

Planète Santé

N09

— DU MÉDECIN AU PATIENT

SANTÉ

Obésité et fertilité

INITIATIVES

Réformer
l'assurance-maladie



ÉLECTIONS + FÉDÉRALES

LE CHOIX
DES MÉDECINS

ELECTIONS FÉDÉRALES: LE CALME AVANT LA TEMPÊTE



PAR MICHAEL BALAVOINE

Etrange pour ne pas dire bizarre. Le petit monde de la santé, habituellement si enclin à se chauffer durant l'automne, semble couler des jours heureux. Le conseiller fédéral Didier Burkhalter a en effet annoncé une hausse modérée des primes d'assurance et, cerise sur le gâteau, une évolution plutôt stable des coûts de la santé. Du jamais vu pour ainsi dire : on dispose de chiffres avant la fin de l'année écoulée !

Evidemment, tout cela est bien trop beau pour être vrai. Car si tout va pour le mieux dans le meilleur des mondes, c'est que l'on vote le 23 octobre prochain. Elections fédérales obligent : personne du côté du pouvoir comme de celui des assurances n'a intérêt à ce que la population s'intéresse de trop près aux problèmes d'un système au bord de la crise.

Et pourtant, entre réseaux de soins intégrés et nouvelle tarification hospitalière, dieu sait qu'ils sont nombreux les chantiers en cours qui promettent de bouleverser la prise en charge et le traitement des malades suisses du XXI^e siècle. Pour le meilleur ? Rien

n'est moins sûr à en croire les résultats de notre sondage (*voir notre dossier, pages 4 à 11*) auprès des médecins romands. La plupart d'entre eux accueillent avec scepticisme une myriade de réformes censées tout à la fois améliorer le sort du patient, réduire les coûts et garantir la qualité de l'art de soigner. La méfiance du corps médical contraste fortement avec le discours angélique distillé par l'institution fédérale. Un signe parmi d'autres qui devrait rappeler à ceux qui pensaient y échapper une règle météorologique indiscutable : à un automne électoral clément succède toujours un hiver glacial. ■

PUBLICITÉ

reactiv
le fitness pour femmes

simple · facile · rapide

Forme et santé
en **30 minutes !**

Séance d'essai gratuite
sur rendez-vous

Un circuit training où s'alternent toutes les 30 secondes des exercices cardiovasculaires et musculaires sans charge à manipuler et sans réglage, qui vous permettra de brûler **jusqu'à 500 calories par séance.**

Reactiv convient à toutes celles qui souhaitent non seulement perdre du poids, remodeler leur silhouette, mais aussi améliorer leur condition physique et leur état de santé.

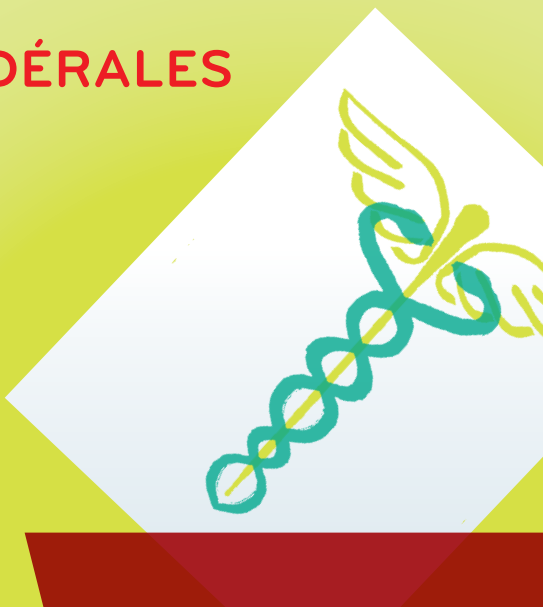
Vous êtes débutante ou sportive confirmée, jeune ou moins jeune, vous trouverez ou retrouverez le **plaisir** de faire du sport avec Reactiv.

www.reactivgeneve.ch

DOSSIER ÉLECTIONS + FÉDÉRALES

- Sondage auprès de 500 médecins romands
- Analyses
- Réactions de candidats

4 - 11



POLITIQUE DE SANTÉ

12 Deux initiatives pour réformer l'assurance-maladie

14 Cercles de qualité : quand médecins et pharmaciens collaborent

REPORTAGE

16 Cabinet de groupes : la nouvelle tendance



LES MÉTIERS DE LA MÉDECINE

Sage-femme



SANTÉ

26 Endurance intensive : mauvais pour la pompe

28 L'obésité : un poids pour la fertilité

DROIT

30 Les droits des proches d'un malade

Planète Santé

IMPRESSUM

Rédaction

Rédacteur en chef
Michael Balavoine

Rédacteurs
Philippe Barraud
Elodie Lavigne

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

Graphisme / illustration

Bruno Charbonnaz - www.giganto.ch

Photographie

Romain Graf

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 neuchâtoise de médecine
- la Société médicale du canton du Jura

Fiche technique

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

Rectificatif concernant l'article sur la clinique du Noirmont «Au cœur de la réadaptation cardiovasculaire» paru dans le numéro spécial de Planète Santé d'octobre 2010. Cédric Bossart, directeur de la clinique, tient à préciser :

“La structure coopérative à but non lucratif de la clinique permet à tous les partenaires – dont les caisses-maladie qui sont les principaux sociétaires – de profiter de prestations de haut niveau à des conditions très compétitives, puisque le prix d'une journée en division commune est environ 50% moins élevé que dans le centre de réadaptation cardiovasculaire le plus cher de Suisse.”

ÉLECTIONS FÉDÉRALES

DOSSIER RÉALISÉ PAR PHILIPPE BARRAUD

SONDAGE

Les réformes du système de santé passent mal auprès des médecins

Le sondage réalisé par Planète Santé auprès de 487 médecins romands en vue des élections fédérales du 23 octobre prochain est on ne peut plus clair : les relations entre les médecins d'une part, l'Etat et les caisses maladie d'autre part, se sont dégradées de manière dramatique au cours des dernières années. La perte de confiance envers ces institutions est manifeste, et le malaise des praticiens quant à l'avenir dans leur profession est palpable.

Or, les choses pourraient se dégrader encore avec la mise en place de deux réformes en profondeur du système de santé suisse, le *managed care* d'une part, et le nouveau système de financement des hôpitaux (les DRG), d'autre part - des réformes dont les praticiens doutent de l'efficacité. Ce qui est sûr, c'est que ces mesures imposeront des changements profonds dans le métier même du médecin, dont l'autonomie a déjà fortement diminué, et bien entendu dans ses relations avec l'Etat et les assurances.

Voir les médecins réclamer à 84% une séparation des tâches d'assurance de base et d'assurances privées, et à près de 62% une caisse unique, est en soi symptomatique.

Et le patient dans tout cela ? Selon les médecins, la prise en charge des patients se dégradera avec les DRG, dans la mesure où l'économicité de cette prise en charge sera l'élément prépondérant. Autrement dit, il y aura les patients qui rapportent, et ceux qui coûtent ! De plus, le secret médical sera de plus en plus vidé de sa substance face aux caisses maladie, et cela non plus, n'est pas une bonne nouvelle pour les patients. ■

MAIS DE QUOI PARLE-T-ON, AU JUSTE ?

Les réformes du système de santé portent pratiquement toutes des noms anglo-saxons, le monde francophone n'ayant pas pris la peine de trouver des équivalents. De quoi rendre les choses encore plus incompréhensibles pour le patient-assuré - même s'il a des notions d'anglais d'ailleurs !

Le *managed care* est un système de gestion rigoureuse de la délivrance des soins médicaux couplée à son financement, dans le but de réduire ou de contenir leur coût. Le *managed care* est donc un partenariat entre fournisseurs de soins et financeurs (assureurs). Ceux-ci utilisent différents moyens pour restreindre les dépenses. Dans la pratique, le *managed care* appliqué aux patients implique leur participation à un HMO (réseau de soins) ou à un système dit du "médecin de famille", le but

étant de réduire les consultations tous azimuts.

SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) est le nouveau système tarifaire de rémunération des prestations hospitalières en soins somatiques aigus. Il règle de manière uniforme l'indemnisation des prestations hospitalières selon les forfaits par cas. Dans ce système, chaque séjour hospitalier est classé dans un groupe de pathologies et indemnisé de manière forfaitaire sur la base de critères définis, comme le diagnostic principal, les diagnostics supplémentaires, les traitements et le degré de sévérité. Une des caractéristiques du système est que la durée de l'hospitalisation ne joue plus un rôle prépondérant. L'introduction de SwissDRG dans toute la Suisse aura lieu au 1er janvier 2012.

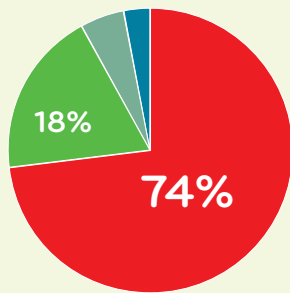
QUESTIONS SUR LES ASSURANCES

↓ Avec les assureurs, des relations dégradées

Pratiquement les trois-quarts des médecins estiment que leurs rapports avec les assureurs se sont dégradés au cours des dernières années : c'est une tendance lourde. Et si 18,6% estiment qu'ils sont restés inchangés, cela ne signifie pas nécessairement qu'ils sont restés bons. Reste à savoir si, et cas échéant comment, les partenaires pourraient remédier à ce climat fortement conflictuel.

Jugez-vous qu'au cours des dix dernières années, vos rapports avec les assureurs-maladie se sont plutôt :

- Améliorés (11 ≈ 3%)
- Dégradés (286)
- Restés inchangés (72)
- Sans réponse (19 ≈ 5%)

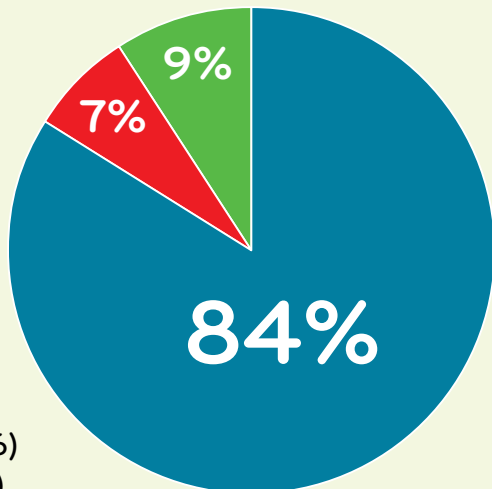


↓ L'assurance de base doit être séparée des assurances privées

Le résultat du sondage est très clair sur cette question : une écrasante majorité de médecins (84%) plaide pour que l'assurance de base obligatoire soit gérée de manière complètement séparée des activités privées d'assurances. L'assurance de base, qui est obligatoire, doit obéir à une logique totalement différente de celle qui régit les assurances privées, sans que des interférences se produisent entre les deux activités, comme c'est le cas aujourd'hui.

Soutenez-vous l'initiative des médecins qui visent à séparer la pratique de l'assurance de base de l'assurance complémentaire ?

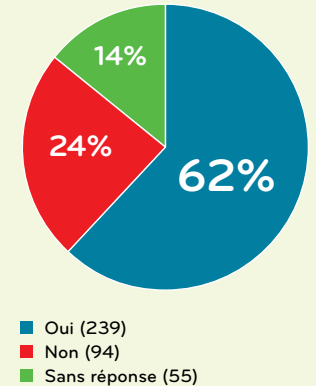
- Oui (326)
- Non (27)
- Sans réponse (35)



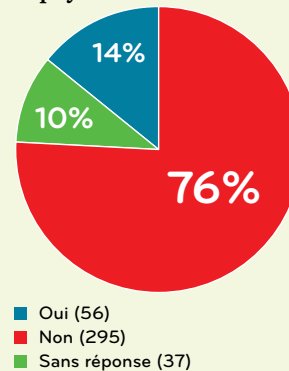
→ Un soutien clair, mais plus réservé, à l'idée d'une caisse unique

62% des médecins interrogés soutiennent l'idée d'une caisse maladie unique, telle que préconisée par l'initiative du parti socialiste suisse. Ceci montre bien que pour les médecins romands, les activités d'assurance-maladie doivent absolument changer, quelle que soit la manière, modérée selon l'initiative des médecins, plus radicale selon celle du PSS.

Soutenez-vous l'initiative du parti socialiste visant à créer une caisse unique ?



Jugez-vous que l'Etat dans sa globalité joue son rôle en tant que régulateur entre prestataires de soins et payeurs ?



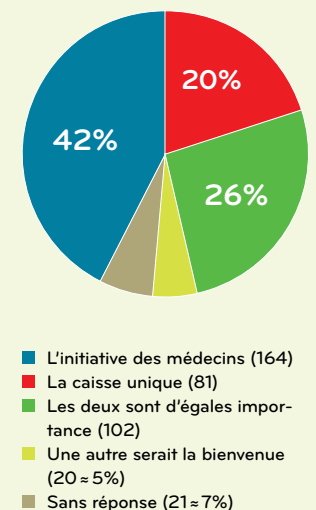
← L'état ne joue pas son rôle de régulateur

Ces résultats, qui montrent que trois-quarts des médecins jugent que l'Etat ne joue pas son rôle de régulateur entre prestataires de soins et assureurs, sont inquiétants, et confirment les critiques souvent entendues à l'égard de la politique fédérale en matière de santé : on a laissé la bride sur le cou aux assureurs, qui sont devenus les vrais patrons du système de santé.

→ Assurance-maladie : un fort désir de changement

On voit dans ces réponses que pour un certain nombre de praticiens (26,3%) peu importe l'initiative, pourvu que le changement vienne ! Il apparaît néanmoins que les praticiens ont une préférence pour l'initiative des médecins, qui laisse la porte ouverte à des solutions plus souples.

Entre la caisse unique et l'initiative des médecins, laquelle préférez-vous ?

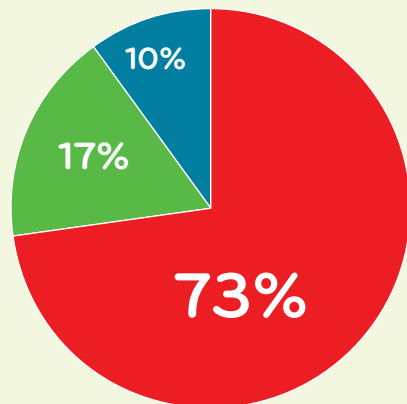


QUESTIONS SUR LE MANAGED CARE

→ **Managed care: un scepticisme résolu**

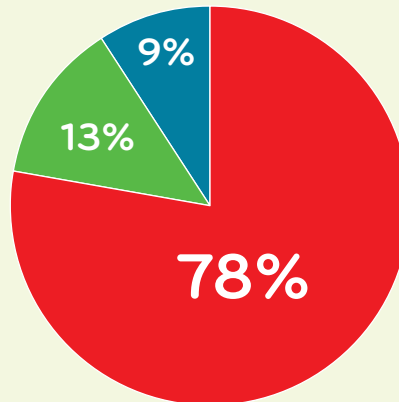
De toute évidence, les praticiens romands ne croient pas que l'introduction du *managed care* permettra de diminuer les coûts de la santé. Seuls 8,8% d'entre eux y croient, tandis que 78,4% sont d'un avis contraire. C'est un problème sérieux, puisqu'une telle réforme suppose que les principaux partenaires y croient.

Pensez-vous que des incitatifs doivent fortement encourager le *managed care* en Suisse?



- Oui (39)
- Non (283)
- Sans réponse (66)

Pensez-vous que l'introduction du *managed care* permettra de diminuer les coûts de la santé?



- Oui (34)
- Non (304)
- Sans réponse (50)

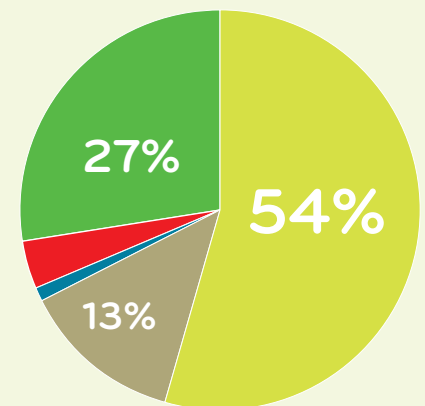
← **Pas d'argent pour des incitatifs inutiles**

Logiquement, puisqu'ils ne croient pas aux vertus du *managed care* les médecins estiment inutile de dépenser de l'argent et de mettre en place des mesures d'incitation pour en favoriser le développement.

↓ **Partenariat médecins-patients pour le managed care**

Mais qui doit être le maître d'oeuvre du *managed care*? Une petite majorité (54,4%) des personnes interrogées croient en un partenariat médecins-patients, tandis que 27,3% estiment que les médecins seuls doivent gérer cette institution. On notera que seuls trois participants au sondage (sur 487) estiment qu'il faut confier le *managed care* aux assureurs. Décidément, ces derniers n'ont pas la cote!

Qui doit organiser, diriger et contrôler le *managed care*?



- Les assureurs (3 ≈ 1%)
- Les politiques (16 ≈ 5%)
- Les médecins (106)
- Les médecins et les patients (211)
- Sans réponse (52)

PUBLICITÉ

Une thérapie brève ?
L'art-thérapie,
pour re-créer votre vie ...

www.atelier-evolution.ch

Atelier Evolution
Lausanne
076 340 18 44



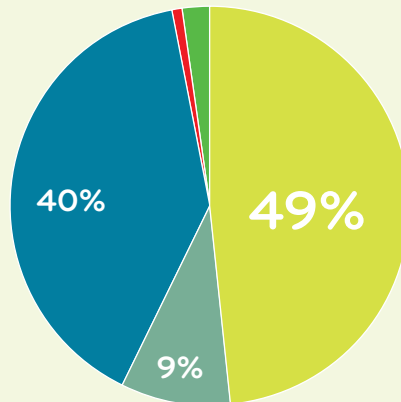
Catherine Starkier
Art-thérapeute diplômée
Membre associé APSAT

QUELLES PRIORITÉS POUR LE MONDE POLITIQUE ?

Nous avons demandé aux médecins de classer, par ordre de priorité, quels problèmes liés au système de santé le monde politique devrait traiter en priorité. En voici le classement détaillé.

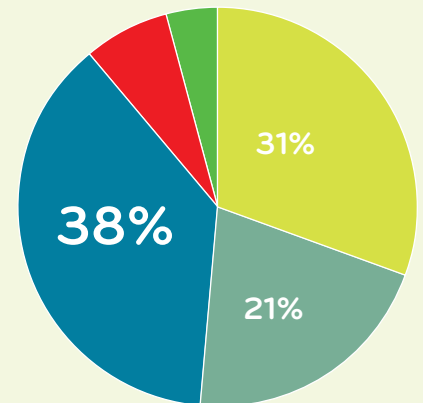
- Encourager la relève
- Empoigner le problème de la garde
- Promouvoir le *managed care*
- Réformer l'assurance maladie
- S'attaquer à la clause du besoin

1 Réformer l'assurance-maladie



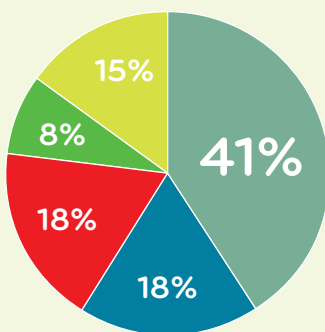
Les médecins ont majoritairement mis en tête de leur classement des tâches auxquelles devraient s'attaquer le monde politique la réforme de l'assurance-maladie (49%).

2 Encourager la relève



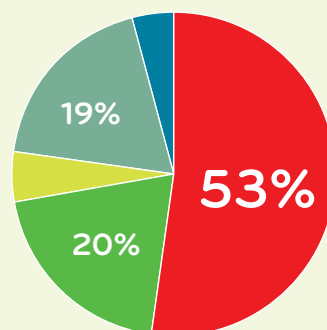
Les médecins ont majoritairement mis en deuxième position de leurs préoccupations en matière de politique de santé l'encouragement de la relève.

3 S'attaquer à la clause du besoin



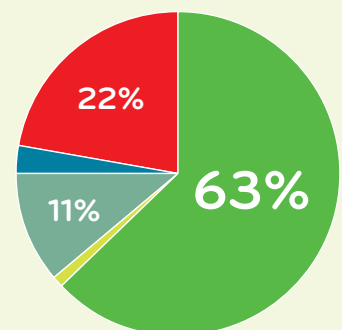
Arrive en troisième position, la définition de la clause du besoin (41%). Les questions de la relève, de la garde et de la réforme de l'assurance-maladie ont été choisies de manière à peu près équivalente à cette position par les médecins.

4 Régler le problème de la garde



Le problème de la garde a majoritairement été placé en quatrième position de leurs préoccupations par les médecins. A cette position viennent ensuite la promotion du *managed care*, et la définition de la clause du besoin.

5 Encourager le *managed care*



Dernier sujet auquel devraient s'intéresser les politiques selon les médecins : la promotion du *managed care* que les médecins placent en cinquième et dernière position à hauteur de 63%.

Thierry Collaud : "Il faut un pilote au niveau fédéral"

PROPOS RECUEILLIS PAR PHILIPPE BARRAUD

Thierry Collaud, docteur en médecine et en théologie, a pratiqué pendant vingt ans la médecine générale. Il enseigne aujourd'hui la théologie morale et l'éthique médicale à l'Université de Fribourg.

Les chiffres de notre sondage sont très tranchés. En êtes-vous surpris ?

Les résultats de ce sondage ne me surprennent pas : laissées à elles-mêmes, les caisses maladie ont pris les rênes du système de santé. Elles sont certes dans une logique financière, on ne peut pas leur demander d'être des philanthropes ; mais l'erreur des politiques a été de laisser les partenaires financiers prendre un poids décisionnel important. L'Etat a trop donné aux assureurs. On gère le système,

on n'invente pas une politique de santé. Or, il faudrait un pilote au niveau fédéral. Il est nécessaire de faire des choix politiques, de prendre des initiatives. Je salue celle initiée par M. Couchepin pour développer une stratégie nationale des soins palliatifs. Il faudrait faire de même dans d'autres domaines, en particulier dans celui des soins à la personne âgée et aux polyopathologies qui l'affectent.

Les caisses maladie ont-elles donc trop de pouvoir ?

On pourrait dire que nous avons donné le manche du couteau aux assureurs pour qu'ils paient et contrôlent. Rien d'étonnant donc à ce qu'ils contrôlent ! Les médecins sont de plus en plus mécontents du système de santé, et de sa logique de plus en plus économique. L'institution des DRG (le nouveau système de financement des hôpitaux, voir Planète Santé No 7) est symptomatique de cette évolution : elle consacre la toute puissance du système financier face aux secrets médicaux - ou plutôt : contre le secret médical. Ce qui permet à la FMH de dire que les DRG signifient la fin du secret médical.

Ce qui affecte aussi le patient...

Oui, On touche là à une des pierres angulaires de l'éthique médicale : jusqu'ici protégée, la sphère formée par le patient et son médecin, est compromise.

On remarque que la pression sur le secret médical s'accroît sans cesse : les médecins ne se trouvent presque jamais dans un partenariat positif avec les assureurs, ils sont constamment sur la défensive. Bref, ils se méfient de tout !

Mais leur métier n'a-t-il pas complètement changé ?

Certes, les médecins ont été peu formés à penser en termes de justice sociale et de partage des ressources : ils ont été longtemps une profession libérale jouissant d'une large autonomie, mais désormais, ils sont les maillons d'une chaîne, ils ont perdu cette autonomie. Ils ont intégré le fait qu'il y a un gâteau de ressources qui est limité, et que par conséquent, il est normal qu'ils donnent des informations sur leur activité et sur leurs patients. Tout le problème est de savoir comment les donner. Il devrait y avoir un mur non poreux entre une caisse-maladie et son médecin-conseil, mais on sait que ce n'est pas le cas.

En quoi les DRG vont-ils affecter les relations médecins-patients ?

Les DRG vont augmenter le souci d'économicité du système : on va tout faire pour que ça coûte moins cher, on va évaluer le patient en fonction de ce qu'il va coûter - ou rapporter. Cela

va induire une perte manifeste au niveau humain, puisque bien entendu, on mettra la pression sur le patient qui coûte.

Laissées à elles-mêmes, les caisses maladie ont pris les rênes du système de santé

La caisse unique, selon les modèles du parti socialiste ou la séparation des assurances privées et publiques prônées par les médecins, sont-elles une solution ?

L'assurance de base et l'assurance privée relèvent de deux logiques totalement différentes. Le rôle de l'Etat est d'offrir à l'ensemble de la population un socle incompressible de soins dus à tous. Si la Suisse se dote d'une caisse unique, celle-ci sera dirigée par un pilote unique, nommé par les politiques et ainsi, on saura clairement ce que l'on veut faire. A mon avis, on ne réfléchit pas assez à ce que l'on doit mettre dans l'assurance de base. Cela devrait faire l'objet d'un débat public.

On voit que les médecins sont largement favorables à la caisse unique. Est-ce une évolution nouvelle ?

L'attitude des médecins face à la caisse unique a évolué en raison des effets pervers du système actuel. Et le fait qu'une caisse comme la SUVA fonctionne à satisfaction joue évidemment un rôle. ■



Charles-Abram Favrod-Coune : "Repenser à fond le système de santé"

PROPOS RECUEILLIS PAR PHILIPPE BARRAUD

Charles-Abram Favrod-Coune, interniste et endocrinologue, est installé à Château-d'Oex. Il est président de la Société médicale de la Suisse romande (SMSR).

Pour Charles-Abram Favrod-Coune, le nouveau système de financement des hôpitaux fondé sur le diagnostic (DRG), qui doit entrer en vigueur en 2012, compromet une valeur essentielle, le secret médical, pour obtenir des résultats secondaires. Et il remarque que l'Etat, en confiant une responsabilité morale à des commerçants, autrement dit les assureurs, s'est discrédité aux yeux des médecins. Il est d'ailleurs rejoint en cela par la majorité des hôpitaux suisses réunis dans H+, qui refusent cet échange d'informations sensibles sans garanties de confidentialité.

Comme la plupart des médecins romands, Charles-Abram Favrod-Coune est favorable à une nouvelle organisation de l'assurance-maladie : "Tout libéral que je suis, je suis convaincu que la santé est devenue une tâche qui doit revenir à l'Etat. Il serait donc logique d'avoir à la fois une caisse d'Etat pour l'assurance de base, et des caisses privées bien séparées pour les assurances complémentaires, sur le modèle que propose l'initiative populaire lancée par les médecins. Pour préserver une certaine liberté, des caisses privées – consacrées uniquement à l'assurance de base – doivent pouvoir se mettre en concurrence avec la caisse principale, comme pour la SUVA."

Pour autant, le médecin de Château-d'Oex ne méconnaît pas les risques d'une telle organisation : l'Etat a tout naturellement tendance à se montrer... Etatiste, et dans le domaine de

la santé, les sociétés médicales sont impuissantes à représenter le contrepoids nécessaire. "Un nombre suffisant de cabinets indépendants est la condition indispensable à un système de santé qui fonctionne, estime-t-il. Parallèlement, il doit y avoir suffisamment d'hôpitaux gérés par l'Etat, mais sans exclure l'existence de structures privées."

L'Etat, en confiant une responsabilité morale à des commerçants, autrement dit les assureurs, s'est discrédité aux yeux des médecins

Mais précisément, on voit que les cabinets indépendants sont menacés, à la fois à cause d'une relève insuffisante, et des pressions de l'Etat sur eux, pressions qui poussent les jeunes médecins à entrer dans des institutions, "où il subsiste du gras", dit le médecin de Château d'Oex, plutôt que de prendre le risque de s'installer.

À quoi bon le *managed care* ? Pour Charles-Abram Favrod-Coune, à mesure que les années passent, le *managed care* présente moins d'intérêt, car ce qu'il promet en termes de collaboration par échange d'informations est fait par d'autres moyens (dossiers électroniques des cabinets, des cliniques et maintenant des hôpitaux publics, formation



on line des revues médicales, sites des sociétés médicales spécialisées internationales, transmission de dossier complet par internet ou CD remis au patient, etc.). Les compétences des médecins en gestion se sont aussi beaucoup accrues, rendant un manager administratif moins utile. Le président de la SMSR constate par ailleurs que le *managed care* n'a pas fait ses preuves aux Etats-Unis, d'où il est originaire, et surtout, que les patients ont tendance à revenir à des formules moins restrictives.

Mais il n'y a pas que le *managed care* pour menacer l'autonomie de la profession médicale : lorsqu'une caisse comme Helsana s'emploie à donner des responsabilités croissantes aux

infirmières et aux pharmaciens lorsque de plus en plus de centrales téléphoniques sont mises en place, même sans médecin au bout du fil, ce sont autant d'attaques frontales contre les médecins de la part des assureurs.

Pour Charles-Abram Favrod-Coune, le parlement qui sortira des urnes cet automne devrait avoir pour tâche prioritaire de repenser à fond le système de santé suisse, autrement dit de reprendre la LAMal à zéro, en remettant les soins en première ligne des préoccupations, et en laissant aux cantons une certaine autonomie. ■



Stéphane Rossini,
conseiller national,
PS, Valais

“Réformer le fédéralisme de la santé”

Faut-il selon vous renforcer le rôle régulateur de l'Etat dans le système de santé, et si oui, comment ?

Le rôle régulateur sous-tend par principe une politique publique garantissant la sécurité sociale. Pour une gouvernance adéquate, dynamique, il convient d'abord de réformer le fédéralisme de la santé. Eclaté, cloisonné, aux responsabilités diluées (Confédération, 26 cantons, communes), aux frontières cantonales désuètes, aux multiples conventions intercantionales et régionales, livré à la concurrence des caisses, il atteint les limites de son efficacité. Sans cohérence et sans pilotage, cette décentralisation est probléma-

tique. Manque d'objectifs communs, de stratégie, de transparence, inégalités de traitement, décisions contradictoires, coordinations insuffisantes nuisent à l'utilisation optimale des ressources. La régulation passe par une gouvernance moderne.

Etes-vous favorable à une séparation stricte des activités liées à l'assurance de base obligatoire, et des assurances privées ?

Oui. La Suisse est le seul pays procédant à un tel mélange des genres, inhabituel dans les systèmes de protection sociale. La confusion entre assurances sociale obligatoire et complémentaire

privée est incongrue. Pour les assurés et les fournisseurs de soins, elle est un casse-tête. De plus, la sélection des risques qui en découle contrevient au principe de sécurité sociale.

Etes-vous favorable à une caisse unique, par exemple sur le modèle de la SUVA ?

Le modèle SUVA fait sens et doit orienter les réformes à long terme. Le lien prévention – indemnité journalière perte de gain maladie – financement des prestations génère l'efficacité. Actuellement, les caisses n'ont aucun intérêt aux économies. ■



Guillaume Barazzone
candidat PDC,
Genève

“L'Etat a les moyens d'agir”

Faut-il selon vous renforcer le rôle régulateur de l'Etat dans le système de santé, et si oui, comment ?

L'Etat a déjà les moyens d'agir. Afin de garantir la transparence d'un système devenu opaque et dans lequel les professionnels de la santé ont perdu confiance, il suffirait simplement que la Confédération utilise les moyens légaux déjà prévus par la loi. Or, il n'y a pas de volonté politique et un grand nombre de parlementaires fédéraux sont sous l'influence des caisses maladie. Cela doit changer.

rés et les médecins réclament à juste titre une transparence de la part des caisses, en vain. L'initiative des médecins permettra de mettre fin aux risques de circulation d'argent et de données sensibles des assurés entre l'assurance de base et privée.

Le nouveau financement des hôpitaux, le Swiss DRG, va vider le secret médical de sa substance, puisque les dossiers médicaux seront transmis aux caisses maladie (et non au médecin-conseil). Que proposez-vous pour protéger la sphère privée des patients ? Faut-il modifier cette clause des DRG ?

Avec le système proposé, les médecins vont devoir se concentrer sur le codage des prestations au détriment

de la prise en charge du patient. Cela dit, il est hors de question de livrer le diagnostic secondaire aux assureurs. Je suis en faveur d'un système de contrôle des données anonymes et par sondage. La proposition des assureurs viole le secret médical et il existe un risque très important que les données soient utilisées par les caisses pour faire une sélection des risques en matière d'assurance complémentaire. Je signale qu'une enquête du préposé fédéral à la protection des données publiée en 2009 relevait que « certains assureurs n'ont ni stratégie pour la protection des données ni règlement relatif au traitement de celles-ci ». ■

Etes-vous favorable à une séparation stricte des activités liées à l'assurance de base obligatoire et des assurances privées ?

Oui. Cela fait des années que les assu-



Fabienne Despot
candidate UDC
Vaud

“Assermenter le personnel des assurances”

Faut-il selon vous renforcer le rôle régulateur de l'Etat dans le système de santé, et si oui, comment ?

La gestion de la couverture de base devrait être surveillée par l'Etat. Il ne doit pas y avoir de zones d'ombre dans la comptabilité de ce marché social. Les cadres devraient être rémunérés selon un barème fédéral, les frais fastueux exclus comme on le fait dans un hôpital public. Le schéma actuel permet des abus de la part des patients qui consultent pour un rien, de la part des médecins qui acceptent de traiter une maladie anodine, de la part des assureurs qui ne se soucient pas de surveiller la consommation des assurés.

Etes-vous favorable à une caisse unique, par exemple sur le modèle de la SUVA ?

La concurrence actuelle entre les caisses est totalement faussée. La caisse unique n'est pas forcément une réponse à ce marché faussé. Une vraie concurrence peut s'établir sur les complémentaires. L'art de l'assureur sera de vendre une assurance de base associée à des complémentaires.

Le nouveau financement des hôpitaux, le Swiss DRG, va vider le secret médical de sa substance, puisque les dossiers médicaux seront transmis aux caisses maladie

(et non au médecin-conseil). Que proposez-vous pour protéger la sphère privée des patients ? Faut-il modifier cette clause des DRG ?

Actuellement, la grande majorité des questionnaires médicaux sont conçus par des secrétaires et pas contresignés par des médecins-conseils. Dans les faits, la clause des DRG ne changerait pas grand-chose. De plus, le contrôle de la consommation des prestations de santé n'est pas possible sans connaître les diagnostics. Pour y remédier, il faut assermenter le personnel des assurances, comme on le pratique pour les infirmières. ■



Liliane Maury Pasquier, conseillère aux Etats, présidente de la Fédération suisse des sages-femmes, PS, Genève

“Les données transmises aux assureurs devraient rester anonymes”

Faut-il selon vous renforcer le rôle régulateur de l'Etat dans le système de santé, et si oui, comment ?

Le rôle de l'Etat doit être renforcé dans des domaines aussi différents que l'augmentation des subsides ou, mieux, par un financement redistributif (au lieu du système de primes indépendantes des revenus) et l'instauration d'une caisse publique. L'Etat doit aussi améliorer la planification et la prévention des pathologies, il doit pouvoir limiter les équipements de médecine de pointe, mais aussi soutenir une couverture en soins de base dans toutes les régions du pays, sans oublier un contrôle beaucoup plus efficace des comptes

des assureurs maladie.

Etes-vous favorable à une caisse unique, par exemple sur le modèle de la SUVA ?

Oui. Je coordonne d'ailleurs le comité genevois de soutien à l'initiative pour une caisse publique. Intégrant des représentant-e-s des pouvoirs publics, des assuré-e-s et des prestataires de santé, elle permettrait d'améliorer la couverture médicale, de mettre fin à la sélection des risques et d'affecter les primes aux prestations de l'assurance de base plutôt qu'à la publicité.

Le nouveau financement des hôpitaux, le Swiss DRG, va vider le

secret médical de sa substance, puisque les dossiers médicaux seront transmis aux caisses maladie (et non au médecin-conseil). Que proposez-vous pour protéger la sphère privée des patients ? Faut-il modifier cette clause des DRG ?

Comme je l'avais proposé à la commission de la santé, les diagnostics devraient toujours être codés sur les factures. De même, les données transmises aux assureurs devraient rester anonymes. Espérons que le Conseil fédéral tiendra maintenant compte de l'exigence des membres de H+ de fixer des limites plus claires à la transmission de données médicales aux assureurs dans le cadre des DRG. ■



Dr Blaise Courvoisier, chirurgien FMH, candidat UDC au Conseil national, Neuchâtel

“Séparer strictement les activités d'assurance”

Faut-il selon vous renforcer le rôle régulateur de l'Etat dans le système de santé, et si oui, comment ?

Oui, l'Etat doit résoudre deux problèmes : le manque de médecins généralistes, et bientôt de spécialistes, et la croissance des coûts de la santé. Pour ce faire l'Etat fédéral doit établir une carte sanitaire avec :

- des hôpitaux régionaux de proximité qui assurent les soins de base et la formation des médecins pour l'ambulatorio privé et pour les services de ces hôpitaux régionaux ;

- des centres universitaires uniquement pour les cas lourds et la formation d'un petit pourcentage de médecins qui se destinent à une carrière académique et en ont les capacités. La formation médicale n'est plus le seul apanage des universités, on crée des écoles professionnelles qui permettront de retrouver un quota suffisant de généralistes.

Etes-vous favorable à une séparation stricte des activités liées à l'assurance de base obligatoire et des

assurances privées ?

Absolument. Ce sont deux domaines qui ne doivent pas interagir entre eux du point de vue économique.

Etes-vous favorable à une caisse unique, par exemple sur le modèle de la SUVA ?

Non pour l'assurance de base, mais oui à une caisse fédérale unique des réserves de chaque citoyen/enne du pays. ■



Jean-François Steiert, Conseiller national PS, Fribourg

“Pas de transfert automatique des dossiers médicaux”

Etes-vous favorable à une séparation stricte des activités liées à l'assurance de base obligatoire et des assurances privées ?

Oui, et j'ai soutenu dès son lancement l'initiative qui va dans ce sens. Le mélange des responsabilités pour des tâches d'intérêt général de l'assurance obligatoire et des intérêts particuliers qui marquent l'assurance complémentaire ne peut pas fonctionner à satisfaction.

Etes-vous favorable à une caisse unique, par exemple sur le modèle de la SUVA ?

Je suis membre du comité d'initiative pour une caisse publique d'assurance-maladie, que soutiennent d'ailleurs de nombreux médecins à titre individuel. Nous avons prévu un mo-

dèle qui pourrait se greffer sur celui de la SUVA, avec une caisse suisse et des agences cantonales pouvant être dotées d'une autonomie de gestion, de manière à tenir compte de certaines différences de culture et à encourager la qualité du travail des assureurs par un benchmark entre agences cantonales, dans une logique d'intérêt public et de transparence.

Le nouveau financement des hôpitaux, le Swiss DRG, va vider le secret médical de sa substance, puisque les dossiers médicaux seront transmis aux caisses maladie (et non au médecin-conseil). Que proposez-vous pour protéger la sphère privée des patients ? Faut-il modifier cette clause des DRG ?

La loi permet tout à fait – j'estime d'ail-

leurs qu'elle demande même, à la lumière des débats parlementaires – d'empêcher le transfert des dossiers médicaux aux assureurs. Je suis catégoriquement opposé à l'accord concoté entre santésuisse et H+ sur le transfert automatique des dossiers : par principe, parce que cette manière de faire n'est pas nécessaire pour les vérifications que doivent faire les caisses (elles pourraient accomplir leur travail sur la base de données anonymisées) et, par ailleurs, parce que la clause de refus pour les patients n'est guère applicable. J'ai préparé avec Ignazio Cassis une intervention qui demande au Conseil fédéral de prévoir une instance neutre pour la transmission des dossiers et la vérification, comme cela se fait dans d'autres pays. ■

INITIATIVES FÉDÉRALES

Mathieu Fleury: "L'assurance maladie doit être réformée"

Caisse unique publique et transparence. Voilà le nom des deux initiatives qui visent à réformer la gestion de l'assurance de base en Suisse. Quels enjeux se cachent derrière ces combats politiques? Réponses de Mathieu Fleury, secrétaire général de la Fédération romande des consommateurs.

TEXTE: VALÉRIE LEGRAND



Cet automne, deux initiatives (caisse publique et transparence) s'attaquent, chacune à leur manière, à la gestion de l'assurance de base par les caisses maladie. En quoi la position des caisses en la matière pose-t-elle problème?

Il existe actuellement plus de 60 caisses maladie qui remboursent les mêmes prestations aux mêmes tarifs, sans avoir le droit de faire du bénéfice. Outre le fait que les assurés y perdent leur latin, on peut se poser la question de l'intérêt qu'en retirent les caisses. Il se trouve en vérité au niveau des assurances complémentaires, très lucratives, que les assureurs peuvent pratiquer en plus de l'assurance de base. Et c'est précisément le lien entre les deux qui constitue le nœud du problème. L'assurance de base sert de source d'informations administratives et médicales à des-

tinuation des complémentaires. Cette porosité entre les deux types d'assurance constitue un manque de transparence inacceptable du point de vue des assurés et des patients. C'est ce que les deux initiatives veulent changer.

Comment les initiatives pour une caisse publique et pour la transparence peuvent-elles améliorer la situation?

Fondamentalement, les deux initiatives concourent au même but: séparer définitivement l'assurance de base et les assurances complémentaires, afin de supprimer les conflits d'intérêts et de rendre notre assurance-maladie sociale enfin transparente et respectueuse des assurés. Si les assureurs souhaitent faire du bénéfice avec les assurances complémentaires, ils pourront continuer à le faire. Mais pas en

exploitant les ressources de l'assurance de base. Les caisses devront donc choisir dans quel domaine elles souhaitent travailler. L'initiative pour une caisse publique, cependant, fait un pas supplémentaire en supprimant une pseudo-concurrence qui n'a pas de sens dans le contexte de notre assurance-maladie sociale. Elle vise à créer une caisse maladie organisée en agences cantonales qui remplaceraient les innombrables succursales des caisses actuelles. Avec une bonne dose d'efficacité en plus... Et les frais publicitaires en moins. Les assurés n'auraient plus qu'un seul interlocuteur, ce qui leur facilitera grandement la vie et leur évitera les changements de caisses maladie à chaque fin d'année.

Quels sont les avantages de ces initiatives pour les assurés?

Ceux-ci ont tout à y gagner. Du point de vue administratif, un système plus simple, plus transparent, moins dispendieux en termes de frais de gestion. Du point de vue de la protection des données, la garantie que les informations qui les concernent ne seront pas utilisées par des tiers pour gagner de l'argent. Du point de vue de la qualité des soins, une réelle opportunité d'investir, d'une part, dans les réseaux de soins pour améliorer la prise en charge des maladies (notamment chroniques) et, d'autre part, dans la prévention des maladies et la promotion de la santé. Or, une politique volontariste dans ces deux domaines est indispensable si l'on entend juguler le rythme d'augmentation des coûts de notre système sanitaire. Or, les assureurs n'y ont aucun intérêt, justement du fait de la concurrence:

par exemple, si l'un d'eux investit de l'argent pour préserver la santé de ses assurés (et donc offrir des primes plus basses puisqu'il aura moins de soins à payer), il craint d'en perdre le bénéfice si ces assurés changent de caisses maladie au bout d'un certain temps. De la même manière, un assureur n'a aucun intérêt à organiser un réseau de soins performant pour traiter et accom-



Les deux initiatives concourent au même but : séparer définitivement l'assurance de base et les assurances complémentaires.

pagner les malades chroniques : si tous les malades chroniques s'assuraient chez lui, il ferait face à d'énormes frais qui l'obligeraient à augmenter ses primes, devenant par là plus cher que ses concurrents, au risque de faire faillite. Les caisses n'agissent donc clairement ni en faveur des assurés ni en faveur des patients.

Pourquoi faut-il signer les deux initiatives ? Sont-elles complémentaires ?

Idéalement, oui, il faudrait signer les deux initiatives. Mais c'est à chacun de décider ce qu'il préfère à partir du moment où la transparence est revenue dans le domaine de l'assurance de base : avec l'initiative sur la transparence, on laisse les assureurs continuer à se faire concurrence et, avec l'initiative pour une caisse publique on supprime cette concurrence qui, de notre

point de vue, n'en est pas une et apporte bien plus de problèmes aux assurés qu'elle ne leur offre de bénéfiques.

Les assureurs annoncent que la fin de la concurrence provoquera une explosion des coûts. Qu'en pensez-vous ?

C'est justement en laissant la situation actuelle perdurer que les coûts exploseront. La concurrence dans l'assurance de base exclut des investissements pourtant vitaux pour la survie financière de notre système : le développement des réseaux de soins, la prévention des maladies et la promotion de la santé. Une caisse maladie publique pourra enfin donner à ces domaines des moyens permettant véritablement de changer l'Etat de santé de la population et, ainsi, de limiter les augmentations de coûts. Par ailleurs, cette « concurrence » nous coûte très cher en frais administratifs (réserves et provisions payées en trop, publicité, marketing, jetons de présence des conseils d'administration) mais également en frais relatifs aux changements annuels de caisse maladie par les assurés, environ 300 francs pour chaque dossier. Sachant qu'environ un million de personnes ont changé de caisse l'an dernier, le calcul des dépenses inutiles est vite fait.

Que répondez-vous à ceux qui parlent d'une « Etatisation » de la médecine ?

C'est un argument qui n'a pas de sens car il fait référence à des systèmes sanitaires étrangers qui n'ont rien à voir avec le système suisse. Une caisse maladie publique ou séparer l'assurance de base de la complémentaire ne changeront rien à tous les domaines qui ne sont pas du ressort des caisses maladie actuelles : par exemple, il n'y aura pas de déficit puisque notre système n'est pas (et ne sera pas) financé au moyen d'un budget fermé. Il n'y aura pas plus de listes d'attente qu'aujourd'hui dans les hôpitaux ou les cabinets médicaux puisque ce ne sont pas les assureurs) qui planifient l'offre en soins. ■

COMMENTAIRE

Assurance-maladie, une initiative sur la transparence : pour y voir clair, enfin ?

Aucun citoyen n'est capable aujourd'hui de comprendre comment sa prime d'assurance-maladie est calculée. Une seule certitude : elle est trop élevée et ne cesse d'augmenter. Cet étranglement du revenu des ménages n'est plus supportable. Dans un tel système opaque qui est devenu de plus en plus dommageable pour l'assuré, il faut instaurer de la transparence.

L'idée de séparer l'assurance de base – qui ne doit pas faire de bénéfice – des assurances complémentaires permettrait d'imposer cette transparence : où va l'argent, qui paye quoi, qui gagne quoi, qui finance qui, qui fait du bénéfice, quelles sont les réserves, les coûts réels et les charges administratives effectives ? Des questions aujourd'hui sans réponses.

Lors de la signature du contrat d'une assurance complémentaire, un questionnaire de santé doit être rempli. Il permet la sélection des risques. Vous êtes jeune et en bonne santé, c'est parfait, le monde de l'assureur-maladie vous est grand ouvert. Vous êtes un malade chronique, fragile ou âgé, vous coûtez cher au système, alors il faudra voir ailleurs. C'est la chasse aux bons risques. Une réalité injuste. En séparant l'assurance de base de l'assurance complémentaire, on évite ainsi le lien inadmissible entre les deux activités au sein d'une même caisse maladie. On ne choisit plus son client et on n'échange plus les données médicales sensibles de l'assuré. Le secret médical est respecté.

L'initiative pour la transparence propose un espace de libre concurrence. Une concu-

rence saine entre des acteurs clairement connus où les coûts effectifs sont reportés et où les réserves cantonales sont calculées au plus juste et ne sont plus un vaste réservoir d'argent. L'initiative sur la transparence ne propose aucun monopole, qu'il soit Etatique ou privé. Elle propose un réel espace de concurrence, ce qui devrait plaire au plus grand nombre de citoyens et à la classe politique. Elle permet d'établir une surveillance stricte et un système où les coûts sont équitables. Il faut revenir aux coûts réels, remettre l'assurance-maladie sociale au service des citoyens et non l'inverse. L'assuré paie des primes qui ne correspondent plus à la réalité des dépenses de santé, pour preuve les transferts inacceptables des réserves cantonales d'une région de la Suisse à l'autre ! La santé à un coût, mais ce coût doit être connu, analysé et surtout transparent, car c'est l'argent de chaque citoyen.

L'assurance de base est toujours déficitaire, l'assurance complémentaire de santé toujours bénéficiaire dans notre pays. Vous avez dit « normal » ou vous avez dit « bizarre » ?

La bourse chute, vos primes augmentent. Vous avez dit « normal » ou vous avez dit « bizarre » ?

Ne l'oublions pas, les caisses maladie gèrent des réserves d'argent et non des dettes et ceci dans la plus grande opacité. C'est un fait, les assureurs-maladie se portent très bien ! Il faut une réforme qui passe par un financement transparent et sain pour rétablir la confiance.

Dr Michel Matter

Cercles de qualité

Quand médecins et pharmaciens collaborent étroitement

TEXTE : PHILIPPE BARRAUD

Dans leurs cercles de qualité, pharmaciens et médecins échangent leurs expériences et leurs connaissances, pour offrir aux patients le traitement optimal, au meilleur coût.

Bien que leurs métiers respectifs tendent au même but - aider et soulager les patients - médecins et pharmaciens ont toujours eu des rapports assez peu chaleureux, comme si régnait entre leurs deux professions une sorte de lutte des classes... Les cercles de qualité réunissant pharmaciens et médecins, qui se développent en Suisse romande, contribuent fortement à une meilleure compréhension, dans la mesure où le fait d'échanger la pratique et l'expérience des uns et des autres s'avère utile à tous.

C'est à Fribourg que les premiers cercles de qualité sont apparus. Ils ont généré des diminutions de coûts significatives. Aujourd'hui, ces cercles ont gagné l'ensemble de la Suisse romande. Il en existe vingt dans le canton de Vaud, quatre en Valais et sept à Neuchâtel.

Le but ultime des cercles de qualité est d'optimiser la prise en charge du patient au niveau des médicaments. Le médecin expose ses choix thérapeutiques à ses collègues et au pharmacien du cercle, le groupe discute, et

tente d'atteindre un consensus sur un choix commun dont l'objectif est double : assurer au patient le meilleur traitement, à des coûts optimaux. Il faut naturellement que le médecin soit d'accord de mettre ses choix en discussion, ce qui ne va pas forcément de soi ! Mais la participation aux cercles se fonde sur une base volontaire, personne n'est obligé d'y participer et partant, ceux qui y viennent jouent le jeu.

Le problème du médecin en cabinet, c'est souvent son relatif isolement : il est seul face à son patient, seul aussi parfois face à sa propre routine, et pas toujours très conscient des coûts qu'il génère. Dès lors, la discussion avec des collègues confrontés aux mêmes questions médicales, et avec des pharmaciens très au fait des spécificités des médicaments et des nouvelles molécules disponibles, ne peut



Le but ultime des cercles de qualité est d'optimiser la prise en charge du patient au niveau des médicaments

qu'être bénéfique. Des cercles plus spécifiques existent aussi, dans les EMS en particulier, où les médications sont forcément très importantes.

Comme le dit la doctoresse Hedi Decrey Wick, à Lausanne, "les cercles de qualité constituent une formation continue intelligente. Elle nous fait réfléchir sur notre quotidien, partager notre vécu avec nos collègues, et collaborer avec les pharmaciens. Ce n'est pas contraignant, et je sors de chaque séance avec un réel enrichissement. De toute façon, tout ce qui peut faire sortir les médecins de leur cabinet est bénéfique !"

Le Dr Vincent Jéquier, à Lausanne aussi, est du même avis : "J'apprécie le côté informel de ces cercles, où l'on peut se situer par rapport à ses collègues, voir quels traitements ils utilisent dans tel ou tel cas. Le principal, c'est d'avoir des avis différents, et l'information étendue que possèdent les pharmaciens. Elle est plus neutre évidemment que l'information venant des firmes pharmaceutiques. De plus, le pharmacien nous donne nos propres statistiques par rapport aux autres médecins, ce qui provoque parfois des surprises, mais permet de modifier les habitudes !"

Dans la pratique, les séances sont animées par le pharmacien, qui a préparé et compilé des données sur une ou deux classes thérapeutiques, par exemple le diabète, une autre fois le cholestérol. Le pharmacien apporte aussi un regard indépendant et bien informé sur les nouvelles molécules, souvent quelque peu

survendues par la publicité spécialisée qui inonde les médecins.

En fin de séance, les participants s'accordent sur un consensus de traitement, que les médecins vont appliquer pendant un à deux ans. Après quoi, une nouvelle séance fera le bilan critique de l'expérience.

Selon Christophe Rossier, de la pharmacie de l'Île à Rolle, la préparation des séances est un travail considérable – et bénéfique –, et demande des connaissances pharmaco-économiques étendues : "Le médecin fonctionne en général avec 100 à 200 médicaments qu'il connaît bien et, grâce au suivi de ses patients, il en a une bonne connaissance pratique. Le pharmacien, lui, tient quelque 4 000 médicaments en stock. Il doit évidemment en connaître les données pharmacologiques mais aussi économiques, et donc lire de grandes quantités d'études. Nos connaissances respectives sont donc très complémentaires." Mais à l'entendre le jeu en vaut clairement la chandelle : "Chacun en retire beaucoup de satisfaction. Cela modifie nos rapports professionnels, nous nous connaissons mieux les uns les autres et créons des liens. Tout cela est bénéfique pour le patient, qui en retire un meilleur suivi, à un meilleur prix."

Les cercles de qualité ont clairement démontré leur utilité, confirmée par les statistiques de Pharmasuisse. Ils font partie de ces services au patient dont celui-ci ignore jusqu'à l'existence, et qui pourtant sont éminemment utiles ! ■

PUBLICITÉ

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



A PLUSIEURS, ON EST PLUS FORT !

Parmi les médecins, s'installer au sein d'un cabinet de groupe plutôt que seul entre ses murs est une tendance de plus en plus répandue. Des structures de ce type, il en existe plusieurs en Suisse romande, notamment à Genève, à Yverdon, à Morges, à Nyon ou à Lausanne. Pour voir comment la médecine de premier recours se pratique à plusieurs, nous avons poussé la porte de VidySource situé au cœur de la capitale vaudoise.

TEXTE : ÉLODIE LAVIGNE
PHOTOS : ROMAIN GRAF

L'entrée principale de VidySource ouvre sur les urgences. Sept jours sur sept, une équipe médicale répond à la demande du tout venant : des patients qui n'auraient pas de médecin traitant, des lausannois ou des gens de passage. Derrière les portes automatiques, un réceptionniste et une infirmière accueillent les malades avant de les confier au médecin de garde.

Mais sous cette enseigne sont aussi logés six – bientôt sept – cabinets médicaux. Les praticiens installés, spécialistes en médecine interne ou générale, se sont regroupés dans une même structure. « Dans un contexte de pénurie de médecins de premiers recours, le cabinet de groupe est un modèle d'avenir, qui pourrait séduire la jeune génération de médecins, pas prêts à consacrer 100% de leur temps au cabinet », déclare le Dr Sébastien Martin, médecin généraliste et l'actuel responsable de VidySource.

DE LA CONTINUITÉ DANS LES SOINS

Pouvoir aménager son temps de travail, tout en offrant une continuité dans les soins aux patients est en effet l'un des nombreux avantages de ce système. Le Dr Henri-Kim de Heller, praticien du centre, le confirme : « Si j'exerçais seul, je ne pourrais pas me permettre de dévouer une partie de mon activité à l'enseignement, à un engagement politique ou simplement de me consacrer à ma famille. Aujourd'hui, je passe un jour par semaine avec mes enfants, que je peux souvent conduire à l'école. Pouvoir, si nécessaire, quitter le cabinet à 17 heures la conscience tranquille sans être obligé d'avoir son portable dans sa poche 24 heures sur 24 est un confort que peu peuvent se permettre ». Père de famille également, le Dr Martin a à cœur de réussir sur les deux tableaux, sans négliger ses patients : « Que ce soit pendant les va-



2



3



4

1. L'entrée de VidySource se situe sur l'aile est de la Clinique.
2. Dans la réception des urgences, un tableau indique au médecin dans quelle salle se trouve son prochain patient.
3. Une partie des cabinets médicaux privés subit actuellement des travaux de rénovation.
4. Jean-Luc Billaud, infirmier en chef, accueille une patiente.

cances ou en dehors des heures d'ouverture du cabinet, je sais qu'ils seront bien soignés par des collègues qui partagent les mêmes valeurs que moi».

Une collégialité qui serait bien appréciée de leurs côtés aussi. «Kim, tu peux venir voir mon patient, j'hésite entre une dermatite séborrhéique et un eczéma, qu'en penses-tu?» demande le Dr Minghelli à son confrère. Pouvoir discuter des cas entre deux portes soulage, au même titre que ces échanges informels libérateurs entre deux consultations: «Quand je rentre chez moi, j'ai l'esprit plus léger et plus disponible pour écouter ma famille, sourit le Dr de Heller. C'est sans oublier qu'avoir son cabinet revient à gérer une PME, un vrai métier auquel les médecins ne sont pas préparés», souligne-t-il.

LE CABINET : UNE VÉRITABLE PME

«Le système informatique, la facturation toujours plus complexe, l'administration, les ressources humaines sont reconnus comme étant des facteurs de stress pour les médecins de premier recours, nous explique le Dr Martin

Dans un contexte de pénurie de médecins de premiers recours, le cabinet de groupe est un modèle d'avenir

qui enseigne aux futurs généralistes. A l'exception de la facturation, tous ces aspects sont gérés en commun. Nous partageons nos assistantes par exemple».

L'infrastructure, plus grande du fait de la présence des urgences, offre aussi un espace de travail plus confortable. Les ressources en pharmacie communes évitent à chacun d'avoir un stock personnel trop important: «Les médicaments comme le matériel stérile sont périssables. Si j'ai besoin d'adrénaline par exemple, je sais que j'en trouve dans l'armoire des urgences. On peut aussi s'offrir le luxe de certains appareils comme cet équipement ORL», poursuit le Dr Martin dans les couloirs de la permanence. Dans ce box justement, une patiente présentant des douleurs aux deux oreilles, accompagnées de vertige attend qu'on s'occupe de son cas. Depuis



Le Dr Gianni Minghelli, de garde aux urgences au moment du reportage.



1. Les Drs Sébastien Martin et Henri-Kim de Heller nous exposent les avantages du cabinet de groupe. 2. Les urgences de VidySource accueillent les patients de 7h à 21h la semaine et de 9h à 21h les week-ends et jours fériés.



Les cabinets de groupe permettent d'aménager son temps de travail, tout en offrant une continuité dans les soins aux patients.

le début de l'après-midi, le Dr. Minghelli, de garde, passe d'une salle de consultation à l'autre, suivant les instructions de l'infirmière, qui joue ici un rôle capital. Elle gère l'arrivée des patients, évalue le degré de gravité des situations, réceptionne les résultats d'analyse et accomplit des gestes médicaux. Dans le calme de cet espace tout neuf et tout blanc, on assiste à une sorte de ronde entre les deux. Tandis qu'un patient obèse en proie à une fibrillation auriculaire attend d'être transféré au CHUV, dans le box six, on souffre de coliques néphrétiques très douloureuses. Un autre patient attend son tour dans le box deux.

«On a reçu entre soixante et septante urgences, c'est une journée lourde». Malgré le stress des urgences, le spécialiste reconnaît le côté stimulant de l'exercice : «On pratique une médecine plurielle, allant de la bagatelle à des cas beaucoup plus sérieux».

DES MÉDECINS ASSISTANTS AU CHEVET DES URGENCES

L'été prochain, pour faire face à une demande toujours plus grande, ils seront épaulés par des médecins assistants, en phase de spécialisation, comme le fait la permanence de la Polyclinique médicale universitaire (PMU) récemment ouverte au Flon. «En offrant ces places de formation, nous voulons intéresser les jeunes à la médecine de premier recours. Nous voulons leur montrer que cette spécialité peut aussi être exercée dans de bonnes conditions», explique le Dr de Heller. Cet engagement contre la pénurie de médecins promet aussi de revaloriser leur pratique au quotidien : «En tant qu'anciens chefs de clinique, nous aimons enseigner. Une angine redevient un cas intéressant quand on apprend à un pair comment la traiter», conclut le Dr Martin. ■

HISTORIQUE

VidySource a été créé en 1999 par deux anciens chefs de clinique de la Polyclinique médicale universitaire (PMU). Cette société anonyme, membre de la Holding Vidy Med, abrite six cabinets de médecins. Si ces derniers exercent à titre indépendant, ils sont tous actionnaires de la S.A. et, par ailleurs, membres du réseau de soins DELTA. Ils louent leurs locaux à la Clinique de la Source, qui se trouve à côté, mais dont ils sont indépendants. La permanence des urgences, partie intégrante de la société, est co-gérée par les six praticiens.

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.

LORSQUE LA TENSION ARTÉRIELLE EST TROP HAUTE

En Suisse, environ un million de personnes souffrent d'hypertension artérielle. Généralement, les personnes concernées ne se rendent pas compte quand leur tension artérielle est trop haute. En l'absence de traitement, l'hypertension artérielle peut avoir des conséquences telles qu'un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral (AVC).

Le sang a deux fonctions importantes: d'une part, il alimente les organes en oxygène et en substances vitales, et d'autre part, il absorbe le dioxyde de carbone et les produits de dégradation. Pour cela, le sang doit être constamment maintenu en mouvement par le cœur. Le cœur propulse le sang vers les organes à travers les vaisseaux. Les artères acheminent le sang vers les zones les plus lointaines du corps et les veines ramènent le sang vers le cœur. Ceci crée à l'intérieur des vaisseaux sanguins une pression qui dépend de l'activité de pompage du cœur et de la largeur des vaisseaux. Cette pression sanguine est appelée tension artérielle. Ce terme désigne la pression exercée par le sang sur les parois artérielles.

La mesure de la tension artérielle

La pression sanguine dans les artères peut-être mesurée à l'aide de la manchette. La valeur supérieure indique la tension artérielle au moment de la contraction du muscle cardiaque qui propulse le sang dans les artères. On parle alors de tension systolique. La valeur la plus basse est mesurée lors du relâchement du muscle cardiaque. On parle alors de tension diastolique. Les deux mesures changent au cours de la journée. Ainsi, la tension artérielle varie, par exemple, selon qu'elle est mesurée le matin, à midi ou le soir. La tension artérielle est également influencée selon la position qu'on tient: position debout, position assise ou position couchée. La mesure de la tension artérielle ne reflète qu'une valeur momentanée.

L'hypertension artérielle peut avoir des conséquences

Une tension artérielle trop élevée peut avoir des effets néfastes pour les grands et les petits vaisseaux sanguins (artères), pour le cerveau, le cœur, les reins et les yeux, sans pour autant que l'on se sente malade. L'hypertension couramment ne se fait sentir qu'après un certain temps. C'est pourquoi l'hypertension n'est souvent diagnostiquée que lorsque les organes lésés entraînent des troubles. Les signes suivants pourraient signaler une hypertension: céphalée matinale (surtout au niveau de l'occiput), sensations de vertige, bourdonnements d'oreille, nervosité, douleur pectorale dans la région du cœur, palpitations prononcées, saignements de nez. Les difficultés respiratoires à l'effort doivent également évoquer une hypertension artérielle. L'hypertension artérielle est considérée comme le principal facteur de risque d'infarctus du myocarde, d'insuffisance cardiaque, d'AVC et de défaillance rénale. Lorsqu'à l'hypertension viennent s'ajouter des taux élevés de cholestérol, la consommation de tabac, l'excès de poids, le manque d'exercice et le diabète, cela se traduit par une augmentation supplémentaire du risque de développer ces problèmes de santé.

Qu'est-ce qui est normal?

Tension artérielle optimale

- La tension artérielle est considérée comme optimale si la valeur systolique (la plus élevée) est inférieure à 120 mm Hg et la valeur diastolique (la plus basse) n'atteint pas 80 mm Hg.

Tension artérielle normale

- Des valeurs situées entre 120 et 129 mm Hg pour la tension systolique et entre 80 et 84 mm Hg pour la tension diastolique.

Tension artérielle normale haute (encore admissible)

- Des valeurs situées entre 130 et 139 mm Hg pour la tension systolique et entre 85 et 89 mm Hg pour la tension diastolique.

Hypertension artérielle

- On parle d'hypertension artérielle quand la valeur systolique est supérieure à 140 mm Hg et la valeur diastolique dépasse 90 mm Hg.

Ces résultats sont obtenus en étant assis.

Guide gratuit sur l'hypertension artérielle

Dans le guide «Mieux informé sur l'hypertension artérielle» de Mepha, les personnes intéressées et les personnes concernées trouveront des informations précieuses et des conseils relatifs à ce sujet. Comment bien mesurer sa tension artérielle et que faire en cas d'hypertension artérielle. Le guide peut-être obtenu gratuitement à l'adresse suivante: www.mepha.ch.


Mepha Pharma SA,

Dornacherstrasse 114 • 4147 Aesch • tél. 061 705 43 43 • www.mepha.ch

Guide destiné aux patients

Mieux informé sur l'hypertension artérielle

Les médicaments à l'arc-en-ciel

mepha 



SAGE-FEMME

Elles nous accompagnent tous les jours dans une des expériences les plus intimes de l'existence : la naissance de nos enfants.

TEXTES & IMAGES : ROMAIN GRAF

Elles s'appellent Pascale, Emmanuelle, Isabelle, Fabienne, Laurence, Lorena ou encore Raymonde. Toutes sont sages-femmes en salle d'accouchement aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Pour la plupart formées à l'École Bon Secours à Genève, elles se relaient nuit et jour pour accompagner les futurs parents lors de la mise au monde de leurs enfants : 4000 naissances par an aux HUG, c'est-à-dire entre 10 et 15 chaque jour.

En amont, les sages-femmes effectuent un travail de dépistage et de diagnostic. Tabagisme, alcool, drogue, violences ou encore dépression sont des facteurs pouvant mettre en danger le développement de l'enfant. Elles préviennent et mettent en contact les parturientes (femmes qui vont accoucher) avec des spécialistes. Elles dispensent également des cours prépa-

ratoires à l'accouchement, afin de préparer au mieux les futures mamans à aborder sereinement ce grand événement.

En salle d'accouchement, elles sont des partenaires intimes, elles soutiennent et guident les patientes, tout en surveillant l'enfant au long de ce grand plongeon vers le réel. Les sages-femmes prennent en charge également les mères et leurs bébés quelques jours après l'accouchement, avant de leur proposer un retour à la maison. Des sages-femmes indépendantes se rendent à domicile pour assister les parents durant la première semaine, afin de prendre le relais des soins effectués à la maternité.

Lors de ce reportage, j'ai pu assister à deux accouchements différents, l'un par césarienne, l'autre par voie basse. ■

L'ACCOUCHEMENT PAR CÉSARIENNE



1. Sages-femmes et médecins se retrouvent tout au long de la journée pour se concerter et décider de la manière la plus appropriée de procéder. Un grand tableau noir leur permet de résumer tous les cas en attente. Un solide esprit d'équipe leur permet de prendre les bonnes décisions et de s'épauler.



2. Une patiente d'origine sud-américaine attend un bébé trop gros pour son gabarit, l'équipe décide de procéder à un accouchement par césarienne. Aux HUG, 25% des accouchements se font par cette voie, contre 45% en clinique. La sage-femme, Fabienne, surveille le rythme cardiaque du bébé juste avant l'intervention. Elle communique son Etat aux médecins qui vont opérer.

3. Les médecins incisent et sortent le bébé de l'utérus de la patiente sous anesthésie péridurale. Fabienne est prête à réceptionner le bébé.





4



5

4. Fabienne emmène le bébé en salle d'examen.

5. Le soin du cordon: le cordon ombilical est raccourci au minimum.

6. Le bébé est pesé et mesuré. On vérifie également ses fonctions vitales.



6



7

7. Fabienne enveloppe le nouveau-né dans une couverture. En effet, il est essentiel que le bébé soit maintenu dans un environnement chaud durant son premier jour de vie.

8. Le bébé est présenté à sa maman en salle d'opération alors que le médecin termine la césarienne. Il s'appellera Fabio.

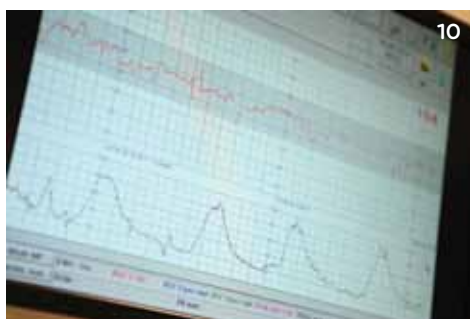


8

L'ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE

9. Le deuxième accouchement auquel j'assiste se fait de manière physiologique par la sage-femme elle-même. La jeune maman accouche pour la deuxième fois. Son premier fils s'appelle Axel. Elle est sereine et bénéficie d'une anesthésie péridurale. Son mari, très présent, est là pour la soutenir. Il ne savent pas encore quel sera le sexe de leur deuxième enfant.

10. Un écran de contrôle centralisé permet à la sage-femme, Lorena, de contrôler le rythme cardiaque de la patiente et de son bébé encore in-utero. Elle peut suivre également les contractions et interpréter ces informations pour en déduire l'avancée de l'accouchement et l'Etat de santé du bébé. En cas de problème, c'est le médecin qui termine l'accouchement souvent à l'aide d'un instrument: forceps ou ventouse. En l'occurrence, ce ne sera pas nécessaire.



11. L'accouchement se déroule calmement, on prend son temps et on pousse fréquemment. On ménage des pauses durant lesquelles on se détend et où on arrive parfois même à rire. Lorena orchestre les dernières poussées et le petit sort sa tête. On le stimule en le massant et il pousse ses premiers cris avant de connaître les bras de sa maman.

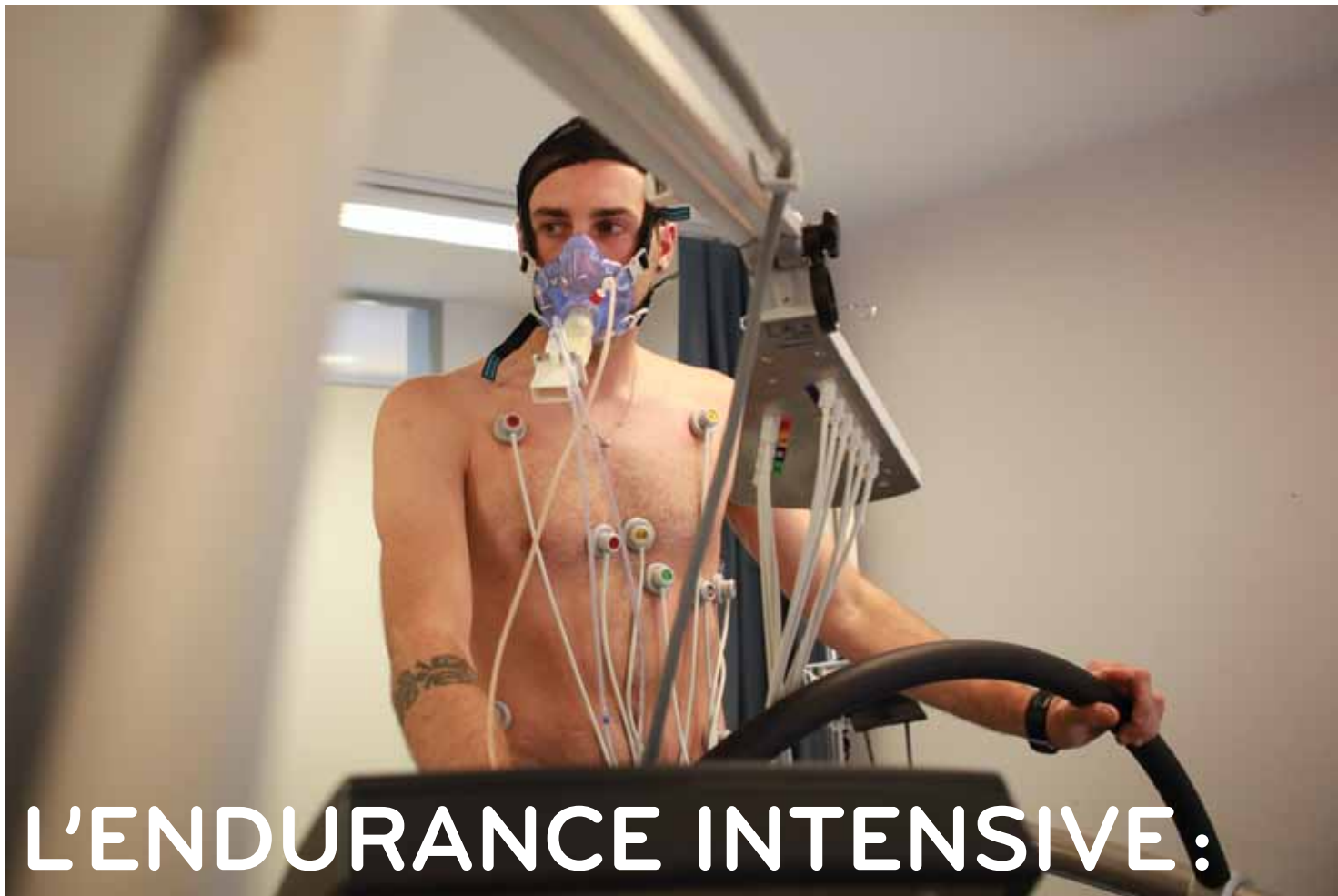




12. Ce premier contact est fondamental. Le bébé cherche automatiquement à téter. Axel a désormais un petit frère, il s'appelle Roman.

13. Dans la salle de réunion, une énorme pile de cartes de vœux. Beaucoup de parents sont passés par là et en ont vraisemblablement gardé un souvenir inoubliable.





L'ENDURANCE INTENSIVE :

MAUVAISE POUR LA P

Le sport, c'est bon pour la santé, en particulier pour la prévention des maladies cardio vasculaires. L'adage est bien connu et sans cesse martelé, mais mérite d'être nuancé. Car certains sports peuvent aussi avoir des effets délétères sur le corps. La pratique d'une activité d'endurance telle que le cyclisme, le marathon ou le ski de fond, de manière intensive et à long terme, pourrait en effet provoquer des dommages sur la pompe cardiaque. De récentes études présentent en effet l'endurance comme un facteur de risque pour la fibrillation auriculaire.

ADAPTATION* : ÉLODIE LAVIGNE

La fibrillation auriculaire est la forme la plus fréquente d'arythmie cardiaque, une affection sévère, liée à une mortalité élevée. Habituellement, ce trouble survient chez le sujet âgé, en association avec des causes cardiaques, telles que l'hypertension artérielle, les vulvulopathies, l'insuffisance cardiaque, la maladie coronarienne etc., ou encore à des affections comme l'hyperthyroïdie, les infections aiguës ou l'embolie pulmonaire. Mais il arrive aussi que des patients de

moins de 60 ans, qui ne présentent aucune anomalie cardiaque, soient touchés par ce trouble, qui se traduit principalement par des palpitations et une difficulté respiratoire. La fibrillation auriculaire sur cœur sain, dite idiopathique (ou en anglais *lone AF*), touche 2 à 10% de la population générale seulement.

PREUVES À L'APPUI

Une première étude, menée à la fin des années nonante, a évalué la présence de cette affection chez plus de deux cents coureurs d'orientation, d'une moyenne d'âge de 48 ans. Les coureurs ont été suivis pendant pas moins de dix ans. Au terme de cette période, il s'est avéré que douze d'entre eux présentaient une fibrillation auriculaire idiopathique (soit 5,3%), tandis que deux cas seulement ont été diagnostiqués dans le groupe contrôle (soit 0,9%) - des personnes en bonne santé qui ne pratiquaient pas la course d'orientation. Autre observation, le premier épisode d'arythmie est apparu, en moyenne, après 36



De récentes études présentent l'endurance comme un facteur de risque pour la fibrillation auriculaire

CYCLISME OU GOLF

Une autre recherche a comparé l'état de santé d'une soixantaine d'anciens cyclistes professionnels, ayant tous participé au moins une fois au Tour de Suisse entre 1955 et 1975, à des golfeurs qui n'avaient jamais participé à une telle compétition d'endurance. Tous étaient âgés de 66 ans en moyenne. Comme attendu par les scientifiques, les cyclistes avaient une fréquence cardiaque plus basse au repos. Fait plus intéressant encore, 10% d'entre eux présentaient une fibrillation auriculaire, surtout chez les cyclistes les plus entraînés, contre 0% chez les golfeurs ! La pratique du vélo à une intensité élevée a elle aussi des effets sur l'anatomie des coureurs les plus confirmés, puisque leur ventricule et oreillette gauches se sont avérés plus grands. Dans une autre étude, ces chercheurs ont abouti à des conclusions identiques, en relevant par ailleurs que des facteurs indépendants, tels que la taille du patient et la grandeur de l'oreillette gauche (augmentée) prédisposaient à de plus fréquents épisodes de fibrillation auriculaire. L'intensité de la pratique sportive joue aussi un grand rôle, au même titre que le sexe, puisque les hommes entre 40 et 50 ans, après plusieurs décennies de pratique sportive soutenue et régulière, y sont davantage exposés.

ADAPTATION PHYSIOLOGIQUE À L'EFFORT

Les mécanismes physiologiques à l'origine de ce problème demeurent encore aujourd'hui largement inconnus. Certes, on sait que dans la population générale, que l'on soit ou non sportif, la dilatation de l'oreillette gauche

prédit la survenue d'une *lone FA*. On sait aussi qu'un effort physique important augmente fortement les paramètres comme le débit cardiaque et la tension artérielle. A terme, le sport intensif entraîne donc une adaptation physiologique et anatomique, qui peut elle-même avoir des répercussions pathologiques, comme la survenue d'une fibrillation auriculaire entre autres. Plusieurs travaux suggèrent de leur côté que des variations du système nerveux autonome pourraient être impliquées dans l'apparition et le maintien de ce trouble cardiaque.

SOLUTIONS THÉRAPEUTIQUES

Les symptômes accompagnant cette arythmie altèrent bien évidemment la qualité de vie des athlètes, au même titre que leurs performances sportives. Mais pour y faire face, l'arrêt ou la diminution du sport à un degré élevé sera malgré tout conseillé, en première intention. Si la radiofréquence – servant à brûler les tissus responsables de la genèse de la fibrillation auriculaire – sera certainement à l'avenir le traitement de choix, car il permet une reprise de l'activité physique, pour l'heure, il n'y a pas de prise en charge type pour ce problème. En attendant, la réponse thérapeutique doit être adaptée à chaque individu en fonction de son âge, du type de fibrillation auriculaire et de l'acceptation quant à la prise quotidienne de médicament. ■

* « Sport d'endurance, nouveau facteur de risque pour la fibrillation auriculaire ? », Chan-il Park, Dipen Shah, in Revue médicale suisse 251, juin 2010.

POMPE !

ans d'entraînement. Aux yeux des chercheurs, cette incidence est étonnamment élevée pour des sujets d'âge moyen n'étant pas particulièrement prédisposés à cette forme d'arythmie cardiaque. Plus probant encore, une analyse rétrospective sur des patients touchés par une *lone AF* a permis de relever que 63% d'entre eux pratiquaient une activité sportive régulière, à raison de plus de trois heures par semaine, alors qu'ils n'étaient que 15% chez des personnes sédentaires.

PUBLICITÉ



Votre laboratoire pour la Vie

En réalisant chaque jour plus de 30'000 analyses médicales, nous sommes au service de la santé de tous

UNILABS EN SUISSE, C'EST 900 COLLABORATEURS, 72 SCIENTIFIQUES ET 22 LABORATOIRES DE PROXIMITÉ www.unilabs.ch





L'OBÉSITÉ: UN POIDS POUR LA FERTILITÉ

ADAPTATION* : ÉLODIE LAVIGNE

Difficultés à concevoir, moins bonne réaction aux traitements de fertilité ou encore augmentation du risque de complications lors d'une grossesse sont les difficultés auxquelles les personnes en surpoids sont confrontées. Eclairage.

Il est largement répandu qu'une surcharge pondérale a des conséquences néfastes sur la santé : augmentation du risque de maladies cardiovasculaires, du diabète de type 2 ou encore des troubles ostéo-articulaires, etc. Ce qu'on sait moins en revanche, c'est que l'obésité représente un réel handicap pour les couples qui veulent avoir un enfant. Pour répondre à une demande croissante, le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) a récemment mis en place une collaboration étroite entre l'Unité de médecine de la reproduction et la Consultation obésité pour favoriser la perte pondérale chez les femmes qui peinent à tomber enceinte. Les difficultés à concevoir s'accompagnent

d'une moins bonne réponse aux traitements de fertilité et d'une augmentation des risques de complications lors de la grossesse, d'où l'importance d'une prise en charge adéquate.

INFERTILITÉ FÉMININE

Comment explique-t-on les difficultés à concevoir des femmes en surpoids ? Le syndrome des ovaires polykystiques, cause fréquente d'infertilité dans la population générale, est d'abord plus fréquent chez ces femmes. Cette pathologie, associée à une résistance à l'insuline, entraîne souvent un trouble ou une absence d'ovulation diminuant fortement les chances de conception. Pour aider les patientes

atteintes de ce syndrome, un traitement à base de metformine (un antidiabétique), en complément d'un encadrement plus global (changement des habitudes alimentaires, etc.) peut être bénéfique. En plus de favoriser une perte de poids et une amélioration du profil métabolique, cette substance permet d'augmenter la régularité de l'ovulation ainsi que les chances de grossesses, tout en diminuant le risque de grossesses multiples. Les médicaments contre l'obésité (à base d'orlistat) n'ont pour leur part pas prouvé leur innocuité sur la femme enceinte, et sont donc à éviter.

Mais les femmes obèses sont, de manière générale, moins fécondes, qu'elles aient, ou non, des ovulations. Une altération de la qualité des ovocytes ou de l'endomètre liées au poids pourrait en être la cause.

De leur côté, les hommes en surpoids sont aussi confrontés à des troubles de la reproduction, liés à une diminution de la production de spermatozoïdes et

à des dysfonctions érectiles plus fréquentes.

DES GROSSESSES À RISQUE

Si une grossesse survient malgré tout, il faut savoir que les chances de la mener à terme sans complications sont beaucoup moins bonnes. Les risques de fausses couches, d'accouchement prématuré ou de décès sont en effet plus importants. L'hypertension ou le diabète gestationnel, la pré-éclampsie, la thrombose et l'embolie pulmonaires, surviennent également plus souvent pendant une grossesse. Quant à son suivi, il s'avère plus compliqué pour le médecin, le surpoids de la patiente pouvant gêner les différents contrôles manuels et échographiques habituels. Quant à la santé de l'enfant, elle n'est pas à l'abri, puisque un excès pondéral de la mère favorise le décès in utero, les malformations congénitales (entre autre défaut du tube neural) et prédispose à l'obésité à long terme, la macrosomie, etc.

Quelles solutions s'offrent alors à ces couples en désir d'enfant ? La réponse optimale n'est pas à chercher du côté des traitements de fertilité, car les kilos en trop représentent là encore un réel handicap, les risques d'hyperstimulation ovarienne et d'annulation des cycles étant plus importants. De même, pour les traitements par fécondation in vitro, il a été constaté que le nombre d'ovocytes prélevés était souvent inférieur chez ces femmes. La qualité des embryons, les naissances vivantes et le taux d'implantations (même dans les cas de don d'ovocytes) sont plus bas. De plus, pratiquement, la stimulation de l'ovulation nécessite de plus grandes doses de médication et augmente ainsi les coûts du traitement.

LE GAIN D'UNE PERTE DE POIDS

De manière générale, la perte de poids est tout à fait favorable à la fertilité féminine. C'est ce qu'a démontré une étude austra-

L'obésité représente un réel handicap pour les couples qui veulent avoir un enfant

lienne à laquelle ont pris part 67 femmes obèses présentant une absence d'ovulation. Pendant six mois, à raison de deux heures par semaine, les participantes ont suivi un programme, axé sur l'exercice physique et les changements en matière d'habitudes alimentaires. Avec une perte moyenne de 6,5 kg seulement, un retour spontané de l'ovulation s'est produit chez 90% d'entre elles, malgré un indice de masse corporelle (IMC) toujours supérieur à 30 kg/m². Ainsi, 77,6% des participantes ont réussi à concevoir (naturellement dans un tiers des cas) durant le temps de l'étude, alors qu'aucune grossesse n'est survenue dans le groupe contrôle. La perte pondérale a en outre permis d'améliorer leur profil métabolique, tandis qu'une régularité de l'ovulation s'est installée. Les chances de grossesse sans

complications ont elles aussi été augmentées.

La fertilité masculine pourrait aussi, en toute logique, profiter d'une perte de poids, mais des études doivent être menées pour le prouver. Dans des cas extrêmes, une chirurgie gastrique peut éventuellement être envisagée. Elle permet de maigrir et a des effets positifs sur des grossesses ultérieures. En effet, les risques pour la mère et l'enfant redeviennent comparables à ceux de la population générale, sans compter que l'hypertension et le diabète gestationnels sont moins fréquents. Mais d'autres difficultés peuvent se présenter : nécessité d'adapter le cerclage gastrique en cours de grossesse ou déficits nutritionnels et faible poids du bébé à la naissance pour les chirurgies entraînant une mauvaise absorption des aliments. ■

*«Obésité et fertilité ne font pas bon ménage», Marie-Hélène Pesant, Dorothea Wunder, François Pralong, Vittorio Giusti, in Revue médicale suisse 242, mars 2010.

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

Et pour être toujours au courant des nouveautés Free From, découvrez la newsletter sur www.coop.ch/freefrom



Pour savourer sans les effets secondaires.

coop

Pour moi et pour toi.

Quels sont les droits des proches d'un malade ?

TEXTE : PHILIPPE BARRAUD

La maladie aussi relève de la sphère privée! Et si les proches s'emploient habituellement à bien faire et à aider la personne malade, leurs droits sont très limités face aux décisions à prendre et aux traitements à mettre en œuvre, même si le patient est mineur.

Le point avec Véronique Matthey, juriste à la Société vaudoise de médecine.

Deux cas de figure se posent : soit le malade est capable de discernement, soit ce n'est pas le cas.

Lorsque le patient est capable de discernement, il est seul habilité à parler de sa maladie à ses proches, et à décider d'une intervention médicale. Cela vaut aussi pour les mineurs, et les personnes sous tutelle : le fait d'accepter ou de refuser un traitement médical est un droit strictement personnel, selon le Code civil, et par conséquent personne, parmi les proches, ne peut s'opposer à l'exercice de ce droit.

En effet, si le patient est capable de discernement, les proches non seulement n'ont aucun pouvoir juridique dans la gestion de son Etat de santé, mais ils n'ont pas davantage le droit d'être informés d'une maladie qui survient, si le patient ne veut pas en parler. Ainsi, même si cette disposition peut paraître surprenante aux yeux de parents d'enfants mineurs, ils n'ont ni à être informés d'un problème de santé, ni à intervenir dans le traitement ou dans l'absence de traitement. Il en découle que les proches ou les parents n'ont pas non plus le droit de demander des informations au médecin. Si

Les proches, qu'est-ce que c'est ?

On définit comme proche le conjoint ou un parent de sang (père, mère, enfant, frères et sœurs), mais aussi une personne de confiance qui s'occupe du malade, le partenaire qui partage sa vie, ou même un ami de longue date. L'essentiel est la qualité de la proximité relationnelle, et non les liens familiaux : c'est l'intensité du lien affectif qui est déterminante, autrement dit, la personne la plus intime du malade constitue le proche le plus légitime.

La prochaine révision du Code civil établira une hiérarchie plus précise des proches qui pourront être informés, et qui seront habilités à prendre des décisions pour un patient incapable de discernement. On aura d'abord le conjoint ou le partenaire faisant ménage commun avec le patient, puis les autres membres de la parenté. Mais si le patient a désigné un représentant thérapeutique, celui-ci aura la priorité sur les autres proches.



Véronique Matthey est juriste à la Société vaudoise de médecine.

celui-ci informe les proches d'un parent malade, même mineur, sans l'accord de ce dernier, il viole son devoir de discrétion : le secret médical est prépondérant. Dans le cas d'un patient capable de discernement, c'est donc celui-ci qui décide souverainement des limites à respecter par ses proches.

Sur le plan juridique, les proches sont des tiers extérieurs à la relation thérapeutique

Lorsque le patient n'est pas capable de discernement, les proches ont le droit d'être informés de la maladie du patient, mais leur avis n'est pas contraignant pour le médecin : ils n'ont aucun pouvoir de décision. Sur le plan juridique, les proches sont des tiers extérieurs à la relation thérapeutique, quand bien même ils partagent la vie du patient.

Mais comment détermine-t-on l'incapacité de discernement ? C'est une notion relative, et qui peut évoluer dans le temps. Elle se définit par l'incapacité d'agir raisonnablement, pour une cause légale, par quoi on entend la maladie mentale, la faiblesse d'esprit, l'ivresse, etc. Elle peut être aussi très momentanée, notamment lors d'accidents. En tous les cas, c'est au médecin, et non aux proches, de constater l'incapacité de discernement, et de prendre les mesures thérapeutiques qu'il juge nécessaires dans l'intérêt du patient. Pour éviter des difficultés futures, beaucoup de personnes, notamment âgées, prennent la précaution de désigner un représentant thérapeutique, qui peut être le conjoint, un parent ou un ami. Contrairement aux proches, ce représentant est habilité à prendre des décisions sur le plan thérapeutique, des décisions qui sont contraignantes pour le médecin. ■

SURPOIDS ET SANTÉ: LE RÔLE DU LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES

Dans notre société moderne et sédentaire, le surpoids touche un nombre toujours plus important de personnes. Pourtant, ses évolutions et son cortège de complications possibles, tels que l'obésité, le diabète ou l'infarctus ne sont pas une fatalité.

Pour permettre de détecter et corriger les déséquilibres métaboliques à un stade précoce, l'analyse de laboratoire joue un rôle clé dans la détection des carences et des excès.

Pour ce faire, Unilabs a développé un programme de bilans biologiques **BIOCHECKUP**, qui intègre les éléments de votre mode de vie, de votre patrimoine génétique et de votre environnement, pour générer des conseils personnalisés.

Exemples de facteurs de risque mis en évidence ou confirmés par **BIOCHECKUP**:

FACTEURS DE RISQUES LIÉS AU SURPOIDS	BILANS ADAPTÉS
Alimentation déséquilibrée	Le profil des acides gras détecte les déséquilibres nutritionnels. Il vérifie en particulier le bon équilibre des oméga-6/-3 et des acides gras saturé et <i>trans</i> (qui élèvent le cholestérol)
Diabète sucré (de type II)	Le bilan du risque diabétique peut détecter une situation prédiabétique à un stade précoce

Dans le cadre d'un dépistage des facteurs de risques, votre médecin vous conseille sur les mesures à prendre en fonction de vos résultats.

Disposer d'un bilan biologique adapté à votre situation personnelle peut, dans certains cas, aider à préserver votre capital santé.

Pour de plus amples informations: www.unilabs.ch

BioCheck UP



CHLORELLA REU-RELLA®

Algues d'eau douce naturelles (chlorella pyrenoidosa), 100% végétales. Complément nutritionnel de grande valeur avec une capacité exceptionnelle à fixer et à éliminer les substances toxiques (notamment les métaux lourds).



360 comprimés
(90 g)



2000 comprimés
(500 g)



640 comprimés
(160 g)



Poudre instantanée,
160 g ou 500 g

Aussi disponible
en poudre
instantanée!



Une liberté qui vous déride.

WTRZ



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

La campagne est financée par le Fonds
de prévention du tabagisme.



Les non-fumeurs font plus jeunes plus longtemps. Le tabac rend la peau terne, flasque et sèche. Il favorise aussi les rides. Offrez à votre peau un baume anti-âge: Goûtez la différence avec SmokeFree avant qu'il ne soit trop tard. Informations supplémentaires sur www.smokefree.ch Ligne stop-tabac 0848 000 181 (8 ct./min.)

PRENEZ UN PAQUET DE LIBERTÉ.
www.smokefree.ch