

Planète Santé

— DU MÉDECIN AU PATIENT

N° SPÉCIAL
Assurance maladie

UNE INITIATIVE
POUR PLUS DE
TRANSPARENCE



Fortimel Compact

Moins, c'est MIEUX

De nombreux patients requérant un aliment buvable ont du mal à prendre la quantité recommandée.

Fortimel Compact, en petit et maniable flacon de 125 ml, contient des calories et nutriments en quantités comparables à celles et ceux d'un aliment conventionnel – **et ceci malgré 37,5% de volume en moins !**

Moins de volume,
plus de nutriments*



Fortimel Compact. Pour une meilleure prise de substances nutritives :

- 300 kcal par flacon (2,4 kcal/ml)
- 12 g de protéines par flacon
- Aliment parfaitement équilibré, convenant comme alimentation exclusive
- Très bien accueilli par les patients
- 4 savoureux goûts différents

* par ml, comparé à 200 ml d'aliment buvable standard conventionnel.



4 - 14

DOSSIER SPÉCIAL ASSURANCE MALADIE

Une initiative pour la transparence

Une autopsie accablante
L'initiative : pour en finir avec le mélange des genres
Les réactions des milieux intéressés



16

LES LIEUX DE POUVOIR

Dans les coulisses de l'administration fédérale



18

LES MÉTIERS DE LA MÉDECINE

Médecin en EMS



22

REPORTAGE

Au cœur de la réadaptation cardiovasculaire



25

PEOPLE

Annick Jeanmairet face à son médecin



SANTÉ

26 Dépister la consommation de substances chez les adolescents

28 Antalgiques en automédication

DROIT

30 Changer de caisse : les précautions à prendre

Planète Santé

IMPRESSUM

Rédaction

Rédacteur en chef

Michael Balavoine

Rédacteurs

Philippe Barraud

Elodie Lavigne

Malka Gouzer

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

Werner Hostenstein 043 211 30 27

Graphisme / illustration

Bruno Charbonnaz

www.atelier-giganto.ch

Photographie

Romain Graf

Impression

Swissprinters Lausanne SA

Renens

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

Collaborations

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

Planète Santé est réalisé en collaboration avec **Le Fait Médical** (www.lefaitmedical.ch), périodique indépendant édité par l'Association pour l'Information Médicale (APLIM).

Comité : Pr B. Rossier, Pr J. Diezi, M. G. Soudan

Abonnements

Version électronique : gratuite

Abonnement papier : 12 CHF/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

2 fois par an

Disponible dans les cabinets médicaux

- Pour que l'assurance-maladie obligatoire reste vraiment sociale,
- Pour pouvoir changer librement d'assurance de base sans perdre ses assurances complémentaires,
- Pour une solidarité renforcée et pour mettre fin à la sélection des risques,
- Pour le respect de la sphère privée dans l'assurance de base,
- Pour des comptes limpides, sans vases communicants,
- Pour des primes correspondant aux coûts réels,
- Pour des assurances complémentaires indépendantes et utiles,

l'assurance-maladie sociale et les assurances complémentaires doivent être séparées, parce que leurs rôles sont fondamentalement différents.

L'avenir de l'assurance-maladie passe par la transparence !

Initiative populaire fédérale « Pour la transparence de l'assurance-maladie

(Halte à la confusion entre assurance de base et assurance complémentaire) »

Publiée dans la Feuille fédérale le 28 septembre 2010.

Les citoyennes et citoyens suisses soussignés ayant le droit de vote demandent, en vertu des articles 34, 136, 139 et 194 de la Constitution fédérale et conformément à la loi fédérale du 17 décembre 1976 sur les droits politiques (art. 68s.) :

La Constitution fédérale du 18 avril 1999 est modifiée comme suit :

Art. 117, al. 3 (nouveau)

³ Les assureurs qui sont autorisés à pratiquer l'assurance-maladie sociale ne peuvent pas pratiquer l'assurance-maladie complémentaire.

La présente liste ne peut être signée que par des électeurs ou électrices ayant le droit de vote en matière fédérale dans la commune indiquée ci-dessous. Les citoyennes et les citoyens qui appuient la demande doivent la signer de leur main. Celui qui se rend coupable de corruption active ou passive relativement à une récolte de signatures ou celui qui falsifie le résultat d'une récolte de signatures effectuée à l'appui d'une initiative populaire est punissable selon l'article 281 respectivement l'article 282 du Code pénal.

| | | |
|-----------------|--------------------|----------------------------|
| Canton : | N° postal : | Commune politique : |
|-----------------|--------------------|----------------------------|

| N° | Nom et prénom (écrire à la main en majuscules) | Date de naissance (jour/mois/année) | Adresse exacte (rue et numéro) | Signature manuscrite | Contrôle (laisser en blanc) |
|----|---|--|-----------------------------------|----------------------|--------------------------------|
| 1 | | | | | |

Expiration du délai imparti pour la récolte des signatures : 28 mars 2012.

Cette liste remplie doit être renvoyée au plus vite au comité d'initiative :

AMG – Initiative fédérale, rue Micheli-du-Crest 12, 1205 Genève. Il fera vérifier l'attestation de la qualité d'électeur des signataires. D'autres listes peuvent être imprimées depuis le site Internet : www.initiative-transparence.ch

Le comité d'initiative, composé des auteurs de celle-ci désignés ci-après, est autorisé à retirer la présente initiative populaire par une décision prise à la majorité absolue de ses membres ayant encore le droit de vote : Bertrand Buchs, chemin Charles-Poluzzi 33, 1227 Carouge ; Franco Denti, Via Cantù 10, 6900 Lugano ; Charles Abram Favrod-Coune, route de la Villa d'Oex 20, 1660 Château-d'Oex ; Marc-Henri Gauchat, rue des Grands-Prés 22, 1958 Uvrier ; Marcus Lütolf, Bondastrasse 90, 7000 Chur ; Jürg Nadig, Rebbergstrasse 7, 8157 Dielsdorf ; Remo Osterwalder, rue des Vergers 5, 2832 Rebeuvelier ; Jean-Pierre Pavillon, route de Bottens 11, 1041 Poliez-le-Grand ; Pierre-Alain Schneider, chemin de Passe-Loup 25, 1255 Veyrier ; Urs Stoffel, Seestrasse 49, 8002 Zürich ; Igor Svarin, Möcklistrasse 1, 8053 Zürich ; Pierre Vallon, allée du Capellan 2B, 1028 Préverenges ; Paul Olivier Vallotton, rue de l'Encyclopédie 14, 1201 Genève ; Hans-Anton Vogel, Hauptstrasse 148, 9055 Bühler ; Peter Wiedersheim, Rorschacher Strasse 150, 9000 St.Gallen.

| | | |
|---|---------|--|
| L'employé-e soussigné-e atteste que le (nombre) signataire de l'initiative populaire dont le nom figure ci-dessus a le droit de vote en matière fédérale dans la commune susmentionnée et y exerce ses droits politiques. | Sceau : | L'employé-e compétent-e pour l'attestation (signature manuscrite et fonction officielle) : |
| Lieu : _____ Date : _____ | | |

Tout savoir sur l'initiative et imprimer cette feuille : www.initiative-transparence.ch

L'actualité de l'initiative sur [la page facebook de Planète Santé](#)

ASSURANCE MALADIE : LE TEMPS DES INITIATIVES

PAR MICHAEL BALAVOINE

Comme chaque automne, les primes pour l'année prochaine sont annoncées à la hausse. Aux alentours de 10% selon les estimations actuelles des caisses. Agaçant certes, mais propice aussi à un nécessaire débat démocratique sur le fonctionnement de l'assurance maladie.

Cette année, les médecins suisses ont décidé d'agir au moyen d'une «initiative pour la transparence». Lancée par l'Association des médecins du canton de Genève et soutenue par la FMH, cette initiative vise à imposer une séparation claire entre l'assurance maladie de base, qui est une assurance sociale obligatoire où le profit est interdit, et les assurances complémentaires, qui relèvent du domaine privé où les bénéfices sont autorisés.

Les remous récents entre l'Etat et les assureurs disent assez bien à quel point le système hybride instauré par la LAMal a fait long feu. C'est Pierre-Yves Maillard qui a tiré le premier

en dénonçant le monitoring de l'augmentation des coûts dirigé par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Comme le montre le bouillonnant ministre vaudois, les chiffres sont faux car ils ne prennent en compte que les données fournies par Santé Suisse, organisation faitière des assureurs maladie, dont Assura, le plus grand assureur du canton de Vaud, ne fait plus partie. Depuis lors, plus un jour ne passe sans son lot de révélations. Dans les cantons de Vaud, Genève et Neuchâtel, on enrage, car Assura et Supra envisagent de transférer respectivement 50, 160 et 54 millions de réserves dans des cantons alémaniques pour y faire baisser les primes. Un scandale pour ces régions romandes, où les réserves plafonnent largement au-dessus de la moyenne nationale et où l'opération réduirait à néant les efforts mis en place pour juguler la progression des coûts.

Et pendant ce temps, les assureurs, avec leur campagne « toujours-avec-vous.ch » financée

par les primes, répètent, inlassablement, la même rengaine : on ne coûte pas cher et on ne fait pas de bénéfices sur l'assurance maladie de base. Mais est-ce si vrai ? Le drame, c'est que personne ne peut le savoir, tant le système de financement de l'assurance maladie est devenu opaque. Doutes sur les transferts de charges entre assurances obligatoire et privée. Doutes sur les investissements financiers. Doutes enfin sur le placement et le montant des réserves. Autant de problèmes connus de longue date qui reviennent chaque année sur le devant de la scène et que les partisans de l'initiative pour la transparence entendent résoudre. Car séparer complètement la pratique de l'assurance de base de celle de la complémentaire permettrait enfin d'y voir clair dans les dépenses de santé et de restaurer la confiance dans un système mis à mal par des intérêts par trop divergents. Autrement dit : le préalable nécessaire à toute réforme ultérieure. ■



**Le label de qualité
des pharmaciens
vaudois
qui s'engagent pour
votre santé!**

OK Pharm regroupe près de 100 pharmacies dans le canton de Vaud.

Les pharmaciens OK Pharm vous aident à améliorer l'efficacité de vos traitements et à en réduire les risques.

Ils valident personnellement vos ordonnances.

Plus d'informations à propos de la charte des pharmaciens OK Pharm sur:

www.okpharm.ch
la qualité qui se voit



ASSURANCE MALADIE
**UNE INITIATIVE
CONTRE UN SYSTÈME
DEVENU PERVERS**



ME

La bataille historique pour la réforme de l'assurance maladie en Suisse entre dans une phase active ! Ce mois-ci, l'Association des médecins du canton de Genève (AMG) et de nombreux partenaires en Suisse lancent une initiative populaire intitulée « Pour la transparence de l'assurance maladie ».

Cette initiative vise à imposer une séparation claire entre l'assurance maladie de base, qui est une assurance sociale obligatoire, et les assurances complémentaires, qui relèvent du domaine privé. Ainsi, une caisse d'assurance ne pourrait plus exercer son activité dans les deux domaines ; la nouvelle disposition légale proposée stipule : «Les assureurs qui sont autorisés à pratiquer l'assurance maladie sociale ne peuvent pas pratiquer l'assurance maladie complémentaire».

Avec le recul, on voit que le système institué par la LAMal ne fonctionne pas. Qu'il s'agisse de la sélection des risques, de la collecte illicite de données personnelles, de l'opacité des circulations d'argent entre l'assurance de base et l'assurance privée, des traitements administratifs différenciés réservés aux «bons cas» et aux «mauvais cas», le système actuel a fait la preuve de son inefficacité. Quant aux caisses, elles se sont forgé une réputation faite d'opacité et de cynisme.

Ce n'est certes pas la première fois que le système est remis en question. Mais jusqu'ici, les parlementaires qui s'y sont essayés ont vu leurs tentatives écrasées par le lobby des assurances, qui «tient» fermement une partie du parlement. Le peuple, lui, ne touche pas d'argent des caisses, au contraire, il leur en donne beaucoup : il sera donc plus libre pour casser un système devenu pervers. ■





Assurance maladie : UNE AUTOPSIE ACCABLANTE

Le magazine de la TSR Temps Présent* a diffusé, le 15 avril, un reportage édifiant sur les dysfonctionnements de l'assurance maladie. La liste, non exhaustive, est accablante : opacité dans l'utilisation des primes des assurés, sélection des bons risques, pressions sur les personnes âgées et les malades chroniques, captation et utilisation abusive des données médicales, surveillance pleine d'amateurisme de l'OFSP, achat des votes des politiciens par les caisses – n'en jetez plus !

TEXTE : PHILIPPE BARRAUD

Du point de vue des assurés, qui paient l'essentiel des coûts de la santé (35 milliards par an, contre 20 milliards pour les caisses-maladie) les choses sont claires : les primes sont trop élevées. Un tiers d'entre eux doit recourir à l'aide de l'Etat, et pourtant les primes augmentent chaque année, car les assureurs ont carte blanche et n'ont pas à justifier les hausses. D'ailleurs, l'organe de surveillance, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), n'a pas le pouvoir d'empêcher les caisses d'augmenter leurs primes : il

peut seulement obliger une caisse à les... augmenter davantage, si les primes lui paraissent manifestement sous-évaluées ! Les éventuelles sanctions sont dérisoires (5 000 fr. d'amende), et l'OFSP, de son propre aveu, n'intervient qu'avec beaucoup de réserve. Le bon sens – sans parler de l'esprit de la loi – voudrait pourtant que les hausses des primes soient justifiées par les différences de coûts de la santé. Ce n'est plus le cas, estime le conseiller d'Etat vaudois Pierre-Yves Maillard : «Si on ne peut plus garantir que la différence de prime est justifiée par la différence des coûts, alors le système a perdu tout son sens.»

Et de fait, on ne peut jamais le prouver, comme le montre le combat kafkaïen mené par l'avocat genevois Mauro Poggia. Il y a dix ans, il a eu l'outrecuidance de contester en justice la hausse de sa prime, sous prétexte d'en obtenir la justification. La question est simple et légitime : la hausse de la prime correspond-elle à la hausse des coûts de la santé, augmentés des frais de gestion de la caisse ? Dix ans plus tard il n'a toujours pas la réponse, et ne l'aura sans doute jamais, tant l'opacité du fonctionnement des caisses a été érigée en système. A preuve, même la justice n'y a pas accès !

UN GRAND DÉFICIT DE TRANSPARENCE

La transparence : c'est bien là que la chatte a mal aux pieds. Tout, dans le fonctionnement des caisses, est opaque. Voici les éléments les plus choquants mis en évidence par l'enquête de la TSR.

Bons et mauvais risques – Environ un million d'assurés changent de caisse chaque année, encouragés en cela, notamment, par les associations de consommateurs. Pas sûr pourtant qu'ils y aient vraiment intérêt. On voit en effet qu'il s'agit d'une entreprise difficile et périlleuse pour les assurés, mais juteuse pour les caisses. En effet, c'est un moyen idéal pour placer des assurances complémentaires – celles qui génèrent des bénéficiaires – souvent chères et inutiles. A partir de là, la clientèle se divise en deux catégories, les bons risques et les mauvais risques. Pour le savoir, un conseiller va prendre contact avec le candidat et lui poser des questions sur sa santé, ce qui est parfaitement illégal pour l'assurance de base : on peut et on doit refuser de répondre. Mais, comme l'indique un collaborateur d'une grande caisse, «personne ne refuse de répondre»... En quelques données impru-



"Il y a presque 20 ans le parlement passait une loi sur l'assurance maladie, la LaMal, comme on l'appelle, qui a changé les choses. L'assurance devient obligatoire pour tous, donc les caisses doivent accepter tout le monde. Le nombre des prestations remboursées augmente, la solidarité entre malades et bien-portants, jeunes et vieux, hommes et femmes est instaurée par des primes égales. Les caisses maladies sont chargées de la mise en oeuvre et la concurrence doit juguler les coûts. Mais pour certains le système souffre d'un défaut de conception."



Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat vaudois, Président des directeurs cantonaux de la santé.
Franz Steinegger, Ancien président du Parti libéral radical.

"Le bon sens voudrait que les hausses des primes soient justifiées par les différences de coûts de la santé. Ce n'est plus le cas."

LANTE

demment lâchées, le candidat deviendra soit un bon risque, à qui on répondra en priorité au téléphone, soit un mauvais risque (plus de 60 ans, maladies chroniques, opérations prévues, etc.), qui fera l'objet d'une véritable politique de dissuasion. Par exemple, on ne donnera pas suite à sa demande (dossier «égaré»...), on ne lui répondra jamais au téléphone, sinon pour lui dire que «à son âge, ce n'est pas très bien de changer de caisse». Et c'est ainsi que des gens perdent des journées entières en appels téléphoniques à des répondeurs, en courriers recommandés, fax et visites inutiles – jusqu'à l'écoeurement, ce qui est le but recherché. Interrogés par les journalistes, les dirigeants des caisses parlent de l'assurance de base comme d'«une locomotive», voire comme d'un produit d'appel, nécessaire «pour acquérir une clientèle qui équilibre les risques». On

tente de convaincre les indécis par des moyens parfois douteux, comme d'affirmer que l'assurance de base couvrira de moins en moins de maladies, et que par conséquent il faut se couvrir de complémentaires ! Ou comme de créer des caisses à tarifs de dumping, dont le déficit sera couvert par les autres caisses du groupe – donc peut-être par les primes de l'assurance de base.

Où va l'argent des primes ?

La circulation d'argent entre l'assurance de base et les complémentaires pose un vrai problème de transparence – c'est le fond du combat de Mauro Poggia. De lourds soupçons pèsent, mais on ne peut rien prouver, ni dans un sens ni dans l'autre. C'est ainsi que le Tribunal des assurances de Genève a conclu : «Il est (...) impossible de vérifier la séparation des frais entre l'assurance de base et les assurances complémentaires, (...) si les primes

des assurés profitent à la seule assurance de base et non aux assurances complémentaires (...). De fait, la structure choisie par le Groupe (Mutuel) génère de l'opacité.» Pour la conseillère aux Etats, Christine Egerszegi, «tant qu'on ne peut pas me montrer le contraire, je suis persuadée que ça se passe.»

Des données qui circulent –

Que deviennent les données médicales accumulées entre assurances de base et complémentaires ? Les assureurs affirment que les deux secteurs sont étanches. Pourtant, les deux dossiers sont souvent traités par la même personne...

Des politiciens arrosés –

Dans la commission de la santé du Conseil des Etats, six membres sur treize ont un mandat d'une caisse-maladie ! Autrement dit, ces élus sont là pour défendre les intérêts de ceux qui les paient, contre ceux de leurs électeurs. Au Conseil national, il semble que plus de la moitié des élus

soient «arrosés» par les caisses, sous forme de sièges dans des conseils d'administration ou dans des think tanks de circonstance. Dans d'autres pays, on parlerait de corruption, ici on ne parle que de lobbying... On respire ! Pour le libéral-radical Franz Steinegger, interrogé par Temps Présent, «il est très difficile d'organiser la solidarité dans un système de concurrence.» Pour le socialiste Pierre-Yves Maillard, le système souffre d'une incohérence de base : «Voici une assurance sociale qui assure tout le monde, pour les mêmes prestations, avec un financement obligatoire ; ce sont toutes les caractéristiques d'une assurance-sociale, du type AVS et assurance-chômage. Or, nous nous acharnons à vouloir l'organiser selon des principes marchands !» A moins que les Suisses ne changent le système : c'est le but des initiatives annoncées pour cet automne. ■

* Journalistes : Pietro Boschetti et Michel Heiniger.

 VIDÉO DISPONIBLE SUR LE SITE DE L'AMG : www.amge.ch/2010/04/18/«assurance-maladie-des-comptes-a-regler»

UNE INITIATIVE POUR LA TRANSPARENCE

En finir avec le mélange des

«Les assurés de base doivent être à l'abri de toute pression.» C'est fort de ce principe que Pierre-Alain Schneider, président de l'Association des médecins du canton de Genève (AMG), prépare avec son comité le lancement d'une initiative en octobre 2010.

TEXTE : PHILIPPE BARRAUD



Intitulée «Pour la transparence de l'assurance maladie», l'initiative propose d'inscrire dans la Constitution fédérale un article aussi simple que limpide : «Les assureurs qui sont autorisés à pratiquer l'assurance maladie sociale ne peuvent pas pratiquer l'assurance maladie complémentaire.»

Cette simple phrase changerait beaucoup de choses, pour les assurés comme pour les assureurs : le social d'un côté, le business de l'autre, et pas d'échanges entre les deux. L'évolution des choses au cours des dernières années montre en effet que le système actuel, dans lequel les assureurs assurent à la fois l'assurance de base – obligatoire – et les assurances complémentaires, ne fonctionne pas.

Pour les initiés, l'amalgame que font les caisses en exploitant avec le même personnel et la même infrastructure l'assurance de base, et les assurances complémentaires, ne permet pas la transparence nécessaire. Or, puisqu'il s'agit d'une assurance sociale, cette transparence est une condition absolue. «On n'imagine pas, explique Pierre-Alain Schneider, que l'AVS et la LPP soient gérées de manière conjointe, avec des transferts d'argent entre

l'une et l'autre, par exemple pour renflouer l'AVS par des fonds LPP ! L'une est une assurance sociale, qui doit être sans surprises pour l'assuré, tandis que l'autre est une assurance privée.» L'AVS est financée principalement par un prélèvement sur le revenu et elle assure la solidarité entre personnes de conditions économiques différentes ; les caisses de retraite selon la LPP fournissent une prestation qui dépend de la contribution fournie. La nécessité d'une gestion distincte de ces institutions saute aux yeux. Pourquoi n'en est-il pas de même dans le domaine de l'assurance maladie ?

Malgré les critiques émises depuis longtemps, notamment par les cantons de Vaud et de Genève, les primes sont fixées de manière opaque et ne correspondent pas aux coûts réels. De plus, dans certains cantons, les réserves

sont manifestement excessives, et ne profitent pas à l'assuré, alors qu'en bonne logique elles devraient le suivre. En effet, lorsqu'un assuré change de caisse pour sa couverture de base, les réserves constituées sur ses primes (parfois pendant de nombreuses années !) restent dans la caisse, à charge pour la nouvelle de les reconstituer, ce qui entraîne évidemment des coûts.

CHANGER DE CAISSE ? OUI, MAIS...

L'un des principaux défauts du mélange des genres actuel, c'est qu'il permet aux caisses d'exercer des pressions sur les assurés et de leur extorquer des informations privées qu'ils n'ont pas à fournir pour l'assurance de base. Changer de caisse pour l'assurance de base si la prime s'envole, comme le recommandent

genres!

“ Il est essentiel d'imposer une séparation des tâches, et de briser le lien « incestueux » qui existe entre l'assurance de base et l'assurance privée ”

les associations de consommateurs, est moins simple qu'il n'y paraît. Parfois, la caisse va envoyer un courtier, qui tentera de convaincre l'assuré de contracter l'une ou l'autre complémentaire, moyennant un supplément de prime modeste. Face à des personnes intimidées, ou peu au fait des pratiques de l'assurance et qui craignent qu'on les refuse – ce qui serait illégal – le courtier a beau jeu de placer ses produits. Le gros avantage, pour la caisse, c'est qu'elle peut alors sortir ses longs questionnaires invasifs sur le profil médical du demandeur. Et comme en Suisse les gens sont « naïvement honnêtes », ils vont tout dire, sans réserves, ignorant que la déclaration d'une maladie chronique va déclencher automatiquement un feu rouge, et le refus de la complémentaire.

Et dès l'instant où le questionnaire est entre les mains de la caisse, à tous les étages bien entendu, l'assuré sera classé comme « bon cas », à choyer, ou comme « mauvais cas », à qui on rendra la vie dure pour tenter de le faire partir.

Certes, les caisses ne peuvent pas refuser d'accueillir un assuré en assurance de base, mais elles usent de stratagèmes détestables pour les décourager (voir l'article : Assurance maladie : une autopsie accablante).

Pour les initiants, les choses sont claires : « Les informations auxquelles l'assureur a accès dans le domaine complémentaire ne doit pas permettre une mise à l'écart de la personne qui désire changer d'assurance de base. L'assuré de base doit avoir la liberté de déclarer ou non les affections antérieures lorsqu'il souhaite contracter une assurance complémentaire. Actuellement, de nombreux témoignages démontrent que ces données, strictement protégées en théorie, sont largement disponibles au sein d'une même assurance. »



Pierre-Alain Schneider, Président de l'association des médecins du canton de Genève, est le grand artisan du lancement de l'initiative.

L'annonce du lancement de l'initiative des médecins suisses a été bien perçue, en particulier sur la gauche de l'échiquier politique, même si le Parti socialiste peaufine de son côté son projet d'initiative en faveur d'une caisse unique – une initiative plus ouverte que la précédente, rejetée par le peuple le 11 mars 2007, en particulier sans doute à cause de la fiscalisation des primes.

A noter que la caisse unique n'est plus un tabou, ni une proposition exclusive de la gauche, puisqu'elle suscite de l'intérêt aussi à droite, à commencer par le libéral-radical Franz Steinegger, président de la SUVA. Au reste, note Pierre-Alain Schneider, la caisse unique risque bien de s'imposer d'elle-même, éventuellement au niveau cantonal, s'il s'avère que l'assurance maladie sociale, autrement dit l'assurance de base exclusivement, s'avère ne plus être un business intéressant pour les caisses actuelles.

Les initiants et la FMH (Fédération des médecins suisses), qui soutient l'initiative, sont conscients du fait que la grande épreuve sera moins la récolte des 100 000 signatures que la bataille politique qui se jouera ensuite. Il est à prévoir en effet que les assureurs vont déclencher des offensives brutales, d'abord au moment du débat parlementaire, ce qui leur sera facile puisque de nombreux conseillers nationaux et aux Etats sont à leur service, puis devant le peuple. Jusqu'ici, le lobby des assureurs a fait échouer toutes les réformes, grâce à ses relais parlementaires. Le pari des médecins genevois et de leurs alliés allemands et tessinois est, cette fois, de renverser la vapeur, et de faire triompher, enfin, les intérêts des assurés ! ■

↓ CE QU'ILS EN PENSENT

Dr Cyrill Jeger

CONSANO, ASSOCIATION POUR UNE MÉDECINE SOCIALE ET ÉQUITABLE



« Cette initiative est une bonne chose, car la transparence est une exigence très importante ». Pour le Dr Jeger, président de Consano, une autre priorité est la procédure de contrôle des coûts médicaux

et hospitaliers. Pour lui, ceux-ci devraient être confiés à une instance totalement indépendante, aussi bien des cantons que des caisses et que des médecins.

Quant à la séparation de l'assurance de base des assurances privées, que demande l'initiative, il estime que celle-ci sera de toute façon demandée au niveau législatif. Selon le Dr Jeger, les caisses ont globalement une mauvaise image dans la population, y compris en Suisse alémanique, et par conséquent l'initiative pourra jouer sur le sentiment populaire. A ses yeux, il faut exiger un meilleur contrôle des caisses, par exemple par un organe indépendant composé de délégués des parties intéressées.

Stéphane Rossini

CONSEILLER NATIONAL

Pour le conseiller national socialiste valaisan Stéphane Rossini, l'intention de l'initiative de l'AMGE est bonne : « Elle va dans le sens d'une séparation des activités entre l'assurance



maladie de base et les assurances privées, et c'est une démarche que nous soutenons et que nous revendiquons ». La Suisse est le seul pays où l'on pratique le mélange des genres, avec les effets pervers que l'on sait : « le système social est pompé pour alimenter le secteur privé. Il faut en finir avec la pollution d'un système par un autre ».

Mais cette initiative ne fait-elle pas de l'ombre à celle annoncée par la gauche ? « On peut y voir une concurrence, estime Stéphane Rossini, mais en même temps une complémentarité : l'une et l'autre vont accroître la pression sur le Conseil fédéral et sur les Chambres. »

Le député de Nendaz fait remarquer que l'initiative dite du PS est en réalité celle d'une association de forces pour la caisse unique, encore en cours de constitution, qui comptera, outre le PS, la FRC, l'Avivo, et peut-être la FMH, « dont nous attendons avec impatience la décision », dit Stéphane Rossini.

↓ CE QU'ILS EN PENSENT

Jean-Pierre Pavillon
SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

«Depuis que la LAMal existe, je dis qu'on devrait complètement séparer l'assurance de base de l'assurance privée, puisqu'on a fait la bêtise de mélanger les choses», explique le Dr Jean-Pierre Pavillon, président de la Société vaudoise de médecine (SVM). Pour lui, l'initiative «Pour la transparence de l'assurance maladie» est totalement juste, et il l'approuve sans l'ombre d'une réserve. D'ailleurs, comme d'autres présidents de sociétés de médecine romandes, il est membre du comité d'initiative. Jean-Pierre Pavillon estime que la récolte des signatures ne devrait pas poser de problèmes particuliers. En revanche, il redoute une campagne virulente de la part des assureurs, «qui vont ressentir l'initiative comme une attaque vitale. En effet, si elle est acceptée, tout ce qui est juteux va leur échapper !»



Anne-Marie Bollier

ORGANISATION SUISSE DES PATIENTS



Au conseil de fondation de l'Organisation suisse des patients, les gens étaient partagés, explique Anne-Marie

Bollier, déléguée pour la Suisse romande, car ils craignaient que cette initiative ne soit un pas vers la caisse unique. L'organisation n'a pas pris de position définitive, elle est en position d'attente : d'accord sur le principe, mais un débat plus approfondi sur les implications de cette démarche est nécessaire. «Personnellement, je l'approuve totalement, dit Anne-Marie Bollier, même si elle pose bon nombre de problèmes.»

Complémentaires : une situation qui se dégrade

TEXTE : PHILIPPE BARRAUD

Les assurés âgés qui se croient à l'abri de leur assurance complémentaire ont du souci à se faire : leurs primes pourraient augmenter massivement

La Finma, l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers, a édicté au 1^{er} Mai une réglementation de l'assurance maladie complémentaire, qui touche en particulier à l'assurance hospitalisation en chambre privée ou semi-privée. Dans un article paru le 12 juillet dans Le Temps, M. André Chuffart, consultant à Küsnacht, dénonce une dégradation des conditions de l'assurance hospitalisation, en particulier pour les personnes de plus de 60 ans. Les actuaires dénoncent le fait que le principe de base, auquel

sont attachés les assurés en privé, n'est plus respecté. Ce principe se résume ainsi : en échange d'une prime abordable, et surtout qui reste abordable au cours de sa vie, le consommateur veut avoir accès à un marché transparent et compétitif, être conseillé par des intermédiaires qualifiés et indépendants capables d'analyser ses besoins spécifiques et lui permettre ainsi d'acheter le produit qui lui convient, tout en ayant la garantie de la pérennité de la compagnie qui l'assure. Or, la réglementation de la Finma autorise la coexistence de

quatre systèmes de financement différents, avec préfinancement ou sans préfinancement, qui rendent le marché particulièrement opaque, puisque même les actuaires expérimentés ont de la peine à s'y retrouver ! On ne parle évidemment pas du client lambda...

Pourtant, la différence entre les systèmes est d'importance, souligne André Chuffart : «Dans un système sans préfinancement, l'assuré paie une prime dite de risque qui habituellement croît avec l'âge, et même fortement à partir de 60 ans dans le cas d'un contrat d'assurance hospitalisation. Par exemple, une assurée de 60 ans de la Visana a vu sa prime augmenter de 64% parce qu'elle changeait de tranche d'âge. Dans un système avec préfinancement, l'assuré paie un peu plus quand il est jeune pour payer un peu moins quand il devient plus âgé ; avec la part des cotisations perçues qui excède la prime de risque, l'assureur constitue une réserve, individuelle ou collective, dans laquelle il puisera ultérieurement pour réduire les futures augmentations de primes.



“L'expérience montre que de nombreux assurés âgés ne sont plus en mesure de payer les primes croissantes qui leur sont demandées.”

Malheureusement, la réglementation actuelle est désastreuse pour les assurés qui ont souscrit un contrat d'assurance hospitalisation, souligne l'expert : tout d'abord, la coexistence de systèmes avec et sans préfinancement privilégie la vente de contrats sans préfinancement, plus attractifs financièrement pour les jeunes ; en revanche, avec l'âge, dans un tel système, les primes peuvent devenir exorbitantes alors même que l'assuré ne peut plus changer d'assureur à partir de 60 ans ; l'expérience montre que de nombreux assurés âgés ne sont plus en mesure de payer les primes croissantes qui leur sont demandées, et doivent alors renoncer à leur couverture d'assurance hospitalisation, au moment même où

cette couverture prend à leurs yeux toute sa valeur. Pour André Chuffart, il est indispensable que la Finma révisé la réglementation en vigueur, en obligeant les assureurs sous sa surveillance à adopter pour les assurances hospitalisation un système avec préfinancement, de manière que les primes restent abordables même à des âges élevés. A son avis, seul le système avec préfinancement sur une base individuelle, avec constitution de réserves de vieillissement, est admissible – un système qui est, et a toujours été, obligatoire en Allemagne. ■

Jeunes adultes : la fin des cadeaux !

Dorénavant, les caisses-maladie devront justifier les rabais sur les primes qu'elles accordent aux jeunes adultes. Certaines caisses-maladie vont donc devoir les réduire, ce qui provoquera une forte augmentation des primes.

TEXTE : PHILIPPE BARRAUD

Malgré une hausse considérable l'an dernier, les primes maladie devraient à nouveau augmenter davantage que la moyenne l'an prochain. Les jeunes adultes (19-25 ans) pourraient être particulièrement touchés, dans la mesure où l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) vient de stipuler aux caisses qu'elles devront à l'avenir justifier tout rabais de prime de plus de 15%.

Cela signifie en clair que les jeunes adultes subiront non seulement la même hausse des primes que tout le monde, mais encore la suppression du rabais qui leur était accordé. Toutes les caisses ne pratiquent pas ce système de rabais, destiné à capter les «bons cas». Mais pour les assurés de celles qui le font, la facture pourrait être salée, comme le montre cet exemple du site Comparis.ch : «Un assuré appartenant à la catégorie «jeunes adultes» et

habitant la ville de Berne paie actuellement 317,20 francs par mois chez Visana (modèle standard, franchise à 300 francs et couverture accident). Par rapport à la prime adulte «normale», il bénéficie d'une ristourne de 30%. Si, à l'avenir, Visana n'est pas en mesure de justifier ce rabais auprès de l'OFSP, elle devra relever sa prime jeunes adultes de façon à ce que cette ristourne ne dépasse plus 15%. Notre assuré de la ville de Berne devrait alors déboursé 385 francs par mois, soit 68 francs ou 21% de plus que maintenant. Auxquels viendrait s'ajouter l'augmentation annuelle «normale», ce qui tout compris, ne rendrait pas une hausse totale de plus de 25% irréaliste.» ■

↓ CE QU'ILS EN PENSENT

Mathieu Fleury

FÉDÉRATION ROMANDE DES CONSOMMATEURS



Secrétaire général de la FRC (Fédération romande des consommateurs), Mathieu Fleury dit «un oui franc et massif à l'initiative

de l'AMG : nous la soutenons des deux mains.» Logique, puisque l'objectif de l'initiative – séparer l'assurance de base de l'assurance privée – est au cœur de la démarche des associations de consommateurs suisses, et fait expressément partie de leur agenda 2010. Casser le lien entre les deux formes d'assurance va probablement conduire à une forme de caisse unique, observe Mathieu Fleury, il faudra donc s'atteler aux problèmes économiques et d'organisation que cela posera. Mais, dit-il, «nous ne sommes pas bloqués sur un seul acteur, forcément public ; nous nous efforçons de garder toutes les portes ouvertes, et de ne pas cristalliser les fronts». La FRC décidera prochainement si elle rejoint le comité de l'initiative en faveur de la caisse unique, aux côtés du PS, de l'Avivo, et d'autres mouvements.

Dr Urs Stoffel

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU CANTON DE ZÜRICH

«Nous sommes d'accord avec l'initiative, dit le Dr Urs Stoffel, membre du comité d'initiative, principalement parce



que le problème de la sélection des risques n'est pas réglé : tous les présidents des sociétés cantonales de médecine sont d'accord là-dessus.» Pour lui, il n'est pas certain du tout que le Managed Care, en discussion actuellement au Parlement, permette de régler ce problème. Par conséquent, si le peuple accepte l'initiative, «ce sera un pas dans la bonne direction.»

La révolte des actuaires

TEXTE : PHILIPPE BARRAUD

“Toute surveillance publique [des caisses] est illusoire.”



Les actuaires sont des spécialistes en assurances, et pourtant, il semble qu'on fasse peu de cas de leurs analyses. Pour ceux réunis au sein du Groupe actuariel de réflexion sur l'assurance maladie (GAAM), le système actuel marche sur la tête. En effet, dénoncent-ils, le système de concurrence qui régit l'assurance maladie depuis plus de dix ans a démontré son inefficacité : les primes varient de plus de 100 francs par mois dans un même canton. C'est inévitable, estiment-ils : garantir les mêmes prestations, aux mêmes conditions, dans une situation de concurrence, est objectivement impossible. Il ne reste donc aux caisses qu'à «biaiser pour attirer les bons clients et contourner les mécanismes de compensation des risques supposés mettre tout le monde à niveau».

Et cette prétendue concurrence ne profite même pas aux assurés. Bien sûr, les assurés ont le droit de changer de caisse chaque année. Mais, outre les désagréments considérables que cela suppose, cette démarche coûte cher : la caisse qui accueille de nouveaux assurés de base doit reconstituer les réserves faites précédemment sur la tête de chacun ; de plus, elle doit éventuellement prévoir une perte supplémentaire au titre de la compensation des risques.

Aux yeux des actuaires du GAAM, le vice fondamental du système est le manque de transparence – défaut que vise précisément l'initiative des médecins suisses. A aucun moment, en effet, on ne procède à des vérifications des calculs de l'année précédente ; par conséquent, des montants imprécisés naviguent entre les provisions techniques et les réserves, «et toute surveillance publique est illusoire», estiment les actuaires.

En guise de remède, les actuaires du GAAM proposent une série de solutions, telles que la création d'un pool des hauts risques, une amélioration du reporting (analyse de l'exercice passé – Réd.), la fixation d'un maximum légal pour les réserves, et un contrôle accru de la part des cantons. Voire le passage à une forme de caisse unique, cantonale ou régionale. ■

↓ CE QU'ILS EN PENSENT

Philippe Receveur

MINISTRE JURASSIEN DE LA SANTÉ (PDC)



Philippe Receveur juge très positivement l'initiative de l'AMG, qui va «tout à fait dans le bon sens». La situation actuelle souffre à ses yeux de multiples défauts : d'abord, il y a le lien

«inapproprié» entre assurance de base et assurances complémentaires : «Cela ne peut pas fonctionner, dit-il, et les flux financiers ne sont pas clairs. Lorsqu'on voit qu'une assurance complémentaire peut délibérément perdre de l'argent pour recruter des clients en assurance de base, on se pose des questions.»

Le ministre jurassien dénonce également la pratique des caisses qui, lors des changements de fin d'année, proposent des complémentaires-prétextes pour pouvoir obtenir des données médicales sur les futurs clients. Il s'insurge également contre la mauvaise gestion des réserves, et contre le fait qu'il n'existe aucune vérité des coûts dans les cantons – comme l'a fait récemment le conseiller vaudois Pierre-Yves Maillard. Enfin, Philippe Receveur s'insurge contre la mainmise des caisses sur le Parlement fédéral : les lobbyistes ne sont plus à l'extérieur du Parlement, ce sont les élus eux-mêmes, payés par les caisses !

Remo Osterwalder

MEMBRE DU COMITÉ CENTRAL DE LA FMH (FÉDÉRATION DES MÉDECINS SUISSES)

Il salue la préoccupation sociale de l'AMG. L'initiative fédérale pour la transparence de l'assurance maladie a reçu le soutien de la FMH lors de l'assemblée des délégués du 14 avril

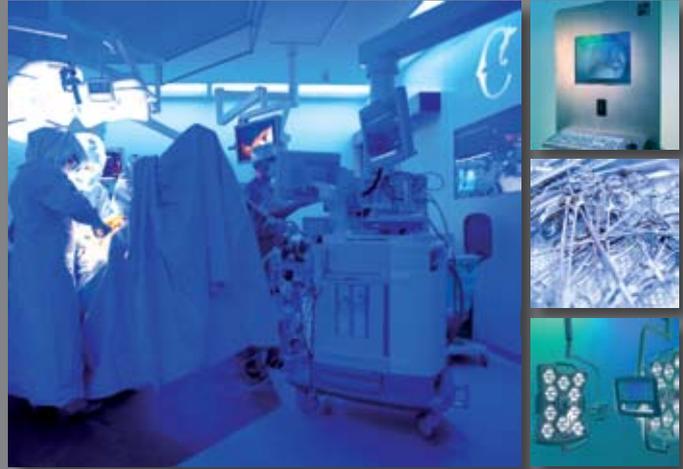
2010. L'initiative vise à sauvegarder l'assurance de base avec l'idée de transparence par la séparation de l'assurance de base et des assurances complémentaires. Une idée qui trouve ses racines à Genève avec l'appui d'autres sociétés médicales de Suisse romande, du Tessin et de Suisse alémanique. Le large soutien des sociétés cantonales et de la FMH montre le mécontentement de la base quant à la situation actuelle et un réel besoin de réforme dans le domaine de l'assurance maladie.



Clinique privée
chirurgicale
et médicale
depuis 1903

technologie - technologie
- -
hôtellerie - hôtellerie
- -
compétences - compétences

Av. de Beau-Séjour 6
1206 Genève
tél. 022 7 022 022





Commissions de la sécurité sociale et de la santé publique DANS LES COULISSES DE L'ADMINISTRATION FÉDÉRALE

«Managed care». Dossiers informatisés du patient. Mesures pour endiguer les coûts de la santé. Ces derniers temps, les sujets médicaux brûlants pleuvent sur les parlementaires suisses. Et, surtout, ils se complexifient. Vulgariser et préparer les objets soumis au vote, c'est tout le travail des Commissions de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS) du Conseil national et du Conseil des Etats. Comment fonctionnent ces deux commissions et quel poids ont-elles dans la marche du système de santé suisse? Réponses de Thérèse Meyer-Kaelin, Présidente de la commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national.

TEXTE: MICHAEL BALAVOINE / PHOTOS: ROMAIN GRAF

Comment un objet, qui sera soumis au vote des parlements des Etats et du national, arrive dans votre commission?

Le plus souvent, les objets sont soumis directement par le Conseil fédéral qui planche sur une nouvelle loi ou souhaite réviser certains articles. Mais les sujets peuvent aussi provenir d'une initiative parlementaire ou directement d'un membre de la commission. Une fois définis, les sujets sont envoyés au secrétariat de la commission qui rédige un plan de travail pour répartir les objets à traiter entre la commission du national et celle des Etats.

Pour être accepté, un objet doit passer à la fois par

le Conseil national et celui des Etats. Quel est le trajet classique des sujets entre les deux commissions et les deux conseils?

Une fois le partage des tâches effectué par le secrétariat, un des deux conseils va devenir le premier conseil et c'est sa commission qui va traiter les objets qui lui sont dévolus en premier. La commission examine alors le projet, article par article. Elle peut accepter, modifier, supprimer ou proposer de nouveaux articles. Chacun d'entre eux sera soumis au vote. Pour toute proposition controversée, on aura une majorité et une ou des minorités. Lorsque la commission est arrivée au bout de ce travail, l'objet passe dans

“ En préparant les différents objets pour les présenter au parlement, les commissions influencent fortement l'appareil législatif.”

le premier Conseil. Après le vote des parlementaires, on élimine les minorités et c'est au tour de la deuxième commission de répéter le même cheminement. On peut aller jusqu'à trois aller-retours et une conciliation entre les deux commissions jusqu'à ce qu'un objet soit définitivement accepté ou rejeté.

Ce travail d'épuration et de débat qui précède le vote des chambres fédérales donne-t-il, selon vous, un pouvoir accru aux membres des commissions sur les décisions et les orientations politiques choisies ?

Certainement. Le poids des commissions dans l'appareil législatif fédéral est conséquent car ce sont elles qui travaillent les différents objets pour les présenter au parlement. L'ensemble des délibérations sont rapportées dans un dépliant qui sera envoyé aux différents groupes parlementaires afin qu'ils puissent se faire une idée de la manière dont ils souhaitent voter. L'avis des membres des commissions est dans ce sens très important. Mais, il faut toutefois le relativiser. Aujourd'hui, les sujets sont devenus si complexes, que le travail de la commission est avant tout de débroussailler le terrain et d'expliquer les tenants et les aboutissants d'un nouveau projet de loi.

Comment les lobbys interviennent-ils dans les travaux des commissions ?

Dans la préparation des séances, nous pouvons faire des auditions. S'il s'agit d'objets controversés ou difficiles, nous invitons souvent les milieux intéressés à s'exprimer. Evidemment, lorsqu'une loi touche un secteur particulier, leurs défenseurs envoient des courriers aux parlementaires et aux membres des commissions concernées pour leur faire part de la manière dont il souhaite voter. En tant que Présidente, je suis chargée de faire suivre ces informations aux membres de la commission pour qu'ils aient tous les éléments en main pour prendre leurs décisions.

En matière de santé, on entend souvent que les deux commissions sont largement influencées par les assureurs. Qu'en dites-vous ?

Nous sommes un parlement de milice et les élus ont souvent une activité parallèle à leur travail de parlementaire. Plongés dans la pratique concrète, ils amènent avec eux la vision d'un milieu qui va influencer leurs prises de position. Cela a des avantages et des inconvénients. D'un côté, c'est utile car la complexité des sujets requiert souvent des connaissances pratiques considérables. Le problème, c'est que lorsqu'un lobby est trop présent dans une commission, cela peut déséquilibrer un projet. Et dans le monde démocratique dans lequel nous vivons, un projet déséquilibré a peu de chances d'aboutir car il



Liliane Maury Pasquier (PS) participe aux débats de la commission.

finira fatalement devant le peuple et ne passera pas la rampe. En matière de santé, il faut donc relativiser. S'il est vrai que les assureurs sont bien représentés, il faut bien comprendre que ce sont des sujets qui touchent tout le monde. Et si les décisions ne sont pas équilibrées, autrement dit qu'elles favorisent un seul milieu, elles ont de grandes chances d'échouer.

Le système que vous décrivez est très démocratique. Mais n'est-il pas aussi trop complexe et fragmenté pour permettre des réformes ?

La difficulté de mise en œuvre

des réformes vient, selon moi, surtout de la radicalisation des deux ailes de gauche et de droite du parlement. Dans les commissions, la majorité se forme souvent par ceux qui s'abstiennent ou qui votent « le moindre mal ». Mais ces majorités ne correspondent pas à la réalité du parlement où les idées et les visions politiques sont diamétralement opposées. Voilà pourquoi le système général donne parfois l'impression d'être paralysé. ■

snortec

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

www.snortec.ch

30, rue des Grottes - 1201 Genève

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

MÉDECIN EN EMS



TEXTES & IMAGES: ROMAIN GRAF

Une chose frappe quand on passe une journée avec le Docteur Ferdinand Beffa, médecin en EMS dans la région de Gimel: l'écart qui sépare les clichés habituels et la réalité de son travail quotidien. Alors que certains considèrent les EMS comme de tristes prisons dans lesquelles des enfants coupables mettent leurs parents lorsqu'ils deviennent encombrants, le chemin que j'ai fait avec le Docteur Beffa m'a avant tout fait découvrir un lieu de vie où chacun partage ses joies et ses peines.

Personne ne vient de gaieté de cœur dans un EMS, 10 à 15% des plus de 80 ans y sont néanmoins contraints par des handicaps lourds, psychiques ou physiques, ne leur permettant plus le maintien à domicile. Lorsqu'une per-

sonne âgée oublie de manger ou n'est plus capable de faire sa toilette par ses propres moyens, un encadrement devient nécessaire. Très souvent, les résidents cumulent des troubles mnésiques, cardiaques, rénaux et autres... Le rôle du médecin en EMS est de soigner ces cas de polyopathologies dans la dignité et en respectant la volonté du malade. Nous avons rencontré un cas extrême, une patiente de 90 ans épileptique qui souffre d'insuffisance rénale, d'hémiplégie de la partie gauche de son corps à la suite d'un AVC (accident vasculaire cérébral), mais également de démence et qui s'est luxée l'épaule lors d'une chute accidentelle. Cette même patiente sortait d'un infarctus, il y a peu. Dans ce cas, on comprend l'importance de la compétence de généraliste que doit revêtir le médecin gériatre.



A la suite d'une rapide diminution de l'audition de cette patiente, le docteur recherche la présence d'un important bouchon de cire qu'il pourra, dans ce cas, extraire. A rappeler que ce geste n'est pas aussi anodin que l'on pourrait le croire. Il doit être pratiqué par une personne compétente.



Le médecin contrôle l'indice de coagulation d'une patiente prenant régulièrement du Sintrom, médicament prescrit également aux personnes âgées ayant certains problèmes cardiaques. Une petite prise de sang au bout du doigt permet ce contrôle nécessaire afin d'éviter des effets secondaires tels qu'hémorragies ou hématomes.

A leur arrivée, les nouveaux résidents sont généralement déprimés. Ils n'acceptent pas leur dégradation physique et mentale. Ils se sentent dévalorisés, rejetés et surtout inutiles. Pour le Docteur Beffa, le médecin en EMS doit être à l'écoute, il doit aimer la personne âgée, se mettre à sa hauteur, sans blouse blanche, savoir prendre le temps de lui expliquer longuement s'il le faut les pathologies dont elle souffre. Il ne doit pas réfléchir uniquement en termes de traitement, mais également en termes de qualité de vie. Sinon, à quoi servirait-il de vivre si longtemps? Le corps du résident vieillit sans l'empêcher de continuer à ressentir les choses.



Le Docteur Beffa effectue la visite de sortie de ce résident qui va volontairement changer d'EMS. En effet, le patient désire intégrer un EMS dans lequel il y a plus d'hommes et où sont proposées des activités manuelles plus spécifiques. Le personnel de l'établissement a été sensible à sa demande.



La visite médicale est toujours un moment d'échange important pour le résident qui peut plaisanter avec le Docteur Beffa et Christine, l'infirmière cheffe.





Etre médecin en EMS, c'est collaborer avec des infirmières sensibles au bien-être des pensionnaires, telles que Nancy et Charlotte, des ergothérapeutes, des physios, des animateurs, des aides de tout niveau et bien entendu des médecins spécialistes. Le médecin gériatre doit être à l'écoute de chacune de ces professions, car même une aide-soignante, très souvent en contact avec le résident, peut aider à diagnostiquer une pathologie.



Répondre aux besoins de chacun des résidents demande une organisation rigoureuse et adaptable.

Des réunions sont régulièrement organisées avec les familles des pensionnaires et le personnel responsable (directeur, infirmière d'étage, médecin, animatrice, infirmière cheffe). L'environnement familial est déterminant pour le bien-être du résident. Ces rencontres ont pour but de mieux connaître le résident, c'est l'occasion pour l'équipe de l'appréhender sous un autre angle, de connaître son histoire. Souvent atteints de démences, les résidents ne sont pas toujours maîtres de leurs décisions. La famille se substitue alors à leur parent et prend des décisions concertées.

Le Docteur Beffa rencontre la famille d'un nouveau pensionnaire, trois frères. Il est question de mieux comprendre quel a été le mode de vie du résident pour mieux le respecter et répondre à ses besoins durant son séjour en EMS.



Parfois, le Docteur Beffa est confronté à des conjoints qui ont dû accepter que leur «moitié» entre dans un EMS alors qu'eux restent à la maison. C'est le cas de l'homme ci-contre, inconsolable de voir sa femme placée loin de lui dans un EMS. Il estime ne pas avoir fait son devoir de mari et aimerait la reprendre à domicile. Après quelques essais, cela s'est malheureusement révélé impossible. Il faut beaucoup d'humanité et de patience au Docteur Beffa pour lui faire accepter cette évidence.

Ce qui anime en définitive le travail du Docteur Beffa, c'est avant tout de considérer la personne âgée comme un être humain dont les désirs et les besoins ne changent pas avec le temps. Bien plus précieux que tout acharnement thérapeutique, une poignée de main, une caresse, une écoute attentive sont des gestes incontournables dans l'accompagnement du résident. La médecine a réussi à allonger notre vie, mais pas encore à garantir sa qualité.

Qu'est-ce qui nous fait vivre et rend notre vie plus belle ?

Nous avons tous besoin d'avoir un rôle, de nous sentir utiles. Le Docteur Beffa aimerait voir se développer une participation des résidents à la vie de l'EMS, en fonction de leurs compétences passées. Par exemple, un ancien jardinier pourrait s'occuper de temps à autre du jardin de l'EMS, en adaptant l'infrastructure à son handicap si nécessaire.

Nous avons également besoin de nous sentir aimés. Les visites de nos proches sont essentielles : voir nos petits enfants, sentir que nous faisons partie d'une famille et que nous aurons toujours quelque chose à leur transmettre. Un personnel qui aime son travail et qui aime la personne âgée est aussi très important pour que le résident se sente respecté dans son intimité.

Enfin, nous sommes des êtres sensibles. C'est là que le Docteur Beffa se distingue des idées reçues. La personne âgée, avec ses capacités restantes, sa peau fripée, a besoin d'être reconnue dans ses émotions : l'écoute active, le regard, le toucher relationnel sont essentiels dans cette approche, tout au long des activités de la vie quotidienne. Leurs sens doivent rester éveillés et continuellement sollicités.



Pour atteindre ce but, il existe un tableau qui récapitule ce que les résidents aimeraient avoir comme activité : promenade au soleil, écoute musicale, parler de leurs voyages, de leurs souvenirs, jouer de l'harmonica, danser, aller manger sur la terrasse, admirer la nature, être massés, s'occuper des plantes ou encore manger des sucreries à la ronde. Des plaisirs auxquels le personnel soignant doit accéder autant que faire se peut. Des plaisirs intemporels. ■

LA CLINIQUE DU NOIRMONT AU CŒUR DE LA RÉADAPTATION CARDIOVASCULAIRE

TEXTE: MICHAEL BALAVOINE / PHOTOS: ROMAIN GRAF



Perchée sur une colline des Franche-Comté, la clinique du Noirmont est, avec ses mille patients annuels, le plus grand centre de réadaptation cardiovasculaire de Suisse. Sa mission: remettre sur pied des personnes ayant subi un infarctus, un accident vasculaire cérébral ou toute autre maladie cardiovasculaire. Comment se remet-on de ces troubles importants de la santé? En prenant du repos? Non. Aussi surprenant que cela puisse paraître: en faisant du sport. Entre salles de gym et piscines, reportage au sein de l'ancien monastère du Noirmont reconverti en Mecque de l'exercice physique.

D'emblée, le décor est planté. A la clinique du Noirmont, les piscines ne sont pas là pour rappeler les colonies de vacances! «La réadaptation cardiovasculaire n'est pas une simple récupération, avertit le docteur Lefkovitz, directeur médical de la clinique.

Il s'agit d'augmenter l'espérance de vie des patients et d'empêcher au maximum l'apparition d'un nouvel événement.» Et pour cela, le cardiologue bâlois exilé dans les montagnes jurassiennes, n'a qu'un credo: le mouvement. «Les patients croient souvent qu'après un infarctus, la pose d'un stent et une vasodilatation suffisent à la guérison. Mais il n'en est rien. Une maladie cardiovasculaire ne concerne pas que le cœur. En réalité, c'est un mal qui commence dans la tête et finit dans les doigts de pieds.» Autrement dit: c'est l'ensemble du fonctionnement d'un individu qu'il faut essayer de modifier.

LA CLÉ DU SUCCÈS: LE MOUVEMENT

Et la nouvelle habitude qu'il convient d'inculquer en premier lieu aux personnes atteintes de maladies cardiovasculaires, c'est

l'exercice physique. «Il y a une vingtaine d'années, explique le docteur Lefkovitz, on était prudent avec les personnes victimes d'infarctus et on préconisait plutôt le repos. Aujourd'hui, il est prouvé scientifiquement qu'il faut commencer le plus vite possible avec le mouvement.» Car le problème principal des patients atteints de maladies coronariennes réside dans leur difficulté à produire de l'oxyde nitrique (NO), un composé chimique essentiel à la dilatation des vaisseaux sanguins et donc à la circulation sanguine. Or, pour fabriquer du NO, il faut bouger. Et les résultats sont spectaculaires. «Après six semaines, on observe de nettes améliorations dans l'ensemble du corps des patients. Après une année, les calcifications des vaisseaux diminuent, explique le docteur Lefkovitz.»



“ Pour remettre sur pieds les patients atteints de maladies cardiovasculaires, le docteur Lefkovitz n'a qu'un credo: le mouvement.”

UN PROGRAMME PERSONNALISÉ

Pour que le corps des malades fabrique à nouveau de l'acide nitrique, natation, exercices de force et marche sont au programme. Mais pas au même rythme pour chaque patient. «L'avantage dans une clinique comme la nôtre, note le docteur Lefkovitz, c'est que le nombre important de malades que nous traitons nous permet de créer des groupes de niveau semblable.» A son arrivée, chaque patient subit une échographie et un test d'effort qui permettent aux spécialistes de lui concocter un programme sur mesure et de l'accompagner avec des person-

nes dans le même état que lui. Un atout supplémentaire pour le docteur Lefkovitz, car «les patients peuvent ainsi échanger leurs expériences et s'encourager mutuellement.»

NUTRITION ET SUIVI PSYCHOLOGIQUE

Outre les exercices physiques, le programme de réadaptation comprend également un suivi psychologique et une orientation sur le rapport à la nourriture. «60% des victimes d'infarctus souffrent de dépression ou de troubles anxieux, affirme le docteur Lefkovitz. Or, ces problèmes psychiques sont des facteurs de risque d'un nouvel événement

CLINIQUE DU NOIRMONT, DU MONASTÈRE À LA COOPÉRATIVE

C'est une histoire toute jurassienne que celle racontée par Cédric Bossart, directeur de la Clinique du Noirmont, sur la naissance de son établissement.

Au début du vingtième siècle, des nonnes françaises arrivent en Franche-Comté française pour y construire un monastère. Malheur des temps, un mouvement anticlérical dans la région les empêche de réaliser leur œuvre et elles passent la frontière pour retenter l'expérience. Rebelote : les Suisses interdisent également aux religieuses la construction d'un monastère. Tenaces, les nonnes décident alors de se défroquer et, en guise de monastère, érigent un sanatorium qui deviendra, sous l'impulsion du député Jean-Pierre Gigon, un centre de réadaptation au moment de l'indépendance jurassienne en 1979.

Euphorie et enthousiasme du nouveau canton : la Clinique du Noirmont héritera également lors de l'indépendance d'un modèle de gestion particulier en devenant une société coopérative à but non lucratif. Seul bémol pour les idéalistes : les coopérateurs sont les caisse-maladie, qui, à titre de part, bénéficient d'une réduction de 50% pour le traitement de leurs assurés.

cardiaque aussi importants que le tabagisme et le diabète. Un suivi psychologique est donc essentiel. » Le cardiologue bâlois est par contre plus réservé en ce qui concerne la nutrition. « En matière d'alimentation, nous ne pouvons qu'orienter le patient sur son rapport à la nourriture. D'abord parce que personne n'a trouvé à ce jour un aliment qui provoquerait une amélioration de l'état de santé. Ensuite, parce que certains patients, les managers par exemple, se retrouvent dans des situations sociales - dîners ou autres - où ils ne peuvent contrôler efficacement leur alimentation. »

UNE PRESTATION REMBOURSÉE

Durant de quatre semaines à six mois, le programme de réadaptation de la Clinique du Noirmont est remboursé par les caisses-maladie. Enfin normalement... « Avec la pression sur les coûts, les caisses refusent parfois de payer, déplore le docteur Lefkowitz. Elles disent que les maladies sont trop jeunes pour une réadaptation par exemple. Mais un tel traitement peut s'avérer nécessaire même pour des gens très actifs. Eux-aussi ont besoin d'un changement de milieu pour réfléchir à leur situation et tenter de modifier leurs habitudes. Comme pour les autres patients, leur réadaptation est un apprentissage dont le succès dépendra de leur volonté à poursuivre leurs efforts une fois le programme terminé. » ■



Selon les chiffres de 2002 de l'Organisation mondiale de la santé, les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité dans le monde.

TROIS FACTEURS DE RISQUE JOUENT UN RÔLE PRÉPONDÉRANT :

- le tabagisme ;
- l'hypertension ;
- l'hypercholestérolémie.

EN SUISSE, LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES SONT À L'ORIGINE DE :

- **40% des décès**, soit plus de 24'000 morts par année ;
- **10% des cas d'invalidité** par suite de maladie chez les hommes et **4% chez les femmes** ;
- **15% des consultations médicales** ;
- **13% des hospitalisations chez les hommes** et **9% chez les femmes**, soit 137 000 séjours à l'hôpital par année.

* Chiffres et facteurs publiés en 2004 par CardioVasc Suisse, un programme national et interdisciplinaire visant à lutter contre les maladies cardiovasculaires.

CefarCompex

TENS

Cefar BASIC

La réponse à vos douleurs,
sans médicaments.

Pris en charge par
les assurances maladie



Pour plus d'informations :
021 695 23 72

Compex Médical SA
CH-1024 Ecublens

www.cefarcplex.eu

CefarCompex a DJD brand



Annick Jeanmairret face à son médecin

C'est la reine des fourneaux et des petites recettes maison, Annick Jeanmairret. Avec son émission *Pique-Assiette*, dont une nouvelle saison sera diffusée sur la TSR les vendredis dès octobre prochain, elle a envahi les cuisines romandes. Pour le plus grand bonheur des gourmands. A l'heure de l'alimentation bio et autres étalages «weightwatchers», fait-elle pour autant attention à sa santé? Rencontre entre deux courgettes au thym avec cette passionnée de cuisine méditerranéenne.

PROPOS RECUEILLIS PAR MICHAEL BALAVOINE

On imagine toujours des présentateurs d'émissions gastronomiques avec un physique enveloppé. Pas vous. Avez-vous une recette miracle?

Pas du tout. Ce sont plutôt les Anglo-saxons qui ont une approche fonctionnel de la nourriture. Pour moi, ce qui compte, c'est le plaisir et le goût. Ma cuisine est plutôt méditerranéenne. Même si je connais les vertus de certains aliments, ce n'est pas pour cela que je les choisis. Je fais mes plats selon mes goûts et c'est ce qui me plaît.

Et suivre les conseils de ses papilles, cela suffit-il pour être en bonne santé?

En ce qui me concerne, oui. Je suis rarement malade et je pense que mon hygiène de vie et ma façon de me nourrir y sont pour beaucoup. On est ce que l'on mange dit le proverbe : j'y crois et, chez moi, cela fonctionne plutôt bien.

Mais vous allez quand même chez le médecin?

Comme toutes les filles, je vois

régulièrement un gynécologue ! Et j'ai eu un problème de thyroïde, il y a une dizaine d'années. J'ai donc consulté un endocrinologue pendant un certain temps.

Quelles qualités recherchez-vous chez un médecin?

De la disponibilité et de l'écoute avant tout. Comme j'ai une petite tendance hypocondriaque, j'aime pouvoir contacter mon médecin quand je le souhaite. Et il est très important qu'il me prenne au sérieux et se donne la peine d'échanger. J'ai un nouveau médecin traitant depuis peu de temps. La première fois que je l'ai vu, je lui ai expliqué que je pensais avoir un cancer de l'estomac et une tumeur au cerveau. Il n'a pas bronché et nous avons discuté pendant une heure. Construire ce type de relation avec son médecin, voilà ce qui me semble primordial.

De façon plus générale, comment voyez-vous le corps médical en tant que profession?

Très honnêtement, je ne voue pas un respect sans bornes à la



MAGALI GIRARDIN

“ On est ce que l'on mange dit le proverbe : chez moi, cela fonctionne plutôt bien.”

parole médicale. Beaucoup de gens autour de moi croient encore au fameux « le médecin a dit ». Or, la médecine n'est pas une science exacte ! J'aime quand mon urologue me dit : « vous savez, c'est mystérieux ». Cette forme d'humilité est essentielle. Le but est de guérir, les médecins font le maximum pour cela, mais parfois ce n'est pas possible et il faut le reconnaître.

Et que pensez-vous du système de santé ?

Il est excellent mais trop cher, surtout pour les personnes de la classe moyenne comme moi. Ce qui me dérange par-dessus tout, ce sont les distorsions qui existent entre les plus démunis et ceux qui gagnent très bien leur vie. Une personne qui perçoit 150 000 francs par année devrait payer sa prime un peu plus chère qu'une personne qui en gagne deux fois moins. Ce qui me plairait, ce serait un système plus égalitaire. ■



En suisse comme dans d'autres pays européens, la consommation de substances psychoactives chez les jeunes reste préoccupante. Que ce soit à cause de l'alcool, du cannabis ou d'autres substances, telles que l'extasy, la cocaïne ou l'héroïne, les jeunes placent notre société face à un problème médico-social difficile à résoudre.

ADAPTATION : MALKA GOUZER

DEP-ADO

Dépister la consommation de substances chez les adolescents

Bien qu'une baisse des consommations d'alcool, de cannabis et de tabac ait été notée depuis 2003, les chiffres restent néanmoins alarmants. En 2006, 34,2% des écoliers et 26,8% des écolières âgés de quinze ans reconnaissent avoir déjà consommé du cannabis. Quant à l'alcool, ils étaient 26,2% d'écoliers et 23% d'écolières âgés de quatorze ans à en consommer (voir www.sucht-info.ch). Il y a 40 ans, ces pourcentages étaient quasiment nuls. La situation actuelle doit toutefois être relativisée. Les expérimentations et les premières ivresses sont le propre de l'adolescence (sports extrêmes, première expériences sexuelles...) et la prise de substances s'inscrit dans cette dynamique.

D'autre part, des études montrent une augmentation de l'usage du cannabis "sans suite". Enfin, les consommations de substances on-

tendance à s'éteindre avec l'âge et l'installation dans la vie adulte.

Comprendre pourquoi la jeunesse d'aujourd'hui est attirée par les paradis artificiels est un sujet complexe qui nécessite la prise en considération de plusieurs paramètres, tels que la génétique, l'environnement, l'éducation, les croyances (la religion) et les politiques d'un pays donné. Ce qui est néanmoins certain, c'est que les conséquences de la consommation de substances psychoactives chez les jeunes est néfaste tant sur un plan individuel que social. Hormis les répercussions que ce genre de pratique engendre sur le développement et l'épanouissement personnel de l'adolescent, la consommation de substances psychoactives donne lieu à des dépendances physique et psychique qui peuvent aller

jusqu'à l'inadaptation du sujet au monde du travail actuel, voire à la mort.

DEP-ADO: DÉPISTAGE ET INTERVENTION

Afin de minimiser les effets de ce phénomène inquiétant, des stratégies de prévention ont été mises en place. Elles se fondent sur des études menées dans divers pays.

Parmi elles, le DEP-ADO, un questionnaire ayant pour but de diagnostiquer la consommation problématique de substances psychoactives chez les jeunes de douze à dix-huit ans. Mis au point au Québec en 2004, il a ensuite été validé en Suisse francophone.

Ne prenant qu'une dizaine de minutes à remplir, la grille de dépistage DEP-ADO permet de détecter le profil du sujet par le biais de trois catégories, soit: feu vert, feu jaune et feu rouge.

“Ne prenant qu’une dizaine de minutes à remplir, la grille de dépistage DEP-ADO permet de détecter les problèmes de substances chez un ado.”

• Un peu ou pas du tout : feu vert

Le feu vert réunit les sujets ne démontrant a priori aucun problème de consommation de substances psychoactives. Ces adolescents ne nécessitent donc pas d'intervention spécifique, mais peuvent néanmoins se renseigner, s'ils le désirent, sur les risques et conséquences de cette consommation ainsi que sur les mesures préventives à prendre en cas de besoin.

• Beaucoup : feu jaune

Le feu jaune rassemble les sujets démontrant une consommation de substances psychoactives étant jugée problématique ou en voie de le devenir. Dans ces cas, une intervention brève est proposée au cours de la consultation.

• À la folie : feu rouge

Le feu rouge regroupe les sujets révélant une consommation de substances psychoactives problématique et à haut risque. Une nouvelle consultation est programmée afin de dresser un bilan plus spécifique sur la nature des problèmes de l'adolescent. Cette évaluation permet de lui proposer un traitement correspondant à son profil spécifique et/ou à le guider vers un service spécialisé en matière de dépendance.

EFFICACITÉ DU DÉPISTAGE

Bien que le questionnaire DEP-ADO ne constitue pas une solution miracle à la consommation de substances chez les jeunes d'aujourd'hui, il offre un outil efficace permettant de lutter contre les conséquences néfastes de ce phénomène social.

Sur un échantillon de 96 adolescents ayant pratiqué le test DEP-ADO au cours d'une période de quatre mois, 21% ont été identifiés comme présentant une consommation problématique de substances (= feu jaune et feu rouge).

L'adolescence est une période d'instabilité émotionnelle où les choix de vie peuvent être irréversibles. C'est pour cette raison qu'un dépistage annuel de ces problématiques est recommandé par l'Académie américaine de pédiatrie. C'est le but du questionnaire DEP-ADO : il serait bien que, en Suisse, tous les jeunes de douze à dix-huit ans consacrent une dizaine de minutes de leur temps à le remplir... ■

*source: «*J'te dis si tu m'demandes*» Repérage de la consommation de substances auprès d'adolescents et jeunes adultes; Rev Med Suisse 2010; 6 : 1242-5;

Drs Véronique de Germond-Burquier, Dagmar M. Haller et Françoise Narring Unité Santé Jeunes, Département de pédiatrie HUG

COMMENT OBTENIR LE QUESTIONNAIRE DEP-ADO

Le questionnaire DEP-ADO est disponible auprès de votre médecin traitant. Une étude en Suisse a montré que les jeunes qui prennent des risques (tabac, cannabis, sexualité) ne consultent pas moins le médecin de famille que les autres : plus de 75% d'entre eux ont au moins un contact par année avec un médecin**.

Si pour des raisons diverses, ce contact n'a pas lieu d'être, le jeune peut également se rendre à l'unité et consultation Santé Jeune de l'Hôpital universitaire de Genève.

Le questionnaire est également disponible sur le site www.risqtoxico.ca/risq/www/dep_ado.php, mais son utilisation requiert une formation spécifique pour analyser et interpréter les résultats de façon pertinente.

** Opportunities for prevention in primary care in a country with universal insurance coverage; J Adolesc Health 2008; 43:517-9; Haller DM, Michaud PA, Suris JC, et al.

Antalgiques au naturel

Publireportage

Face à des douleurs multiples par leur siège, leur nature et leur intensité, chaque patient réagit individuellement en fonction de ses facteurs génétiques et de son psychisme. La physiologie de la réaction inflammatoire peut varier par conséquent d'un individu à l'autre et son intensité est fonction de la susceptibilité individuelle.

La **phytothérapie** offre une **complémentarité intéressante** à la médication classique sous diverses formes galéniques. L'utilisation des plantes tenait déjà une place majeure dans les thérapies antiques. Les textes de Pline l'Ancien relatent les propriétés analgésiques de très nombreux arbres ou arbustes. Le fresne et l'érable soulagent les douleurs du foie. Le peuplier a une « écorce en boisson (...) bonne pour la coxalgie (...), le suc des feuilles chaud pour les douleurs d'oreilles. » [Livre XXIV, 47]

Le **cassis** ou **groseillier noir** (*Ribes nigrum* L.), est en particulier une plante moderne et très ancienne, dont les propriétés médicinales caractérisent une activité anti-inflammatoire, anti-arthritique et anti-dégénérative. Son activité anti-inflammatoire complexe dose-dépendante se manifeste deux à quatre heures après l'administration, et s'explique par son action inhibitrice enzymatique, par la stimulation de l'hydroxylation

de la proline et surtout l'inhibition de la voie de l'acide arachidonique. Outre son activité analgésique, le cassis offre une protection de la paroi capillaire du fait de la présence des OPC (oligomères proanthocyanidiques) et de l'activité vitaminique P et C.

Citons également le **curcuma** (*Curcuma longa* L.) dont les propriétés anti-inflammatoires ne sont plus à démontrer. Le mécanisme d'action le plus fréquemment invoqué est la diminution significative des prostaglandines. Relevons surtout l'action inhibitrice des curcuminoïdes sur la transformation du NO en peroxy-nitrite et nitrite, métabolites délétères au niveau vasculaire et de l'ADN cellulaire. Notons que la biodisponibilité du curcuma est favorisée par la prise concomitante de la pipérine présente dans le poivre noir.

Simon Reboh, Ph.D
Chief Pharmacist – Homeopath SSMH
Rue St-Pierre 4 – CH – 1003 Lausanne
T : 021 331 29 00 – F : 021 331 29 01
www.sensu.ch



Les antalgiques sont l'une des classes de médicaments les plus consommées dans le monde. Pourtant, ces substances ne sont, de loin, pas anodines. Même en automédication, elles comportent des risques que les patients ne mesurent pas toujours.

Antalgiques en automédication : soyez vigilants !

ADAPTATION* : ÉLODIE LAVIGNE

Quelle soit sourde, irradiante, aiguë ou lancinante, la douleur devient parfois si difficile à supporter qu'elle mène inévitablement vers l'armoire à pharmacie dans le but de trouver de quoi y mettre fin. Les antalgiques, véritables armes contre le mal, font partie des médicaments les plus utilisés au monde. Selon une étude réalisée en 2002 aux Etats-Unis, 83% des 4263 personnes interrogées ont affirmé y avoir eu recours lors de l'année écoulée, dont 15% d'entre elles ont rapporté une prise quotidienne. En tête des substances les plus fréquemment absorbées figurait l'ibuprofène (chez 38% des sondés), suivi du paracétamol (33%), des produits à base d'aspirine (16%) et du naproxène sodique (9%). Chez les jeunes adultes, ce sont les lombalgies et les céphalées qui conduisent le plus souvent à



recourir à ces substances, tandis que chez les plus de 65 ans, il s'agit des douleurs causées par l'arthrose et des atteintes rhumatismales inflammatoires. Cette classe d'âge est d'ailleurs particulièrement concernée par la consommation d'antalgiques – celle-ci augmentant avec l'âge – et les risques qui y sont associés. Dans les pays développés, on estime même que 20 à 30% des seniors en ont avalé à un moment donné.

En Suisse, on assiste à une pression constante des patients de pouvoir se procurer des médicaments sans devoir consulter leur médecin. Ainsi, de nombreuses préparations, autrefois délivrées sur ordonnance, sont désormais remises sur conseils des professionnels de la santé (pharmaciens ou droguistes). En pratique, cela revient à un usage en automédication, qui n'est pas

sans péril.

Pour lutter contre la douleur, on trouve, en vente libre (catégories C ou D) : l'aspirine (500 mg), le paracétamol (500 mg), l'ibuprofène (200 et 400 mg), le diclofénac (12,5 et 25 mg), le naproxène sodique (220 mg) ou encore la codéine (20 mg, dans l'indication antitussif). Lorsqu'ils sont pris pendant de courtes périodes et aux doses recommandées, ces remèdes sont en général bien tolérés. Pour autant, ces substances ne sont pas inoffensives et peuvent avoir des conséquences néfastes sur l'organisme. Un emploi banalisé et la méconnaissance de leurs effets toxiques n'y sont pas étrangers. C'est ce que confirme une étude qui a révélé que 49% des consommateurs d'antalgiques (en automédication) n'étaient pas inquiets face aux éventuels effets indésirables et

“Les antalgiques font partie des médicaments les plus utilisés au monde, mais leur consommation n'est pas sans risques.”

que 30% pensaient qu'il y avait moins de risques avec ce type de médicaments en automédication que sur prescription. Par ailleurs, 44% prenaient des doses plus importantes que celles indiquées sur l'emballage.

TOXICITÉ ET SURDOSAGE

Prenons l'exemple du paracétamol, qui fait partie des antidouleurs les plus courants. Sa consommation, si elle est mal gérée, peut entraîner des effets toxiques, notamment au niveau du foie. Cette substance dispose en effet d'une marge thérapeutique étroite, ce qui signifie que l'écart entre la concentration nécessaire pour obtenir un soulagement et celle qui est nocive est faible. Or, il faut savoir que le paracétamol entre également dans la composition de différentes préparations contre le refroidissement, vendues sans ordonnance. Le risque de toxicité hépatique par surdosage est de

ce fait d'autant plus grand. Aux Etats-Unis, 30 000 hospitalisations (dont la moitié est accidentelle) par année sont dues à un surdosage en paracétamol. Une limitation de la dose et du nombre de comprimés par emballage n'ont qu'une efficacité relative sur l'incidence et la gravité de tels cas.

EFFETS SECONDAIRES ET INTERACTIONS

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), quant à eux, peuvent causer des dommages au niveau gastro-intestinal, cardiovasculaire ou rénal. Ces conséquences néfastes sont souvent méconnues et peuvent dès lors se traduire par des comportements à risque, en particulier chez certaines catégories de la population (statut socio-économique bas). Les personnes âgées et celles qui souffrent d'hypertension artérielle, de maladie du cœur ou encore

de diabète sont elles davantage exposées à une élévation de la tension artérielle, à des épisodes de décompensation cardiaque ou à une insuffisance rénale aiguë, liés à la prise d'AINS. Sans compter que les interactions avec d'autres médicaments sont potentiellement nombreuses. Le fait que ces malades suivent en parallèle d'autres traitements (à base par exemple de corticoïdes, d'anticoagulants, etc.) augmente encore ces risques. Informer le médecin de façon exhaustive des médicaments absorbés peut mettre à l'abri de graves complications.

La prise d'antalgiques est également susceptible de mener à une dépendance. Ce genre de phénomène existe notamment chez les personnes sujettes à des maux de tête chroniques (céphalées de tension, migraines, sinusites chroniques). Une absorption régulière (pendant au moins quinze jours par mois durant

plus de trois mois), quelle que soit la substance analgésique, les expose à des céphalées par abus médicamenteux. Pour limiter la dépendance et l'aggravation des troubles lors du sevrage, les médecins préconisent un dépistage à l'aide d'outils utilisés pour détecter une addiction psychologique à des drogues. Prendre des antidouleurs en automédication, quels qu'ils soient, doit donc faire l'objet d'une vigilance étroite afin de ménager sa santé. ■

**source: Antalgiques en automédication: quels sont les risques?*

Rev Med Suisse 2010 ; 6 : 1338-41
Dr Rebecca O'Hayon Naïm Clinique de Carouge; Dr Monica Escher Service de pharmacologie et toxicologie cliniques, Département d'anesthésiologie, de pharmacologie clinique et des soins intensifs, HUG.

LE DUO RECOMMANDÉ POUR VOS SOINS DE LA PEAU

CUREA® soft hydrate et lisse la peau sèche ou irritée. Soigne efficacement et durablement aussi en cas de dermatoses d'usure ou d'eczémas.

Contient de l'urée (hydratant), du bisabolol végétal (calmant), de l'extrait végétal de prêle (raffermissant, calmant), de l'huile de germe de riz (soigne et protège grâce à ses acides gras essentiels et son vitamine E).

PHYSIODERM® crème restaure l'équilibre lipidique et soigne la peau en profondeur aussi en cas de dermatoses d'usure ou d'eczémas.

Contient de l'huile de ricin (soigne grâce à ses acides gras essentiels), de la lecithine (végétale, hydrate et protège contre l'oxydation), de l'acide lactique et citrique (restauration du milieu protecteur acide).



Changer de caisse-maladie : les précautions à prendre

TEXTE : PHILIPPE BARRAUD

Avec le retour de l'automne tombent les nouvelles primes d'assurance maladie, et les surprises fâcheuses sont plus fréquentes que les bonnes nouvelles. De nombreux assurés tentent alors d'abaisser la charge financière de leur assurance maladie en changeant de caisse. A cet effet, plusieurs sites internet leur proposent d'utiles comparatifs*. Encore doivent-ils veiller à ne pas commettre d'erreurs, et savoir déjouer les manœuvres des caisses-maladie pour leur vendre d'autres produits!

Le point avec Véronique Matthey, juriste, adjointe au Secrétaire général de la Société vaudoise de médecine.



Véronique Matthey est juriste à la Société vaudoise de médecine.

1. Respectez les délais. Les nouvelles primes seront rendues publiques à la fin du mois d'octobre. A partir de là, les assurés disposent d'un délai d'un mois, jusqu'au 30 novembre, pour résilier leur assurance de base en cours. Attention!

Ce n'est pas le cachet de la poste qui fait foi, mais la date de réception du courrier par l'assurance! On veillera donc à ne pas attendre le dernier moment pour agir. Et pour assurer le coup – si l'on ose dire – Véronique Matthey préconise l'envoi d'une lettre en courrier A, doublée d'un pli recommandé. Cette année, le 30 novembre tombe un mardi. Il sera donc judicieux d'envoyer ces courriers au début de la semaine précédente.

2. Exercez vos droits. En assurance de base, la couverture est strictement la même dans toutes les caisses. L'assuré peut donc ne s'intéresser qu'au montant de la prime, il ne sera pas préterité quant à la prise en charge de ses dépenses de santé. Changer de caisse pour l'assurance de base est un droit, qui n'admet aucune limite, ni d'âge ni de santé. Ainsi, même si vous êtes un malade chronique âgé, la caisse à laquelle vous demandez votre affiliation a l'obligation de vous accepter. Résistez donc aux pressions et aux tentatives de dissuasion que certaines caisses exercent sur ce qu'elles appellent les «mauvais cas».

Le nouvel assureur que vous avez choisi doit confirmer votre affiliation par écrit, à vous-même et à votre ancien assureur. S'il ne le fait pas, ou laisse traîner le dossier, il devra assumer les dommages, en l'occurrence la différence de primes que vous aurez dû subir. Dans tous les cas, vous êtes assuré, même si le nouvel assureur tarde : en effet, votre ancien assureur est tenu de vous couvrir jusqu'à l'entrée en force du nouveau contrat.

3. Ne répondez pas à des questions invasives. Les assureurs profitent des changements de caisse pour tenter de vendre des assurances privées (complémentaires) aux nouveaux clients, en leur envoyant un courtier. Ces assurances peuvent être indiquées selon votre situation et vos désirs, mais elles peuvent aussi être inutiles et coûteuses. Or, pour demander une couverture complémentaire, vous devez répondre à un questionnaire approfondi. Si vous ne voulez que changer d'assurance de base, refusez de répondre à toute question sur votre état de santé : le demander est illégal. Et comme les informations circulent entre assurance de base et assurances privées (bien que ce soit illégal), n'alimentez pas inutilement des fichiers à votre désavantage.

4. Assurance de base ici, complémentaires ailleurs. Si vous avez votre assurance de base et vos assurances complémentaires dans la même caisse, vous avez le droit de ne changer que d'assurance de base. Dans ce cas, on peut vous facturer des frais administratifs sur les complémentaires, mais au maximum 50% de la prime de ces dernières.

5. Complémentaires : prudence! Les conditions pour changer de caisse dans le domaine des assurances complémentaires sont plus délicates, puisqu'une caisse peut vous refuser ces prestations, sur la base d'un questionnaire détaillé. Contrairement à ce qui se passe pour l'assurance de base, le demandeur ne peut pas refuser de répondre aux questions, ni donner des réponses fausses, sous peine de se voir éventuellement refuser la prise en charge de ses factures.

Il serait très imprudent de résilier des assurances privées avant d'avoir un nouveau contrat signé en mains. C'est particulièrement vrai pour les personnes ayant dépassé la cinquantaine, ou pour les personnes ayant une histoire médicale lourde. ■

* Certains touchent une ristourne des assurances maladie.



www.aurajob.ch



EXPERT EN RECRUTEMENT D'EXPERTS

**Avec Aura Ressources Humaines,
Vos envies professionnelles
deviennent réalité.**

**1201 Genève • rue Michel-Roset 2
+ 41 22 318 86 86 • 24 / 24 + 41 79 628 03 26**

Plan 
Laboratoires



Stomacine[®]



Le traitement en cas de:

**Ballonnements
Manque d'appétit
Sensation de réplétion**

Médicament spécifiquement indiqué
pour les troubles fonctionnels de l'estomac
grâce à 3 plantes (condurango, cardamome,
quassia) et une enzyme digestive (pepsine).

Pour de plus amples informations, veuillez consulter le Compendium
Suisse des Médicaments.

www.laboratoiresplan.com

Laboratoire pharmaceutique Suisse depuis 1918



Clinique de
La Source
Lausanne



La qualité au service de votre santé



**Tous traitements
chirurgicaux et
médicaux - maternité**

Etablissement privé de 150 lits

Centre d'urgences médico-chirurgicales 7j/7
Présence d'un médecin anesthésiste FMH, 24H/24
Unité de soins intensifs
Centre de cardiologie interventionnelle
Centre ambulatoire/Endoscopie
Institut de radiologie (I.R.M., CT-SCAN, PET-CT)
Institut de radio-oncologie
Laboratoires
Institut de physiothérapie