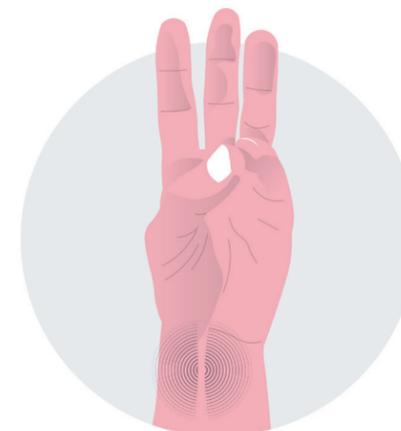
Ce vestige de queue, composé de quatre à six petits os qui se sont atrophiés, s'est amoindri au fil de l'évolution. Il sert à présent de point d'attache pour plusieurs muscles et ligaments du plancher périnéal. Un rôle essentiel pour lequel tout se joue durant la grossesse. En effet, le fœtus possède une queue qui compose environ un sixième de son corps jusqu'à la huitième semaine. C'est à ce moment-là que les neuf vertèbres caudales – ou de la queue – se transforment, quatre d'entre elles se fondant en une seule avec la cinquième pour former le coccyx.

En cas de traumatisme, après une chute par exemple, des douleurs chroniques appelées coccygodynies peuvent survenir et entraver sérieusement la qualité de vie. Il existe heureusement des traitements, allant de la médication à des infiltrations et jusqu'à l'opération chirurgicale.



L'ORGANE VOMÉRO-NASAL... UN MYSTÈRE DANS NOTRE NEZ

Constitué de minuscules cellules sensorielles spécialisées, il se situe dans la cloison du nez et se prolonge à l'arrière des cavités nasales. S'il est très utile chez de nombreux animaux pour détecter les phéromones, ces substances chimiques qui transmettent des messages, son rôle chez l'homme n'est pas aussi clair et il est plutôt sous-développé. Certaines études suggèrent cependant qu'il pourrait jouer un rôle dans la régulation de notre comportement social, de nos émotions et de notre comportement sexuel.



LE TENDON LONG PALMAIRE... FAITES LE TEST

Situé au niveau du poignet, le muscle long palmaire tend à disparaître (environ 14% de la population en serait dépourvu), en particulier sur le bras gauche. Pour le savoir, c'est simple: posez le dos de votre main sur une table et faites rejoindre l'extrémité de votre pouce avec votre auriculaire. Le tendon apparaît alors à la base du poignet. Très présent chez les primates, notamment pour grimper aux arbres, ce tendon est sous-développé chez l'humain. Il trouve cependant son utilité en chirurgie de la main en remplacement d'un autre tendon ou d'un ligament, mais aussi pour d'autres actes médicaux, comme par exemple le traitement de l'arthrose du pouce.

MA VIE ENTRE LA STÉRILISATION ET LES BLOCS OPÉRATOIRES

Indispensable à toute opération, je suis un instrument chirurgical membre de la grande famille de la base «ortho». C'est à la stérilisation que je bénéficie de soins particuliers pour accomplir mon travail au bloc opératoire. Suivez-moi! **Katelijne Dick**

J'habite au stockage stérile du bloc opératoire. Dès que le chirurgien a besoin de moi, je quitte mon étagère pour l'assister. Une fois ma mission accomplie, je suis placé dans un bac fermé sur un chariot à roulettes et mon voyage commence. Première étape: la zone de lavage.



Zone de lavage: septante minutes de décrassage

Dès mon arrivée dans cette zone – appelée aussi zone souillée – des assistants techniques en stérilisation (ATS) certifiés me prennent en charge et me mettent à tremper dans un bain durant quinze minutes. Cela s'appelle la pré-désinfection. Puis, je suis rincé à l'eau et placé dans une machine à laver, le laveur-désinfecteur, pendant environ septante minutes. Certains de mes cousins, quant à eux, passent d'abord par une machine à ultrasons. Dans cette machine, je suis lavé, désinfecté par la chaleur et séché. En sortant d'ici, une grande partie des germes et micro-organismes ont été détruits.

C'est aussi dans cette zone que les collaboratrices et collaborateurs de la stérilisation contrôlent et trient le matériel réceptionné: pour s'assurer qu'il n'est pas abîmé ou cassé, qu'il n'y a pas de matériel à usage unique ni d'aiguilles ou de résidus biologiques.



Zone de conditionnement: une inspection sous toutes les coutures

Puis, je passe en zone de conditionnement, ou zone propre. C'est là que les ATS m'examinent, testent la coupe des ciseaux et huilent les articulations des pinces. Ils contrôlent également que rien ne me manque et finalement m'emballent soigneusement. Certains de mes cousins sont insérés dans des conteneurs en aluminium, d'autres dans des sachets.

Une fois emballé, je suis placé dans un stérilisateur qui détruit définitivement les derniers micro-organismes. J'y reste environ une heure et demi, endurant pression, vapeur et chaleur!



73'075

le nombre de dispositifs médicaux stérilisés chaque année. Ce qui représente 200 plateaux par jour.

LA STÉRILISATION, UN RÔLE CLÉ AU SEIN D'UN HÔPITAL

Au début de la chaîne de prévention des infections se trouve le retraitement des dispositifs médicaux – tels que écarteurs, ciseaux, bistouris, pinces, endoscopes, curettes, etc. –, une mission qui doit être effectuée à la perfection. Les assistants techniques en stérilisation (ATS) suivent régulièrement des formations continues internes et externes en retraitement des dispositifs médicaux. D'ailleurs, depuis 2018, il existe un apprentissage de Technologue en dispositifs médicaux, qui dure trois ans.

Zone de libération des charges: après dix-huit minutes de stérilisation... libérée, délivrée!

Enfin, en zone de libération des charges – dite zone stérile – je sors de l'autoclave totalement propre. Une fois encore, les ATS vérifient si la température de 134° est bien atteinte pendant dix-huit minutes et sous une pression de 3,2 bars (soit environ la pression d'un pneu de voiture).

Ensuite, je refroidis tranquillement avant d'être placé à nouveau sur mon étagère; l'intégralité de mon voyage a été noté dans un système de traçabilité relié à mon code barre unique. Me voilà prêt pour une nouvelle mission.



LE CŒUR DE L'HÔPITAL

Réceptionnant les dispositifs médicaux souillés et les redistribuant stériles, la stérilisation centrale agit comme un cœur au sein d'un hôpital. Elle est logiquement située à proximité des blocs opératoires et son accès est uniquement possible en passant par les vestiaires du bloc, en tenue vestimentaire appropriée. Son concept est basé sur la « marche en avant »: elle possède un corridor dédié à la circulation du matériel souillé et un autre pour la distribution des dispositifs médicaux stériles, en évitant la contamination croisée.

*Une reprise, même partielle, des articles du H24 doit obtenir l'autorisation de l'HFR. La mention de la source est obligatoire.
Une question, une proposition, écrivez-nous à communication@h-fr.ch

Online et abonnement



Impression
Media f imprimérie SA, Bulle

Parution
Deux fois par an, en français et en allemand

Tirage
3200 exemplaires par édition

Photos
Jo Bersier
Alexandre Bourguet

Conception/réalisation
Service de communication de l'HFR
Xavier Dubuis

Journaliste indépendante
Sophie Roulin

Traduction
Ruth Oggenfuss
Aline Reichenbach Barry
Traduction externe
Milena Hrdina

Rédaction*
Service de communication de l'HFR

Katelijne Dick
Catherine Favre Kruit
Lara Gross Etter
Monika Joss
Priska Rauber

Éditeur
hôpital fribourgeois (HFR)

Éditeur responsable
Catherine Favre Kruit
Responsable d'édition
Lara Gross Etter

**ABONNEZ-VOUS
GRATUITEMENT SUR
WWW.H-FR.CH**



TA QUESTION

« DIS, POURQUOI LE PIFI IL SENT L'ASPERGE APRÈS QU'ON EN A MANGÉ ? »
SOHAN, 10 ANS, BULLE

RÉPONSE DU PROF. OLIVIER BONNY, SPÉCIALISTE DES REINS:

« Les aliments que nous mangeons sont digérés en minuscules particules qui sont en bonne partie absorbées par nos intestins dans notre ventre. Une fois absorbés, ces aliments sont amenés dans les différents organes du corps qui vont les utiliser pour fonctionner. Les reins sont les organes qui filtrent le sang et forment le pipi qui permettra d'éliminer une partie des déchets de notre corps.

Donc les asperges que tu as mangées se retrouvent en minuscules particules dans ton sang et sont filtrées par les reins qui les éliminent rapidement et donne cette odeur si particulière. De même, si tu manges de bonnes quantités de betterave rouge, tes urines peuvent être légèrement colorées en rouge ! Cela montre que ce que contiennent nos urines reflète en partie ce que l'on a mangé ! »

Et voilà pourquoi le pipi peut sentir l'asperge ! Hyper intéressant n'est-ce pas ? Si tu as des questions sur la santé, le corps ou sur l'hôpital, tu peux nous les envoyer avec ton nom, ton prénom, ton âge et ton adresse soit à notre adresse postale soit par mail :



communication@h-fr.ch



Service de communication HFR
Chemin des Pensionnats 2-6
Case postale
1708 Fribourg

CITATION

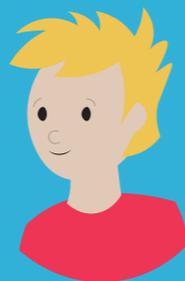
LES ÉQUIPES MÉDICO-SOIGNANTES DES URGENCES PÉDIATRIQUES VOUS PARTAGENT LES PÉPITES QU'ILS RÉCOLTENT ET CONSERVENT PRÉCIEUSEMENT AU GRÉ DES PRISES EN CHARGES DE LEURS JEUNES PATIENTS ET PATIENTES...



Infirmière

« As-tu des allergies ? »

« Oui, je suis allergique à mon frère, quand il m'embête, ça me donne chaud. »



Enfant, 7 ans

H24 Junior

LES RÈGLES



LA PUBERTÉ : DE NÉNETTES À NANAS

Ton corps change ? Peut-être que tes nénés commencent à pousser, que quelques poils apparaissent sur tes parties intimes ou peut-être as-tu déjà eu tes premières règles ? La puberté c'est ça : ton corps de petite fille qui se prépare à devenir celui d'une grande. Lara Gross Etter

En vrai, la puberté ça commence d'abord dans ta tête. Il y a dans ton cerveau une centrale hormonale qui envoie ses messages jusqu'à tes ovaires, là où tu vas fabriquer tes petites graines, les ovules. Ces messages préviennent tes ovaires qu'ils doivent se réveiller et se mettre au travail. Tes ovaires envoient alors, eux aussi, leurs propres messages – en vrai les hormones œstrogène et progestérone – pour aller jusqu'à tes seins et ton utérus, là où grandissent les bébés.

Mais comment sait-on que le top départ a été donné ? Ben parce qu'on voit les premiers signes de la puberté : « Les seins se développent, les premiers poils poussent sur les parties intimes ou sous les bras, on sent la transpiration, la peau devient plus grasse et des boutons peuvent apparaître, explique la Dre Dorothea Wunder, médecin adjointe en Gynécologie et obstétrique. Et puis, il y a aussi l'utérus qui grandit, les premières pertes blanches qui apparaissent, l'humeur qui change ou encore une poussée de croissance. »

SERVIETTES, CUP, CULOTTES OU TAMPONS ?

Bonne nouvelle si tu t'inquiètes pour l'arrivée des premières règles, il s'agit au début de quelques gouttes et non pas des chutes du Niagara. Mais il existe pleins de solutions appelées protections hygiéniques pour éviter les débordements. Les serviettes hygiéniques, les culottes de règles, les cup menstruelles ou encore les tampons. « Jusqu'à 13 ans, nous recommandons de privilégier les solutions externes, qui ne s'insèrent pas dans le vagin, et ensuite c'est selon le désir de chacune. »

PREMIÈRES RÈGLES

Ces changements se font petit à petit, entre 8 et 13 ans, chacune à son rythme. Inutile de se comparer aux copines ! Mais tu peux te comparer à ta maman, car ça arrive souvent que les filles aient leurs premières règles au même âge que leur mère. Ces premières règles justement, qu'est-ce que c'est ? On a déjà parlé de tes ovaires qui fabriquent la petite graine, l'ovule. Cet ovule, lorsqu'il est prêt, quitte l'ovaire pour rejoindre l'utérus. C'est là que l'ovule va s'installer en attendant de rencontrer un spermatozoïde (la graine des garçons).

Imagine, t'invite un amoureux ou une amoureuse, t'as envie que ça soit tout beau chez toi. Ben l'utérus, il fait pareil et se transforme en petit nid douillet. Mais au bout de quelques jours où il n'y a pas eu de spermatozoïde, il est temps de faire le ménage. Les règles c'est ce moment où l'utérus laisse sortir ce petit nid, puisque l'ovule est resté célibataire. C'est pour ça que tu as des saignements, qui peuvent durer entre trois et sept jours. « Au début, ce n'est pas régulier, il faut souvent entre deux et cinq ans pour que ça se mette en place. »

Et un peu fou, savais-tu qu'à ce jour on ne sait pas dire combien exactement de sang s'écoule ? « Ça devrait être inférieur à 80 ml, mais on ne peut pas donner une

DRÔLES DE NOMS !

Ça change un peu maintenant, et c'est tant mieux parce que ce n'est pas du tout un sujet tabou, mais parfois, pour éviter de parler des règles on leur donne des noms de code un peu bizarre comme les « ragnagnas », « les Anglais débarquent » (en référence aux uniformes rouges des soldats britanniques pendant les guerres napoléoniennes), « être indisposée », certaines disent même « avoir sa semaine de ketchup » !

quantité exacte, confirme la Dre Wunder. La texture change, elle est plus ou moins liquide ou épaisse, la couleur va du brun au rouge et le débit varie durant les règles et est normalement moins important la nuit. » Chaque mois, ça recommence : ton corps prépare ce petit nid pour un éventuel bébé. Puis, quand il n'y a pas eu de fécondation, les règles reviennent jusqu'à ce qu'on appelle la ménopause, soit la fin des règles qui arrive entre 40 et 60 ans, selon les femmes. Et lorsqu'une fécondation a lieu et qu'un bébé grandit dans l'utérus, les femmes n'ont plus de règles puisque le petit nid douillet reste juste pour que le bébé soit bien installé.

SURTOUT, EN PARLER

Une chose est sûre, quand tous ces chamboulements arrivent, c'est bien d'en parler. Dans ta famille, avec tes copines ou alors si tu préfères, des professionnels sont là pour toi. « Le pédiatre, le planning familial, il ne faut jamais hésiter à consulter. Aussi si on a mal, par exemple. Rater l'école à cause de règles trop douloureuses ce n'est pas normal. Des solutions existent. »