

# PLANÈTE SANTÉ

N°11 – AVRIL 2012  
WWW.PLANETESANTE.CH

DU MÉDECIN AU PATIENT

DISPONIBLE CHEZ VOTRE MÉDECIN

## Accès aux soins **pénurie annoncée**

+

Réseaux de soins  
**Le peuple votera**

+

Les somnifères  
sont-ils **dangereux**  
**pour la santé?**

Nouveau

# planetesante.ch

Votre lien santé  
en Suisse romande

Accessible

Fiable

Communautaire

Indépendant

**Nos partenaires:** Société médicale de la Suisse romande / Société vaudoise de médecine / Association des médecins du canton de Genève / Société médicale du Valais / Société neuchâteloise de médecine / Société médicale du canton du Jura / CHUV / HUG / PMU / Faculté de Médecine UNIGE / Faculté de biologie et de médecine UNIL / Service de la santé publique du canton du Valais / Ligue suisse contre le cancer / Ligue genevoise contre le cancer / Ligue vaudoise contre le cancer / Promotion Santé Valais / Addiction Valais / Pro mente sana / Slate.fr / Canal9 / Check-your-lovelife / Fondation Profa

**PLANÈTE SAN+É** 

# Au-delà des réseaux de soins, la pénurie de médecins



2012 sera-t-elle l'année de tous les changements pour le système de santé suisse ? Le vent du renouveau, ou du cataclysme, selon de quel côté on se place, souffle en tout cas tous azimuts. Ainsi, le forfait par cas, une nouvelle manière de facturer les prestations au sein des hôpitaux, a été instauré en début d'année. Le peuple votera sur les réseaux de soins le 17 juin prochain (voir notre article page 14). Et, cerise sur le gâteau, l'initiative pour une caisse unique essaiera, à nouveau, de révolutionner le monde de l'assurance-maladie.

Autant de réformes structurelles qui pourraient toutefois s'avérer de peu d'utilité. Car au-delà des changements, un mal bien plus pernicieux s'annonce. Celui du manque de médecins. Ou plus exactement: la disparition lente, terrifiante, des «généralistes», rouage essentiel de tout système de santé qui souhaite prendre en charge une population de plus en plus vieillissante.

L'affaire ne date pas d'hier. En 2008, un rapport de l'Observatoire suisse de la santé (OBSAN) prévoyait déjà qu'il manquerait à la Suisse 30% de médecins de premier recours pour couvrir les besoins de la population en 2030.

Pourquoi les jeunes rechignent-ils donc aussi violemment à embrasser une vocation qui a fait le bonheur de bon nombre de leurs prédécesseurs ? Les maux, tout comme l'annonce de la pénurie, sont bien connus. Moins valorisé dans ses compétences professionnelles que le spécialiste, le généraliste travaille énormément et est, dans de nombreux cantons, astreint à la garde. Bref, à une époque où une vie réussie passe avant tout par la réalisation de projets personnels, il n'est pas franchement étonnant que le tableau n'attire pas les foules.

Et pourtant, ce n'est pas faute d'essayer. Les initiatives lancées par la «vieille» génération de généralistes pour attirer cette insaisissable «re-lève» pullulent. Création de centres universitaires dédiés au généralisme, changements des conditions cadres de la garde, stage en cabinet: tout y passe. La nouveauté, c'est que le monde politique s'en fait enfin l'écho. Une cloche a-t-elle sonné à Berne pour annoncer qu'au-delà des structures, pour soigner des malades, il faut aussi des types en blouse blanche ? Peut-être. Espérons juste qu'il ne soit pas trop tard.

MICHAEL BALAVOINE



## Impressum

### Rédaction

Rédacteur en chef  
Michael Balavoine  
Rédacteurs  
Cécile Aubert  
Philippe Barraud  
Winnie Covo  
Richard Etienne  
Elodie Lavigne  
Benoît Perrier

Graphisme / Illustration  
www.giganto.ch

Photographie  
Romain Graf

### Éditeur

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

### Publicité

HP media SA  
Av de Chamonix 7 - 1207 Genève  
Tél 022 786 70 00  
Fax 022 786 70 13  
info@hpmedia.ch  
Aline Hostettler 022 786 70 00  
Antoine Egli 043 211 30 27

### Abonnements

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

### Fiche technique

ISSN : 1662-8608  
Tirage : 30 000 exemplaires  
3 fois par an  
Disponible dans les cabinets médicaux

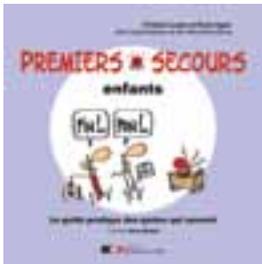
### Collaborations

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

### Comité de rédaction

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



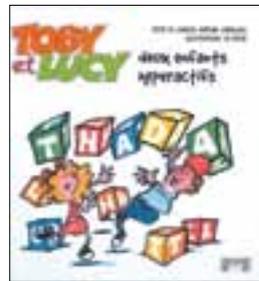


## PREMIERS SECOURS ENFANT

FREDERIC LADOR ET ROCH OGIER

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

OCTOBRE 2010 • 68 PAGES • CHF 16.-

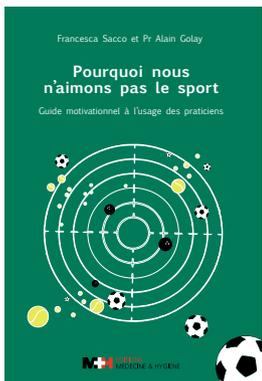


## TOBY ET LUCY : DEUX ENFANTS HYPERACTIFS

CHARLES HAENGGELI

Ce livre explique ce qu'est le THADA – le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité – et donne des conseils à l'entourage de l'enfant pour mieux vivre avec cette affection.

AVRIL 2003 • 96 PAGES • CHF 22.-



## POURQUOI NOUS N'AIMONS PAS LE SPORT

FRANCESCA SACCO ET ALAIN GOLAY

« Bouger, c'est bon pour la santé ». Oui, mais pourquoi ? Ce livre aborde aussi bien le thème de la sédentarité en tant que problème de société que l'aspect médical et bénéfique du sport.

JANVIER 2012 • 90 PAGES • CHF 22.-

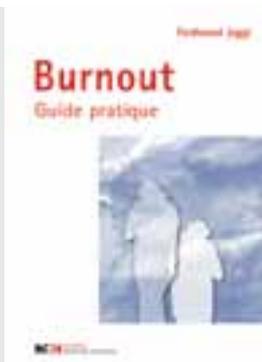


## QUAND L'ALIMENTATION POSE PROBLÈME

SOPHIE VUST

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

MARS 2012 • 166 PAGES • CHF 26.-



## BURNOUT, GUIDE PRATIQUE

FERDINAND JAGGI

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

JUIN 2008 • 46 PAGES • CHF 19.-

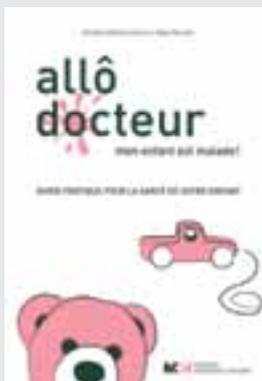


## ALIMENTATION ET SURPOIDS À L'ADOLESCENCE

DOMINIQUE DURRER ET YVES SCHUTZ

Cet ouvrage procure aux enseignants, ainsi qu'à toute personne en contact avec des adolescents, des conseils pour les aider à mieux gérer alimentation et activité physique.

MAI 2010 • 240 PAGES • CHF 42.-



## ALLO DOCTEUR... MON ENFANT EST MALADE

ANNICK GALETTO-LACOUR ET ALAIN GERVAIX

De la petite urgence aux maladies courantes de l'enfance – angine, rhume, bronchiolite, coliques, dents, eczéma, fièvre, impétigo, oreillons, varicelle, ... - ce livre répond à toutes les questions et permet d'agir en conséquence.

AVRIL 2008 • 144 PAGES • CHF 29.-

## J'AI ENVIE DE COMPRENDRE... LA DÉPENDANCE AU TABAC

SUZY SOUMAILLE

Connaître les mécanismes, appréhender les risques, trouver la motivation pour arrêter... « Les fumeurs récidivistes n'ont pas échoué, ils sont en train d'apprendre à se passer de la cigarette ».

OCTOBRE 2003 • 160 PAGES • CHF 25.-

## J'AI ENVIE DE COMPRENDRE... LES ALLERGIES

SUZY SOUMAILLE

Un livre pratique, original et facile à lire qui répond à toutes les interrogations sur les allergies : les symptômes, les causes, les pratiques à éviter, les traitements disponibles.

JANVIER 2000 • 176 PAGES • CHF 25.-

## Politique de santé

- 6 Accès aux soins, les signaux sont au rouge
- 10 Un label suisse pour les médecins ?
- 12 EGK quand la concurrence pousse à la faute
- 14 Les réseaux de soins, un modèle unique ?

## Reportage

- 16 Procréation médicalement assistée : le curieux chemin des spermatozoïdes
- 20 Médecin légiste

## Santé

- 26 Il ne répond pas, il ne respire pas : massage cardiaque immédiat
- 30 Peut-on inoculer le cancer ?
- 32 Le baclofène, médicament miracle contre l'alcoolisme ?
- 34 Les écrans font-ils grossir les enfants ?
- 36 Les somnifères sont-ils dangereux pour la santé ?
- 39 Dépendance au jeu : à qui s'adresser ?
- 40 La dégénérescence maculaire (DMLA)

## Eclairage juridique

- 44 Le patient peut-il consulter son dossier médical ?
- 46 Le scandale des «listes unilatérales»

## People

- 48 Jean-Marc Richard face à son médecin



### 6 Accès aux soins pénurie annoncée



### 36 Les somnifères sont-ils dangereux pour la santé?



### 48 Jean-Marc Richard face à son médecin

# Accès aux soins les signaux sont au rouge

**Accès aux soins** Pour la plupart d'entre nous, l'accès aux soins relève de l'évidence : on appelle son généraliste et on le voit dans la semaine ! Sauf que les choses se passent de moins en moins ainsi.

TEXTE PHILIPPE BARRAUD

**D'**une part, beaucoup de gens, notamment parmi les jeunes, n'ont pas de médecin de famille (30% des clients des urgences). D'autre part, la pénurie dramatique de généralistes fait que parmi eux, plus personne ne prend de nouveaux patients. Résultat : les permanences, polycliniques et services d'urgence sont pris d'assaut, souvent pour des vétilles.

En réalité, tout concourt à ce que l'accès aux soins se dégrade rapidement. La population augmente vite, de même que ses besoins. Surinformés ou mal informés, les patients débarquent aux urgences avec des demandes qui dépassent très largement la vocation de ces institutions : parfois, c'est une petite fièvre mais, comme le note le Dr Henri-Kim de Heller, les gens ont de plus en plus tendance à fantasmer des maladies graves

cachées derrière des symptômes bénins ; il faut donc expliquer les choses, beaucoup plus que par le passé, et donc prendre davantage de temps ; d'autres fois, les patients pensent trouver aux urgences des examens techniques (radiographie, scanner...) que leur généraliste a jugé inutiles ; d'autres espèrent être envoyés vers un spécialiste, ou souhaitent obtenir un arrêt de travail...

## **Des walking patients en quête d'un médecin**

Beaucoup de ces visiteurs de permanences, dits *walking patients*, s'y rendent par défaut, après avoir fait une dizaine de téléphones chez des généralistes qui les ont refusés. Ces derniers confirment recevoir une demi-douzaine de téléphones par jour, auxquels ils doivent répondre négativement, puisque beaucoup d'entre eux sont déjà au bord du *burn out*, voire





## Un partenariat entre l'Etat et les médecins

Un peu partout en Suisse, le système de santé sera confronté à des défis majeurs ces prochaines années, en particulier à cause de l'évolution démographique. Il s'agit à la fois d'assurer l'équité de l'offre ambulatoire, la liberté thérapeutique du médecin, la liberté de choix du patient et la relation médecin-malade.

Pour répondre aux besoins croissants de la population vaudoise et dans un contexte de pénurie médicale, la Société vaudoise de médecine (SVM) et le Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud (DSAS) se sont lancés dans une démarche inédite, et qui n'a pas d'équivalent en Suisse. Il s'agit d'une convention-cadre de partenariat, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2010, qui met en place une collaboration régulière entre l'Etat et les médecins vaudois.

Cinq domaines prioritaires font l'objet d'études et de propositions : la relève et la formation médicales ; la garde médicale, dont on connaît l'importance pour les régions périphériques ; la clause du besoin, l'une des causes de la pénurie médicale actuelle ; la récolte de données démographiques et épidémiologiques fiables, sans lesquelles un véritable pilotage du système de santé n'est pas possible ; et les réseaux de soins (*Managed Care*).

Après quelques mois d'existence, le partenariat avait déjà prouvé son utilité : les divergences dans le traitement des demandes de dérogation à la clause du besoin étaient devenues rares, la SVM et ses groupements étant systématiquement pris en considération. Depuis l'abandon de la clause du besoin, les réflexions s'orientent d'ailleurs vers d'autres modes de régulation des installations. Le partenariat est un bon cadre pour en discuter.

**Le système de santé sera confronté à des défis majeurs ces prochaines années.**

*"Il faut créer des petits pôles de santé pour désengorger les permanences et les urgences."*



au-delà. «Ceux qui n'ont pas un sésame d'entrée chez un médecin traitant ne peuvent plus entrer dans le système classique», explique le Dr de Heller.

Cette rapide évolution de la sociologie des demandes de soins exige de multiples réformes: il faut améliorer l'information et le tri des patients à la base, trouver des ressources de soins alternatives acceptables par les patients, renforcer les capacités des permanences et enfin, surtout, former de nouveaux généralistes, en évitant que leur cursus universitaire ne les détourne vers une spécialisation supposée plus prestigieuse et lucrative.

Au niveau des permanences, le canton de Vaud «a investi cinq millions en 2008 aux Urgences du Bugnon, indique le conseiller d'Etat Pierre-Yves Maillard, ce qui représente quelques dizaines de forces de travail supplémentaire. C'est un

effort colossal pour une structure de ce type. Et pourtant, nous devons recommencer cette année, car la croissance de l'activité va de 3 à 5% par année.»

Pour ce qui est du tri des patients, les pharmaciens jouent déjà un rôle très important - même si les structures sont mal adaptées: qui veut raconter ses problèmes de santé à une jeune aide en pharmacie, tandis que trois autres clients font la queue à la caisse? Les consultations par téléphone ou par e-mail sont risquées, les généralistes préfèrent toujours voir les patients devant eux - ils ont l'œil exercé! - surtout dans le domaine des troubles psychiques, si fréquents aujourd'hui.

Le fait est que les généralistes consacrent beaucoup de temps à des tâches qui pourraient être déléguées à du personnel paramédical: ce qu'on appelle le «suivi du tout va bien»: les examens de routine

chez les personnes âgées et les malades chroniques pourraient être assumés par des infirmières, par exemple. Ainsi, le généraliste pourrait utiliser son temps plus rationnellement. Le problème est que les patients tiennent à voir le médecin en personne plutôt qu'une infirmière, si compétente soit-elle!

#### **Donner l'envie d'être généraliste**

Mais l'essentiel reste la pénurie de généralistes. Et c'est seulement en augmentant fortement le nombre de ceux-ci que la société pourra répondre à la demande croissante de la population, sans creuser des inégalités. Pour former davantage de généralistes, il faut former plus de médecins en général. L'Université de Lausanne est la seule université de Suisse à avoir augmenté de 25% ses capacités de formation postgraduée des médecins. «Nous aurons bientôt accru de 40% la



WAZEM

WAZEM

## Il manquera 1800 généralistes en 2030

L'étude de l'Observatoire suisse de la santé publiée en juillet 2008\* prévoit à l'horizon 2030 une forte augmentation de la demande de consultations, surtout en raison de l'évolution démographique, et une baisse marquée de l'offre médicale.

C'est la médecine de base qui sera la plus touchée, avec dix millions de consultations non couvertes en 2030, et une pénurie de médecins estimée à 1800 équivalents plein-temps. La médecine générale sera la plus touchée, d'autant que la féminisation de la profession, ainsi que des taux d'activités réduits, vont diminuer encore l'offre de consultations. Mais même chez les spécialistes, l'offre couvrira à peine la demande, si bien qu'il ne pourra pas y avoir de substitution partielle

(les spécialistes se substituant aux généralistes). Certaines spécialités, comme la psychiatrie, seront en net déficit (manque de 500 médecins). En revanche, la gynécologie et la pédiatrie ne devraient pas connaître de pénurie criante.

Le *gatekeeping*, qui peut améliorer l'efficacité de l'offre de soins, peut néanmoins accroître aussi la demande en médecine de base. Quant à la substitution du généraliste par du personnel paramédical, elle se heurte à la nécessité pour les infirmières d'agir sous l'autorité d'un médecin. Enfin, ces professions peuvent elles aussi subir une pénurie.

Selon l'Observatoire, la mesure prioritaire à prendre consiste à augmenter l'offre en médecine de base, et pour ce faire, il faut encourager la formation de médecins en médecine de base.

\* Hélène Jaccard Ruedin et al.: *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse - Projections à l'horizon 2030*. Observatoire suisse de la santé - [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch)

### "L'essentiel du problème reste la pénurie de généralistes."

capacité de formation des médecins au lit du malade», dit Pierre-Yves Maillard. Mais pour éviter la fuite vers les spécialisations, il faut donner aux jeunes médecins l'envie d'être généralistes, et donc les faire sortir du cocon universitaire pour les mettre en prise avec les réalités du terrain et de la proximité.

#### Des «pôles de santé décentralisés pour les jeunes médecins»

C'est l'objectif des stages en cabinet: «Le jeune médecin poursuivra son stage chez un médecin installé, et nous lui payerons

un salaire. Ce modèle a beaucoup aidé à la reprise de cabinets, dans la mesure où le praticien peut évaluer son éventuel successeur, ou refaire l'expérience avec un autre

jeune médecin pendant six mois», explique le ministre vaudois de la Santé. Une autre forme d'immersion a été mise en place à la PMU du Flon à Lausanne, avec des *teams* formées de jeunes médecins en formation postgraduée, et une septantaine de médecins expérimentés, qui les supervisent. Dans le Nord vaudois, on fait «tourner» les jeunes médecins dans les différents centres de soins (hôpital, EMS, réadaptation, cabinet de généraliste...) afin de les immerger dans un autre aspect de leur métier que la médecine universitaire.

Au-delà de la formation proprement dite, il s'agit de promouvoir la création de cabinets de groupe décentralisés, où de jeunes médecins pourront partager une structure administrative et technique, assurer des horaires atypiques et des gardes, grâce notamment au temps partiel. Au final, il s'agit d'offrir un débouché économique aux jeunes médecins, qui devraient pouvoir s'installer sans devoir s'endetter lourdement, comme c'est encore le cas lors d'une reprise de cabinet. Ces petites «pôles de santé» permettraient de capter la demande de soins qui se dirige, souvent à tort, vers les urgences et les permanences. +

# Un label suisse pour les médecins ?

Dr Patrick Saudan,  
médecin au Service de  
néphrologie aux Hôpitaux  
Universitaires de Genève.



**Concurrence** De nombreux médecins étrangers viennent s'installer à Genève. Le médecin et député, Patrick Saudan, demande que le patient puisse connaître la formation reçue par celui qui le soigne.

PROPOS RECUEILLIS PAR PHILIPPE BARRAUD

**Face à l'afflux de médecins en provenance de l'Union européenne, préconisez-vous le retour à la clause du besoin ?**

Non, pas du tout. D'ailleurs, la clause du besoin était une erreur. Le problème est qu'à partir du moment où la clause du besoin a été levée, et dans le droit fil des accords sur la libre circulation, nous avons eu un afflux de médecins venus des pays limitrophes. Un exemple ? Depuis janvier 2012, 120 médecins ont demandé un droit de pratique à Genève !

**Faut-il remettre en cause les bilatérales sur ce point ?**

Non, je suis pour la libre circulation des personnes. Néanmoins, dans un marché privé, le monde de la médecine, il est normal que le patient-consommateur dispose d'un libre droit à l'information, dans la mesure où il existe une distorsion dans les formations médicales.

**Comment la définissez-vous ?**

La formation postgraduée des futurs médecins en Suisse est longue, cinq ans au minimum, et elle impose des années en

## Genève, Eldorado médical ?

hôpital universitaire, dans plusieurs services différents. Elle est reconnue par l'obtention d'un diplôme de spécialiste (anciennement appellation FMH). Nos médecins de premier recours ont donc dans leur grande majorité un diplôme de spécialiste en médecine générale ou interne, et ont donc fait au minimum cinq

*“L'idée, c'est de promouvoir un label de qualité suisse, qui permettrait de connaître le type de formation suivi par le médecin.”*

ans de formation avant de s'installer. Quant aux spécialistes, leur formation nécessite le plus souvent entre six et huit ans de pratique dans des établissements hospitaliers.

### **Et ce n'est pas le cas des médecins étrangers qui s'installent en Suisse ?**

Non. Ils ont une formation postgraduée bien inférieure en durée à celle exigée en Suisse. Ils reçoivent un diplôme de praticien fédéral en vertu des accords bilatéraux, qui obligent la Suisse à reconnaître les formations médicales de l'Union Européenne. Or, un diplôme de praticien fédéral ne correspond qu'à trois ans de pratique postgraduée, et un diplôme de spécialiste décerné en Suisse correspond au minimum à cinq ans de formation postgraduée. Il faut savoir de plus qu'en 2012, la clause du besoin a été définitivement levée également pour les spécialistes, et on peut par conséquent s'attendre à une forte augmentation du nombre de médecins spécialistes en provenance de l'UE.

### **Les patients devraient donc être davantage informés de la formation reçue par celui à qui ils confient leur santé ?**

Oui. Ils doivent pouvoir savoir que tel médecin a fait sa formation postgraduée en Suisse, en Finlande ou en Espagne : cela doit être clairement spécifié. C'est une information très importante pour les

patients, sachant que de toute façon, on ne pourra plus aller contre les bilatérales.

### **La formation joue-t-elle un rôle sur l'économie de la santé ?**

Oui. Moins bien un médecin est formé, plus il va coûter cher. Il y a une relation clairement établie entre les compétences professionnelles d'un médecin et les principes d'économicité dans la pratique de la médecine. Dès lors, puisqu'on ne peut pas jouer sur les droits d'installation, on doit exiger que les patients puissent connaître la formation reçue par leur médecin. C'est quelque chose de tout à fait légitime.

### **Comment cette information du patient peut-elle se concrétiser dans la pratique ?**

Elle devrait apparaître sur la plaque du médecin apposée sur l'immeuble où il pratique. Par exemple, au lieu de lire simplement *spécialiste en gastro-entérologie*, ce qui ne dit pas grand chose au commun des mortels, on préciserait *formation suisse, formation autrichienne ou formation finlandaise*, et de la sorte le patient saura un peu mieux à qui il a affaire.

### **Est-ce que les associations professionnelles partagent votre souci ?**

Oui, elles souhaitent promouvoir un label de qualité suisse, ce qui est normal : lorsqu'on vend des montres, on met tout naturellement en avant le label de qualité suisse. Nous n'avons pas à rougir de notre formation médicale, et je trouve normal que les gens qui passent à travers cette formation puissent s'en prévaloir.

### **Certains pourraient vous accuser de pratiques discriminatoires...**

... Disons de distorsion de la concurrence. Mais j'ai pris des avis de droit, et la forme de la motion par laquelle je propose cette idée permet précisément d'en étudier tous les aspects. Dans l'idéal, le principe que je propose devrait s'étendre à toute la Suisse. +

La clause du besoin pour l'installation de nouveaux médecins en Suisse a été instituée dans les années 2000, essentiellement pour faire face à un afflux de médecins allemands en Suisse alémanique. Elle a été levée en 2010 pour les médecins de premier recours (généralistes), et en 2012 pour les spécialistes.

Il s'est ensuivi un grand nombre de demandes, en particulier à Genève, puisque les accords bilatéraux donnent cette opportunité aux médecins en provenance des pays de l'UE. Ceux-ci reçoivent un diplôme de praticien fédéral - même si leur formation est généralement moins longue que celle des médecins formés en Suisse : il y a une équivalence des titres sur la forme, sinon sur le fond. Ce vif attrait pour l'exercice de la médecine en Suisse s'explique notamment par des possibilités de gain bien plus élevées en Suisse que dans l'Union européenne, et en particulier à Genève. Ainsi, depuis janvier, non moins de 120 demandes ont été déposées au bout du lac !

Ces demandes émanent surtout de spécialistes, ce qui explique que, paradoxalement, le canton de Genève - comme son voisin vaudois - souffre d'une pénurie de médecins de premier recours (surtout hors des régions urbaines), et d'une pléthore de spécialistes, notamment de cardiologues. Dans le contexte politique des relations entre la Suisse et l'UE, un retour à la clause du besoin paraît exclu. En revanche, les cantons pourraient favoriser l'installation de médecins dans les régions excentrées, où la pénurie de généralistes est criante, et dissuader l'installation de spécialistes là où il y en a déjà trop.

## Assurance maladie

«Ce qui est trop bon marché est toujours trop cher» : cette sage maxime, les assurés de la caisse-maladie EGK en ont fait la cuisante expérience fin février, avec des hausses de primes atteignant +66%.

TEXTE PHILIPPE BARRAUD

# EGK : quand la concurrence pousse à la faute



Cette décision a d'autant plus scandalisé les assurés qu'elle a reçu la bénédiction de l'Office fédéral de la santé publique, qui est chargé de la surveillance des primes, et peut donc les refuser. En l'occurrence, il semble que la décision d'EGK soit juridiquement conforme (procédure et délais ont été respectés), mais une plainte pénale ayant été déposée, cet aspect sera examiné par la justice. Pour certains en effet, comme la Fédération romande des consommateurs, les assurés ont été délibérément trompés :

l'automne dernier, les primes publiées ont été présentées comme définitives, alors même que l'OFSP avait décidé qu'elles seraient provisoires, comme l'a expliqué le directeur de l'OFSP, Pascal Strupler (*Le Temps* du 2 mars 2012), « nous avons un doute que les primes d'EGK couvrent les coûts. Nous avons donc approuvé les primes de cet assureur pour une durée de six mois, en procédant ensuite à un contrôle mensuel. » Le hic, c'est que personne, ni à l'OFSP ni chez EGK, n'a jugé utile d'en informer les assurés... En l'occurrence, l'OFSP semble

avoir préféré protéger les intérêts de la caisse, qui risquait une fuite massive de clients, plutôt que ceux des assurés.

### Les limites du système

Alors que le directeur et le chef des finances d'EGK étaient éjectés, l'OFSP, en janvier, a été contraint d'intervenir, ce qui a conduit à la hausse des primes que l'on sait. Toutefois, le directeur de l'OFSP concède que « le système de surveillance a montré ses limites », et qu'il faudra désormais permettre à l'autorité de surveillance d'avoir accès à davantage

## “L'affaire EGK montre que le système de surveillance des caisses a montré ses limites”

de données à l'intérieur des caisses, de contrôler leur gouvernance, et de sanctionner les dirigeants le cas échéant: c'est l'objectif de la future loi sur la surveillance, mise en œuvre par le conseiller fédéral Alain Berset.

Cette affaire montre que le système fondé sur la concurrence entre les caisses fonctionne mal, et conduit certaines d'entre elles à des comportements aventureux, dans le seul but de s'attirer les bons risques, en comptant sur le désarroi des assurés, étranglés par des primes trop élevées par rapport à leur budget.

### Changer de caisse? Oui, mais

En attendant, quels sont les droits des assurés lésés, ceux-là même dont la caisse veut de toute évidence se débarrasser? Selon la loi, en effet, elle ne peut pas les exclure donc elle les force à partir d'eux-mêmes, sous la pression de primes insupportables.

Le premier droit des assurés lésés d'EGK est évidemment de changer de caisse, mais il fallait le faire avant le 31 mars. Même si M. Strupler croit pouvoir se réjouir du fait que «changer de caisse n'est pas difficile», et que par consé-

quent personne n'est lésé, cela pose des problèmes à de nombreuses personnes peu familières de ce genre de démarche, compliquée, fastidieuse, qui prend du temps et

oblige d'aller déposer un recommandé à la poste. En outre, il y a des restrictions désagréables:

- Si un assuré est en retard dans le paiement de ses primes d'assurance maladie, il ne peut pas changer de caisse. Difficultés supplémentaires en vue donc pour ceux qui n'arrivent pas à assumer leurs primes, *a fortiori* des primes qui sont près de doubler pour certaines familles!
- Impossible de changer de franchise en cours d'année: c'est possible seulement lors de l'annonce du montant des nouvelles primes, en novembre.
- Les personnes disposant d'une assurance de base à choix limité des fournisseurs de prestations doivent s'affilier au même modèle dans la nouvelle caisse ou, si celui-ci n'existe pas, peuvent exceptionnellement changer de modèle en cours d'année.
- La montant de la franchise ne peut pas être modifié en cours d'année, même en changeant de caisse.

## Comment une caisse-maladie en arrive-t-elle à augmenter massivement ses primes en cours d'année?

EGK a subi une augmentation du nombre de ses assurés plus importante que prévu. C'est surtout dans le canton de Vaud qu'EGK s'est complètement fourvoyée dans ses projections: les «mauvais risques» se sont fortement accrus, de même que les charges par rapport à 2011.

- En changeant de caisse-maladie pour l'assurance de base, l'assuré a droit au même catalogue de prestations. Par contre, il doit compter avec des restrictions s'il a opté pour un modèle alternatif de type HMO, médecin de famille, télémédecine, etc.

Rappelons enfin que les caisses ont l'obligation d'accepter les nouveaux assurés, quels que soit leur profil de risque, leur âge et leur état de santé. +

PUBLICITÉ



Bougez pour votre santé

mincir · muscler · raffermir



**Reactiv** c'est un centre de **remise en forme** personnalisé, exclusivement **réservé aux femmes**, avec un circuit-training qui allie exercices de tonification musculaire et cardiovasculaire, qui permettront de brûler des calories, tonifier la musculature, affiner la silhouette et surtout, renforcer le cœur et relancer la circulation sanguine et lymphatique pour un résultat **100 % forme et santé.**

Nous vous proposons aussi un **bilan corporel complet** et des **conseils nutritionnels** sur mesure.

Envie de rebouster votre moral pendant l'hiver et de **préparer votre corps** pour le futur? Alors plus une minute à perdre, appelez-nous vite pour **vosre essai gratuit.**

www.reactivgeneve.ch

**Reactiv Plainpalais** • Rue de Carouge 70 • Tél. 022 320 41 21 • plainpalais@reactiv.ch  
**Reactiv Servette** • Rue de la Servette 93 • Tél. 022 734 00 05 • geneve@reactiv.ch

## Managed Care

Les électeurs vont devoir se prononcer le 17 juin 2012 sur les réseaux de soins, dits encore *Managed Care*. En effet, un référendum a été lancé contre cette réforme de la LAMal, qui a récolté 131 000 signatures.

TEXTE PHILIPPE BARRAUD

# Les réseaux de soins, un modèle unique ?

La nouvelle loi encourage les patients et assurés à s'affilier à un réseau de soins. En contrepartie de certaines restrictions, notamment quant au libre-choix du médecin et au respect d'un budget fixé par les assureurs, les affiliés paient une quote-part réduite à 10% et au maximum de 500 francs par an. En revanche, ceux qui ne veulent pas rejoindre un réseau sont pénalisés par une quote-part de 15%, et au maximum de 1000 francs par an; mais, pouvoir est donné au Conseil fédéral de l'augmenter. Personne aujourd'hui ne conteste plus guère l'existence des réseaux de soins en tant que tels. C'est essentiellement contre ce caractère quasi obligatoire de l'affiliation à un réseau, et contre la perte du libre-choix du médecin, que le référendum a été lancé.

«En juin 2008, plus de 70% des Suisses ont dit oui au libre-choix du médecin, et plus de 90% des électeurs vaudois et genevois, rappelle le Dr Michel A. Matter, président du Comité référendaire suisse *Libre-choix du médecin pour tous*. Nous défendons la diversité de l'offre, dans un marché ouvert, et qui ne pénalise pas les patients. Nous refusons la monoculture d'un seul système de soins que serait le *Managed care* généralisé, dans lequel le patient peut être lié pour trois ans.» D'ailleurs, la perte du libre-choix ne touche pas qu'au médecin, mais aussi à l'hôpital, à l'EMS et à la pharmacie, puisque les assureurs pourront avoir des contrats d'exclusivité avec ces institutions.

### «Une inégalité déjà présente»

Cofondateur du Réseau Delta à Onex, le Dr Marc-André Raetzo relativise les effets de la nouvelle loi: «Va-t-on pénaliser les gens qui ne veulent pas s'affilier à un réseau, puisqu'ils devront payer plus cher? Mais ils paient déjà plus cher! Dans notre réseau, nous avons amélioré la prise en charge des gens et diminué les coûts de manière massive, de sorte que nos patients paient 20 à 25% de primes en moins que les autres. Par conséquent, l'inégalité de traitement est déjà présente.»

Le Dr Raetzo conteste également l'étendue de la perte du libre-choix brandie par les référendaires, dans la mesure où dans de nombreux cas, elle n'existe pas: «Si vous allez à l'hôpital, vous n'avez pas le libre choix de votre docteur. Vous êtes en urgence? Vous n'avez pas le choix de votre docteur. Dans le réseau, vous avez le choix parmi 300 médecins de premier recours sur 450 à Genève: est-ce une limitation inacceptable? En plus, ces 300 médecins se sont engagés dans un processus de qualité, et disposent d'un label.»

Pour les opposants, d'autres défauts de la loi sont montrés du doigt. En particulier, ils craignent une main-mise des assureurs sur le système, même si la loi prévoit qu'ils ne puissent pas gérer eux-mêmes des institutions dispensant des traitements médicaux: «Indirectement, ou directement en cas de généralisation du système, ce seront les assureurs qui di-



rigeront les réseaux, via les contrats qu'il passeront avec eux. Or, la vision économique défendue par les assureurs risque d'engendrer une perte de qualité au niveau des soins», avertit le Dr Matter, d'où un risque de rationnement des soins.

Et si, au contraire, les réseaux pouvaient dicter leur loi aux caisses-maladie? «La responsabilité financière (*assumée par les prestataires de soins au sein d'un réseau*- ndlr) fait que les assurances nous fichent la paix, affirme Marc-André Raetzo. Mieux, nous pouvons les mettre en concurrence, et refuser de travailler avec celles qui ne veulent pas se

mettre d'accord avec nous. Cela, un réseau a les moyens de le faire. Pas un médecin tout seul.»

### Le retour des «listes unilatérales»

Il est une autre disposition de la loi qui inquiète, notamment dans le milieu médical: c'est la possibilité, pour les caisses-maladie, de promouvoir des «formes particulières d'assurance maladie», des modèles dans lesquels l'assuré accepte de ne recourir qu'à des prestataires de soins désignés par la caisse. On retrouve là le problème récurrent des

fameuses «listes unilatérales» de médecins agréés, souvent arbitraires et floues, et que personne ne peut contester. C'est, estiment certains, la porte ouverte à la chasse aux bons risques et surtout, un préjudice considérable pour le patient, parfois forcé de changer de généraliste ou de gynécologue, si son praticien est rejeté par l'assureur.

Ce que les électeurs auront à trancher, finalement, c'est la question de savoir si les réseaux de soins doivent devenir le modèle unique, et quasi obligatoire, de l'assurance de base, au nom de la maîtrise des coûts de la santé. +



## Les grandes lignes de la réforme

**Quote-part et participation aux coûts:** un assuré ne voulant pas choisir d'adhérer à un réseau assume une quote-part supérieure à celle d'un assuré qui s'y est affilié.

**Coreponsabilité budgétaire:** les fournisseurs de prestations regroupés dans un réseau assument la responsabilité financière des coûts des soins médicaux.

**Durée des contrats:** jusqu'à trois ans. L'assuré pourra changer d'assureur, mais pas de modèle d'assurance.

**Formes particulières d'assurance:** les caisses pourront proposer des contrats particuliers, limitant l'accès à certains médecins agréés par elles.

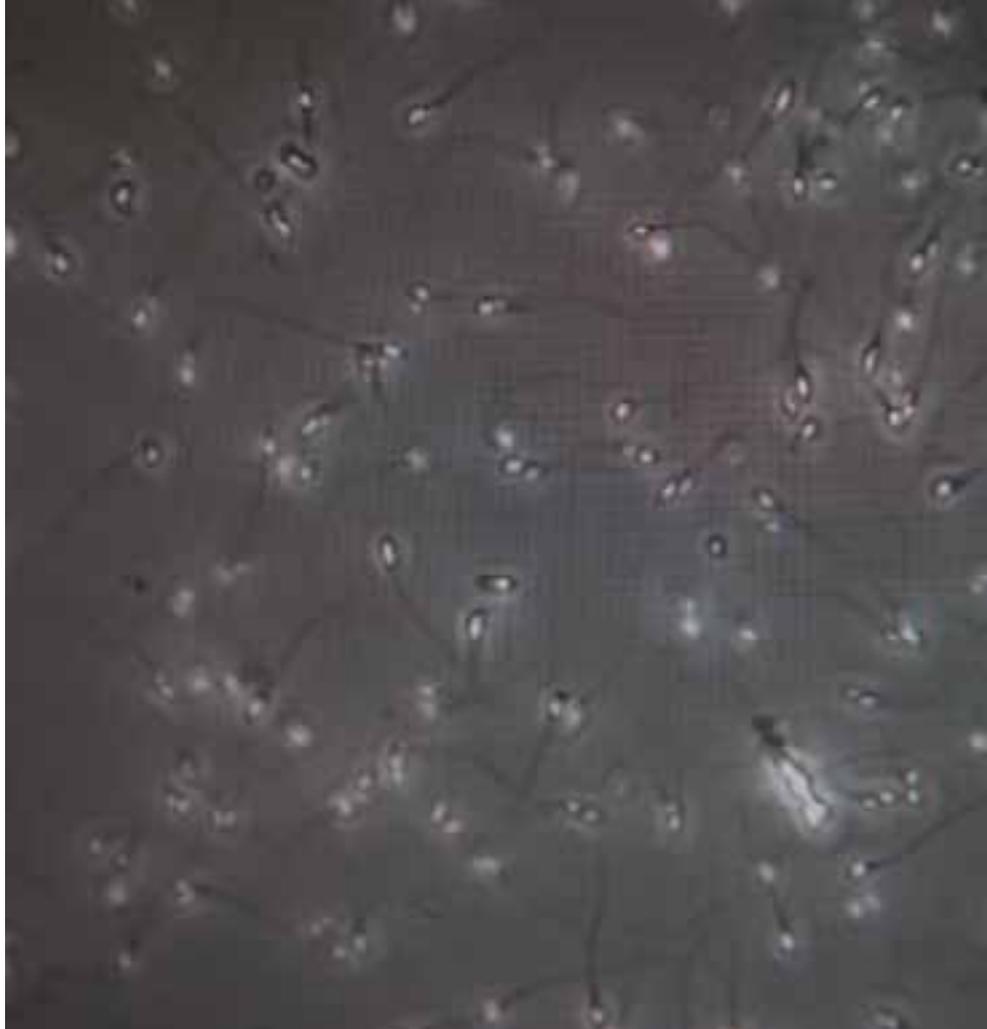
**Interdiction aux assureurs d'être propriétaires d'un réseau de soins.**

**Modification de la compensation des risques,** qui interdit dans le futur la chasse aux bons risques.

**Limitation de l'intérêt du système des «listes».**

**PMA** En Suisse, 10 à 15% des couples ont besoin d'une aide médicale pour concevoir. A l'Unité de médecine de reproduction au CHUV à Lausanne, gynécologues, biologistes, laborantines et psychologues les accueillent.

TEXTE ÉLODIE LAVIGNE



# Procréation médicalement assistée : **le curieux chemin des spermatozoïdes**

**D**epuis leur création dans les années 80, plusieurs milliers de bébés sont nés grâce aux techniques de procréation médicalement assistée (PMA).

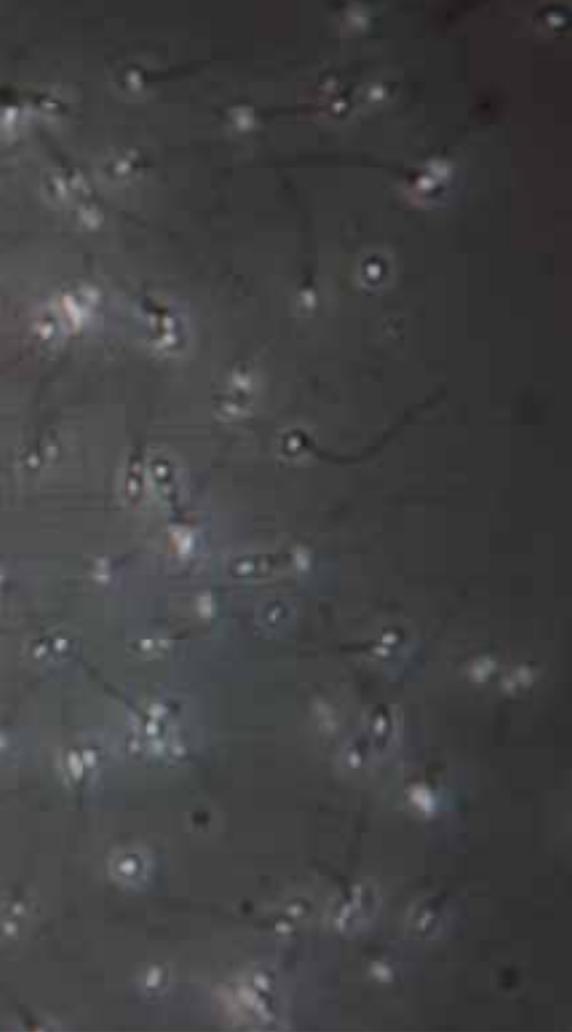
Les hommes sont les plus concernés par les problèmes de fertilité. Selon l'Office fédéral de la statistique, dans plus de 45% des cas, un diagnostic d'infertilité masculine est posé (17% d'infertilité féminine et 25,7% mixte) chez les couples

qui ont recours à la PMA. Si l'infertilité masculine est très répandue, elle reste complètement taboue. Quelles solutions et quels chemins de traverse les spermatozoïdes sont-ils contraints d'emprunter pour espérer féconder un ovule? Les réponses dans notre reportage.

Au sein de la maternité du CHUV, les couples en désir d'enfants croisent le chemin des femmes enceintes et des mères avec leur nourrisson dans les bras.

Située au deuxième et au septième étage l'Unité de médecine de la reproduction (UMR) reçoit chaque année de nombreux couples romands en proie à des difficultés pour donner vie à leur projet d'enfant. Parallèlement, des hommes viennent y donner leur sperme (banque de sperme), pour en aider d'autres à concevoir.

Dans la salle d'attente, une femme de 39 ans accompagne son mari, venu recueillir son sperme en vue d'une congé-

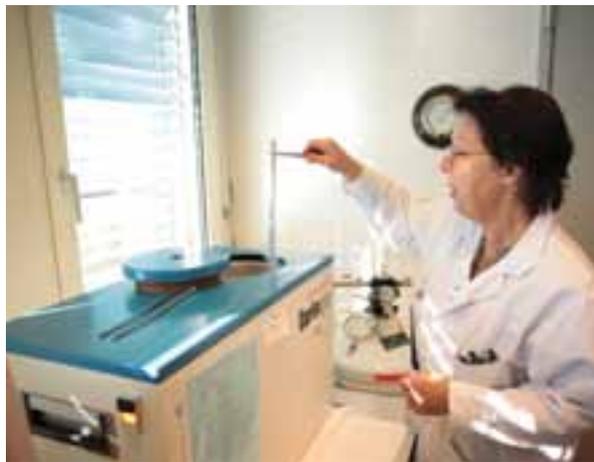


Le spermogramme permet de mesurer la mobilité, la concentration et la morphologie des spermatozoïdes.



La Dr Dorothea Wunder, médecin-chef de l'Unité de médecine de reproduction du CHUV.

Nicole Cita, laborantine, procède à la cryogénéisation du sperme pour une conservation longue durée.



Pour être conservées durablement, les paillettes de sperme sont plongées dans des bonbonnes d'azote liquide à -196°.

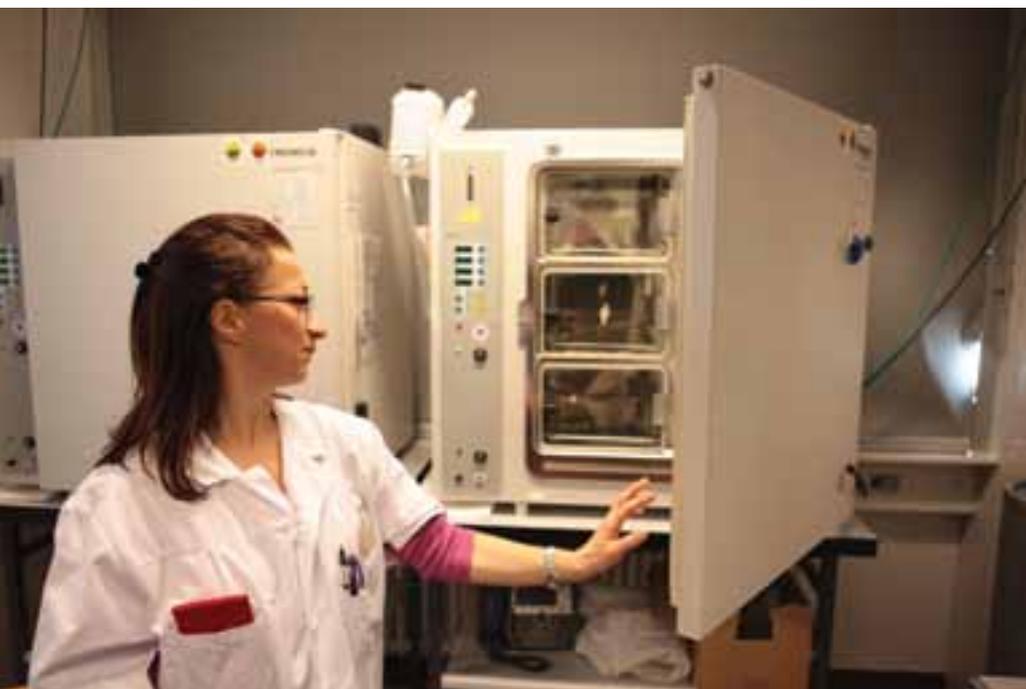


lution. Dans deux semaines, ils tenteront pour la première fois une fécondation in vitro «ICSI» (de l'anglais *Intra-cytoplasmic sperm injection*). Cette technique, très utilisée aujourd'hui, est indiquée notamment dans certains cas d'infertilité masculine. Elle consiste à injecter un spermatozoïde directement dans l'ovule, pour augmenter les chances de fécondation.

Après quatre jours d'abstinence, l'homme au regard sérieux et aux cheveux poivre et sel, s'apprête à rentrer dans la petite pièce tapissée de violet, spécialement aménagée. Une chaise, une télévision, un lecteur dvd et quelques revues classées X pour faire monter le désir, en toute intimité, ou presque. «Parfois, les messieurs viennent avec leur partenaire, mais la plupart du temps ils sont seuls, commente Brigitte Valzino, laborantine à l'UMR. En cas de blocage psychologique, ils peuvent récolter leur sperme à la maison et nous l'amener dans l'heure qui suit». Ce père de trois enfants, qui rêve de donner un bébé à sa nouvelle compagne, aborde la situation avec sérénité : «Ce n'est ni une épreuve phy-



Après le lavage, les spermatozoïdes les plus prometteurs à la fécondation se concentrent dans le fond du tube.



La Dr Marie-Pierre Primi, biologiste et responsable du laboratoire, devant l'incubateur où a lieu le processus de fécondation.

La Dr Malgorzata Kempf Haber, médecin chef de clinique de l'UMR et le Dr Sébastien Adamski, médecin assistant, procèdent au transfert d'embryons chez la patiente.

sique, ni psychologique. On profite des avancées de la science et on met simplement toutes les chances de notre côté», confie-t-il.

#### Case «spermogramme»

Avant cela, il a dû effectuer un (voire deux) «spermogramme», un examen permettant d'analyser la qualité du sperme et de détecter les anomalies.

Dans le laboratoire attendant, les deux techniciennes manipulent avec précaution le sperme fraîchement recueilli dans un entonnoir: «D'abord, on le laisse se liquéfier dans un bain-marie à température de 37 °C pendant trente minutes environ, explique Nicole Cita, laborantine.

Ensuite, on dépose quelques gouttes sur une lame à l'aide d'une pipette qu'on place sous le microscope». Sur l'écran de l'ordinateur relié au microscope, des petits «têtards» bougent dans tous les sens. «On mesure la concentration des spermatozoïdes, leur mobilité et leur morphologie. Un nombre réduit, voire une absence totale (azoospermie), une faible mobilité ou des défauts morphologiques peuvent être responsables de l'infertilité, explique la Dr Wunder. Mais dans environ 10% des cas, il arrive aussi qu'aucune cause de l'infertilité (ni chez l'homme, ni chez la femme) ne soit identifiée». Dans certains cas, l'infertilité masculine peut être soignée par un traitement hormonal, opéra-

toire ou antibiotique. Mais les possibilités de traitement sont limitées. Souvent, la cause de l'infertilité masculine ne peut pas être identifiée et seules l'ICSI ou l'insémination avec donneur permettent d'y remédier. Les moyens d'action sont en revanche plus étendus pour l'infertilité féminine.

De l'autre côté du laboratoire, la laborantine s'attèle à la cryogénéisation. Les candidats à la PMA y ont parfois recours pour avoir l'assurance d'avoir du sperme le jour du traitement chez leur partenaire. «Cette solution rassure les hommes stressés à l'idée de devoir éjaculer sur commande. Mais la congélation abîme un peu le matériel», prévient la Dr

Wunder. Aussi, en cas de maladie (cancer par exemple) ou de traitement toxique, les patients peuvent faire congeler leur sperme pour pouvoir concevoir après la guérison.

### Dans ces bonbonnes se côtoient des milliards de spermatozoïdes

La technicienne place les paillettes - de petits tubes de plastique contenant le sperme - portant l'identité du patient, dans une machine qui abaisse leur température à - 150 °C. Elle dispose ensuite les paillettes dans des étuis nominatifs qui sont déposés dans une grosse bonbonne d'azote liquide à - 196 °C. Les paillettes sont ainsi stockées dans un local sécurisé.

Après avoir analysé le sperme, les laborantines procèdent au lavage par centrifugation, une étape qui mime le passage des spermatozoïdes à travers la glaire cervicale : «On le centrifuge pour le débarrasser de toutes les cellules et des spermatozoïdes morts», explique Brigitte Valzino. Les candidats les plus prometteurs se concentrent dans le fond du

tube. En fonction des résultats obtenus après le lavage, le médecin propose au couple l'un ou l'autre des traitements (FIV, ICSI, insémination).

### «La procréation, c'est un feuilleton passionnant»

La fécondation est laissée aux mains expertes de la biologiste. Dans le laboratoire spécialisé (air filtré, température et lumière adaptées), la Dr Marie-Pierre Primi, responsable du laboratoire, fait se rencontrer les gamètes mâles et femelles, récoltées le matin : «Pour la FIV, on les réunit dans de petites cupules, qu'on place ensuite dans l'incubateur qui remplace en quelque sorte le ventre de la mère. La température, le taux d'oxygène et d'humidité sont proches des conditions physiologiques de l'utérus». Le lendemain, elle ira voir le résultat de la fécondation. «En procréation assistée, chaque étape est déterminante pour pouvoir passer à la suivante. C'est un feuilleton passionnant», relève la biologiste. Pour l'ICSI, les manipulations sont plus techniques et se font à l'aide d'un microscope et de micromanipulateurs :

«On libère d'abord les ovocytes de leurs cellules nourricières. Puis, on choisit les spermatozoïdes qui paraissent les plus beaux et les plus vigoureux et on en injecte un dans chaque ovocyte.» Les spécialistes mettent toutes les chances de leur côté, mais au final, c'est la vie qui décide d'éclorre ou pas.

Dans la salle de consultation d'à côté, un couple tente sa chance pour la dernière fois. «Après quatre essais infructueux qui n'ont pas débouché sur une grossesse, on va me transférer les embryons qui me restent», raconte cette femme de 42 ans. «On espère toujours que cette fois est la bonne, poursuit son mari. Le premier échec a été difficile à vivre. Au fil du temps, on perd espoir, d'autant plus que les chances de succès après décongélation sont moindres qu'après un transfert d'embryons "frais". Même si ça ne marche pas cette fois-ci, on va s'arrêter là. Ma femme a plus de quarante ans et cela coûte une fortune». Dans quinze jours, ce couple courageux saura enfin s'ils deviendront parents... +





**Reportage** Souvent associée aux simples autopsies, la médecine légale représente en réalité l'interface entre la médecine et la justice.

TEXTE & IMAGES ROMAIN GRAF

# Médecin légiste

Les rapports avec la police et les différents procureurs sont quotidiens. Le médecin légiste se retrouve d'ailleurs souvent au tribunal pour témoigner, ou sur le terrain pour des levées de corps durant lesquelles il constate la mort du défunt.

Les autopsies appartiennent à l'unité de médecine forensique. D'autres unités de médecine légale entrent également en jeu. Parmi elles, l'unité de toxicologie va analyser une partie des prélèvements (cheveux, urine ou sang) afin de

**1** Briefing du matin, 8 heures. Le médecin chef Tony Fracasso écoute le rapport du week-end. Une jeune femme a été observée aux urgences de la maternité pour une suspicion de viol. En effet, la jeune femme, de sortie samedi soir, a perdu la mémoire à 2 heures du matin et s'est réveillée nue dans un lit qui n'était pas le sien, accompagné d'un homme inconnu. La jeune femme ne souhaite pas pour l'instant porter plainte. Elle a peur des représailles de cet homme qui, l'ayant raccompagnée chez elle, sait où elle habite.

Le GHB est très difficile à repérer dans le sang d'une victime. En effet, huit heures après, le GHB ingéré n'est plus détectable, contrairement aux benzodiazépines, visibles encore plusieurs jours. Une suspicion de drogue du violeur n'est parfois qu'une soirée trop arrosée. Cependant, la jeune femme a pris la pilule du lendemain et suit une trithérapie préventive.

Le second cas du week-end concerne le décès d'un homme d'une cinquantaine d'années au cours d'une intervention chirurgicale. C'est le cas que nous allons suivre lors de cette journée.

**2** La médecin légiste Bettina Schrag recherche le corps dans les frigos situés à proximité de la salle de dissection. Le préparateur est chargé de l'installer. On distingue plusieurs types de morts nécessitant une autopsie : la mort violente ou traumatique, comme par exemple une accident de voiture ; la mort subite, dans ce cas le défunt était en bonne santé au moment du décès ; la mort suspecte, pour laquelle les circonstances de la mort pourraient impliquer l'intervention d'une tierce personne.

détecter la présence d'un toxique pouvant être interprété. Autre unité, celle d'histopathologie. C'est ici qu'on analyse les différents tissus prélevés, par exemple un échantillon des poumons. Des laborantines préparent les échantillons afin qu'ils puissent être interprétés par le médecin légiste via microscope. Mais la médecine légale ne traite pas que des morts. Elle s'adresse également aux vivants. L'unité de génétique collabore autant lors de l'identification des corps qu'à déterminer le coupable d'un

viol grâce à l'analyse de traces. L'unité de médecine du trafic reçoit les conducteurs qui demandent à être suivis médicalement et collabore étroitement avec l'unité de toxicologie. Enfin, l'unité de psychiatrie évalue les personnes suspectées de troubles psychiques par la justice ainsi que leur capacité de discernement.

A l'occasion de ce reportage, nous avons suivi une journée à l'unité de médecine forensique.

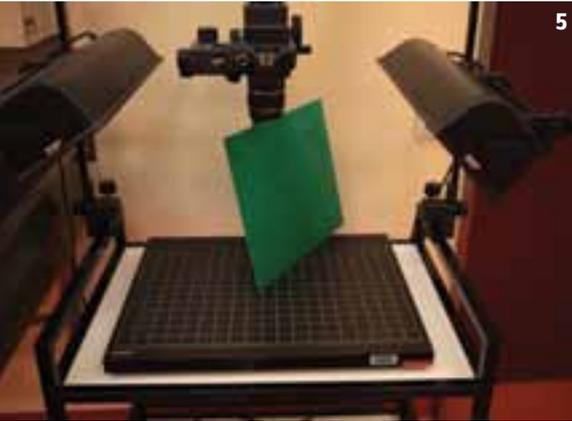




4



6



5

3 Le corps est installé sur la table du fond, sous un drap. L'autopsie doit idéalement avoir lieu dans les quarante-huit heures après le décès. Il est à noter qu'on autopsie fréquemment des corps très altérés dont la mort remonte à plus de deux semaines. Le travail est alors plus difficile, même pour la simple identification.

4 Les instruments du médecin légiste comprennent des « réglottes » permettant de mesurer et comparer les éléments observés.

5 Durant l'autopsie, on pèse les organes et on les photographie de manière scientifique à l'aide de cette installation. On utilise un flash et une réglotte comme échelle de comparaison. La docteur Schrag insiste sur le travail de nettoyage des organes d'éventuels résidus de sang pouvant perturber les observations. Toutes les images sont archivées électroniquement et protégées.

6 La table de dissection sur laquelle on dispose le corps. On remarque sa forme permettant un bon écoulement des liquides, comme les graisses liquéfiées ou le sang.



3



**7** La docteur Bettina Schrag est prête pour procéder à l'autopsie du corps. Elle va d'abord l'observer de manière externe et le décrire précisément. Elle relèvera par exemple des ecchymoses ou des plaies. Puis, elle va ouvrir successivement la boîte crânienne, la cage thoracique et l'abdomen pour avoir une vision d'ensemble.

Les médecins légistes, en majorité des femmes, opèrent toujours à deux. La Dr Coraline Egger assiste la Dr Schrag et pèse les organes avant de les photographier. On relève que le cœur est anormalement gros et lourd, 510 grammes, et que les coronaires sont bouchées. Pendant ce temps, la Dr Schrag effectue des prélèvements destinés à être analy-

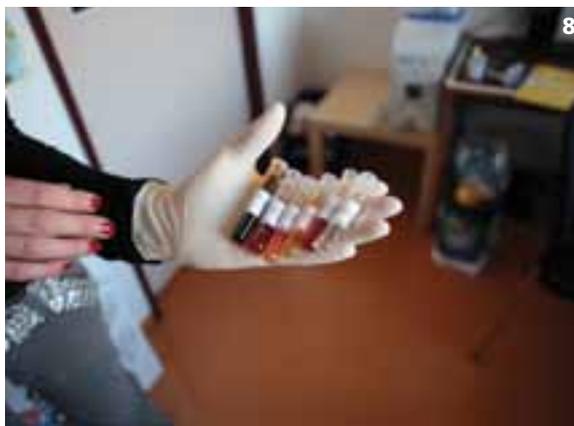
sés par les différents départements de médecine légale. Lors de cet examen, une thrombose est suspectée, par conséquent, on dissèque également les jambes.

Lorsque le travail est terminé, on convoque « le plateau » : tous les médecins légistes présents assistent à un résumé de l'examen.

Lorsque tout le monde est parti, le préparateur referme le corps. Les soins esthétiques seront effectués par les pompes funèbres.

**8** Série de prélèvements liquides. Entre autres : sang, urine, bile.

**9** Prélèvement du cerveau destiné à l'unité d'histopathologie. Le cerveau était-il bien oxygéné ? Révèle-t-il des hémorragies ? Des métastases ? La boîte en plastique contient l'ensemble des prélèvements. L'analyse du foie révélera une pathologie hépatique sévère, ainsi qu'une tumeur cancéreuse.





10



13

**10** Certains prélèvements partent à l'unité de toxicologie.

**11** Les laborantines de l'unité d'histopathologie préparent les lamelles de prélèvements à être observées.

**12** Une lamelle est bientôt prête.



11



12



**13** La composante d'enquête est un aspect qu'apprécie la plupart des médecins légistes. C'est un métier vivant intimement lié à la vie de la cité. Les médecins légistes de l'unité de médecine forensique collectionnent les articles de journaux et s'intéressent à l'issue des investigations de la justice.

# Il ne répond pas, il ne respire pas **Massage cardiaque immédiat**

## **Massage cardiaque**

Une personne s'effondre devant vous. Pas d'hésitation : appelez les secours, commencez un massage cardiaque et envoyez chercher un défibrillateur. Ces gestes sont simples et sauvent des vies. Découvrez-les en photos.

TEXTE BENOÎT PERRIER

MÉDECIN EXPERT DR FRÉDÉRIC LADOR,  
MÉDECIN RESPONSABLE FIRSTMED



### 1. Reconnaître l'arrêt cardiaque

Une personne tombe inconsciente devant soi. Que faire ? La réaction doit être la plus rapide possible, heureusement les gestes à effectuer sont simples. Tout d'abord, s'approcher et la stimuler verbalement. On peut également la secouer un peu. Si elle ne réagit pas et qu'elle ne respire pas ou anormalement, il faut appeler les secours et débiter un massage cardiaque. En appuyant régulièrement sur le thorax de la victime, on aidera le sang à circuler, se substituant au cœur et évitant que les organes (le cerveau au premier chef) manquent d'oxygène.



2

### 2. Appeler le 144 et faire chercher un défibrillateur

Première étape, appeler les secours (144 en Suisse, 15 en France, 112 en Europe). Leur dire d'amener un défibrillateur, préciser où l'on se trouve. Décrire ce qui s'est passé et l'état de la personne inconsciente. Si l'on est deux à s'occuper du patient, l'un commence le massage cardiaque immédiatement pendant que l'autre alerte les secours et se met en quête d'un défibrillateur semi-automatique (on en trouve dans les lieux très fréquentés comme les gares, les aéroports ou certaines entreprises).





### 3. Débuter le massage cardiaque

Le massage cardiaque devrait commencer dans la minute qui suit la perte de conscience et se poursuivre jusqu'à l'arrivée des secours. Il ne faut pas avoir peur de le faire pour rien : si le patient n'est pas en arrêt cardiaque, il réagira quand on appuiera sur sa poitrine. La personne inanimée doit reposer sur une surface dure et plane (ni lit ni canapé). Dénuder sa poitrine, placer une main au centre de son thorax et appuyer avec le talon de la paume de la main (sa partie la plus inférieure). La seconde main du secouriste venant reposer sur la première.

### 4. Masser

Les bras du sauveteur doivent être tendus et ses épaules à la verticale de la poitrine du patient. Presser fortement vers le bas : le thorax doit s'enfoncer d'au moins cinq centimètres. Répéter à une fréquence de 100 fois par minute, le rythme de *Stayin' Alive* des Bee Gees est parfait pour trouver la cadence. Effectuer ces pressions est assez fatigant : si, par chance, il y a plusieurs sauveteurs, se relayer toutes les deux minutes jusqu'à l'arrivée des secours. Si l'on sait pratiquer le bouche-à-bouche, l'effectuer mais ce n'est pas le plus important.





5

### 5. Mettre en place les électrodes

Si l'on dispose d'un défibrillateur semi-automatique, l'utiliser impérativement. Celui-ci, en envoyant un fort courant fera peut-être repartir un cœur «coincé» dans un battement désordonné (fibrillation ventriculaire). Ces appareils sont simplissimes à employer et donnent leurs instructions en parlant au sauveteur. La première étape après l'avoir allumé est la pose de deux électrodes sur le thorax de la personne inanimée selon le schéma indiqué sur l'appareil.

### 6. «Attention, je vais choquer!»

Après avoir vérifié que ses électrodes lui répondaient et analysé le rythme cardiaque, le défibrillateur annonce s'il est prêt à envoyer une décharge. A ce moment, prévenir les personnes rassemblées autour de la victime s'il y en a : «Attention, je vais choquer!» En effet, quiconque toucherait la personne inanimée risquerait de recevoir une décharge électrique (le plus souvent pas dangereuse, mais désagréable). Recommencer ensuite la réanimation pour deux minutes. Si le cœur n'a pas repris normalement, un nouveau choc électrique sera alors proposé par le défibrillateur.



6

# Peut-on inoculer le cancer ?

**Cancer** Le président vénézuélien Hugo Chavez a récemment accusé les Etats-Unis d'être à l'origine de l' «épidémie» de cancers qui touchent les chefs d'Etats sud-américains. Mais peut-on donner le cancer ? Rien n'est moins sûr si la cible est en bonne santé.

TEXTE BRIAN PALMER

TRADUCTION JEAN-CLÉMENT NAU

Ces derniers mois, cinq présidents et ex-présidents sud-américains (dont le chef d'Etat vénézuélien Hugo Chavez) ont annoncé qu'ils souffraient d'un cancer. Le 28 décembre, Chavez a émis une hypothèse : des agents américains auraient pu administrer le cancer à ces chefs d'Etats sud-américains en leur injectant, ou en empoisonnant leur nourriture avec une mystérieuse substance. Dès le lendemain, le département d'Etat américain réfutait les insinuations de Chavez. Question : peut-on inoculer le cancer à quelqu'un ?

Il n'existe pas de méthode infaillible. Le seul fait d'injecter des cellules cancéreuses à une personne ne peut lui transmettre la maladie - pour ce faire, les tissus pathologiques doivent pénétrer et se développer à distance, dans d'autres régions du corps. Si l'on injectait des cel-

lules cancéreuses vivantes dans le système sanguin d'une personne, son système immunitaire attaquerait et détruirait certainement ces éléments étrangers. En théorie, des agents secrets pourraient certes inoculer le cancer à un président sud-américain gauchiste, mais à une condition : son système immuni-



*"Le seul fait d'injecter des cellules cancéreuses à une personne ne peut lui transmettre la maladie."*



taire devrait être gravement affaibli. Autre possibilité : prélever des tissus, les exposer à une substance cancérogène, puis les réintroduire dans son organisme. Mais pour autant que nous sachions, ces techniques ne sont jamais parvenues à provoquer le cancer chez un être humain.

Il est donc difficile d'inoculer le cancer à un ennemi - mais il est tout à fait possible en revanche d'augmenter ses risques de contracter cette maladie. L'option la plus efficace demeure les irradiations. Les oncologues implantent des dispositifs émettant des radiations (ils n'excèdent pas la taille d'une graine) à leurs patients, et leur permettent ainsi de lutter contre les cancers existants. Ces appareils pourraient-ils à l'inverse permettre d'augmenter les risques de cancers chez des personnes en bonne santé? Difficile à dire - mais en laissant implanté un modèle à haute densité pendant des semaines (ou des mois) dans un organisme, on expose ce dernier à une dose importante de radiations. Il est cependant difficile d'imaginer que la victime ne remarque pas la présence de l'implant: ces dispositifs sont trop gros pour être injectés à l'aide d'une seringue ordinaire; ils doivent être introduits via un cathéter.

Autre solution potentielle: administrer à la personne visée de fortes doses d'aflatoxines (substances naturelles associées aux risques de cancer du foie) en contaminant sa nourriture. Il serait également possible de l'infecter à l'aide d'une large gamme d'agents biologiques cancérogènes. *Helicobacter pylori* favorise le développement du cancer de l'estomac, et les papillomavirus humains peuvent être à l'origine de cancers du col utérin et de l'anus, et d'autres encore. Mais de telles tactiques ne peuvent garantir le développement d'un cancer à court terme - et il se pourrait même qu'elles n'aient aucun effet. Dans les pays où les habitants sont exposés à des niveaux élevés d'aflatoxines (c'est le cas en Chine et dans certaines régions d'Afrique), moins d'une personne sur mille développe au final un cancer du foie.

La plupart des travaux de recherche portant sur l'inoculation du cancer chez l'homme remontent à plusieurs décennies. Dans les années 1950, le docteur Chester Southam s'est fait connaître en injectant des cellules cancéreuses vivantes à des centaines de malades déjà atteints d'un cancer, ainsi qu'à des prisonniers en bonne santé. Southam n'avait pas pour projet de leur inoculer le cancer; il voulait tester l'efficacité avec laquelle leurs systèmes immunitaires pouvaient rejeter ces cellules. Il était absolument persuadé de voir les malades repousser l'envahisseur - au point d'omettre de leur préciser ce qu'il était en train de leur faire. Ces injections ne semblent avoir développé aucun cancer métastatique chez ses patients, et la plupart des oncologues estiment aujourd'hui que l'expérience ne faisait courir aucun risque sérieux aux sujets (l'un d'entre eux montra des signes évocateurs d'une propagation cancéreuse, avant de mourir d'une autre maladie). Southam a néanmoins été sanctionné pour pratiques frauduleuses; son cas a aidé à mettre sur pied les actuelles normes juridiques relatives au consentement éclairé.

Les expériences de Southam ont été abandonnées dans les années 1950, mais d'autres médecins ont injecté des cellules cancéreuses vivantes à leurs patients. En 2009, un médecin taïwanais a ainsi été accusé d'avoir implanté des cellules utérines cancéreuses chez des patients sains dans le cadre d'une escroquerie à l'assurance. Les compagnies d'assurance ont perdu 660 000 dollars dans l'affaire, mais aucune des victimes n'a contracté de cancer.

Aujourd'hui, les chercheurs respectueux de l'éthique injectent des cellules cancéreuses vivantes à des animaux de laboratoire - rats et souris, par exemple. Dans la plupart des cas, soit ces animaux sont immunodéficients, soit ils ont été génétiquement modifiés - de manière à ce que les cellules mutantes se propagent rapidement dans leur organisme. +

# Le baclofène, médicament miracle contre l'alcoolisme ?

**Alcoolisme** Les médecins ont-ils trouvé, avec le baclofène, la parade face «au verre de trop» ? Si des études donnent des résultats prometteurs, l'heure est encore à la prudence pour bon nombre de spécialistes.

ADAPTATION\* RICHARD ETIENNE

En 2008, un cardiologue alcoolique, Olivier Ameisen, a publié un livre qui a fait couler beaucoup d'encre. L'auteur y décrit et clame sa guérison de l'alcoolisme grâce à une autoprescription de baclofène à hautes doses. Il déclare même être devenu indifférent à l'alcool, lui qui peut désormais boire sans crainte de rechute. Le baclofène se charge en effet de le protéger du *craving*, cette appétence à l'alcool. Dès la sortie du livre, des centaines d'alcooliques se sont précipités chez leur médecin pour obtenir le médicament miraculeux. La plupart se sont vus notifier un refus, souvent intransigeant. Alors, le baclofène, info ou intox ?

Le baclofène n'est pas un nouveau médicament. Ce décontractant musculaire est utilisé depuis 1974 dans le cadre de maladies neurologiques comme la sclérose en plaques pour lutter contre la raideur musculaire encore appelée spasticité. Par ailleurs, il limite la surexcitation neuronale liée à la peur ou à l'anxiété. Son rôle paraît central dans les addictions. Des tests sur des rats alcoolopréférants montrent que ceux qui sont sous baclo-

fène à forte dose (3 mg/kg) choisissent systématiquement de boire de l'eau plutôt que de l'alcool, comme auparavant.

## Des résultats encourageants

Les essais chez l'homme sont encore rares mais ils sont encourageants. Ils ont tous été, à l'exception d'un seul, réalisés avec des doses assez faibles de baclofène (0,5 mg/kg). En 2000, une première étude, auprès de dix patients, montre une réduction significative du *craving* et de la consommation d'alcool. Deux ans plus tard, les mêmes auteurs incluent 39 patients alcooliques dans un essai comparant le baclofène à un placebo. 70% des patients sous baclofène restent abstinents pendant les trois mois de suivi contre 21% de ceux qui ont pris un placebo.

En 2007, du baclofène est administré à 84 patients atteints de cirrhose et de dépendance à l'alcool. La moitié en reçoit 30 mg/j pendant trois mois, l'autre prend un placebo. Trois mois plus tard, 30 patients sous baclofène (71%) sont encore abstinents contre douze (29%) dans le groupe placebo. Autre résultat de taille,

les éventuels effets indésirables du baclofène ont été bien tolérés par les patients atteints de cirrhose (jusqu'à ces derniers ne pouvaient prendre aucun médicament *anticraving*, leurs effets secondaires étant trop importants). Mais en 2010, une autre étude rapporte des résultats négatifs : ses auteurs n'observent aucune différence entre les patients qui ont pris du baclofène et ceux qui ont reçu un placebo.

La même année cependant, une première étude considère des hautes doses de baclofène et obtient des résultats très intéressants. Elle porte sur 100 patients alcooliques qui ont sollicité du baclofène après l'échec de traitements antérieurs. Trois mois plus tard, 50% des patients ont totalement arrêté ou contrôlé leur consommation, 34% ont diminué leur consommation de plus de la moitié et 16% seulement ont rechuté.

Les effets secondaires, quand ils existent, paraissent d'intensité variable, impossibles à prévoir et toujours réversibles à l'arrêt du traitement. Parmi ceux qui ont pris du baclofène, certains ont ressenti une fatigue, des vertiges, voire des nausées. L'évolution des effets indésirables pendant le traitement est également imprévisible. Certains patients observant que ceux-ci ont tendance à diminuer, d'autres patients sont obligés d'arrêter en raison de leur prolongation. Une incontinence urinaire et un syndrome confusionnel ont également été notés. Des problèmes respiratoires peuvent aus-



Le baclofène est utilisé depuis 1974 dans le cadre de maladies neurologiques.

si survenir en cas d'administration simultanée d'autres médicaments ou de consommation d'alcool.

#### Manque de preuves

En 2008, la Société française d'alcoologie recommandait aux médecins de ne pas prescrire ce traitement tant que des preuves de son efficacité n'avaient pas été apportées et que ses effets secondaires n'étaient pas mieux connus. En 2010, elle revoyait sa position en le tolérant dans certaines conditions, notamment lorsque les patients ont eu recours à tous les traitements disponibles sans succès avéré. Le débat autour de sa prescription s'est surtout cristallisé en France. Dans le reste du monde, la découverte d'Ameisen a conduit des spécialistes à encourager publiquement sa prescription à hautes doses malgré l'absence de preuve. Le rédacteur en chef de la revue

*Alcohol and Alcoholism* a ainsi entamé une importante campagne médiatique en faveur du baclofène. D'autres, plus réservés, ont émis l'idée que la suppression du *craving* n'est pas la seule voie à suivre dans le traitement de l'alcoolisme. Des facteurs environnementaux et psychiques sont également présents, d'autres voies thérapeutiques devront les aborder. Le baclofène n'étant pas officiellement enregistré pour le traitement de l'alcoolisme, sa prescription est considérée comme hors indication. Selon la loi sur les produits thérapeutiques, il est en effet possible de prescrire des médicaments non homologués, hors indication, sous certaines conditions, qui portent notamment sur l'existence de données scienti-

*"Selon un cardiologue, ex-alcoolique, le baclofène aurait annulé son appétence à l'alcool."*

fiques pouvant justifier la prescription, sur l'échec des traitements antérieurs et sur l'information du patient sur le traitement, le remboursement et les risques. Deux essais obéissant aux méthodes d'évaluation des médicaments sont en cours. Leurs résultats seront connus en 2013. +

\* «Le baclofène sera-t-il le nouveau médicament miracle de l'alcoolisme?», Dr P. Gache, Genève, in *Revue médicale suisse* 2011;7:1458-61, en collaboration avec les auteurs.

PUBLICITÉ

# snortec

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

[www.snortec.ch](http://www.snortec.ch)

30, rue des Grottes - 1201 Genève  
Tél. +41 22 740 16 00 - Fax +41 22 740 16 01



**Écrans** iPhone, iPad, iPod, ordinateur, télévision, les écrans n'ont plus de secrets pour les enfants, même tout petits. Faut-il s'en inquiéter ? Oui, répond la Dr Nathalie Farpour-Lambert, pédiatre et médecin du sport aux HUG et spécialiste de l'obésité infantile.

TEXTE CÉCILE AUBERT

# Les écrans font-ils grossir **les enfants** ?

« Un petit scotché à un écran reste immobile, ce qui ne favorise pas son développement par le mouvement. En plus, il ne dépense pas d'énergie et, donc, il grossit. » Cette lapalissade résume bien le problème croissant de l'intrusion dans la vie des enfants des créatures de Steve Jobs. Sans oublier leurs ancêtres, sur le point d'être ringardisés : la télévision et l'ordinateur. Un monde technologique qui ne fait que refléter celui de leurs parents, certes. Mais là où cela se gêne c'est lorsqu'on dé-

couvre les chiffres alarmants de l'obésité infantile. Alors, forcément, on se demande s'il n'y a pas un lien de cause à effet. Un pas que franchit allègrement la Dr Nathalie Farpour-Lambert, responsable du programme de soins Contrepoids aux HUG : « La technologie actuelle est contre nous. Nous recommandons avant tout de mettre l'accent sur l'activité physique quand on constate un problème d'excès de poids chez un enfant. Mais il est difficile de lutter contre l'effé-  
tant de l'écran. »

## **Responsabiliser les parents**

Une attirance néfaste que devraient théoriquement contrer les parents : « Nous tentons de renforcer leur rôle. De les encourager à mettre des limites à l'utilisation des divers écrans par leur enfant. Après tout, leur faire faire des activités physiques relève de la responsabilité de base des parents, tout comme le bain ou le brossage des dents. Surtout que les recommandations internationales déconseillent de placer un enfant de moins de deux ans devant un écran »,

**“Les adultes ont la responsabilité de faire bouger leur enfant.”**

rappelle la spécialiste. Mais dans une société qui tend à la déresponsabilisation générale, dur dur d'être entendu, reconnaît la pédiatre.

Il est actuellement établi que la dose d'écran quotidienne est parallèle au risque d'obésité. «Si un enfant est visé plus d'une heure par jour devant un écran, le risque peut doubler ou même tripler. Et, inversement, moins il regarde un écran, moins le risque est élevé», précise la Dr Nathalie Farpour-Lambert. Qui ajoute: «ce qui me frappe toujours,

c'est le soin que les gens ont à sortir leur chien, alors que leurs enfants... Pourtant, jouer dehors, se promener, découvrir son environnement, ce sont les bases du développement psychomoteur et de la sociabilisation d'un enfant.»

**Une société stressée et stressante**

Les enfants paient aussi le prix d'une société stressante où les parents courent à droite à gauche, travaillent les deux et sont souvent séparés (rappelons qu'il y a 50% de divorces à Genève). Le petit est souvent seul et quoi de plus simple et rassurant que de se réfugier devant la télé ou l'iPad. «Sans oublier qu'en plus, les parents ont peur d'envoyer leurs enfants dehors», relève la médecin. Bref, l'écran devient le baby-sitter attiré. C'est facile pour tout le monde, l'enfant est calme puisqu'il est quasi hypnotisé par ce qu'il voit. «Dans nos consul-

tations, nous proposons aux parents de remplacer l'écran par... le parent pour que le temps de tv ou d'ordi se transforme en activité commune parents-enfants. Ou nous les encourageons à inscrire les petits dans des clubs sportifs ou de loisirs, qui ne manquent pas dans notre région. Pour contrer l'écran et l'ennui, autres maux inquiétants des jeunes générations. Les adultes ont la responsabilité de prendre soin de leur enfant et de le faire bouger au moins une heure par jour, afin de favoriser son développement et sa santé. En fait, nous faisons beaucoup de travail éducatif avec les parents», conclut la pédiatre. +

PUBLICITÉ



## Pour une meilleure qualité de vie.

**Les allergies et les intolérances alimentaires ne sont plus une raison de se priver! Free From, DS Food et Schär proposent plus de 50 produits savoureux sans lactose, sans gluten et sans aucun autre allergène. En vente dans toutes les grandes Coop et en ligne sur [www.coopathome.ch](http://www.coopathome.ch)**

**Et pour être toujours au courant des nouveautés Free From, découvrez la newsletter sur [www.coop.ch/freefrom](http://www.coop.ch/freefrom)**



Pour savourer sans les effets secondaires.

**coop**

Pour moi et pour toi.

# Les somnifères sont-ils dangereux pour la santé ?

**Somnifères** Près de 5% de la population suisse consomme plus ou moins régulièrement des somnifères. Une étude américaine vient chambouler l'ordre établi en avançant que ces consommateurs auraient trois fois plus de risques de mourir que les autres.

TEXTE WINNIE COVO

## Un pavé dans la marre

Le très célèbre *British Medical Journal* (BMJ) publie dans son édition du 27 février une étude faisant l'effet d'une bombe: les consommateurs de somnifères auraient trois fois plus de risques de mourir et 35% de chances de plus de souffrir d'un cancer.

En se basant sur le dossier médical de quelque 30000 Américains, le Dr Daniel Kripke établit en effet que «se faire prescrire des somnifères est associé à une probabilité de mourir au moins trois fois supérieure à la moyenne, et cela même lorsque la consommation est inférieure à 18 pilules par an».

Dans le milieu de la médecine du sommeil, cette étude, bien que largement contestée, jette un pavé dans la marre. Car si d'un côté les professionnels en la matière expriment une très sévère retenue quant à la méthodologie utilisée par le Dr Kripke, ces résultats alarmants soulèvent néanmoins une problématique plus large encore.

## Problème de méthode

«Nous partageons la réticence aux hypnotiques exprimée dans cette étude, explique le Dr Grégoire Gex du Laboratoire du Sommeil des HUG. Les somnifères ne sont pas et n'ont jamais été une so-

lution optimale pour contrer l'insomnie chronique. S'il est vrai qu'ils peuvent aider un patient à court terme, ils ne sont pas pour autant une bonne issue. Il nous est en revanche impossible d'accepter ces résultats tels quels!» Selon l'expert, l'étude publiée dans le BMJ est biaisée du simple fait qu'elle met en opposition des personnes qui consomment des somnifères à celles qui n'en consomment pas, sans prendre en compte suffisamment leurs autres paramètres de santé. Si elles ont une plus grande propension à mourir cela peut dès lors être le fait d'autres raisons, et non pas de la seule responsabilité d'un hypnotique. «Il faudrait en effet pouvoir être certain qu'à état de santé parfaitement égal ceux qui prennent des somnifères meurent plus», continue le Dr Gex.

Il n'empêche que de tels résultats laissent songeur, «le doute subsiste, c'est un fait, et ce pour de nombreuses raisons». Le spécialiste souligne en effet ne pas pouvoir affirmer que les résultats de l'étude sont erronés, il insiste néanmoins sur le fait que la méthode, quant à elle, l'est

certainement. «Nous savons que les gens qui prennent des somnifères peuvent par exemple avoir des problèmes de vigilance ou d'attention, ils auront alors en moyenne certainement davantage d'accidents. De plus, les hypnotiques intensifient les apnées du sommeil, ainsi que certains problèmes respiratoires durant la nuit. Les personnes qui en consomment ont par ailleurs plus tendance à faire des bronchoaspirations, ce qui favorisera une infection pulmonaire. Voilà des raisons précises pour lesquelles nous n'aimons pas les somnifères». Quant au manque de sommeil à proprement parler, il semble pouvoir augmenter à lui seul la tension artérielle, le cholestérol ou encore le diabète, continue le spécialiste.

Dans les deux tiers des cas, l'insomnie est secondaire à une maladie organique (douleurs, trouble respiratoire, etc.),

ajoute l'expert. Il est alors clair que les insomniaques pris dans leur ensemble sont plus malades que les autres et de fait meurent plus, indépendamment de leur consommation de somnifères. Ils ont également en moyenne plus de problèmes de dépression et d'anxiété. «La sédentarité touche également d'avantage les gens insomniaques, ce qui est un facteur de risque important, surenchérit le Dr Gex. Mais il s'agit ici d'une vision générale des choses, de même que d'observer que les insomniaques font souvent partie de classes socio-économiques plus basses».

Le Dr Kripke laisse également entendre que les consommateurs de somnifères auraient 35% de risques supplémentaires de développer un cancer, une conclusion très douteuse aux yeux du Dr Gex, «82% des personnes comprises dans l'étude ont commencé à prendre des somni-

fères au cours de l'étude même, laquelle a duré deux ans et demi. Nous savons néanmoins que la plupart des cancers mettent beaucoup plus de temps à se développer, tels que celui du côlon ou de la prostate, qui prend une dizaine d'années pour devenir détectable. Alors en deux et demi...»

### Respect du patient

«L'article du BMJ nous fâche car s'il a le mérite d'avoir fait le buzz, il inquiète les patients qui nous demandent des comptes. Et considérant encore une fois qu'il est fondé sur une méthode biaisée, c'est rageant». Le Dr Gex argumente encore que les personnes insomniaques culpabilisent souvent de consommer des somnifères. «Elles ont conscience que prendre des somnifères n'est pas forcément bon. Alors qu'une étude vienne par dessus le marché leur expliquer qu'elles

vont en mourir... Imaginez l'état de ces personnes déjà parfois anxieuses, le soir à l'heure de prendre leur somnifère!»

### La fin du somnifère ?

Même si ces petites pilules du sommeil sont apparemment bourrées de défauts, les médecins n'entendent pas, et de loin, les éliminer de leurs prescriptions.

En attendant le Dr Gex rappelle qu'il existe d'autres méthodes pour atteindre le sommeil. Leurs défauts ? «Elles demandent un plus grand engagement de participation de la part des patients, et sont de ce fait moins attirantes». Comparé aux effets indésirables des somnifères, il ne leur reste plus qu'à faire un choix.

Bref : si une personne est frappée d'insomnie à court terme, une prise de somnifères de quelques jours peut être une bonne solution et ne comporte pas de risque majeur. En revanche, en cas d'insomnie persistante, elle doit se tourner vers des solutions alternatives. «L'approche cognitivo-comportementale a fait ses preuves et est bien souvent encore plus efficace que les hypnotiques. Il s'agit non seulement d'adopter une hygiène du sommeil optimale, mais également d'explorer ses craintes de ne pas dormir et modifier transitoirement ses habitudes de sommeil. Par exemple de réduire le temps qu'une personne passe au lit, pour qu'au moment où elle va se coucher, la pression de sommeil soit telle que le sommeil vienne rapidement. Petit à petit, le cerveau se conditionne à dormir plus rapidement et l'horaire du coucher peut de nouveau être progressivement avancé. Ces différentes techniques

ont un succès incroyable, comparable à l'efficacité d'un somnifère!»

Cette approche non médicamenteuse serait même plus efficace à long terme. «Mais encore une fois, cela demande au patient de remettre en question ses habitudes, alors que prendre une petite pilule ne lui demande pas grand chose», se désole le spécialiste.

***“Les somnifères ne sont pas et n'ont jamais été une solution optimale contre l'insomnie.”***

Enfin, les plantes peuvent, elles aussi, se poser comme une alternative aux somnifères.

«Elles peuvent avoir une petite efficacité. Nous savons que la crainte de ne pas réussir à dormir entretient l'insomnie. De fait, tout ce qui paraît apporter une solution a son importance. En matière d'insomnie, l'effet placebo est de loin non négligeable».

Quant aux patients qui souhaitent en finir avec les hypnotiques, le chemin est parfois compliqué. Pour se sevrer des somnifères, il est préférable de faire appel à un professionnel, car pour certains cela peut représenter une étape difficile. «Cela peut parfois prendre un mois, voire plus. Comme pour le tabac, il est important que la patient soit d'accord et motivé, par la suite nous l'accompa-

gnons dans sa démarche en réduisant par exemple sa dose au fur et à mesure».

### On fait quoi maintenant ?

Malgré tout cela, l'étude du Dr Kripke fait grand bruit. Que faut-il alors en faire ? L'ignorer ? Tenter de l'enterrer dans un coin ? Ou au contraire l'instrumentaliser dans le but de réduire la consommation

globale en somnifères ?

«Il est vrai que nous nous sommes posés la question. Si nous décidions de l'instrumentaliser - car au final nous avons le but commun de réduire la consommation de somnifères - cela serait finalement bien cynique, sachant

que cette étude est mauvaise. D'un autre côté, nous pourrions décider de la rejeter dans son ensemble. Au final, elle a son utilité car elle met en lumière les revers d'une mauvaise méthodologie. Tout simplement. Et particulièrement sur un sujet si sensible». +

PUBLICITÉ



# Couches d'incontinence Euron

De première qualité Euron est destinée aux pharmacies, médecins, privés, EMS, hôpitaux, et donc remboursée par les caisses maladies.

## Nos atouts qui nous différencient des autres marques :

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

## Notre gamme :

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



**N'hésitez pas de nous demander vos échantillons Euron en nous retournant ce talon. Ils vous seront gracieusement offerts par notre maison Distri-Hygienics.**

# Dépendance au jeu : à qui s'adresser ?

**Jeu** Trop peu de joueurs excessifs se font aider et l'aide arrive souvent trop tard. Mieux informer la population sur les ressources existantes est donc nécessaire.

TEXTE ADDICTION VALAIS, GISLAINE CARRON ACONE  
COORDINATRICE DU PROGRAMME DE PRÉVENTION DU JEU EXCESSIF

La dépendance aux jeux d'argent et de hasard est un problème de santé publique que l'on peut traiter, au même titre que la dépendance à l'alcool ou aux drogues.

## Des centres d'aide spécialisés dans les cantons

Chaque canton romand dispose de centres d'aide, la plupart spécialisés dans les addictions. Diverses possibilités de prises en charge sont proposées, notamment en consultations ambulatoires ou dans des centres de traitement résidentiels. Plus l'intervention est précoce, meilleures sont les chances de résoudre rapidement le problème.

Les proches de joueurs excessifs peuvent également demander de l'aide, et ceci même si le joueur ne souhaite pas entrer dans une démarche d'aide.

## En parler à son médecin

Le médecin de famille ou généraliste est également une personne ressource pour demander soutien et conseil en cas de problème de jeu excessif. Environ 80% de la population adulte voit un médecin généraliste une fois par année. Ce professionnel est souvent le premier contact avec le système de santé. Une fois informé du problème de jeu, le médecin peut inciter son patient à changer de comportement, voire l'accompagner

dans ce changement. Il peut également l'orienter vers des services spécialisés, qui vont collaborer ensuite avec le médecin généraliste en vue d'une prise en charge globale et optimale.

Souvent la honte, le déni et d'autres raisons empêchent le joueur excessif de demander de l'aide. Il consultera alors son médecin pour des symptômes tels que des maux de tête ou de dos, des insomnies, des troubles gastro-intestinaux, de l'anxiété ou un état dépressif, sans lui parler de ses habitudes de jeu.

C'est alors au médecin de poser les questions au patient lui permettant de dépister un éventuel problème de jeu ou au contraire d'en écarter l'hypothèse. En effet, une situation de jeu excessif non détectée peut s'aggraver au fil des mois et des années et devenir une vraie dépendance avec des conséquences dramatiques (financières, personnelles, etc.).

## Une ligne téléphonique

Une ligne téléphonique de soutien et d'information sur le jeu excessif existe également en Suisse romande : 0800 801 381. L'appel est gratuit et anonyme. Ouverte 24h/24h, tous les jours, la ligne peut être utilisée par les personnes concernées ainsi que par leurs proches

ou des professionnels du réseau socio-sanitaire. Elle permet de parler directement avec un professionnel à même de répondre aux questions concernant le jeu excessif, ses implications sur la santé, ses conséquences sociales et sur les diverses offres de prise en charge.

## Traitement par internet

Un programme permettant de traiter un problème de jeu excessif par internet est également proposé par le Service de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève. Ce programme comprend des exercices, des exemples ainsi que des explications sur le jeu et s'accompagne d'un contact hebdomadaire par e-mail avec un professionnel (psychologue ou médecin). Il est accessible de partout et en tout temps, de manière anonyme et sécurisée. +

Pour accéder au programme de traitement :  
[www.jeu-traitement.ch](http://www.jeu-traitement.ch)  
Pour plus d'informations : [www.sos-jeu.ch](http://www.sos-jeu.ch),  
[www.stop-jeu.ch](http://www.stop-jeu.ch)



ADDICTION | VALAIS



# La dégénérescence maculaire (DMLA)

**Œil** La dégénérescence maculaire (DMLA) touche la rétine. Elle se manifeste par des difficultés pour lire, une vision déformée ou une tache noire au centre de la vision.

ADAPTATION\* THOMAS DESMETTRE, SALOMON YVES COHEN

## Brève description

La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) est une maladie dégénérative de la partie centrale de la rétine, la macula, aussi appelée «tache jaune».

La maladie affecte les deux yeux. Elle peut conduire à la perte progressive de la vision centrale, sans toutefois affecter la vision périphérique (c'est-à-dire qu'on constate une tache immobile plus ou moins opaque là où on fixe son regard). La DMLA est la première cause de malvoyance chez les personnes de plus de 55 ans dans les pays industrialisés.

## Symptômes

Les symptômes de la maladie sont discrets et peu typiques.

## Stade précoce

A ce stade, on observe un besoin de plus en plus important de lumière, notamment pour lire, et des difficultés d'adaptation rapide aux changements de luminosité, typiquement lorsqu'on entre ou sort d'un tunnel.

## Stade tardif

Ici, deux situations sont possibles :

- l'impression qu'une partie des mots s'effacent lors de la lecture, que les couleurs s'estompent. Il peut s'agir de la forme

atrophique ou «sèche», qui est la conséquence d'une disparition progressive (sur plusieurs années) des cellules qui forment la macula.

- l'impression de voir «tordu» ou de voir des lignes ondulées, déformées ou discontinues alors qu'elles sont droites et continues en réalité. Il peut s'agir de la forme néovasculaire ou «humide», qui est la conséquence de l'apparition de vaisseaux sanguins sous la macula dans une région où ils sont normalement absents.

## Causes

La DMLA est une dégénérescence des cellules de la macula (aussi appelée «tache jaune»). Celles-ci disparaissent progressivement (forme *sèche*) ou sont affectées en raison de l'apparition de vaisseaux sanguins sous la macula (forme *humide*).

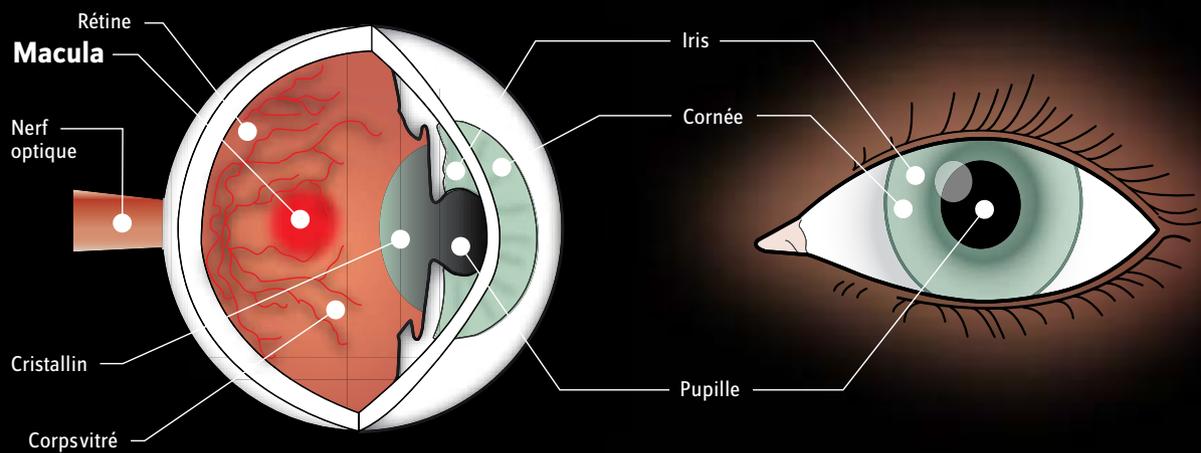
## Facteurs de risque

Les facteurs de risque pour une DMLA sont les suivants :

- les facteurs génétiques (antécédents familiaux de DMLA)
- l'âge (en général après 55 ans)
- le tabagisme
- une alimentation trop grasse, c'est-à-dire une diète trop riche en acide gras oméga 6 (les oméga 3 pourraient être protecteurs).

# La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)

## Anatomie de l'œil

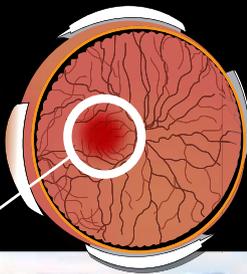


## Etape de la dégénérescence

### 1 Rétine normale

Ici, la macula, une zone de la rétine centrale située au fond de l'œil, est saine.

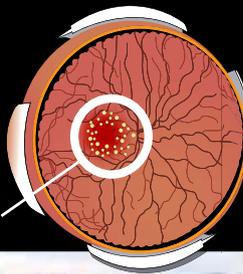
La macula



### 2 Dégénérescence précoce

Ces tâches jaunes, aussi appelées druses, sont des dépôts sous-rétiniens observés dans la DMLA.

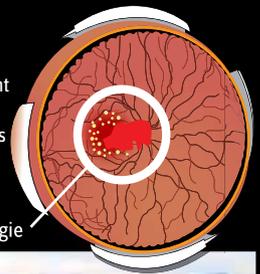
Druses



### 3 Dégénérescence tardive humide

Hémorragie sur la macula signalant la présence de vaisseaux sanguins (néo-vascularisation).

Hémorragie



Photos - Source: Hôpital ophtalmique Jules-Gonin à Lausanne / S. Linder Le Matin Dimanche

**Traitement**

Le traitement de la DMLA varie en fonction du stade de la maladie.

**Stade précoce**

(aussi dans certains cas au stade tardif)

La prescription de vitamines spécifiques par voie orale pourra être proposée par l'ophtalmologue, dans le but de ralentir l'évolution de la maladie.

**Stade tardif**

Dans la forme *humide*, le traitement standard consiste en des injections à l'intérieur de l'œil (injections intravitréenne) répétées une fois par mois dans le but de stopper la croissance des vaisseaux. La durée du traitement dépend de la sévérité de la maladie, mais pourra être nécessaire pendant un an, voire davantage. Ce traitement devrait être entrepris rapidement, si possible dans le mois suivant les premiers symptômes (difficultés à la lecture, vision de lignes ondulées).

Dans certains cas, un traitement au laser peut aussi être proposé (photothérapie dynamique).

Pour les personnes atteintes, un recours à des centres de réhabilitation visuelle est vivement conseillé, afin de disposer et de se familiariser avec les nombreuses aides à la vie quotidienne (loupes spécifiques, etc.).

**Evolution et complications possibles**

La DMLA évolue vers une perte progressive de la vision centrale. La conduite automobile devient ainsi impossible, la lecture et la reconnaissance des visages sont de plus en plus difficiles.

Le traitement permet de ralentir ou stopper l'évolution de la composante humide (apparition de nouveaux vaisseaux sanguins sous la macula), mais ne guérit pas la maladie en elle-même.

**Prévention**

Certaines mesures peuvent avoir un effet de prévention de la DMLA, en particulier :

- Prendre des vitamines (sur prescription du médecin ophtalmologue uniquement).

**Quand contacter le médecin ?**

Il est impératif de voir un ophtalmologue dès que l'on a constaté une baisse rapide de la vision (lecture difficile, lignes ondulées), au plus tard dans le mois qui suit!

Il est possible aussi de faire le test d'Amsler pour détecter des anomalies (ondulations ou morceaux manquants).

**Informations utiles au médecin**

Le médecin s'intéressera en particulier à :

- la durée des symptômes
- la baisse de la vision au niveau d'un seul œil ou des deux yeux

PUBLICITÉ

# Papa prévoit tout!

**Même le pire...**

« Si l'un de mes parents venait à disparaître ou devenait invalide, avec la rente FSMO je pourrais poursuivre mes projets d'avenir. »

**FSMO : 130 ANS DE SOLIDARITÉ.**

C'est parce que "ça n'arrive pas qu'aux autres" que plus de 4000 parents adhèrent à la Fondation FSMO créée en 1872. Aujourd'hui, une équipe de bénévoles compétents poursuit cette œuvre parce qu'ils croient à la solidarité que seule une mutuelle sans but lucratif est en mesure d'offrir à des conditions accessibles à tous.

Rentés mensuelles par enfant	Cotisations mensuelles AGES D'ENTRÉE		
	-35 ans	35-45	45-55
250.-	4.-	5.50	14.50
500.-	8.-	11.-	29.-
750.-	12.-	16.50	43.50
1000.-	16.-	22.-	58.-

Par personne et par enfant.  
Les deux parents peuvent cotiser.

**Rente jusqu'à 1000 frs par mois**

**Ça n'arrive pas qu'aux autres.**  
Vous aussi, cotisez dès maintenant auprès de la Fondation FSMO.

**www.orphelin.ch**  1872  
**022 830 00 50 FSMO**

FONDATION DE SECOURS MUTUELS AUX ORPHELINS • SANS BUT LUCRATIF

- la présence d'une atteinte maculaire déjà connue ou détectée, notamment dans la famille
- la prise éventuelle d'un traitement contre la DMLA
- la présence de douleurs au niveau de l'œil (ce qui peut suggérer une autre cause de baisse de la vue).

### Examens

Pour poser le diagnostic de DMLA, le médecin effectuera :

- un test de la vision
- une tomographie rétinienne (appelée «OCT» qui mesure l'épaisseur de la macula).

- une angiographie à la fluorescéine (un produit de contraste est injecté dans une veine du bras) qui permet de détecter la présence de vaisseaux sous la macula.

Au début de la maladie, particulièrement dans la forme «humide», il peut être nécessaire de répéter ces examens tous les mois. +

\* Dégénérescence maculaire liée à l'âge, 2<sup>e</sup> édition, Masson, Paris 2009

-G. Soubrane. Les DMLA. Rapport SFO 2007, Masson, Paris 2007

-<http://www.sfo.asso.fr/fr/07-Ophtalmologie/guidemaladie/livret-patient4.asp>

-<http://www.snof.org/maladies/dmla>

-<http://www.retina.ch>

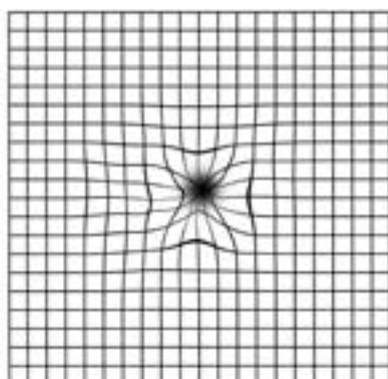
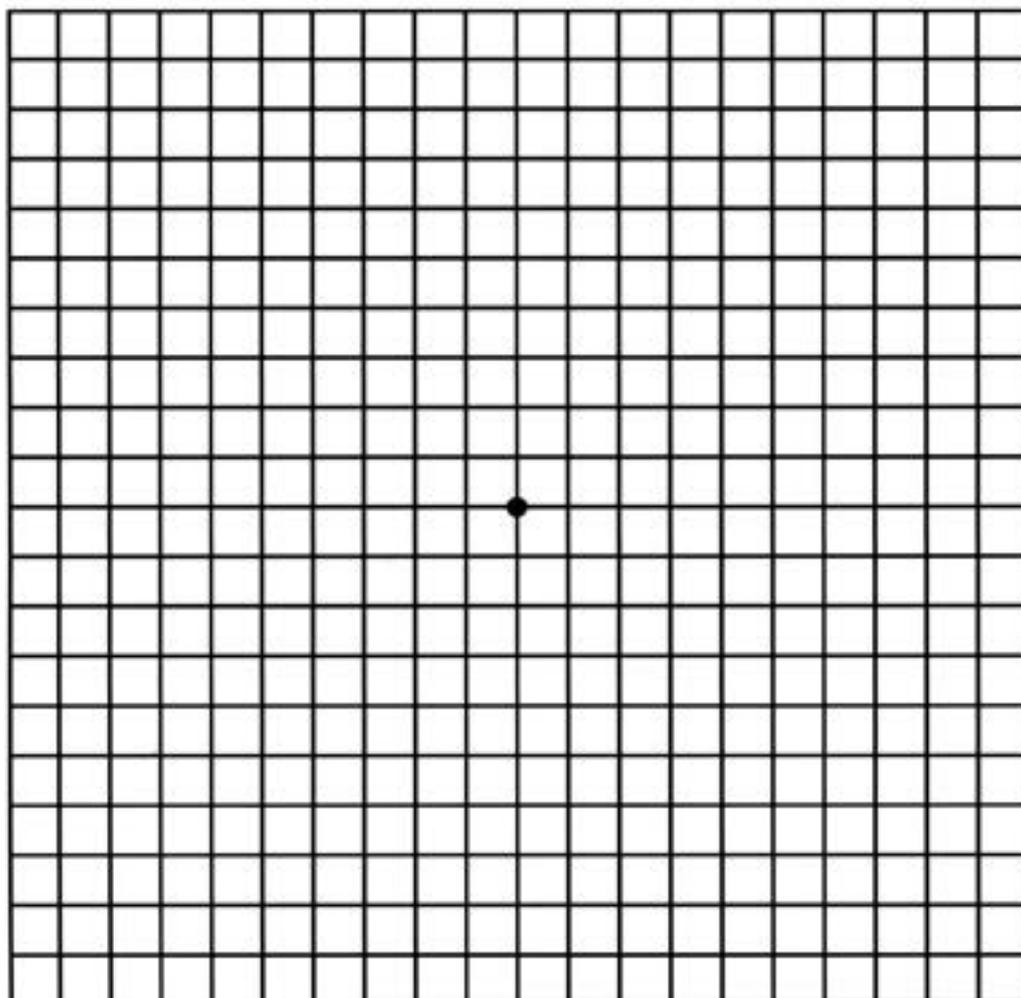
## Test de la grille d'Amsler

A droite, un test grandeur nature pour savoir si vous êtes atteint de DMLA.

Pour faire le test :

- **placez la grille à environ 30-40 cm de vos yeux**
- **cachez un œil avec votre main**
- **avec l'autre, fixez le point noir au centre, en évitant de regarder la grille**
- **recommencez avec l'autre œil.**

Si la grille apparaît déformée, comme par exemple sur l'image ci-dessous, il convient de consulter un spécialiste au plus vite.



Dans chaque numéro, un problème de santé est expliqué par des médecins romands. Retrouvez toutes les maladies sur [www.planetesante.ch](http://www.planetesante.ch)

**Dossier médical** D'une manière générale, le patient a le droit de consulter son dossier médical complet, à l'exception des notes personnelles du médecin et des données concernant les tiers et protégées par le secret professionnel.

ADAPTATION\* PHILIPPE BARRAUD

# Le patient peut-il consulter son dossier médical ?



## Un risque que le patient doit assumer

Théoriquement, le médecin peut censurer le dossier ou en refuser l'accès s'il estime que celui-ci contient des données traumatisantes pour le patient, dont l'état psychologique ne lui permettrait pas de les assumer sereinement. Cette «exception thérapeutique» reste possible, mais rarement invoquée de nos jours car elle est juridiquement fragile. En effet, la jurisprudence considère que le patient fait une demande dont il connaît les risques, ou plus exactement dont il doit assumer les risques, comme contrepartie de son droit à l'autodétermination. Si le médecin a des raisons de penser que le patient pourrait courir un risque à la lecture de son dossier et réagir de façon inappropriée, il peut demander que cette consultation se fasse en sa présence, ou en présence du médecin traitant actuel du patient s'il y a lieu. Le patient a le droit de prendre des notes ou de demander des copies.

Cela n'est pas sans risques pour le patient, car le rapport contient des informations qui peuvent être abruptes et déstabilisantes - à la différence du discours mieux adapté du médecin. D'autre part, le fait qu'un patient réclame son dossier témoigne souvent d'une mauvaise relation thérapeutique, d'une perte de confiance entre le médecin et son patient.

Le patient a le droit de consulter son dossier médical complet, avec tous les rapports, correspondances, dossiers d'imagerie, analyses de laboratoire, etc. Il n'a pas à justifier cette demande, qui constitue un droit fondamental. Si le médecin refuse ou tempore, le patient peut déposer une plainte auprès de la Commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients.

*“Théoriquement, le médecin peut refuser l'accès au dossier s'il estime que celui-ci contient des données traumatisantes.”*

#### Une communication déficiente

Le fait qu'un patient exige de pouvoir consulter son dossier médical signale une mauvaise communication entre lui et son médecin: en effet, l'information délivrée par ce dernier est supposée être claire et nuancée, et donc, rendre superflue la consultation du dossier médical par le patient. Une telle demande devrait donc alerter le praticien, et l'inciter à restaurer la relation de confiance, indispensable à un traitement efficace.

Que ne peut-on pas consulter dans le dossier médical? Ce sont d'une part les notes personnelles du médecin qui re-

lèvent de sa sphère privée, contrairement aux faits médicaux proprement dits. On ne pourra pas consulter non plus les données relatives à des tiers et couvertes par le secret professionnel. En revanche, les données fournies par des tiers sur le pa-

tient doivent pouvoir lui être communiquées: dans la mesure où ces données sont prises en compte dans un processus de décision le concernant, il est logique qu'il puisse en prendre connaissance.

#### Qui peut consulter le dossier médical?

La consultation du dossier médical est un droit strictement personnel. Cela signifie en particulier que les parents n'ont pas le droit de consulter le dossier de leur enfant mineur, capable de discernement, sans son accord préalable.

Les parents et les proches de personnes

décédées n'ont pas davantage un droit automatique à consulter le dossier médical du défunt. Cas échéant, les héritiers qui voudraient le faire doivent faire valoir un intérêt digne de protection, mais dans le même temps la protection de la personnalité du défunt doit être protégée: celui-ci doit être assuré que les données figurant dans son dossier médical ne seront pas divulguées sans retenue. En d'autres termes, les proches pourront avoir accès au dossier médical du défunt par l'intermédiaire d'un médecin qui devra avoir obtenu la levée de son secret professionnel et pourra, s'il l'estime nécessaire pour la protection de la personnalité du défunt, en expurger certains éléments. +

\* D'après Philippe Ducor in Médecin et droit médical, Editions Médecine & Hygiène.

PUBLICITÉ

# Trop c'est combien ?

**alcorisk.ch**



**Caisses maladie** Dans tous les cantons, les caisses maladie établissent des listes dites unilatérales de médecins avec lesquels elles acceptent de travailler - provisoirement du moins.

TEXTE PHILIPPE BARRAUD

# Le scandale des «listes unilatérales»



**V**ous habitez une région décentralisée où il y a peu de médecins-généralistes; vous avez opté pour un modèle d'assurance dit «médecin de famille», pour alléger vos charges; heureusement, votre médecin de famille, qui vous suit depuis des années, est aussi rhumatologue, ce qui vous arrange bien. Mais un jour, votre caisse maladie vous retourne vos factures et ne vous rembourse plus rien: elle a décidé abruptement, en effet, de ne plus rembourser les honoraires de votre médecin. Lequel, par effet collatéral, ne pourra plus assumer de gardes. Quant à vous, patient, ou bien vous payez de votre poche, ou vous changez de médecin, quitte à faire des kilomètres.

Pourquoi? Comment? Vous n'avez pas le droit de le savoir, et la caisse n'a pas jugé utile, ni même courtois, d'en informer votre médecin. C'est comme ça: un fait du prince, un caprice d'assureur!

Dans tous les cantons où les caisses maladie établissent, dans le cadre de produits d'assurances réputés bon marché, des listes dites unilatérales de médecins avec lesquels elles acceptent de travailler - provisoirement du moins - leur politique à l'égard de tel ou tel médecin peut changer d'un jour à l'autre. Il n'y a aucune concertation avec les praticiens, et aucun recours n'est possible.

Depuis des années, les sociétés médi-

cales tempêtent contre cet arbitraire, qui confine parfois à l'absurde, explique Pierre-André Repond, Secrétaire général de la Société vaudoise de médecine: il arrive qu'on trouve parmi les médecins de famille agréés des praticiens... décédés, ou des spécialistes qui n'ont nulle intention de devenir généralistes. Sou-

*“Il arrive qu'on trouve parmi les médecins de famille agréés des praticiens... décédés.”*

vent, comme chez Assura et Supra, le patient ne peut même pas savoir si son médecin de famille est sur la bonne liste, car les listes ne sont pas publiées. Et lorsque le médecin découvre qu'il est une sorte de pestiféré, il peut tout au plus s'en plaindre auprès de la caisse et tenter d'obtenir son admission. Le seul droit dévolu aux généralistes est de... refuser de figurer sur la liste d'une caisse.

Face à cet abus de pouvoir manifeste de la part des caisses, les médecins tentent de réagir auprès du Conseil fédéral

et des Chambres, mais on sait celles-ci très proches des assureurs. Une solution radicale serait que tous les médecins refusent d'être sur ces listes, mais cela impliquerait une solidarité sans faille de la corporation.

## **Encore et toujours, la sélection des risques**

Pour le conseiller d'Etat Pierre-Yves Maillard, on retrouve là les deux défauts rédhibitoires du système: le problème de la gestion des réserves qui ne suivent pas l'assuré - on l'a vu avec l'affaire EGK - qui ne peut être résolu qu'en mutualisant les réserves, selon le ministre vaudois de la Santé; l'autre vice fondamental à ses yeux, c'est que l'organisation actuelle récompense ceux qui sélectionnent les risques: «Les avantages à sélectionner les risques sont toujours supérieurs aux charges que représente la compensation des risques.» Tant que ce système sera en place, les assureurs chercheront des modèles particuliers d'assurances en fonction de cette sélection des risques: si par exemple, ils élaborent un modèle «médecin de famille», ils vont s'arranger pour écarter les malades: on ne remboursera pas le médecin de famille qui est aussi diabétologue, puisqu'il a des diabétiques parmi ses patients!

Que faire? «On ne peut rien faire, sou- pire Pierre-Yves Maillard: on a beau re-



tourner la législation dans tous les sens, elle est faite sur mesure pour favoriser la sélection des risques, la concurrence entre les caisses et la déresponsabilisation des cantons. Il faut changer la loi, ou alors - c'est une réflexion que nous menons - il faut que les partenaires de soins renversent la logique du système et disent, eux, avec quels assureurs, et à quelles conditions, ils acceptent de travailler. Les sociétés médicales devraient s'unir pour refuser des modèles d'assurances qui ne respectent pas un certain nombre de règles.»

### Où l'on retrouve la loi sur le *Managed Care*

Sur le plan juridique, il semble que la position des caisses soit difficilement attaquable, puisque la loi est de leur côté. Un opposant courageux et fortuné pourrait éventuellement invoquer la concurrence déloyale, ou l'entrave à la liberté du commerce et de l'industrie... En attendant, ce défaut du système est devenu un des principaux arguments des opposants au *Managed Care*, attaqué par un référendum (voir en page 14). En effet, la nouvelle mouture de la LaMal autorise expressément des formes d'assurances impliquant une limitation de la liberté de choix du patient, et donc des listes unilatérales. +

PUBLICITÉ



CLINIQUE GENEVOISE  
DE MONTANA

Pour votre santé,  
prenez  
de l'altitude



### Parmi nos pôles d'excellence, les traitements de :

- médecine interne
- réadaptation post-opératoire
- maladies psychiques  
(dépression, anxiété, addiction)
- maladies chroniques

Admissions sous 48h

[www.cgm.ch](http://www.cgm.ch)

027/485 61 22 – [contact-cgm@hcuge.ch](mailto:contact-cgm@hcuge.ch)

VOTRE PARTENAIRE SANTÉ AU CŒUR DES ALPES



REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE  
Clinique genevoise de Montana  
Impasse Clairmont 2  
3963 Crans-Montana

# “La santé passe avant l'amour”

**Jean-Marc Richard** L'animateur vedette de la RTS nous parle de ses combats, de son indignation perpétuelle et de son rapport à la santé, qu'il chérit par dessus tout.

TEXTE WINNIE COVO

## Quel est votre rapport à la maladie ?

Je fais partie des gens qui préfèrent parler des trains qui arrivent à l'heure plutôt que de ceux qui arrivent en retard... En clair, la santé, je l'ai et je fais ce qu'il faut pour la préserver. Mais, en général, c'est davantage celle des autres qui m'intéresse, celle de ceux qui souffrent. Moi je vais bien, je souhaite alors aider ceux qui en ont besoin.

## Quel est votre secret pour garder la forme malgré votre rythme de travail effréné ?

J'ai une certaine hygiène de vie qui consiste à manger le moins possible. Je travaille en effet beaucoup mieux lorsque je suis à jeun. Au contraire de beaucoup de gens, le manque de nourriture ne m'a jamais fatigué. Sinon, tous les matins, je commence par un verre d'eau et un jus de citron. Je ne bois pratiquement jamais de café ou d'alcool, évite les féculents le soir et ne mange quasiment plus de viande. Même si ma voix est capitale dans mon métier

de radio, je ne prends jamais de médicaments pour la gorge et suis, de manière générale, plutôt porté sur les médecines naturelles.



L'animateur est également ambassadeur des Droits de l'enfant auprès de “Terre des hommes”.



Jean-Marc Richard  
sillonne la Suisse  
romande au volant  
de son camping-car  
«zèbré».

**Quand on dit «l'essentiel, c'est la santé», cela vous parle ?**

La santé, c'est de l'or, elle se place par exemple largement au-dessus de l'amour. Elle est ce qui nous permet de donner. Une personne malade doit tellement recevoir qu'elle n'a plus forcément l'énergie de donner. La maladie est une

souffrance injuste et je bénis chaque jour la chance que j'ai d'être en bonne santé. Il faut alors selon moi, en contrepartie, se mettre à disposition de ceux qui ne le sont pas.

**Votre médecin : un meilleur ami ou une vague connaissance ?**

Je ne vais pratiquement pas chez le médecin et ne prends jamais de médicaments. Je n'ai d'ailleurs pas de médecin de famille et ne pense pas en avoir besoin plus que cela. Ce qui a le plus d'importance pour moi, c'est tout ce que l'on peut faire en amont, à travers les médecines douces et alternatives par exemple. Ma femme attache beaucoup d'importance aux médecines non traditionnelles, et en particulier au reiki (ndlr : une méthode de médecine alternative d'origine japonaise, basée sur des soins dits énergétiques), elle m'a ainsi apporté énormément.

Au pire, si j'ai vraiment mal à la tête, j'avalerai un dafalgan ! Mais vraiment s'il le faut... Pour mes deux fils c'est à peu près pareil : ils n'ont pas vraiment de médecin. Ils sont vaccinés mais pas à outrance non plus ! Disons que je ne trouve pas dramatique si, dans notre société, un enfant doit attraper la rougeole.

**Vous êtes engagé auprès de «Terres de hommes» depuis de nombreuses années en tant qu'ambassadeur des Droits de l'enfant. Quelle est la cause qui vous tient aujourd'hui le plus à cœur ?**

Le plus grand scandale mondial pour moi est la malnutrition. Je n'arrive toujours pas à comprendre comment une société riche comme la nôtre, à travers ses banquiers, ses grosses entreprises ou par le biais de certains spéculateurs peut continuer à appauvrir la planète. Comment accepter que tous les jours

Jean-Marc Richard  
animera "la ligne du  
cœur" dès la rentrée.

*"Comment accepter que tous les jours et chaque seconde un enfant meurt de faim dans le monde?"*



et chaque seconde un enfant meurt de faim dans le monde? Si la maladie est bien souvent une fatalité, la faim, elle, ne l'est tout simplement pas. Tout cela est parfaitement scandaleux et il est temps pour nous de prendre nos responsabilités face à une réalité inacceptable. Si nous ne nous indignons pas, nous finirons par perdre les valeurs humaines, la capacité que nous avons de tendre la main.

**En tant que porte-voix de la «Chaîne du bonheur», avez-vous l'impression que la population suisse est à l'écoute des plus démunis?**

La Suisse est le pays le plus généreux du monde, la population a confiance en ses organisations non gouvernementales locales. Il faut savoir que l'on fait beaucoup de choses bien dans notre pays. Il y a des inégalités criantes en matière de santé dans le monde, et des gens comme Jean Ziegler (ancien rapporteur

à l'ONU sur les droits à l'alimentation) ou des organisations suisses comme «Terres de hommes» œuvrent pour les faire disparaître. On parle toujours de la Confédération pour ses montres, ses montagnes, son chocolat ou son argent, on devrait aussi en parler pour le travail acharné que font ces gens-là!

**Dans votre métier et votre vie de tous les jours, vous êtes quelqu'un qui apprécie d'aller au contact des autres et bien souvent à la rencontre de la maladie, comment faites-vous pour soutenir ces personnes?**

J'écoute l'âme des gens, ce qu'ils ressentent. Même une personne qui aurait tendance à se plaindre beaucoup ne se plaint jamais pour rien. La plainte cache toujours quelque chose de plus.

**Après onze années aux commandes des «Zèbres», programme axé sur les enfants, sur la 1<sup>ère</sup>, vous prendrez les**

**rônes de la ligne du cœur dès la rentrée prochaine. Quel est votre projet pour l'émission?**

Comme je le faisais dans les «Zèbres», sillonnant la Suisse romande à bord de mon camping-car, je compte m'installer chaque semaine dans une ville différente et plutôt que de répondre au téléphone comme cela se faisait jusqu'à maintenant, aller à la rencontre des gens. Donner la parole à ceux qui ne la prennent pas forcément, faire le tour des hôpitaux par exemple, ou tendre le micro à des personnages extraordinaires! En parallèle, je continuerai mes activités sur la TSR, dans la «Poules aux œufs d'or» ou en compagnie d'Alain Morisod. +

# Syndrome métabolique – tout le nécessaire avec Mepha

On désigne sous le terme de «syndrome métabolique» un trouble métabolique complexe qui se développe sur des années et a des conséquences graves sur la santé à long terme s'il n'est pas dépisté et traité à temps. Le changement de style de vie, incluant une activité physique régulière et une alimentation réfléchie, est considéré ici comme la principale mesure thérapeutique.

Les quatre facteurs obésité abdominale, modification pathologique des lipides sanguins, résistance croissante à l'insuline et hypertension artérielle sont caractéristiques du processus pathologique du syndrome métabolique, mais tous ces facteurs ne sont pas nécessairement présents simultanément. En conséquence, le risque de développer des maladies

cardiovasculaires et/ou un diabète de type 2 est élevé chez les sujets atteints.<sup>1,2,3</sup>

## Un exercice physique régulier est important!

Le syndrome métabolique est considéré comme un tableau clinique typique du monde occidental; outre une prédisposition familiale, les facteurs déclenchants responsables sont une mauvaise alimentation ou une suralimentation chroniques avec un mode de vie essentiellement sédentaire. Le premier objectif d'une intervention thérapeutique devrait donc être de réduire le surpoids et de motiver les patients à pratiquer une activité physique régulière.<sup>1,2</sup>

## La nouvelle brochure Mepha donne plus envie de pratiquer un exercice physique

Dans la nouvelle brochure «Mieux informés sur l'activité physique en cas de syndrome métabolique», Mepha désire motiver les patients à pratiquer un exercice physique régulier. Cette brochure contient différents exercices de musculation ciblés, complétés par des illustrations facilement compréhensibles. Un programme d'entraînement de dix semaines, établi par l'«Institut für Sportmedizin» de Bâle, aide à développer progressivement

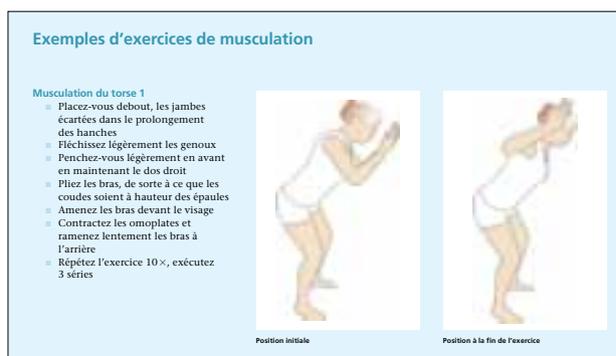
l'endurance physique. Les personnes ayant de temps en temps des difficultés à vaincre leur paresse, trouveront aussi des conseils éprouvés de motivation qui favorisent la persévérance. Et cela en vaut la peine: la seule adoption d'un style de vie actif réduit de 30–50% le risque de souffrir d'un diabète de type 2.<sup>4</sup> Un entraînement d'endurance régulier a également des effets positifs sur la pression artérielle et le risque d'accidents cardiovasculaires.<sup>5</sup>

## Mepha propose des médicaments de haute qualité pour tous les facteurs de risque

Mepha dispose d'une large palette de médicaments éprouvés pour le traitement médicamenteux des différents facteurs de risque du syndrome métabolique: cette palette va des antidiabétiques oraux permettant de baisser individuellement le taux de sucre dans le sang jusqu'aux antagonistes éprouvés de l'A-II particulièrement bien adaptés pour diminuer la pression artérielle en cas de syndrome métabolique, en passant par les hypolipidémiques pour le traitement médicamenteux des taux pathologiques de lipides sanguins. Des guides informatifs gratuits destinés aux patients sur le syndrome métabolique et ses facteurs de risque complètent cette large offre.



Ce guide est disponible gratuitement sous [www.mepha.ch](http://www.mepha.ch).



Extrait du guide destiné aux patients «Mieux informé sur l'activité physique en cas de syndrome métabolique».

**Références:** 1 Cornier MA, Dabelea D, Hernandez HL et al., The metabolic syndrome. *Endocr Rev* 2008; 29(7):777–822. 2 Prasad H, Ryan DA, Celzo MF, Stapleton D; Metabolic syndrome: definition and therapeutic implications. *Postgrad Med* 2012; 124(1): 21–30. 3 Grundy SM; Pre-Diabetes, metabolic syndrome, and cardiovascular risk. *J Am Coll Cardiol* 2012; 59(7): 635–43. 4 Hartmut Zwick (hrsg.); Bewegung als Therapie; Gezielte Schritte zum Wohlbefinden. 2. erweiterte Auflage 2007, Springer Verlag Wien. S. 95 f 5 ebda, S.48 f

# La Source Clinique | Ecole |

**Chaque année, plus de 100'000 patients\*  
font confiance à la Clinique de La Source**

**Votre assurance de base ne suffit pas pour bénéficier,  
en cas d'hospitalisation, des privilèges de notre Clinique !**

**Seule une assurance complémentaire PRIVÉE ou SEMI-PRIVÉE est votre sésame pour  
être l'un des 4'000 patients hospitalisés à la Clinique de La Source et bénéficier ainsi :**

- d'une prise en charge rapide
- de la compétence de 360 médecins indépendants et 450 collaborateurs hautement qualifiés et dévoués
- d'une technologie de pointe
- d'un service hôtelier 5 étoiles.

**La Clinique de La Source est conventionnée  
avec TOUS les Assureurs maladie !**

Nos 10 lits «publics», réservés aux patients avec une assurance de base seulement, sont destinés aux urgences et à la chirurgie robotique, en collaboration avec le CHUV.

\* y compris ambulatoires, radiologie, laboratoire, radio-oncologie, physiothérapie, etc ...