

LE BILLET DU PRÉSIDENT RETROSPECTIVE 2022 ET BONNE ANNÉE !

Dr Dominique Bünzli | président de la SNM



On ne peut pas dire que les choses se sont calmées, entre l'ombre du SARS-CoV-2, les cyberattaques puis les réfugiés Ukrainiens, une petite incursion par la variole du singe et, enfin, la problématique des pénuries énergétiques et médicales qui s'ajoutent encore aux sujets courants de nos associations médicales.

L'année écoulée aura à nouveau été riche en événements de crise !

J'aimerais donc simplement remercier toutes celles et ceux qui, en plus de leur travail quotidien, s'investissent dans nos différentes associations médicales à tous les niveaux afin de défendre les intérêts de notre profession et des patients !

Bonnes fêtes et bonne année (en espérant quand-même que ce sera un peu plus calme) !

PRÉSENTATION DU CENTRE MÉMOIRE NEUCHÂTELOIS

Delphine Frochoux, spécialiste en neuropsychologie FSP, coordinatrice du Centre Mémoire
Dre Mariangela Gagliano, médecin cheffe, service de gériatrie RHNe
Dr Philippe Olivier, médecin chef, service de neurologie RHNe
Dr Umberto Giardini, médecin chef du Département de Psychiatrie de l'Age Avancé (CNPâa)

Les connaissances dans le domaine des maladies neurodégénératives ont fortement évolué ces dernières années. Alors qu'il y a 10-15 ans, le diagnostic était principalement clinique et pouvait se faire par un seul médecin ou neuropsychologue, cela n'est plus envisageable au jour d'aujourd'hui. Nous avons à présent accès à des examens spécifiques (par ex.: protéines dans le LCR, IRM cérébrale avec coupes spécifiques, PET-scan FDG ou amyloïde, analyses génétiques) qui nous permettent de nous prononcer sur un diagnostic avec beaucoup plus de précision. En parallèle, l'évolution de ces méthodes nous a fait prendre conscience qu'il y avait encore beaucoup d'erreurs diagnostiques lorsque nous nous basons uniquement sur la clinique et que nous ignorons encore beaucoup de choses dans ce domaine très complexe. L'établissement d'un diagnostic clair et fiable, aussi précoce que possible, est nécessaire à une bonne prise en charge des patients, et le devient de plus en plus grâce notamment à l'apparition progressive de traitements médicamenteux spécifiques (par ex.: l'Adu canumab ou le Lecanemab pour la maladie d'Alzheimer). En parallèle, la prise en charge non médicamenteuse et psychosociale est également primordiale, et permet de prolonger l'autonomie des patients et de prévenir l'épuisement des proches. Cette prise en charge doit cependant être également adaptée en fonction de la problématique du patient et nécessite qu'un diagnostic fiable soit posé le plus tôt possible.

C'est dans cette optique que le RHNe a mis en place un Centre Mémoire multi-disciplinaire, en collaboration avec le Centre neuchâtelois de Psychiatrie de l'âge avancé (CNPâa) et l'Association Réseau Santé Social (AROSS), répondant aux critères des Swiss Memory Clinics (www.swissmemoryclinics.ch). Le Centre Mémoire réunit des médecins spécialistes en neurologie, en gériatrie et en psychiatrie, des neuropsychologues ainsi que des CareManagers (collaborateur de AROSS et psychologue du CNPâa), chargés de coordonner la prise en charge et le suivi des patients. Les prestations du Centre Mémoire ont débuté cet automne, sur les sites du RHNe-Pourtalès et du RHNe-La Chaux de Fonds. Les patients adressés au Centre Mémoire sont examinés par au moins deux professionnels de la santé : un médecin (gériatre ou neurologue) et un neuropsychologue. Lors de l'examen médical (durée d'environ 2 heures), un examen physique complet est effectué, avec un status neurologique et une évaluation gériatrique plus ou moins détaillés en fonction de la problématique. Une hétéroanamnèse est également effectuée avec l'entourage (il est demandé au patient de se présenter au rendez-vous accompagné si possible). Des examens complémentaires sont demandés si nécessaire (évaluation par un psychiatre-psychothérapeute du CNPâa en cas de suspicion d'une problématique psychique surajoutée, IRM cérébrale avec axes si non réalisée auparavant, ponction lombaire, PET-scan, bilan sanguin...).

Dès réception de la demande au Centre Mémoire, un examen neuropsychologique est également organisé en parallèle de l'examen médical (à une autre date pour ne pas cumuler deux examens de longue durée le même jour), afin de dresser un profil cognitif précis et de guider le diagnostic (cf. *examen neuropsychologique dans le cadre du Centre Mémoire pour détails*). Les neuropsychologues reçoivent également le patient avec un proche afin de compléter les éléments d'anamnèse et d'amorcer une discussion sur les difficultés cognitives du patient. Lorsque tous les examens ont été réalisés, le dossier du patient est discuté en consilium interdisciplinaire avec l'ensemble des spécialistes de l'équipe. Un diagnostic est alors formulé et l'indication à une prise en charge est discutée. Une séance de restitution est organisée avec le médecin responsable du patient (et éventuellement une CareManager et une neuropsychologue selon la situation), durant laquelle le diagnostic est expliqué au patient et aux proches. Une proposition de suivi peut également être évoquée si besoin. Dans un tel cas et si le patient l'accepte, la CareManager prend ensuite contact pour organiser un suivi (dans le cadre de CareMens ou non en fonction des critères ; cf. *Programme CareMens*).

Un rapport de synthèse est envoyé au médecin traitant reprenant l'ensemble des examens réalisés, le diagnostic retenu, indiquant le suivi mis en place et proposition de prise en charge. Le rôle du Centre mémoire n'est pas de se substituer au médecin de premier recours, qui poursuivra la prise en charge médicale du patient.

Pour la plupart des cas, un rendez-vous de contrôle est prévu une année plus tard. L'objectif est de pouvoir poser un diagnostic avec la meilleure fiabilité possible et de mettre en place un suivi si nécessaire, tout en accompagnant à la fois le patient et ses proches face à ces maladies qui impactent fortement le quotidien.

Le Centre mémoire n'assurera pas de prestations d'assistance sociale (déjà offerte par les antennes neuchâtelaises d'Alzheimer suisse, ou Pro-Senectute par exemple). Par contre, grâce à ses Caremanager, le Centre mémoire assurera une continuité entre la prise en charge médicale et neuropsychologique, avec les structures de soins telles que le CNPâa et de santé communautaire, dont AROSS.

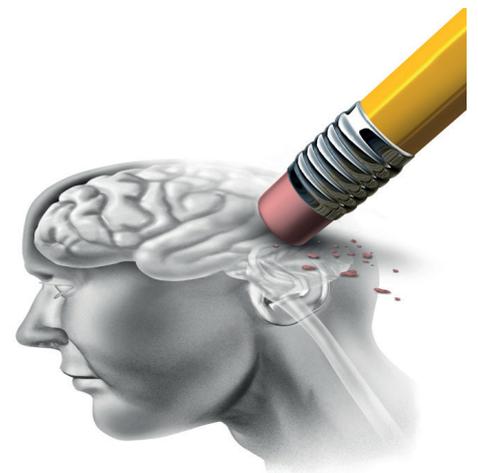
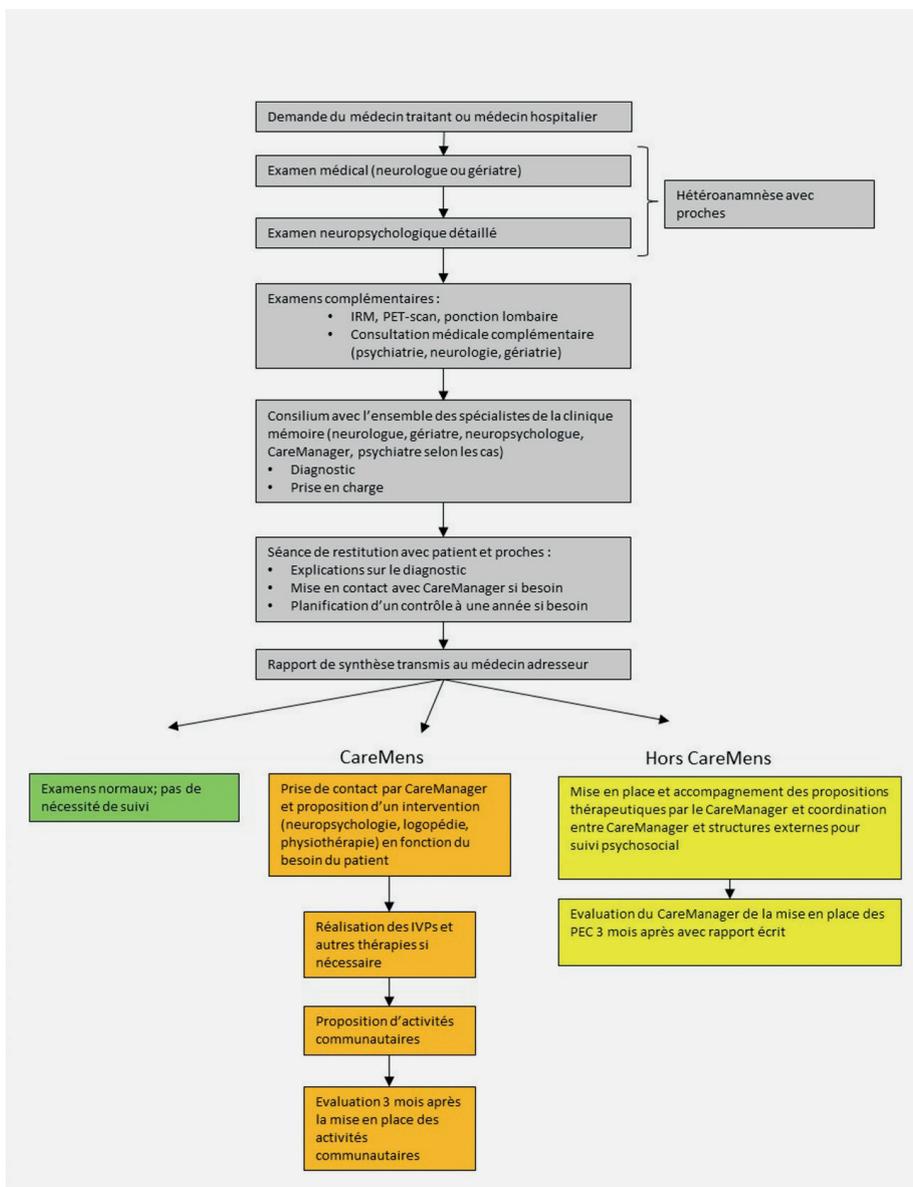


// PRÉSENTATION DU CENTRE MÉMOIRE NEUCHÂTELOIS

Delphine Frochoux, spécialiste en neuropsychologie FSP, coordinatrice du Centre Mémoire
Dre Mariangela Gagliano, médecin cheffe, service de gériatrie RHNe
Dr Philippe Olivier, médecin chef, service de neurologie RHNe
Dr Umberto Giardini, médecin chef du Département de Psychiatrie de l'Age Avancé (CNPâa)

Chaque situation est discutée par l'équipe pluridisciplinaire, qui se rencontre une fois par semaine. Des colloques ont lieu une fois par mois avec les neuro-radiologues du RHNe pour discuter des imageries cérébrales et des examens de médecine nucléaire.

L'équipe du Centre Mémoire Neuchâtelois participe par ailleurs régulièrement aux colloques cliniques et académiques hebdomadaires organisés par le Centre Leenaards de la mémoire du CHUV, et les visioconférences avec les centres mémoires romands des cantons de Genève, Vaud, Fribourg et Valais, des afin de maintenir un haut niveau d'expertise. Un projet de collaboration est également en cours avec le réseau ROMENS (Réseau romand mémoire et neurosciences), créé à l'initiative des centres de la mémoire du CHUV et des HUG, ayant pour objectif de développer l'harmonisation des soins et de la recherche dans le domaine des pathologies cognitives du cerveau âgé. Le Centre Mémoire neuchâtelois envisage dans ce contexte de participer au registre de recherche ROMENS visant à collecter des données d'intérêt scientifique et démographique (profils cliniques, biologiques, neuro-imagerie) concernant les patients avec des troubles cognitifs évolutifs.



COMMENT ADRESSER VOTRE PATIENT AU CENTRE MÉMOIRE ?

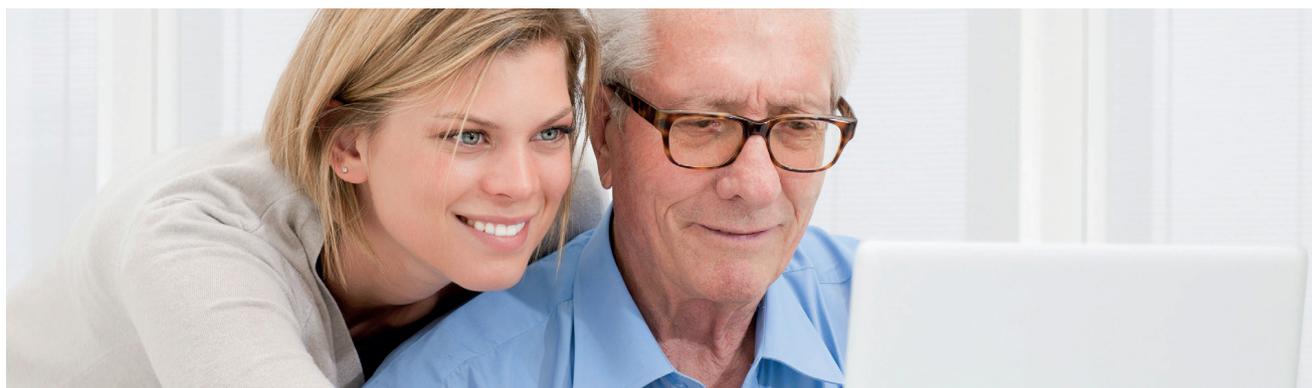
Delphine Frochaux, spécialiste en neuropsychologie FSP, coordinatrice du Centre Mémoire
Dre Mariangela Gagliano, médecin cheffe, service de gériatrie RHNe
Dr Philippe Olivier, médecin chef, service de neurologie RHNe
Dr Umberto Giardini, médecin chef du Département de Psychiatrie de l'Age Avancé (CNPaa)

LETTRE DE DEMANDE DE CONSULTATION OU REMPLIR LE FORMULAIRE DE DEMANDE, À ENVOYER À centrememoire@rhne.ch

- Avec courte anamnèse
- Antécédents médico-chirurgicaux et psychiatrique du patient
- Liste des médicaments
- Coordonnées du patient, si possible de proches, à contacter, ou représentants thérapeutiques
- Mobilité du patient

TRANSMETTRE AVEC LA DEMANDE :

- **Bilan sanguin de base :**
 - Formule sanguine ; Na⁺, K⁺, Ca⁺⁺ ; P04⁻ ; VS, ANA, ANCA ; TSH et T4 libre ; vitamine B9 ; vitamine B12 activée (holocyanocobalamine) ; homocystéine totale ; urée, créatinine ; ASAT, ALAT, gamma-GT, phosphatase alcaline, lipase ; glycémie et hémoglobine glycosylée ; électrophorèse et immunotypage des protéines ; sérologie borrelia, HIV et TPPA (ou TPHA)
- **Imagerie cérébrale (avec les images et rapport de radiologie, si fait hors RHNE) :**
 - IRM cérébrale à privilégier ; si contre-indication (pacemaker par exemple) CT cérébrale
 - Si antécédents cérébrovasculaires ou FRCV : avec séquences angiographiques (crâne-carotides)
- **Test de dépistage cognitif :**
 - Privilégier le MoCA test au MMSE, qui permet une évaluation simple de fonctions exécutives, en plus des fonctions corticales



Les demandes sont discutées entre les membres du Centre mémoire, en particulier de neuropsychologie, de gériatrie et de neurologie. Le dossier est attribué, en parallèle pour un examen neuropsychologique et une évaluation somatique, soit en gériatrie, soit en neurologie.

Les évaluations de l'aptitude à la conduite ne sont pas dans les attributions du Centre mémoire. Une consultation dédiée est disponible au sein du service de neurologie RHNe.

ASPECTS NEUROLOGIQUES DES MALADIES NEURO-DÉGÉNÉRATIVES ET NEUROCOGNITIVES EN 2023

Dr Philippe Olivier, médecin chef, service de neurologie RHNe

Les maladies neurodégénératives relèvent d'un défi majeur de santé publique et communautaire actuellement et encore plus à l'avenir. En lien à l'augmentation de l'espérance de vie, la population exposée à développer une maladie neurodégénérative ira en augmentant. Ces maladies atteignent les facultés cognitives, de la mémoire, de la parole, du comportement ou de l'humeur, et ont des répercussions fonctionnelles, avec un risque certain de perte d'indépendance, d'autonomie et de diminution de capacité de discernement. Elles entraînent une pression sur la communauté, en termes de soutien, d'encadrement, de prestation psychosociale, et de coût de santé communautaire, somatique et mentale.

A mesure que la longévité augmente, la proportion de la population âgée, typiquement exposées aux pathologies chroniques (cardiaques ; pulmonaire ; métabolique comme le diabète ; maladie cardiovasculaire et cérébrovasculaire ; dysimmune) et aux maladies neurodégénératives augmentera, sans oublier que ces maladies débutent souvent encore à l'âge d'activité professionnelle.

En Europe, la prévalence standardisée des maladies neurodégénératives pour la population de 60 ans et plus, est de 5.78, et qui augmente en fonction des groupes d'âge : d'environ 0.9 % pour le groupe d'âge 60-64ans, jusqu'à 25% au-delà de 85-89 ans.

Par contre, bien que le groupe d'âge de population vulnérable à risque de développer une maladie neurodégénérative augmente, l'évolution de la prévalence des troubles neurocognitifs ces dernières décennies, semblent diminuer, cela en lien aux bons résultats de prévention primaire, en particulier des maladies cardiovasculaires, et cérébrovasculaires, mais également métabolique (dont diabète), syndrome d'apnées du sommeil et des mesure d'hygiène de vie.

Le terme de démence (selon le DSM-IV, s'agissant de trouble de la mémoire, de déficit d'un autre domaine neurocognitif, avec répercussion sur les activités de la vie quotidienne) et remplacé par les troubles cognitifs légers (sans répercussion sur les activités de la vie quotidienne) ne doit plus être utilisé. Le terme de trouble neurocognitif est maintenant préféré, et celui de démence à éviter : léger si il n'entraîne pas de répercutions dans les activités de la vie quotidienne, ou de troubles cognitifs majeurs, la cas échéant, si il occasionne des répercussion sur les activités de la vie quotidienne, avec diminution de l'indépendance du patiente, selon la dernière version de la classification DSM-V.

Les troubles cognitifs peuvent être secondaire à une cause extrinsèque, soit toxique ou médicamenteuse, infectieuse, métabolique, auto-immune ou paraneoplasique (encéphalite limbique ou même taupathie liée aux anticorps IgLON5), sans négliger non plus, les causes traumatiques, soit uniques après TCC sévère, ou répétées (activité sportive ; hobby ; accidents de la voie publique) responsable d'encéphalopathie traumatique chronique.

Mais la très grande proportion des troubles neurocognitifs, sont liés à des pathologies neurodégénératives, ou vasculaires.

Parmi les troubles neuro cognitifs d'étiologie vasculaire, on retiendra les leucoencéphalopathie microvasculaire, particulièrement conséquence de l'hypertension artérielle chronique, et également aux autres facteurs de risque cérébrovasculaire, comme le diabète, séquelles d'AVC, soit ischémique ou hémorragique. Plus rares, une pathologie vasculaire dégénérative, comme l'angiopathie amyloïde cérébrale, ou génétiques, comme le CADASIL (artériopathie autosomale dominante cérébrale, avec infarctus sous-corticaux et leucoencéphalopathie) d'autres vasculopathie cérébrale génétique comme, maladie de Fabry, Col4A1, Col4A2, TREX-1, ... À l'heure actuelle, plus de 15 gènes peuvent être identifiés, lors d'analyses de séquençage à haut débit.

Les causes vasculaires sont responsables de la 2ème cause étiologique de troubles neurocognitifs majeures. Par contre, ils sont potentiellement accessible à être diminuer par des mesures d'hygiène, de mesure de prévention primaire et de réduction des facteurs de risques cérébrovasculaires : activité physique quotidienne, alimentation équilibrée, réduction de la consommation des facteurs toxiques (réduction de la consommation d'alcool à au maximum 1 unité d'alcool/jour), ou leur exclusion (tabagisme ; stupéfiants), et contrôle médical strict de la tension artérielle, du profil glycémique et lipidique.

L'action de diminution de l'impact de ces facteurs de risques cérébrovasculaire et comportementaux expliquent la diminution, bien que légère, de la prévalence des troubles neurocognitifs ces dernières décennies sur des cohortes étudiées, comme on pu le voir les études épidémiologiques des cohortes britanniques (Cognitive Function and Ageing Study 1991 / 2011), françaises (Bordeaux), suédoises ou américaines.



Dr Philippe Olivier, médecin chef, service de neurologie RHNe

Ces mesures de prévention primaire médicale ont également un impact certain sur les troubles neurocognitifs d'étiologie neurodégénératives, comme la maladie d'Alzheimer, première cause de troubles neurocognitifs, mais également les autres maladies neurodégénératives.

On peut globalement distinguer ou classifiées maladies neurodégénératives en deux grands groupes, selon la ou les protéines impliquées :

• LES TAUPATHIES

◇ La maladie d'Alzheimer (MA), comme première étiologie, représentant environ 60% des troubles neurocognitifs majeurs, avec une prédominance initiale de l'atteinte mnésique. La maladie est, dans la grande majorité des cas idiopathiques, mais, plus rarement une cause génétique, autosomale dominante, ne doit pas être oubliée. La pathologie est d'une part une taupathie avec la formation de corps neurofibrillaires intracellulaires de protéines tau phosphorylée, et la dégradation de la protéine A β -amyloïde par la γ -sécrétase en segment de l'A β -amyloïde 1-42 et 1-40, extracellulaires, au-niveau cortical, dont la conformation spatiale change pour former des agrégations beta-plissées : les plaques amyloïdes. Ces dernières vont commencer à s'accumuler dans les régions temporales internes et hippocampiques, puis s'étendent au reste du lobe temporal, puis pariétal et frontal.

Elles sont soit de variante comportementale, de variante langagière d'aphasie progressive non-fluente ou d'aphasie sémantique. Certaines formes vont être associées à une maladie du motoneurone (FTDL-17 avec SLA – sclérose latérale amyotrophique) ou des signes d'autres taupathies, comme la paralysie supranucléaire progressive, un syndrome ou une dégénérescence cortico-basale, ou associées à la protéine FUS (Protein Fused in Sarcoma).

Jusqu'à peu, la MA était évoquée au moment du stade de présentation clinique, et les critères diagnostics reposent encore surtout sur l'examen neuropsychologique. Nous savons en revanche que ce diagnostic est posé tardivement dans l'évolution pathologique de la MA, probablement plusieurs mois, voire année après le déclenchement du processus neuropathologique. De ce postulat, on comprend que le stade de maladie d'Alzheimer, fait suite à une phase prodromale de la MA, elle-même précédée par une phase préclinique, durant laquelle le patient est asymptomatique mais qui présente déjà des biomarqueurs, le mettant à haut risque d'évolution vers une maladie d'Alzheimer.

La recherche de certains de ces biomarqueurs est depuis 2020 prise en charge par l'assurance maladie de base en ambulatoire, à savoir :

– Le PET-CT (tomographie d'émission de positron) amyloïde. Plusieurs marqueurs PET ont été développés, et actuellement seul le Vizamyli™ (fulmetamol) est disponible en Suisse. Il est pris en charge par l'assurance maladie, nécessitant une demande d'accord au préalable, pour autant que le patient réponde aux critères de limitations selon l'ordonnance fédérale de l'OFSP (troubles cognitifs évoluant depuis < 5ans ; le dosage des biomarqueurs du LCR avec une réponse équivoque ; pas d'autres examens PET fait auparavant ; prescrit par soit un neurologue, un gériatre ou un psychogériatre).

– L'analyse du LCR, après ponction lombaire avec dosage de la protéine A- β amyloïde 1-42, de la protéine A- β amyloïde 1-40, le ratio A β 1-42/A β 1-40, la protéine Tau et la protéine phospho-Tau (ou Tau phosphorylée) 181P. En cas d'abaissement de l'A β 1-42, ou un abaissement du ratio A β 1-42/A β 1-40, une élévation de la protéine Tau et de la phospho-Tau confère un diagnostic de MA avec un haut niveau de preuve biologique c'est-à-dire A+/T+/N+. Les situations précoces A+ ou T+ seuls, sont des situations à haut risque d'évolution vers une maladie d'Alzheimer.

La classification A/T/N a été définie comme :

A+ : abaissement de A β 1-42 / du ratio A β 1-42/A β 1-40 ou PET amyloïde positif

T+ : élévation de la protéine Tau, PET-CT au 18FDG ou atrophie focale à l'IRM cérébrale

N+ : élévation de la phospho-Tau 181 ou phospho-Tau 217 ou PET-Tau positif (non disponible hors cadre de protocole d'étude de recherche pour l'instant)

Actuellement, la prise en charge des patients avec MA s'organise en traitement non-pharmacologique, de soutien, proposition de participation à des activités, en groupe ou individuelle qui vise une stimulation cognitive comme les interventions psychosociales, que propose le programme CareMens (la neuropsychologie, la physiothérapie, la logopédie), ainsi que d'autres activités comme des groupes de rencontres, d'atelier, de l'art-thérapie, de la musico-thérapie, etc...

Les traitements pharmacologiques, outre le contrôle strict de facteurs de risques cérébrovasculaires, sont limités. L'utilisation du ginkgo biloba, en teinture apporte un discret bénéfice sur le maintien des fonctions cognitives. Il n'y a pas eu de nouvelles avancées depuis près de 20ans, avec les inhibiteurs de l'acétyl-cholinestérase (donépézil ; galantamine ; rivastigimine) et la mémantine. Bien que leur effet soit très modeste, ils ont montré un léger bénéfice sur l'évolution du déclin cognitif, mais également de diminuer l'apathie, liée à cette maladie neurodégénérative.

Dr Philippe Olivier, médecin chef, service de neurologie RHNE

Des nouvelles options thérapeutiques, en particulier avec la stratégie de diminuer l'accumulation des plaques amyloïdes sont en train de voir le jour, avec des traitements biologiques d'anticorps monoclonaux anti-amyloïde (aducumab, ayant reçu une autorisation conditionnelle de la FDA de commercialisation en 2022 - Aduhelm™ - aux USA ; donanemab ; lecanemab).

Nous assistons au début d'une gamme thérapeutique, dont on peut espérer qu'elle pourra modifier l'évolution de la MA, chez des patients peu symptomatiques. Dès lors, nous nous devons de les diagnostiquer de manière précises et précoces afin d'identifier les patients qui pourront bénéficier de ces traitements biologiques, dès qu'ils seront disponibles.

◇ Les aphasies primaires progressives, dont la présentation initiale sont des troubles phasiques, qui évolueront soit vers une MA (par exemple avec tableau initial d'aphasie primaire progressive de type logopénique), ou vers DFT (aphasie primaire progressive non fluente ; aphasie sémantique ; apraxie primaire progressive du langage).

◇ La démence fronto-temporale (DFT), soit de cause idiopathique ou génétique (lié aux gènes MAPT, GRN ou c9orf072). Les grandes présentations cliniques sont soit de variante comportementale, de variante langagière d'aphasie progressive non-fluente ou d'aphasie sémantique. Certaines formes vont être associées à une maladie du motoneurone (FTDL-17 avec SLA – sclérose latérale amyotrophique) ou des signes d'autres taupathies, comme la paralysie supranucléaire progressive, un syndrome ou une dégénérescence cortico-basale, ou associées à la protéine FUS (Protein Fused in Sarcoma).

◇ Les pathologies neurodégénératives non alzheimerienne suspectée (SNAP), comme la maladie à grain argirophile, l'« Aging-related Tau Astroglipathy (ARTAG) », les taupathies gliales globulaires (GGT) ou la « Primary Age Related Taupathy (PART) » qui demeurent des diagnostics anatomopathologiques.

◇ L'encéphalopathie traumatiques chroniques.

• LES SYNUCLÉINOPATHIES :

◇ La maladie de Parkinson : par modification de la conformation de la protéine alpha-synucléine et formation de corps de Lewy intracellulaire, toxique, avec perte neuronale dopaminergique. Les stades de Braack&Braack nous ont permis d'avoir un concept anatomopathologique d'évolution de la maladie et de sa progression caudo-rostrale par la présence des corps de Lewy depuis le tronc cérébral (symptômes non-moteurs) vers de la substance noire du mésencéphale (signes moteurs) et ensuite dispersion des corps de Lewy au niveau cortical, avec les dernières phases de Braack, avec troubles neurocognitifs, de type sous-corticaux, avec au premier plan une atteinte de fonctions exécutives, ralentissements, troubles attentionnels, puis des troubles mnésiques, modification comportementales, hallucinations spontanées, surtout visuelles. Ces dernières peuvent être majorés par la médication dopaminergique. Cette dernière phase de la maladie entraîne un handicap souvent occasionnant de telle limitation fonctionnelle, que le maintien à domicile peut être compromis.

Les signes moteurs sont la cible de plusieurs options thérapeutiques symptomatique (traitements dopaminergiques par voie orale ; stimulation cérébrale profonde ; distribution continues de traitement dopaminergique, comme la pompe d'apomorphine ou la pompe de Duodopa, via une sonde de gastrostomie avec extensions jéjunale), et les signes non-moteurs par une prise en charge symptomatique pharmacologiques et non-pharmacologiques.

Des études sont actuellement publiées ou en cours d'étude, de traitement d'anticorps monoclonaux anti-synucléine, comme traitement modificateur de l'évolution.

◇ La démence à corps de Lewy, avec troubles neurocognitifs majeurs au premier plan, par rapport aux signes extrapyramidaux, des fluctuations de la vigilance, des hallucinations spontanées et une hypersensibilité aux neuroleptiques

• Autre maladie génétique avec trouble neurodégénératif majeur comme la chorée de Huntington, avec présentations de multiples mouvements anormaux, troubles neuropsychiatriques et neurocognitifs majeures

Jusqu'à présent, la prise en charge de ces maladies neurodégénératives sont basés sur les traitements symptomatiques pharmacologiques, de prise en charge non-pharmacologiques (physiothérapie ; ergothérapie, logopédie) et de soutien psychosocial.

En 2022, nous sommes à l'aube de traitement modifiant l'évolution de ces maladies, grâce à de nouvelles stratégies de traitement biologiques ciblés. Ce qui rend plus sensible l'importance de prise en charge précoce. Les moyens d'investigations pour établir un diagnostic précis sont maintenant à dispositions de « routine », et cela pour l'ensemble de la population du canton de Neuchâtel.

CENTRE MÉMOIRE

Dre Mariangela Gagliano, Service de gériatrie RHNe

VIEILLISSEMENT ET MALADIE NEURODÉGÉNÉRATIVE :

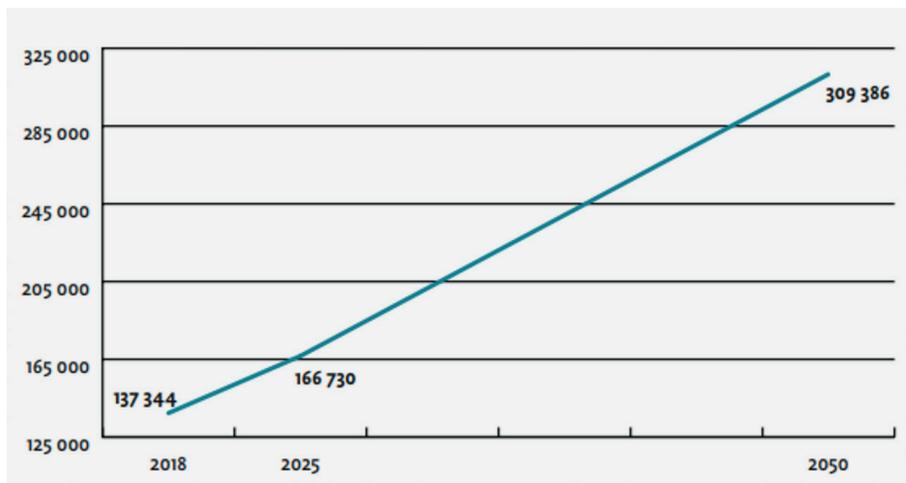
En 2021, l'espérance de vie en Suisse se monte à 81,6 ans pour les hommes et à 85,7 ans pour les femmes à la naissance¹. Selon les scénarii de vieillissements démographiques évoqués, un quart de la population vivant en Suisse serait âgée de > 65 ans en 2040 et la proportion de personnes âgées de > 85 ans devrait tripler jusqu'en 2050². En comparaison internationale avec d'autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), l'espérance de vie à l'âge de 65 ans en Suisse est une des meilleures au monde³. Cependant, la proportion de personnes âgées de > 65 ans jugée en bonne santé se retrouve elle dans la moyenne de l'OCDE, témoignant d'un risque bien présent de développer une polymorbidité avec l'âge même dans notre système de santé réputé comme excellent.

L'avancée en âge étant un des facteurs corrélés au risque de développer des troubles neurocognitifs, les pathologies neurodégénératives avec le déclin cognitif et fonctionnel associés vont représenter un défi sociétal et de santé publique majeur ces prochaines années. Selon les données rendues disponibles pour l'année 2020 par l'association Alzheimer Suisse, 144 300 personnes sont atteintes de troubles neurocognitifs en Suisse avec 3250 personnes touchées rien que dans le canton de Neuchâtel. Il s'avère que la moitié des personnes atteintes n'aurait pas reçu formellement de diagnostic et que plus de deux tiers des personnes touchées sont des femmes. La Maladie d'Alzheimer est le diagnostic de maladie neurodégénérative le plus fréquemment retrouvé.

En 2019, l'estimation des coûts globaux en lien avec les besoins de malades atteints de troubles neurocognitifs s'élevait à 11,8 milliards/an en Suisse. A noter qu'une grande partie de ces coûts estimés sont des prestations d'assistance en soins et d'accompagnement non rémunérées effectuées principalement par les proches aidants.

Selon les estimations européennes disponibles, la part de la population suisse souffrant de troubles neurocognitifs devrait doubler d'ici 2050 passant de 1,62% à 3,15% de la population⁴. Dans ce contexte, le développement de Centre Mémoire interdisciplinaire dédiés à la prise en charge de personnes souffrant de troubles neurocognitifs va prendre de l'importance en Suisse pour offrir des investigations standardisées et un accompagnement adapté aux personnes touchées et à leurs proches.

Fig 1. Nb de personnes présentant des troubles neurocognitifs en Suisse de 2018 à 2050 | adaptée de Alzheimer_europe_dementia_in_europe_yearbook_2019.pdf



APPORT GÉRIATRIQUE AU CENTRE MÉMOIRE

Après évaluation des demandes reçues, la majorité des patients qui sont référés au Centre Mémoire pour une évaluation gériatrique sont âgés de > 75 ans. Il s'agit d'une population dont l'état de santé est très hétérogène. Certaines personnes étant robustes avec une bonne indépendance et une autonomie préservée à domicile, d'autres au contraire sont très fragiles avec des dépendances multiples.

Dre Mariangela Gagliano, Service de gériatrie RHNe

L'évaluation gériatrique standardisée permet une approche globale des besoins bio-psycho-sociaux d'une personne âgée. Lors d'une première évaluation gériatrique au Centre Mémoire, un dépistage cognitif est effectué principalement mais différents aspects sont également passés en revue (troubles de l'humeur, atteinte sensorielle, mobilité, environnement social, iatrogénie médicamenteuse, indépendance fonctionnelle, risque épuisement du proche aidant...). Si indiqué, un deuxième avis neurologique ou psychiatrique peut être parfois demandé en complément auprès des collègues du Centre Mémoire ; ils peuvent eux-mêmes également solliciter un avis gériatrique si besoin. Le colloque hebdomadaire permet de discuter ensemble des différentes situations rencontrées et reste un moment d'échange et d'interdisciplinarité important. Des investigations usuelles sont planifiées en accord avec le patient (imagerie cérébrale, bilan neuropsychologiques +/- PL pour biomarqueurs ou PET-CT si indiqué) afin d'avancer dans le diagnostic étiologique des troubles. Un entretien de restitution est secondairement planifié et un suivi est proposé si nécessaire.

Les risques de polymédication, de chute et de dénutrition augmentent avec la présence de troubles neurocognitifs ainsi que le risque d'hospitalisation et d'état confusionnel. L'évaluation gériatrique globale permet d'identifier les syndromes gériatriques et les facteurs qui peuvent avoir des répercussions sur l'indépendance fonctionnelle du patient dans son milieu de vie et le maintien de son autonomie. Les besoins, les ressources de la personne atteinte et ses attentes sont investiguées et le patient est vu principalement en présence de son accompagnant principal. L'objectif du gériatre étant d'établir un projet de soins personnalisés adapté au degré de fragilité du patient et un plan d'intervention coordonné avec les autres acteurs du Centre Mémoire et les divers prestataires de soins existants (médecins traitants, ergothérapeutes, soins à domicile etc...) afin de limiter le déclin fonctionnel et cognitif. Les discussions en lien avec les questions ayant trait à l'*advance care planning* peuvent aussi être abordées lors d'une consultation gériatrique, les patients et leurs proches sont invités à réfléchir autour des directives anticipées et de la représentation thérapeutique. Les compétences interdisciplinaires gériatriques sont également utiles pour aider à l'orientation lors de situations complexes dans le réseau de soins et la prise en charge des proches aidants.

Même si une thérapie curative n'est toujours pas disponible en 2022 pour la Maladie d'Alzheimer ou d'autres pathologies neurodégénératives, les avancées thérapeutiques en cours d'élaboration sont porteuses d'espoir. De plus, il a été établi dans une étude parue dans le Lancet en 2020 qu'agir sur 12 facteurs de risque potentiellement modifiables pouvait permettre de diminuer le risque et la progression des troubles neurocognitifs de manière non négligeable⁵. Ces facteurs sont bien sûr des facteurs de risque cardiovasculaire (l'hypertension, le diabète, l'obésité, le tabac, l'inactivité physique) mais aussi la dépression, la consommation d'alcool, l'isolement social, la perte d'audition, la pollution de l'air, les impacts crâniens et un faible niveau éducationnel. Prendre en charge l'hypoacousie diminuerait de 8% le risque de prévalence de troubles neurocognitifs par exemple.

Le fatalisme face aux troubles neurocognitifs n'est donc plus d'actualité et il est primordial de proposer d'investiguer des plaintes cognitives lorsqu'un patient les mentionne. Ceci afin de pouvoir poser une hypothèse étiologique, identifier les facteurs de risque modifiables précités et essayer de les prévenir activement quand c'est possible.

Les médecins traitants ont un rôle prépondérant dans le dépistage des troubles neurocognitifs et dans la prévention de ceux-ci. L'évaluation gériatrique qui permet une évaluation de l'indépendance fonctionnelle et du degré de fragilité des patients est un outil précieux dans la prise en charge des personnes âgées souffrant de troubles neurocognitifs. Elle permet de prévenir activement le déclin fonctionnel et d'aider à l'orientation dans le réseau de soin lors de situations complexes.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/naissances-deces/esperance-vie.html
2. www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/Dokumente/Publikationen-Produkte/Factsheets_Sektionen/Factsheet_MmDSuisse2020
3. Panorama de la santé 2021 LES INDICATEURS DE L'OCDE
4. Alzheimer Europe Report (2020): Dementia in Europe Yearbook 2019. Estimating the prevalence of dementia in Europe
5. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission Gill Livingston, Jonathan Huntley, and all, Lancet 2020; 396: 413–46,

LE REGARD DU PSYCHIATRE-PSYCHOTHÉRAPEUTE FACE AUX MALADIES NEURODÉGÉNÉRATIVES ET NEUROCOGNITIVES.

Dr Umberto Giardini, médecin chef du Département de Psychiatrie de l'Age Avancé (CNPâa)

En Suisse, la prise en charge des maladies neurodégénératives et neurocognitives passe souvent, en fonction des symptômes présentés, par les spécialités médicales gériatriques, neurologiques ou psychiatriques. Cette approche multidisciplinaire permet le cas échéant de croiser les regards, d'affiner les diagnostics et de proposer des prises en soins adaptées.

Je vais partager avec vous mon regard de psychiatre-psychothérapeute sur les maladies neurodégénératives et neurocognitives. Dans la mesure où ce thème est très vaste, je vais me centrer essentiellement sur deux points que j'estime importants et d'actualité :

1. La place de la dimension psychothérapeutique dans l'accompagnement des patients atteints de maladies neurocognitives (et de leurs proches) ;
2. La question de l'évaluation par le psychiatre de la capacité de discernement et de l'utilisation de cette évaluation pour prendre certaines décisions.

1. LA PLACE DE LA DIMENSION PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS ATTEINTS DE MALADIES NEUROCOGNITIVES (et de leurs proches)

Une caractéristique de la formation de psychiatrie en Suisse, qui diffère de ses voisins, est celle de l'intégration dans la formation postgraduée de la psychothérapie. Le psychiatre obtient un titre de psychiatre-psychothérapeute, formé à l'un des trois modèles psychothérapeutiques suivants : psychanalytique, systémique ou cognitivo-comportemental. Cela signifie que le psychiatre-psychothérapeute va pouvoir intégrer à ses prises en charge un certain nombre d'outils psychothérapeutiques pour :

1. Entrevoir et comprendre les aspects de la situation non visibles au premier abord ;
2. Établir une communication favorisant l'approfondissement des sujets, y compris les plus délicats ;
3. Aider le patient à trouver en lui-même ou avec son entourage des réponses à des questionnements ou des solutions à certains problèmes.

Avec ses deux casquettes de psychiatre et psychothérapeute, le psychiatre-psychothérapeute va définir l'orientation qu'il donne aux soins sur deux axes complémentaires, que nous pourrions définir par « orienté-médical » et « orienté-psychothérapeutique ». Le premier axe approfondit la dimension organique, assure la précision d'un diagnostic à composante organique et propose le traitement le plus conforme aux dernières recommandations ; le second axe permet d'approcher le vécu subjectif du patient et de son entourage, et vise à en faire quelque chose de significatif pour le patient confronté à ses difficultés (de même pour l'entourage). L'idéal pour le psychiatre-psychothérapeute est d'avoir des connaissances solides dans les deux axes, et d'approfondir l'axe le plus approprié à la situation.

Lors de l'annonce du diagnostic de maladie neurocognitive, c'est ce second regard qui permet au psychiatre-psychothérapeute de mieux mesurer :

1. L'impact du diagnostic de maladie neurocognitive sur le patient et ses proches ;
2. Les répercussions sur les relations entourage-patient ;
3. D'une manière générale l'impact émotionnel présumé de ce diagnostic sur la vie à court-moyen terme.

Pour illustrer cela, rien de mieux qu'un exemple issu de la clinique, avec une situation de maladie neurocognitive, situation que je qualifierais de « classique » :

Monsieur X, 72 ans, se rend à la Consultation mémoire à la demande de son entourage familial. Il s'agit d'un homme marié, ayant deux enfants dans la quarantaine et trois petits-enfants jeunes adultes. Monsieur a travaillé comme garagiste, dans l'entreprise qu'il a créée il y a plus de 30 ans, qu'il a énormément investie et faite fructifier, ce qui lui a permis d'obtenir une certaine renommée et une petite fortune. Monsieur X était perçu par son entourage comme le patriarche de la famille, rôle qu'il assumait parfaitement. Depuis deux ans, il présente des difficultés cognitives évoluant de manière progressive, avec comme conséquences des difficultés dans la gestion administrative globale, professionnelle et personnelle. Une évaluation à la Consultation mémoire du CNPâa (avant la création actuelle de la Consultation mémoire unique), avait permis de poser le diagnostic de maladie d'Alzheimer à début tardif.

Dr Umberto Giardini, médecin chef du Département de Psychiatrie de l'Age Avancé (CNPaa)

Je ne vais pas détailler les réactions spécifiques de ce patient et de son entourage à la suite de l'annonce du diagnostic. Je préfère énoncer les enjeux qui se posent généralement dans ce genre de situation. L'annonce d'un tel diagnostic constitue toujours un choc émotionnel. Le choc émotionnel a dans un premier temps une dimension personnelle (le patient, comme chaque membre de la famille se dit pour lui-même : « Mon Dieu, comment vais-je faire face à cette situation ? ». A cela va s'ajouter rapidement un autre élément que je décrirai ainsi : dans chaque famille existe une dynamique propre, dans laquelle des « rôles » sont distribués, avec par exemple un leader (décideur principal), un pilier (personne-ressource), etc. L'annonce ou l'officialisation d'un diagnostic de maladie neurocognitive va régulièrement remettre en question le rôle implicite du patient et engendrer une réaction chez lui et son entourage. La réaction peut être immédiate ou différée, légère ou majeure, anxieuse et/ou dépressive (jusqu'à l'idéation suicidaire) ou autre. Dans certaines dynamiques familiales, c'est l'occasion pour le conjoint « sain » de prendre le dessus, par exemple sur le patient « leader », et dans certains cas de régler des comptes. Toutes les configurations sont possibles et ce qui est important de saisir, c'est qu'un événement tel qu'une évaluation à la Consultation mémoire, si elle aboutit à un diagnostic de maladie neurocognitive, amènera le plus souvent à une situation de crise (mineure ou majeure). La bonne nouvelle est que dans tout épisode difficile de vie se trouve une opportunité d'en tirer des enseignements. Pour l'individu comme pour l'entourage il y a opportunité d'apprendre de cette crise et de grandir grâce à elle. Dans la situation de Monsieur X, l'accompagnement réalisé a permis à la famille de parler ouvertement de la tristesse en lien au diagnostic et des craintes par rapport au futur. Il a permis également au patient de faire un certain deuil du rôle de patriarche « décideur », l'essentiel devenant pour lui l'expression de l'amour donné à ses proches et reçu par eux.

Et c'est cela la plus-value du psychiatre dans une consultation pluridisciplinaire telle que la Consultation mémoire : apporter un regard dynamique sur la situation du patient, et permettre de voir quels sont les enjeux invisibles au premier regard mais qui sont importants dans la vie du patient et de son entourage. Le regard du psychiatre-psychothérapeute aidera à répondre à des questions telles que : comment continuer à vivre une vie qui en vaille la peine avec la maladie neurocognitive ? comment faire en sorte que cette maladie, au-delà de son aspect dramatique et destructeur des fonctions cognitives, ne soit pas que destructrice et par exemple qu'elle permette de renforcer les liens familiaux (à travers des sentiments de bienveillance et d'entraide) ? comment faire pour que cet épisode favorise le « parler vrai » au sein du couple et de la famille et permette, le cas échéant, de régler ce qui doit encore l'être (les non-dits qui n'ont pas pu être abordés jusqu'à présent) ? Sans psychiatre, ces enjeux pourraient ne pas être détectés et aboutir à une souffrance silencieuse qui s'enkyste et détériore à terme les liens familiaux.

Toute cette démarche a une finalité : aider l'Être à grandir sur un plan psychique, lui donner l'occasion de vivre le fait que chaque événement peut devenir une opportunité de maturation (certains diraient « une opportunité de devenir la meilleure version de soi-même »), ce processus agissant jusqu'au terme de sa vie (Carl Gustav Jung parlerait de « processus d'individuation », ou « d'accomplissement de Soi »).



Dr Umberto Giardini, médecin chef du Département de Psychiatrie de l'Age Avancé (CNPaa)

2. LA QUESTION DE L'ÉVALUATION PAR LE PSYCHIATRE DE LA CAPACITÉ DE DISCERNEMENT ET DE L'UTILISATION DE CETTE ÉVALUATION POUR PRENDRE CERTAINES DÉCISIONS.

Comme je le disais au début, le psychiatre-psychothérapeute va définir l'orientation qu'il donne aux soins sur deux axes complémentaires, définis par « orienté-médical » et « orienté-psychothérapeutique ». Le psychiatre-psychothérapeute devrait avoir des connaissances solides dans les deux axes, et approfondir l'axe le plus approprié à la situation.

Lorsqu'un patient présente une maladie neurocognitive, tôt ou tard se posera la question de l'évaluation de la capacité de discernement, pour telle ou telle situation. La situation typique d'évaluation de la capacité de discernement concerne la question du choix du lieu de vie, avec au bout de cette question la possibilité de maintien à domicile ou la décision de placement en EMS. Cette prise de décision est motivée par la situation du patient et la recherche de la meilleure solution pour ce dernier. Mais pas seulement. Car dans le monde actuel où tout est mesuré et consigné, et où une décision médicale peut amener toujours davantage à des conséquences judiciaires, le médecin tend à chercher la sécurité, donc la solution du moindre risque pour le patient (et pour lui-même). Ainsi, l'évaluation de la capacité de discernement devient le maître-étalon pour se positionner chez des personnes présentant une maladie neurocognitive. Le choix de la prise de risque est très peu toléré par les Institutions face à cette population, même lorsque les statistiques disent que l'espérance de vie en EMS décroît très rapidement chez les personnes opposées à leur placement. Face à cette question du discernement, en particulier dans la question du maintien à domicile, comment trouver un chemin entre rigueur formelle d'analyse et acceptation de notre part du libre arbitre du patient ? Si parfois c'est la peur qui amène le médecin à placer son patient, parfois ce choix est inéluctable vu la réalité clinique. L'important serait pour le médecin décideur de ne pas cacher à lui-même les raisons qui le poussent à prendre telle ou telle décision.

Je développe (un peu) ce point, car il constitue à mes yeux un des points les plus complexes dans la prise en soins de nos aînés : devoir les protéger au risque de leur retirer ce qui est le plus cher à leurs yeux.

Indépendamment des cas de figure, il y a là encore un espace où le psychiatre a une opportunité d'exercer ses aptitudes psychothérapeutiques, afin de :

1. Comprendre et accueillir la détresse du patient, détresse peu considérée si on est focalisé sur les aspects techniques du discernement ;
2. Établir une communication favorisant la mise en paroles de ce qui est en jeu pour le patient ; valider le vécu ;
3. Aider le patient à cheminer avec ces pertes, l'accompagner dans son deuil (quitter son domicile constitue un deuil).

Il est important de se souvenir que la démarche exposée ci-dessus prend son sens chez tous les patients, y compris chez ceux qui présentent des troubles cognitifs, parfois même bien avancés.

En résumé, le psychiatre-psychothérapeute a le devoir d'être vigilant face aux situations qui présentent un potentiel de crise. Ces crises qui touchent le patient et ses proches donnent la possibilité de travailler sur les dynamiques personnelles et familiales (et générationnelles), et ce jusqu'au terme de la vie, indépendamment de la présence ou non d'une maladie neurocognitive.

L'APPORT DE LA NEUROPSYCHOLOGIE DANS LE CADRE DU CENTRE MÉMOIRE

Delphine Frochaux, spécialiste en neuropsychologie FSP, coordinatrice du Centre Mémoire

Le bilan neuropsychologie constitue une partie essentielle du dépistage et du diagnostic des maladies neurodégénératives. Cet examen a pour objectif de définir avec précision quelles sont les fonctions cognitives atteintes, mais également celles qui sont préservées. L'interprétation de ce bilan permettra d'établir le profil d'atteinte cérébrale (par exemple sous-cortico-frontal ou temporal interne) et d'évoquer un premier diagnostic sur la base de la présentation clinique. Les neuropsychologues utilisent des tests psychométriques qui ont été normés sur une large population, permettant ainsi de comparer le patient à un groupe de personne sans pathologie cérébrale, apparié selon certaines caractéristiques pouvant avoir une influence sur les performances cognitives (âge, niveau de formation, sexe notamment). Lors d'un premier bilan au Centre Mémoire, l'ensemble des fonctions cognitives sont évaluées : langage, praxies gestuelles et constructives, gnosies visuelles, mémoire à court terme et à long terme, fonctions exécutives et attentionnelles, cognition sociale. Une anamnèse détaillée est effectuée avec le patient, et différents questionnaires peuvent être utilisés pour spécifier les plaintes ou pour dépister d'éventuels troubles thymiques ou anxieux. Une hétéroanamnèse est également pratiquée avec un proche (idéalement en cabinet lorsque le patient vient accompagné ou par téléphone si ça n'est pas le cas et que le patient donne son accord). Les éléments recueillis durant l'anamnèse ou dans le dossier médical permettent de guider le choix des tests en fonction de l'étiologie suspectée (par exemple, exploration plus détaillée de la cognition sociale en cas d'éléments évocateurs d'une dégénérescence fronto-temporale), mais également en fonction du niveau de formation du patient (certains tests sont spécialement conçus pour les personnes peu scolarisés ou illettrés), de la maîtrise du français et de l'état physique et émotionnel dans lequel se trouve le patient au moment de l'examen. L'interprétation des résultats aux tests psychométriques va également être différente en fonction de ces facteurs. Ainsi, chez deux patients ayant des performances similaires aux tests psychométriques, il est tout à fait possible qu'une maladie d'Alzheimer soit suspectée chez l'un alors que, chez l'autre, les résultats soient mis en lien avec des facteurs thymiques ou socio-culturels. Ainsi, une analyse complète et intégrative de la situation du patient (intégrant les résultats aux tests mais également l'histoire de vie, la chronologie des troubles, les facteurs socio-culturels et émotionnels, l'anamnèse médicale, les événements de vie récents...) est nécessaire avant de dégager des pistes diagnostiques.



Delphine Frochaux, spécialiste en neuropsychologie FSP, coordinatrice du Centre Mémoire

QUAND FAUT-IL DEMANDER UN EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE ?

Dans le cadre des maladies neurodégénératives, le patient est souvent peu nosognosique de ses difficultés cognitives, et ne s'en plaindra pas forcément lors de sa consultation chez son médecin généraliste. Dans ce contexte, un test de dépistage est conseillé en cas de suspicion de difficultés cognitives ou de changement des habitudes de vie d'un patient (par exemple, chez une personne ponctuelle qui commence à oublier des rendez-vous ou si quelqu'un d'habituellement très soigné commence à négliger son hygiène vestimentaire). Parfois, ce sont les proches qui prennent contact avec le médecin traitant pour signaler des changements subtils. Les screenings cognitifs sont par ailleurs de plus en plus utilisés par les médecins généralistes lors du contrôle pour le permis de conduire, obligatoire tous les deux ans dès l'âge de 75 ans. Actuellement, le test de dépistage le plus utilisé est le MoCA (Montréal Cognitive Assessment), permettant une évaluation rapide des fonctions cognitives les plus importantes (notamment langage, mémoire, attention, fonctions exécutives). Cet outil a supplanté le Mini Mental State Test (MMSe), utilisé auparavant, mais qui n'est pas suffisamment sensible aux atteintes exécutives. La valeur cut-off la plus utilisée pour le MoCA est 26/30. Un score égal ou supérieur à cette valeur peut en principe être interprété comme rassurant. Cependant, comme cité précédemment, il faut veiller à tenir compte des facteurs pouvant influencer les performances à ce test. En effet, un score de 26/30 peut s'avérer pathologique pour un professeur d'université encore actif, alors qu'un score inférieur pourrait être normal pour une personne ne maîtrisant pas bien le français ou n'ayant pas été beaucoup scolarisé. À cet effet, il existe une version plus simple, appelée MoCA-B, adaptée aux personnes illettrées ou très peu scolarisées, qu'il serait plus pertinent d'utiliser chez certains patients. Certains patients anxieux peuvent également perdre leurs moyens durant la passation du test et avoir un score nettement inférieur à leurs capacités cognitives réelles. Comme cité précédemment, les médecins généralistes doivent utiliser ces outils avec prudence, et tenir compte de l'ensemble des facteurs qui peuvent influencer les performances du patient. En cas de doute, il ne faut pas hésiter à adresser le patient pour un examen neuropsychologique qui permettra de faire une analyse complète et détaillée de la situation. Une formation en ligne d'une heure pour la passation est disponible sous le site : www.mocatest.org ainsi que les différents protocoles.

Au-delà de l'examen diagnostique, les neuropsychologues ont également un rôle dans le suivi des patients avec atteintes neurodégénératives. Même s'il n'est actuellement pas possible de proposer une restauration de la mémoire à proprement parler, certaines méthodes et stratégies permettent de limiter l'impact des troubles mnésiques au quotidien. Ainsi, les neuropsychologues vont s'appuyer sur les fonctions cognitives préservées pour proposer une intervention ciblée au patient. Pour les personnes avec des atteintes sévères, des techniques d'apprentissage sans erreur peuvent être proposées pour maintenir certaines informations importantes comme les noms des personnes de l'entourage. Pour les patients avec des atteintes plus légères, il est possible de leur apprendre des stratégies comme l'imagerie mentale (associer l'information verbale à mémoriser à une image mentale) afin de mieux mémoriser les informations. Ces techniques ont montré leurs preuves (voir notamment Bahar-Fuchs et al., 2019 pour une revue) et peuvent être utilisées indépendamment du fait qu'il s'agisse de maladies neurodégénératives. Au sein du Centre Mémoire, nous pouvons également faire recours à des logopédistes pour une évaluation plus détaillée des aspects phoniques et pour une prise en charge si besoin, notamment pour les aphasies primaires progressives (voir Cadório et al., 2017 pour une revue). La psychoéducation est également un élément important pour le patient et pour ses proches, afin d'expliquer quels sont les processus cognitifs touchés et quels sont ceux qui restent préservés, tout en faisant le lien avec l'atteinte cérébrale et la maladie sous-jacente. Ces éléments sont essentiels car les maladies neurodégénératives sont extrêmement variées et peuvent affecter les personnes de manière très différente, même lorsque le processus pathologique est similaire. Ainsi, malgré les avancées faites dans le domaine des biomarqueurs, une analyse détaillée du profil cognitif reste essentielle afin de mieux cerner l'impact de la maladie sur le fonctionnement cérébral de la personne et pouvoir fournir un suivi personnalisé.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Bahar-Fuchs, A., Martyr, A., Goh, A. M., Sabates, J., & Clare, L. (2019). Cognitive training for people with mild to moderate dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).

Cadório, I., Lousada, M., Martins, P., & Figueiredo, D. (2017). Generalization and maintenance of treatment gains in primary progressive aphasia (PPA): a systematic review. *International journal of language & communication disorders*, 52(5), 543-560.

ACCOMPAGNEMENT AU SEIN DU CENTRE MÉMOIRE : CAREMENS ET SUIVI POUR LES TNC MAJEURS

Delphine Frochaux, spécialiste en neuropsychologie FSP, coordinatrice du Centre Mémoire

Elisa Moro, psychologue FSP, CareManager

Virginie Chaffat, CareManager CareMens

Sophie Brisebard, CareManager CareMens

Au sein du Centre Mémoire Neuchâtelois, nous participons au programme CareMens, développé par Mme Andréa Brioschi Guevara, neuropsychologue au Centre Leenards de la Mémoire au CHUV. Financé par Promotion Santé Suisse, ce projet vise l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées vulnérables, souffrant d'un trouble neurocognitif léger, afin notamment de prévenir le déclin fonctionnel et de favoriser les interactions sociales. Après une phase pilote menée au Centre Leenards, le programme a été déployé depuis avril 2022 dans plusieurs cantons romands (Genève, Fribourg, Neuchâtel, ensemble du canton de Vaud). En plus des forces déjà disponibles au RHNe, ce projet a permis le financement d'un 10% de neuropsychologue, d'un 10% de logopédiste, d'un 10% de physiothérapeute et d'un 40% de CareManager. Grâce à CareMens, les personnes qui présentent un trouble neurocognitif léger peuvent actuellement bénéficier d'un accompagnement adapté en fonction de leur problématique. Pour pouvoir participer au programme, l'atteinte cognitive et la répercussion fonctionnelle ne doivent pas être trop sévères, l'idée étant d'intervenir avant que l'autonomie se dégrade. Ainsi, seuls les patients avec un score MoCA supérieur à 20/30 et ayant encore une autonomie satisfaisante peuvent bénéficier du suivi (cf tableau 1 pour critères détaillés). Une nosognosie suffisante doit également être présente, afin que le patient puisse s'impliquer dans les thérapies. Après l'étape diagnostique réalisée par l'équipe du Centre Mémoire, des interventions psycho-sociales (IVPs) vont être proposées aux patients par la CareManager. Si les troubles concernent en 1er lieu la mémoire, les patients participent à des groupes animés par une neuropsychologue, expliquant les diverses stratégies compensatoires aux problèmes de mémoire. Les proches ont parfois la possibilité de participer à quelques séances également, afin de mieux comprendre les troubles dont souffrent leurs proches. Si la problématique principale concerne le langage (comme c'est le cas des les aphasies primaires progressives), on propose aux patients un suivi logopédique individuel. Enfin, si la personne présente de légers troubles cognitifs associés à des difficultés à la marche ou un risque de chute, des séances de groupe de physiothérapie lui sont prescrites. La CareManager est chargée de prendre contact avec le patient et de trouver, en partenariat avec les thérapeutes, la prise en charge la plus adaptée à chaque personne. Elle l'accompagne tout au long du suivi. Lorsque les séances de thérapie sont terminées, elle va proposer au patient des activités de loisirs communautaires (ACL) comme par exemple la participation à des cours de danse, une chorale, des clubs de pétanque ou de jeux de cartes, des sorties en groupe... L'objectif est que la personne reste active et maintienne les bénéfices obtenus grâce au suivi thérapeutique. Les études ont notamment montré qu'il est possible de retarder la perte d'autonomie liée à une maladie neurodégénérative en maintenant des activités intellectuelles, physiques et sociales (voir notamment Smart et al., 2017 pour une revue des interventions non-médicamenteuses et Maimone et al., 2020 pour les effets sur la qualité de vie). Or, les patients souffrant de ce type de maladie présentent fréquemment une apathie qui provoque la diminution des activités ou alors, elles se retirent de la vie sociale en raison de la gêne provoquée par les troubles cognitifs. Le programme CareMens a donc pour objectif de contrer cette diminution d'activités et de maintenir le plus longtemps possible l'implication des personnes avec des troubles neurocognitifs dans la société. Un dépistage précoce est donc essentiel, car les meilleurs effets sont obtenus chez les personnes qui sont peu atteintes et qui sont encore conscientes de leurs difficultés, le patient devant s'impliquer activement dans le suivi.



// ACCOMPAGNEMENT AU SEIN DU CENTRE MÉMOIRE : CAREMENS ET SUIVI POUR LES TNC MAJEURS

Delphine Frochaux, spécialiste en neuropsychologie FSP, coordinatrice du Centre Mémoire
 Elisa Moro, psychologue FSP, CareManager
 Virginie Chaffat, CareManager CareMens
 Sophie Brisebard, CareManager CareMens

Les patients du Centre Mémoire Neuchâtelois peuvent actuellement bénéficier de ce suivi à Neuchâtel et à La Chaux-de-Fonds. La CareManager (Mme Virginie Chaffat) travaille également à l'association Action Réseau Santé Social (AROSS) et permet de faire le lien avec les structures extra-hospitalières et la vie communautaire.

Tableau 1. Critères déterminants la participation et le type de prise en charge dans le programme CareMens.

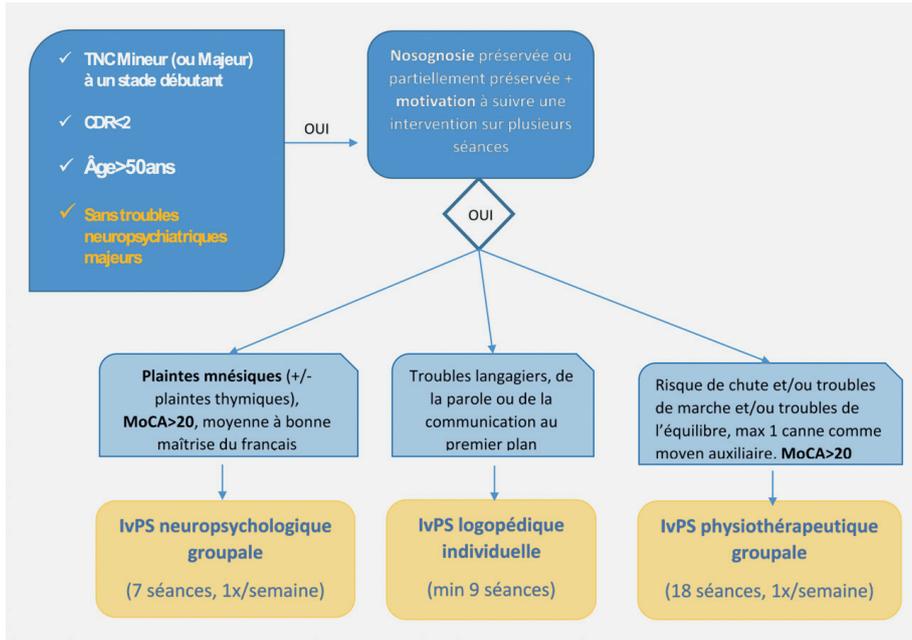
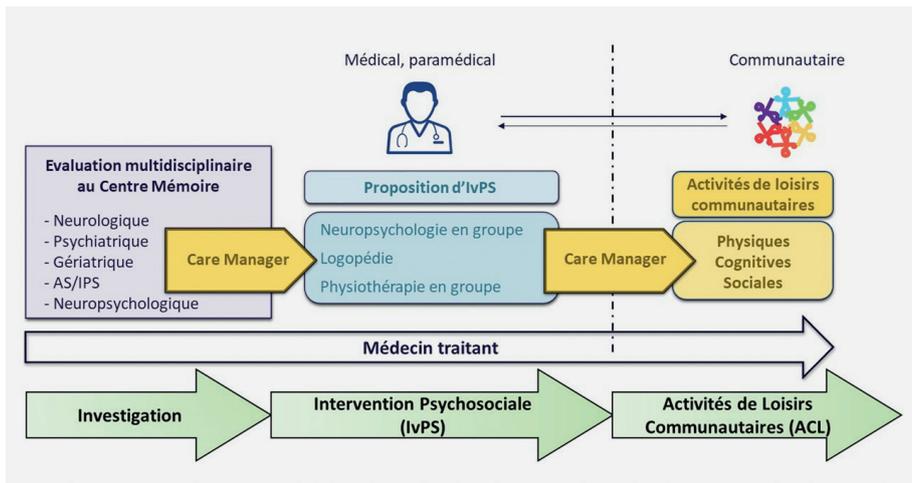


Tableau 2. Modèle de soin de CareMens et rôle « Pivot » de CareManager



Delphine Frochoux, spécialiste en neuropsychologie FSP, coordinatrice du Centre Mémoire
Elisa Moro, psychologue FSP, CareManager
Virginie Chaffat, CareManager CareMens
Sophie Brisebard, CareManager CareMens

Pour les personnes atteintes d'un trouble neurocognitif majeur (diagnostic ayant remplacé le terme de démence ; cf. DSM V), le patient ne peut plus bénéficier du programme CareMens. Le Centre Mémoire Neuchâtelois a cependant souhaité pouvoir proposer également un suivi pour les personnes souffrant d'atteintes plus sévères, et dispose d'une deuxième CareManager (Mme Elisa Moro) affiliée au Centre Neuchâtelois de Psychiatrie de l'âge avancé (CNPâa). Le suivi permet dans ce cadre de mettre en place des aides à domicile appropriées, de proposer également des activités adaptées (centre de jour par exemple), de proposer un soutien aux proches et d'organiser si besoin un suivi avec l'équipe de psychogériatrie mobile.

Ce suivi a la spécificité de mettre en place des soutiens adaptés aux situations complexes que constituent les maladies neurocognitives majeures. La Care Manager du CNP s'occupera de se coordonner avec l'AROSS (Association Réseau Organisation Santé Social) et tout le réseau des soins présent dans le canton pour mettre en place dispositif de soin le plus adapté. Mais ce qui est vraiment propre au rôle de Care Manager du CNP, c'est de proposer tout le soutien psychologique nécessaire pour permettre le maintien à domicile du patient dans les meilleures conditions. Dans ce cadre, on peut proposer des activités comme la fréquentation du Centre de Jour de l'Institution qui offre des activités thérapeutiques pour les personnes atteintes de maladies neurodégénératives, ou un suivi ambulatoire par un binôme (infirmière en psychiatrie et psychiatre / psychologue et psychiatre) ou encore un soutien dédié aux proches. Les proches retiennent beaucoup d'attention dans les dernières années par les soignants. En effet, ils sont le pilier qui chaque jour s'engage dans des soins et ils ont besoin d'aide et soutien. La Consultation de Soutien aux Proches du CNP propose un suivi individuel, des séances de groupe de parole et des séances de psychoéducation. L'offre de cette nouvelle consultation au sein du CNP est de « mieux connaître et mieux être soutenus ».

Les maladies neurodégénératives en stade avancé peuvent engendrer des situations très complexes qui peuvent nécessiter une intervention spécialisée. Dans ces cas-là, la Care Manager du CNP s'activera pour mettre en place une évaluation psychogériatrique avec la possibilité d'une intervention rapide de l'équipe UOL (Unité d'Orientation et Liaison) du CNP.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Leidi-Maimone, B., Notter-Bielsler, M. L., Laouadi, M. H., Perrin, S., Métraux, H., Damian, D., ... & Guevara, A. B. (2020). How non-drug interventions affect the quality of life of patients suffering from progressive cognitive decline and their main caregiver. *Aging (Albany NY)*, 12(11), 10754.

Smart, C. M., Karr, J. E., Areshenkoff, C. N., Rabin, L. A., Hudon, C., Gates, N., ... & Wesselman, L. (2017). Non-pharmacologic interventions for older adults with subjective cognitive decline: systematic review, meta-analysis, and preliminary recommendations. *Neuropsychology review*, 27(3), 245-257.

RÉSULTATS DU SONDAGE MÉDECINS SNM SUR LA DÉMOGRAPHIE DES ASSISTANTES MÉDICALES ET LEUR RÉMUNÉRATION

Dr Marc Giovannini, Représentant de la SNM aux affaires des assistantes médicales

Depuis plusieurs années le comité de la SNM se questionne sur la situation de nos assistantes médicales. A cet effet, un sondage vous a été proposé cette année. Vous êtes 101 à y avoir répondu (20 % des membres ordinaires de la SNM dont 56 médecins de premier recours et 45 spécialistes), soyez-en vivement remerciés.

DÉMOGRAPHIE

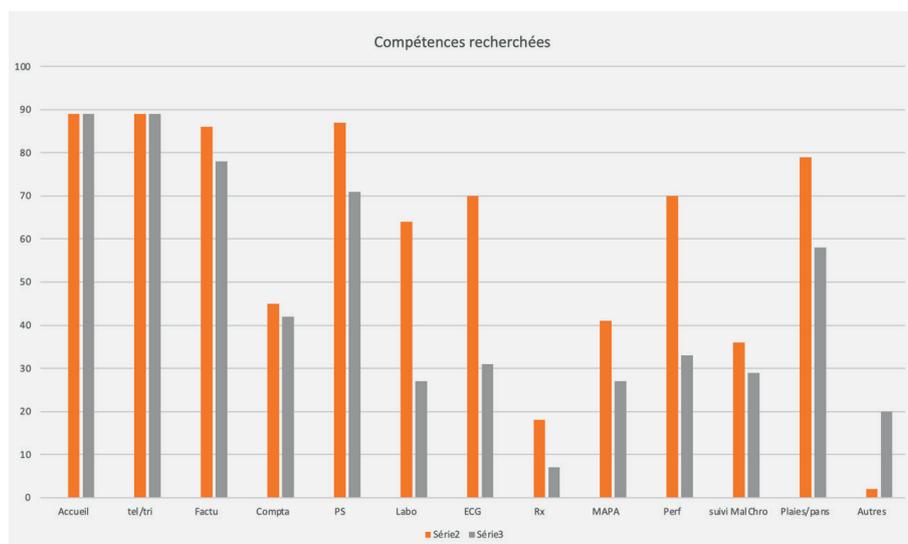
Le sondage concerne 256 assistantes médicales (AM), dont 80 % sont porteuses du CFC ou équivalent. 70 % d'entre elles travaillent en médecine de premier recours (MPR). Un cabinet médical sur six recherche actuellement une assistante. L'âge médian des AM en fonction est de 46 ans.

30% des assistantes (54 CFC et 20 non CFC) sont âgées de plus de 54 ans, et 8% (15 CFC et 6 non CFC) de plus de 60 ans. Il faudra donc former environ 6 assistantes par année pour les remplacer. **Pour l'ensemble des cabinets médicaux on peut estimer qu'une centaine d'assistantes médicales seront à former dans les quatre années à venir, soit 20 à 25 par année.** Or, BFB qui forme actuellement les AM CFC neuchâtelaises, en accueille 6 à 10 par année dont une part non négligeable quittera la profession.

FORMATION

Outre BFB, de nombreuses entreprises vendent des formations d'aide médicale sur des formats et à des coûts très variés. La formation CFC comprend 5640 h (cours BFB, CIE à Berne, cabinet médical, radiologie, laboratoire). A titre de comparaison l'Ecole Club Migros vend une formation de 110 périodes sur 1 année au prix de 2850 CHF, le Centre de Formation et de Placement (CFP) à Corcelles propose une formation de 10 mois, 1320 h, pour 8100 CHF (formation complète : secrétariat + aide à la consultation) et l'Ecole de Santé de Suisse Romande (ESSR) un cours de secrétaire médicale sur 3 mois, 180 h, dès 3200 CHF (à distance) et 4200 CHF en salle de cours (Genève).

La condition sine qua non de la formation d'AM CFC est la disponibilité de cabinets formateurs pour les accueillir. Les 34 cabinets formateurs annoncés dans le sondage ne suffiront pas à la tâche (actuellement BFB accueille une trentaine d'apprenties neuchâtelaises dans ses trois volées). La formation de 25 apprenties par année nécessite mathématiquement 75 places de formation. Néophytes réjouissez-vous l'Etat de Neuchâtel offre 2500 CHF aux nouveaux cabinets formateurs la première année!



RÉMUNÉRATION

La grande majorité des médecins tant MPR (82%) que spécialistes (89%) jugent la rémunération appropriée de leurs assistantes médicales, tant certifiées que non, selon les recommandations salariales de la SNM (salaire annuel de base 100% recommandé pour 2022 est de 53'326 CHF) soit du même ordre que dans le commerce de détail, pour cette profession multi-tâche, exigeante et recherchée.

Fig 1: Compétences recherchées
Série 2 = Médecins de premier recours
Série 3 = Spécialistes

LES ÉCHOS DU RHNe

LES NOUVEAUX VISAGES DU RHNe

Le RHNe a le plaisir de vous informer de l'arrivée de trois nouveaux médecins cadres (de gauche à droite: le PD Dr Martinus Hauf, le Dr Mirza Muradbegovic et la Dre Lucia Gherasimiuc) et de deux nominations.



Le PD DR MARTINUS HAUF a commencé son activité au RHNe à 50% le 2 août et à 100% dès le 1er septembre comme médecin-chef au sein du service de neurologie. Il partage son activité entre l'unité d'épileptologie sur le site de Pourtalès et la filière de neuroréadaptation sur le site de Val-de-Ruz. Après des études de médecine entre Bonn, Lausanne et Paris, le PD Dr Hauf a obtenu son FMH en neurologie en 2005 à l'Inselspital de Berne. Il a ensuite été chef de clinique à la Clinique universitaire de neurologie puis à l'Institut de neuroradiologie diagnostique et interventionnelle, toujours à l'Inselspital. Spécialisé en neuro-réadaptation avec une expérience confirmée en épileptologie aiguë, il travaillait depuis 2012 comme médecin-chef en épileptologie à la clinique Bethesda de Tschugg (BE). En 2015, il a obtenu le titre de Privatdozent de neurologie et de neuroradiologie de l'Université de Berne.

Le DR MIRZA MURADBEGOVIC a commencé son activité comme médecin hospitalier le 1^{er} septembre 2022 et deviendra médecin-chef adjoint à partir du 1er janvier 2023 dans le département de chirurgie. Diplômé de la faculté de médecine de Genève en 2007, le Dr Muradbegovic s'est ensuite formé à l'Hôpital du Valais, au CHUV et au RHNe, où il a obtenu son FMH en chirurgie en 2016. Il a ensuite suivi une formation approfondie en chirurgie viscérale aux HUG, à Genève, où il travaille jusqu'à fin août avec la fonction de chef de clinique. En mai 2022, il a obtenu le diplôme européen EBS de chirurgie endocrinienne. Il déploiera la majeure partie de son activité sur le site de La Chaux-de-Fonds.

La DRE LUCIA GHERASIMIUC a commencé son activité comme médecin-chef adjointe au sein du département de gynécologie-obstétrique le 1^{er} septembre 2022. Elle partage son activité entre le centre du sein et une consultation de gynécologie sur le site de CDF. Diplômée de la faculté de médecine de l'Université de Brasov, la Dre Gherasimiuc a travaillé en Roumanie, en France puis dès 2008 comme médecin-assistante en gynécologie-obstétrique aux HUG, à Delémont puis au RHNe. Nommée cheffe de clinique au CHUV en 2015, elle exerce depuis 2019 comme médecin adjointe dans le service de gynécologie-obstétrique – Centre du sein du Centre hospitalier de Bienne. Elle est titulaire de titres FMH en gynécologie et obstétrique et en obstétrique opératoire.

La DRE INDIRA AMORIM ARAUJO a été nommée médecin cheffe de service de la médecine palliative du RHNe et répondante médicale du site de la Chrysalide dès le 1^{er} novembre 2022. Formée au Brésil, elle a travaillé au CHUV puis dès 2016 au RHNe. Elle a complété son cursus avec un diplôme de médecine humaine à l'Université de Lausanne en 2020, un FMH de spécialiste en médecine interne générale et un diplôme de formation post-graduée approfondie interdisciplinaire en médecine palliative en 2022.

Le DR JOÃO GABRIEL DE CARVALHO a été nommé médecin chef adjoint en réadaptation dès le 1^{er} novembre 2022. Il occupait jusque là le poste de médecin chef de clinique en orthogériatrie. Après une formation en médecine humaine à la Faculté de médecine de Cordoue, en Espagne, il a exercé pendant trois ans au Portugal avant de poursuivre sa carrière professionnelle en Suisse. Le 1^{er} mai 2020, il a intégré le département de gériatrie, réadaptation et soins palliatifs du RHNe comme chef de clinique.

LES ÉCHOS DU RHNe

L'UNITÉ CÉRÉBROVASCULAIRE À NOUVEAU CERTIFIÉE

L'unité cérébrovasculaire du RHNe a été certifiée pour une durée de 5 ans cet automne. Elle avait été le premier Stroke Unit suisse à obtenir le label de qualité octroyé par la Suisse Federation of Clinical Neurosocieties en 2013 puis le premier à être certifié au niveau européen en 2019.

En plus des exigences habituelles, l'obtention du label dépendait cette année de critères inhérents à la formation de l'équipe pluridisciplinaire œuvrant au sein de l'UCV : « Tout le personnel médico-soignant a dû suivre une formation spécifique sur les accidents vasculaires-cérébraux. Obtenir ce label avec un tel niveau d'exigence est une garantie pour les patient-e-s de bénéficier d'une prise en charge globale et optimale », se réjouit la PD Dre Susanne Renaud, cheffe du service de neurologie et directrice médicale de la Stroke Unit. L'unité est désormais certifiée pour 5 ans, contre 3 ans auparavant, la durée d'obtention du label ayant été rallongée en regard du niveau d'exigence demandé. « C'est également la première fois que nous recevons ce label en tant qu'unité autonome au sein du service de neurologie alors que nos lits monitorisés se trouvaient jusque-là aux soins intensifs », relève la PD Dre Renaud.

La commission cérébrovasculaire de la SFCNS (Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies) a en outre salué l'excellent travail de l'équipe pluridisciplinaire de la Stroke Unit.

Le service de neurologie vient par ailleurs d'obtenir la reconnaissance d'établissement de formation de la Société suisse de neurophysiologie clinique (SSNC). Il peut désormais dispenser la formation post-graduée en ENMG (électroneuromyographie), examen qui permet d'enregistrer l'activité électrique des nerfs et des muscles afin de rechercher une éventuelle atteinte du système nerveux périphérique.

CALENDRIER MÉDICAL DU CANTON DE NEUCHÂTEL

RHNe - POURTALES

DÉPARTEMENT DE CHIRURGIE

Colloques à la salle 3110 le mardi de 8h15 à 9h00 (sauf la pathologie à admed Pathologie).

Renseignements auprès du secrétariat de Chirurgie, tél. 032 713 35 23

DÉPARTEMENT DE MÉDECINE

• Cours de formation post-graduée et continue en médecine interne | Chaque mardi de 8h15 à 9h15

Renseignements auprès du secrétariat du Prof J. Donzé : tél. 032 713 35 89, fax 032 713 58 32, mail secretariat.dmi@rhne.ch

Mardi 17.01.23 : En cours de programmation.

Mardi 24.01.23 : Ethique médicale, cas clinique.

Mardi 31.01.23 : BPCO : prise en charge en 2023.

Mardi 07.02.23 : Gériatrie : rôle transversal.

Mardi 14.02.23 : Prise en charge de la dépression entre médecin généraliste et psychiatrie.

Mardi 21.02.23 : Agonistes GLP-1, plus que des antidiabétiques ?

Mardi 14.03.23 : Nouvelles modalités d'imagerie cardiaque.

Mardi 21.03.23 : Fibromyalgie.

Mardi 28.03.23 : Stéato-hépatite non-alcoolique : mise à jour 2023.

Mardi 04.04.23 : En cours de programmation.

Mardi 09.05.23 : Hyperferritinémie : quel diagnostic ?

Mardi 16.05.23 : En cours de programmation.

Mardi 06.06.23 : Monkey pox : revue.

• Demi-journées de formation continue à l'auditoire (4^e étage) en présentiel et en visioconférence. Un jeudi par mois de 8h30 à 12h00.

Renseignements : Dr Gregor John, tél. 032 967 28 70

Jeudi 12.01.23 : Démence.

Jeudi 09.02.23 : Allergologie.

Jeudi 09.03.23 : Psychiatrie.

Jeudi 13.04.23 : Vacances.

Jeudi 11.05.23 : Rapports hôpital-ambulatoire

Jeudi 08.06.23 : Médecine et droit

DÉPARTEMENT DE PÉDIATRIE

• Colloques à l'Auditoire 4110 (4^e étage) à 8h15 les mercredis

Renseignements auprès du PD Dr B. Laubscher tél. 079 559 44 16

Programme non encore établi.

SERVICE DE NEUROLOGIE

• Colloques à la salle «Le Celier», 1^{er} sous-sol, à Pourtalès, de 18h00 à 19h00

Organisation, contact et inscription : Dr P. Olivier, tél. 032 919 51 50, fax 032 967 23 49, mail philippe.olivier@rhne.ch

Programme non encore établi.

DÉPARTEMENT DE GYN.-OBSTÉTRIQUE

Renseignements auprès du secrétariat du Dr Y. Brünisholz, tél. 079 559 44 61

SERVICE D'ORTHOPÉDIE ET TRAUMATOLOGIE

Colloques : salle N° 3113 de 7h30 à 8h00

Renseignements auprès de Mme Mylène Deleury, tél. 079 559 49 79



RHNe - LA CHAUX-DE-FONDS

DÉPARTEMENT DE CHIRURGIE

Colloques à la salle de conférence 4.274 (4^e étage) le mercredi de 17h00 à 18h00 (sauf la pathologie à la salle polyvalente au 2^e étage)

DÉPARTEMENT DE MÉDECINE

Colloques de spécialités en visioconférence avec l'auditoire de Pourtalès, à la salle de colloque de médecine du 7^e étage (763).

Formation post-graduée en médecine interne. Chaque mardi de 8h15 à 9h15.

Demi-journée de formation continue, à la salle polyvalente (2^e étage), en présentiel et en visioconférence un jeudi par mois, de 08h30 à 12h00.

Renseignements auprès du Dr Hervé Zender, tél. 032 967 27 33.

Jeudi 26.01.23 : Pas de DJFC (Quadrimed).

Jeudi 23.02.23 : Médecine et pollution.

Jeudi 23.03.23 : Nos traitements dans le diabète.

Jeudi 27.04.23 : Déficits vitaminiques.

Jeudi 25.05.23 : Nouveautés en radiologie.

Jeudi 22.06.23 : Ophtalmologie

DÉPARTEMENT DE GÉRIATRIE, RÉADAPTATION ET SOINS PALLIATIFS (DGRSP)

• Formations à la salle de colloque, 9^e (923) le Journal Club le jeudi de 11h30 à 13h et le lundi de 13h à 14h00

Informations : meggie.tripet@rhne.ch

RHNe - LE LOCLE

Renseignements auprès du secrétariat du Dr E. Aganovic, DGRSP, tél. 032 933 61 90

RHNe - VAL-DE-RUZ, MPR

• Colloques : Salle polyvalente, le mercredi de 08h00 à 09h00.

Renseignements auprès du Dr Michel Hunkeler, tél. 032 854 45 26

Programme non encore établi.

HÔPITAL DE LA PROVIDENCE

Renseignements auprès du secrétariat, tél. 032 720 30 30

CENTRE NEUCHÂTELOIS DE PSYCHIATRIE

Renseignements auprès du bureau de formation du CNP, E-mail: formation@cnp.ch, tél. 032 755 17 24, fax 032 755 12 75

CNP - CENTRE D'URGENCES PSYCHIATRIQUES (CUP)

Formation en psychiatrie de liaison et urgences psychiatriques dispensée à l'Hôpital Neuchâtelois – Site de Pourtalès, Auditoire 4^e étage, de 14h00 à 15h30

Renseignements auprès de Patricia Flückiger, 032 755 15 19, patricia.fluckiger@cnp.ch

CNP - PSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE

Renseignements auprès du secrétariat médical du CNPea, tél. 032 755 23 14 ou ea-ln.ca@cnp.ch



CNP - PSYCHIATRIE DE L'ADULTE

Renseignements auprès de Mme Valérie-Anne Turansky ou Sarah Mascle, tél. 032 755 17 19, valerie-anne.turansky@cnp.ch

<https://www.cnp.ch/pages-speciales/detail-actus/detail/update-5eme-edition/>

CENTRE NEUCHÂTELOIS DE PSYCHIATRIE - PSYCHIATRIE DE L'ÂGE AVANCÉ

Renseignements auprès de Mme Marise Guignier, tél. 032 843 21 25, marise.guignier@cnp.ch

CERFASY - NEUCHÂTEL

Ruelle Vaucher 13, 2000 Neuchâtel | Pour plus d'informations, consulter le site www.cerfasy.ch/seminaire | Renseignements au tél. 032 724 24 72

FONDATION NEUCHÂTEL ADDICTIONS

Rue des Fausses-Brayes 5, 2000 Neuchâtel | Renseignements au 032 886 86 00

PERMANENCE VOLTA

Numa-Droz 187, 2300 La Chaux-de-Fonds

Rencontres (Lunch-Meeting) médicales, chaque 2^e mardi du mois : 12h15 > 13h45

Organisation et renseignements : Dr Réza Kehtari, tél. 079 214 41 44

HOMMAGE À NOS MEMBRES DÉCÉDÉ · E · S



Dr Hassan Idd Ali | décédé le 05.10.2022

COHORTE SCOHPICA (SWISS COHORT OF HEALTH PROFESSIONALS AND INFORMAL CAREGIVERS)

Cohorte Suisse des Professionnel·le·s de santé et des proches aidant·e·s | www.scohpica.ch

La pénurie de professionnel·le·s de la santé n'a cessé d'augmenter au cours des deux dernières décennies, ce qui n'est pas sans conséquence sur les conditions de travail et la santé du personnel en activité. Il est urgent de trouver des solutions pour préserver cette force de travail. Allié·e·s des professionnel·le·s, les proches aidant·e·s sont quant à eux toujours plus sollicité·e·s, il est donc aussi crucial de veiller à leur bien-être.

Mené par Unisanté et l'Institut et Haute Ecole de la Santé La Source, le projet SCOHPICA donne la parole à ces deux maillons indispensables de notre système de santé, et prévoit de suivre les trajectoires des participant·e·s sur plusieurs années pour comprendre les obstacles à leur maintien dans la profession et à leur bien-être, et identifier des pistes concrètes pour les surmonter.

La diffusion continue des informations récoltées est au cœur de la démarche et constitue une véritable plus-value pour mettre en place des politiques publiques ou managériales performantes et assurer des soins de qualité.

OBJECTIFS

Un des objectifs de SCOHPICA est d'étudier les raisons et circonstances du départ prématuré des professionnel·le·s de la santé de leur poste ou de leur profession, et de manière plus générale, d'identifier les facteurs qui facilitent ou au contraire compromettent la pratique. Des informations récoltées systématiquement dans tout le pays et diffusées largement manquent cruellement. Or, ces informations sont primordiales : les acteur·rice·s qui ont la fonction d'améliorer la situation doivent pouvoir compter sur des résultats fiables et à jour.

Un autre but de SCOHPICA est de mieux comprendre les trajectoires et expériences des proches aidant·e·s afin d'identifier les facteurs qui mènent à devenir proche aidant·e et à assumer ce rôle dans la durée. Ces données permettront de déterminer les conditions optimales pour la pratique des proches aidant·e·s et proposer des pistes concrètes pour améliorer leur qualité de vie.

LES POINTS FORTS DE SCOHPICA

Au cœur de la démarche, la diffusion de l'information :

Les informations seront diffusées en continu et mises à disposition de toutes les personnes travaillant sur le projet ou ayant une influence sur le système de santé actuel. Plusieurs associations professionnelles ont déjà montré leur soutien au projet et leur intérêt à utiliser les informations qui seront collectées.

UN PROJET COLLABORATIF ET INTERDISCIPLINAIRE : Un panel d'expert·e·s issu·e·s des différentes professions et des proches aidant·e·s, des associations professionnelles, et des représentants d'institutions publiques participeront à chaque étape du projet afin de s'assurer que celui-ci reflète leurs préoccupations.

UNE PREMIÈRE AU NIVEAU NATIONAL : Les professionnel·le·s de santé et les proches aidant·e·s seront suivi·e·s sur le long terme dans toute la Suisse. Ce suivi permettra de mieux comprendre les trajectoires individuelles, mesurer les variations du bien-être des professionnel·le·s et des proches aidant·e·s tout en identifiant les causes.

Pour toute information ou pour participer : www.scohpica.ch

REJOIGNEZ SCOHPICA, LA COHORTE SUISSE DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET PROCHES AIDANTS QUI VOUS DONNE LA PAROLE !

Si vous souhaitez partager votre expérience et contribuer à ce projet d'utilité publique, n'hésitez plus ! Rendez-vous sur www.scohpica.ch. En vous inscrivant, vous acceptez de remplir une fois par année un questionnaire en ligne ; vous pourrez également participer à un entretien individuel si vous le souhaitez et que vous êtes sélectionné·e. **ON COMPTE SUR VOUS !**



Numéro 110 | HIVER 2023

Bulletin officiel de la Société neuchâteloise de médecine