

Le système de santé face au boom des seniors



MH EDITIONS
MEDECINE & HYGIENE

GUIDE (TRÈS) PRATIQUE DE LA SAGE-MAMAN

Christine Cottier-Angeli
Magali Debost

Préface du Dr P. Grandsenne

216 PAGES
FORMAT : 14 X 19,5 CM
ISBN : 978-2-88049-374-5



GUIDE (très) PRATIQUE DE LA SAGE-MAMAN

Christine Cottier-Angeli
Magali Debost

Préface du Dr Philippe Grandsenne

Cet abécédaire reprend avec objectivité et une bonne pointe d'humour les questions les plus fréquentes – et les plus essentielles – posées à Christine Cottier-Angeli, sage-femme, et que s'est posées Magali Debost, sage-maman.

De l'allaitement aux soins du cordon en passant par les fameuses coliques du nourrisson, du baby-blues aux précautions post-accouchement ou aux relations avec la belle-mère, ce petit guide offre du pratique, de l'utile, des astuces et des rappels de bon aloi pour la santé et le confort de Bébé comme de Maman.

Des listes pense-bête avec leurs cases à cocher – Qu'emporter à la maternité? Quelle est la pharmacie de base? Que prendre en vacances? – ainsi qu'un répertoire complètent cet ouvrage dont le message est: «Ayez confiance, gardez espoir, respirez, soyez indulgente avec vous-même et surtout détendez-vous!»

Retrouvez des extraits de cet ouvrage sur
www.medhyg.ch/sage-maman

COMMANDE

Je commande:

— ex. de **GUIDE (TRÈS) PRATIQUE
DE LA SAGE-MAMAN**

CHF 20.- / 16 €
Frais de port gratuits pour la Suisse
et 5 € pour les autres pays

En ligne : www.medhyg.ch/boutique
e-mail : livres@medhyg.ch
tél. : +41 22 702 93 11, **fax :** +41 22 702 93 55
ou retourner ce coupon à :

Editions Médecine & Hygiène | CP 475 | 1225 Chêne-Bourg
Vous trouverez également cet ouvrage chez votre libraire.

Timbre/Nom et adresse

.....
.....
.....

Date et signature

.....
.....
.....

Je désire une facture

Je règle par carte bancaire: Visa Eurocard/Mastercard

Carte N°

Date d'expiration:

.....



Michael Balavoine
rédacteur en chef

Le boom des seniors: une urgence de santé publique

Ce n'est un secret pour personne. L'espérance de vie globale augmente continuellement. Elle est passée de 65,3 ans à 71,5 ans entre 1990 et 2013. Et en 2015, pour la première fois dans l'Histoire, le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans sera plus grand que celui des enfants de moins de 5 ans. Le phénomène a commencé depuis le début du 19^e siècle. Et aujourd'hui, chaque bébé qui voit le jour a une espérance de vie de trois mois supérieure à celui né l'année précédente. A ce rythme, l'espérance de vie pourrait atteindre les 100 ans à la fin du siècle.

Dans un récent article, le journal américain *The Atlantic* relevait à propos de ces chiffres qui donnent le tournis que cette augmentation prise globalement était indépendante d'un événement spécifique. En gros: ni la découverte de nouvelles drogues ni les guerres ou les épidémies n'influencent le phénomène. La courbe grimpe continuellement. Et sa progression s'accélère simplement avec la découverte de nouvelles thérapies. Or aujourd'hui, les progrès de la médecine font que la tendance est à la hausse forcée. A coup de thérapies en

tout genre, la pente se raidit à tel point que l'immortalité n'est plus un tabou.

Ces victoires face à la mort sont-elles vraiment une bonne nouvelle? Le phénomène calmera certainement quelques angoisses. Mais à y regarder de plus près, l'augmentation continue de l'espérance de vie est aussi, voire même surtout, un problème de santé publique majeur. Comment traiter des personnes qui, avec l'âge, ne souffrent plus uniquement d'une maladie mais de plusieurs? Le défi est considérable tant au niveau de la prise en charge que de la menace de faire exploser le système en multipliant les coûts liés aux traitements. Pour faire face à ces bouleversements, les systèmes de santé, qui couvrent de plus en plus de monde sur la planète, doivent inventer de nouvelles stratégies. Les cantons romands ont pris la chose au sérieux en lançant des programmes prioritaires pour trouver des solutions. La réponse, elle, ne sera toutefois pas uniquement politique. Elle devra aussi être sociale: il faudra être équitable dans la répartition des charges sans quoi la société ne pourra faire face à cette menace qui émerge. +

+ Impressum

Rédacteur en chef
Michael Balavoine
Rédactrice en chef adjointe
Elodie Lavigne
Rédacteurs
Patricia Bernheim
Elisabeth Gordon
Benoît Perrier
Marie-Christine Petit-Pierre
Esther Rich
Marc Hochmann Favre

Graphisme / Illustration
giganto.ch

Photographie
DR

Edition
Joanna Szymanski

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

Fiche technique
ISSN : 1662-8608
Tirage : 5 000 exemplaires
3 fois par an

Publicité
Médecine & Hygiène Publicité
Maya Aubert
Chemin de la Mousse 46
1225 Chêne-Bourg
Email : maya.aubert@medhyg.ch
Tél : +41 22 702 93 17
Fax : +41 22 702 93 55

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

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

Comité de rédaction
Dr Pierre-Yves Bilat
Dr Henri-Kim de Heller
Dr Marc-Henri Gauchat
Dr Bertrand Kiefer
Dr Michel Matter
Dr Monique Leko Hagen
Dr Remo Osterwalder
M Pierre-André Repond
Pr Bernard Rossier
M Paul-Olivier Vallotton
Dr Véronique Monnier-Cornuz
Dr Walter Gusmini

Sommaire

DOSSIER

6

Notre société face à un « tsunami gris »

10

Interview

Dr Michaël Hofer

« Les répercussions de la maladie rhumatismale sur la vie d'un enfant sont immenses »

14

Tribune

Gluten : quand la science s'en mêle

16

Imagerie

Articulations : quand ça casse

20

Supplémentation

Cinq choses à savoir sur la vitamine D

22

Instruments

Le fauteuil du dentiste

26

Psycho

Le burnout est-il une vraie maladie du travail ?

30

Diagnostic

La sarcoïdose : une maladie rare à la prise en charge complexe

34

Trajet

Donner ses plaquettes

36

Post-op

Les effets inattendus du by-pass gastrique

40

Hommes

La panoplie des traitements contre le cancer de la prostate

42

Addiction

Le sucre, une drogue dure ?

44

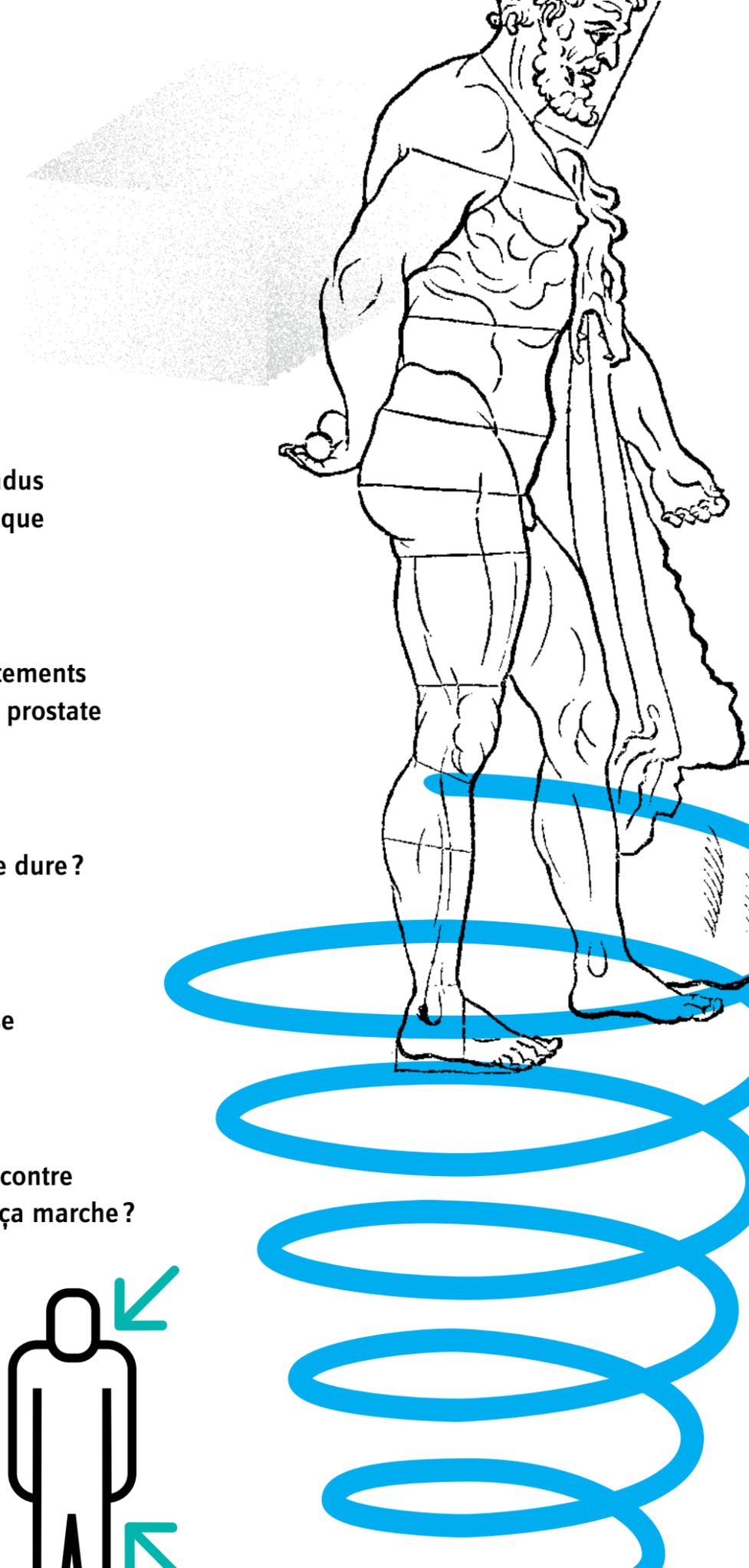
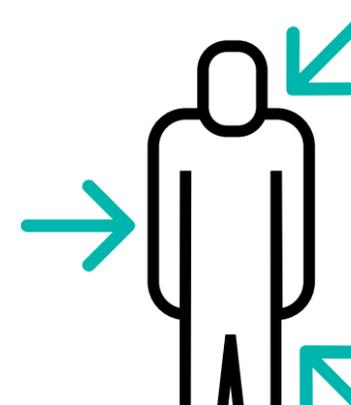
Fiche maladie

L'endométriose

48

Juridique

Assurance de base contre les accidents : comment ça marche ?



Notre société face à un « tsunami gris »

Époque Le vieillissement des baby-boomers, un véritable « tsunami gris », questionne de plein fouet notre système de santé. Comment prendre en charge cette vague de personnes âgées et leurs besoins en matière de soins? Les réponses de la Dresse Stéphanie Monod, cheffe du Service de la santé publique du canton de Vaud.

TEXTE PATRICIA BERNHEIM



La situation actuelle est sans précédent. On assiste à deux phénomènes croisés. D'un côté, le vieillissement des *baby boomers* (les personnes nées entre 1945 et 1970), les plus âgés d'entre eux étant déjà à la retraite alors que les plus jeunes le seront en 2035. De l'autre, l'espérance de vie qui s'allonge: elle est aujourd'hui de 80,5 ans pour les hommes et de 84,8 pour les femmes, mais pourrait, d'ici 40 ans, atteindre les 90 ans pour ces dernières.

En 2040, l'effectif des plus de 80 ans aura augmenté de 120%! «Si notre système de santé ne se remet pas en question et n'est pas réformé en profondeur, nous ferons face à une situation très difficile d'ici 20 à 30 ans. C'est certain. Car on ne sera pas en mesure de répondre aux besoins des générations de demain. Le système fonctionne déjà à flux tendu et il va falloir répondre à des besoins complexes, en particulier pour les patients très âgés», résume la Dresse Stéphanie Monod. Gériatre, elle est la nouvelle

cheffe du Service de la santé publique du canton de Vaud qui fait œuvre de pionnier dans ce domaine.

Etat des lieux

Le vieillissement démographique pose en effet de nombreux défis. L'avancée en âge des *baby boomers* va notamment créer une indéniable pression sur les ressources du système sanitaire. On vit plus longtemps, et dans l'ensemble mieux, mais aujourd'hui déjà, une grande partie des soins est

consacrée aux seniors. «En termes de restructuration, l'un des secteurs les plus concernés par le vieillissement est l'hôpital. Dans les services de médecine du Centre hospitalier universitaire vaudois et des hôpitaux régionaux, 70% des patients ont plus de 65 ans et 40% ont plus de 80 ans! Or les hôpitaux ont été conçus pour traiter des maladies aiguës chez des personnes jeunes et non des pathologies chroniques invalidantes chez des personnes âgées», souligne la Dresse Monod.

Le pourcentage de situations simples diminue, l'hôpital doit s'adapter à une population qui présente plusieurs pathologies dans un système de santé et dans des infrastructures qui ne sont pas prévus pour cela. «Il existe une bonne pratique face à chaque maladie, mais pas face au cumul de plusieurs maladies chroniques. L'absurdité du système actuel, c'est que si l'on suit tous les guides de bonne pratique, on peut arriver à des prescriptions inappropriées et surtout à engendrer une poly-pharmacie

«Le vieillissement démographique crée une pression inédite sur le système de soins.»

délétère pour le patient», relève la cheffe de service.

A l'heure actuelle, l'état finance les hôpitaux, les soins à domicile et les EMS, qui ont chacun leur propre défi. «Le problème, c'est que tout est cloisonné. Nous devons créer un système qui colle aux besoins de l'individu», déclare la spécialiste. La première conséquence concrète de cette autre manière de voir les choses a été le décroisement de son propre service pour «favoriser la communication transversale».

«Il s'agit de changer de vision et de passer de la juxtaposition des prestations actuelles à l'intégration des soins, autrement dit, une organisation des soins qui soit centrée sur le patient. Le financement est dès lors lié à la coordination autour du patient, en fonction de ses besoins en soins, et non à l'institution.

Ce ne devrait plus être le type d'établissement qui dicte le type de soins».

Etablir une continuité

Actuellement, il n'existe pas de continuité entre les différentes institutions qui prennent en charge les personnes âgées. Lorsqu'un patient suivi par un médecin doit être hospitalisé, les informations ne suivent pas toujours. A moins que le patient ne puisse expliquer lui-même sa situation, l'équipe hospitalière doit souvent recommencer les examens à zéro. Chaque changement représente une rupture majeure dans les soins apportés. A cela s'ajoute le fait que les différentes entités n'ont pas la même vision et ne partagent pas le même langage en matière d'évaluation du patient et de ses troubles. «C'est comme un orchestre composé d'un quatuor de musiciens à

qui on ne donne pas de partition commune...», commente la doctoresse.

«L'un des premiers axes de changement va consister à réunir tous les partenaires, c'est-à-dire les hôpitaux, les réseaux de soins à domicile, les EMS ainsi que les médecins - puisque le système doit partir d'eux -, et à instaurer un langage commun à tous pour servir la continuité».

Rendre le patient plus autonome

Autre axe majeur: renforcer la prévention des maladies chroniques et promouvoir l'idée que chacun est acteur de sa santé. «Il est temps aussi de développer des programmes de prévention à large échelle. La Suisse consacre peu à la prévention spécifique aux personnes âgées, notamment pour ce qui est de l'activité physique et de la mobilité ou encore dans le but de limiter l'usage immodéré

de certains médicaments. Il est pourtant urgent d'améliorer leur qualité de vie et de réduire le temps passé en dépendance». La possibilité pour les patients d'avoir accès à leur dossier médical grâce au transfert électronique des données sera aussi une manière de renforcer leur autonomisation.

Changer notre regard sur l'âge

Si le terme de «tsunami» est forcément associé à l'idée d'une catastrophe majeure, la cheffe du service de santé vaudois préfère considérer ce défi sociétal inédit comme une opportunité de revoir notre vision des personnes âgées et de réfléchir à la manière dont la médecine a évolué et à ses dérives.

«Le vieillissement de la population force à se reposer les bonnes questions, pas seulement en termes sanitaires mais

“Les hôpitaux ont été conçus pour traiter des maladies aiguës chez des personnes jeunes et non des pathologies chroniques chez des personnes âgées”

aussi en matière de sens et de valeurs. C'est une occasion de re-questionner la dimension humaniste de la médecine que la médecine technologique a contribué à déshumaniser. Il faut toujours garder en tête cette question: “Cette mesure

et cette avancée technologique est-elle justifiée parce qu'elle améliore la survie et la qualité de vie des patients?” Il s'agira de proposer une médecine humaniste qui tienne compte des besoins mais aussi des souhaits des personnes qui font face à la maladie.»

Le canton de Vaud fait office de pionnier, mais anticiper les effets du vieillissement démographique doit faire partie des préoccupations de tous les responsables de santé publique. «Si rien ne change, le risque est une diminution de l'accès aux soins et de leur qualité, donc une inégalité sociale avec une médecine à trois ou quatre vitesses. La qualité des soins de base, en Suisse, est bonne et il s'agit de la préserver et de l'optimiser. Mais on peut faire mieux par rapport aux personnes âgées qui ont développé plusieurs maladies chroniques».

Monde : la durée de vie s'allonge

On vit toujours plus vieux, non seulement dans les pays occidentaux mais aussi dans ceux dits en développement. C'est la principale conclusion d'une étude sur «La charge mondiale des maladies», publiée dans la revue médicale britannique *The Lancet* en décembre 2014.

Entre 1990 et 2013, l'espérance de vie mondiale a progressé d'un peu plus de six ans, passant de 65,3 à 71,5 ans (femmes: 74,3 ans, soit 6,6 ans de plus; hommes: 68,8 ans, soit 5,8 ans de plus). La longévité s'est particulièrement accrue dans une dizaine de pays en développement tels que le Népal, le Rwanda, l'Ethiopie ou l'Iran qui ont gagné plus de douze ans. Seul le sud du continent africain fait exception, le sida amputant l'espérance de vie de cinq ans en moyenne.

Dans les pays développés, la mort intervient de plus en plus tard grâce au recul de certaines maladies chroniques (la plupart des cancers ont diminué de 15% et les maladies cardio-vasculaires de 22% en 23 ans) et, dans les pays en développement, grâce au recul des maladies infectieuses. La mortalité infantile a quasiment été divisée par deux, passant de 7,6 millions d'enfants de moins de 5 ans décédés en 1990 à 3,7 millions en 2013.

Ce bilan positif masque toutefois une autre réalité: comme en 1990, les principales causes de mort prématurée sont l'infarctus et l'AVC, mais aussi la maladie d'Alzheimer (dont la mortalité a doublé en 23 ans), les cancers du poumon (+ 49%) et les diabètes (+ 70%). L'étude souligne que la progression de ces pathologies s'explique par le vieillissement de la population et par les conditions de vie: tabagisme et alcoolisme, hypertension artérielle, cholestérolémie, sédentarité et alimentation mal équilibrée.

PUBLICITÉ



Pour allier plaisir et bien-être.

Vous souffrez d'une intolérance alimentaire? Régalez-vous sans craindre les effets secondaires avec les quelque 70 produits sans lactose et sans gluten Coop Free From et Schär! Ils vous attendent dans tous les grands supermarchés Coop et sur www.coopathome.ch

Et pour être toujours au courant des nouveautés Free From, abonnez-vous à la newsletter «Alimentation» sur www.coop.ch/freefrom

freefrom

coop

Pour moi et pour toi.

Dr Michaël Hofer

« Les répercussions de la maladie rhumatismale sur la vie d'un enfant sont immenses »

Pédiatrie Être atteint de rhumatisme quand on est enfant est lourd de conséquences. Le Dr Michaël Hofer, spécialiste en rhumatologie pédiatrique au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), déplore avec force le manque de moyens et de spécialistes alloués à cette pathologie. Il craint les répercussions à long terme sur la société et le système de santé.

TEXTE ELODIE LAVIGNE

Planète Santé : On imagine souvent que les rhumatismes sont une maladie de la personne âgée. Qu'en est-il ?

Dr M. Hofer : Il n'en est rien. Les rhumatismes touchent également les personnes actives et les enfants. C'est même l'une des maladies chroniques pédiatriques les plus fréquentes. On estime que sur mille enfants, entre un et deux en sont victimes.

A partir de quel âge un enfant peut-il souffrir de rhumatismes ?

Très tôt. Dès la naissance pour les rhumatismes d'origine génétique et dès 1-2 ans pour les autres formes.

Les maladies rhumatismales sont-elles les mêmes chez l'enfant et l'adulte ?

Certains types de rhumatismes ont leur pendant pédiatrique, certains sont très répandus chez l'enfant et rares chez l'adulte, tandis que d'autres ont des présentations très spécifiques chez l'enfant. L'enfant souffre principalement de rhumatismes inflammatoires, d'origine génétique ou fonctionnelle (*voir encadré*). Mais le fait que la maladie survienne pendant la croissance affecte l'individu différemment. Cela a des effets non seulement sur son développement locomoteur, sur le développement de ses articulations, sa taille, mais aussi sur son vécu psychologique. Être malade dès le plus jeune âge modifie profondément la conception que l'on a de l'existence. Il faut s'en soucier. Ces enfants ont besoin d'être entourés.

Comment se manifeste la maladie chez l'enfant ?

Les rhumatismes se manifestent le plus souvent par des douleurs aux articulations, des gonflements, de la fièvre, de la fatigue, une limitation de la mobilité, voire parfois par une boiterie. Chez les plus petits, il faut se soucier si un bébé a de la peine à bouger, à se mettre debout ou à marcher. De même, il ne faut pas négliger les pleurs nocturnes qui peuvent être l'expression de douleurs rhumatismales.

La maladie est-elle facile à diagnostiquer ?

Le diagnostic n'est pas simple à poser chez l'enfant. Car souvent, faute de pouvoir le formuler verbalement, ce n'est

pas lui qui rapporte le problème, mais ses parents. De plus, l'enfant a tendance à s'habituer à sa douleur et ne réalise pas que ce n'est pas normal. Ce sont les raisons pour lesquelles l'enfant et ses parents consultent souvent tardivement. Le spécialiste se heurte également à d'autres difficultés lors de la consultation: l'enfant cherchera souvent à minimiser ses troubles ou à répondre aux questions en fonction de ce qu'il imagine devoir dire ou par peur de nouveaux examens. Pour éviter d'avoir une image trompeuse de la situation, il faut réexaminer l'enfant plusieurs fois.

Souffrir de rhumatismes quand on est un enfant, qu'est-ce que cela a de compliqué au quotidien ?

L'enfant atteint de rhumatisme est souvent stigmatisé à l'école et rejeté par ses pairs. Il est très dur de se confronter aux autres quand on est différent. Et comme les douleurs ne se voient pas, il se heurte à l'incompréhension des autres et se fait traiter de « petite nature ». Or, les douleurs peuvent entraîner une réelle limitation physique, problématique durant les leçons de gymnastique par exemple. La maladie a également des conséquences sur la scolarité. La fatigue induite par les traitements peut diminuer la capacité de concentration. L'enfant est plus souvent absent en raison des douleurs, des traitements et de la fréquence des consultations médicales. Il ne faut pas négliger non plus l'inquiétude que suscite la maladie par rapport à l'avenir. Ces enfants ont parfois une peur prononcée de la mort. En regard de leur maladie, ils se demandent quel métier ils pourront exercer, s'ils pourront ou non avoir des enfants, etc.

Le soutien familial est-il important ?

Oui. Avec les difficultés scolaires ou sociales rencontrées, il est primordial que l'enfant soit entouré. Et ce d'autant plus s'il a de la peine à l'école. Car avec les douleurs, les absences et les leçons à rattraper, c'est facile de décrocher. Or, c'est d'autant plus problématique que les limitations physiques qu'impose la maladie privent le jeune du choix de certains métiers. Un manque de soutien risque de compromettre sa bonne intégration dans sa vie d'adulte.

Cela veut-il dire que les rhumatismes perdurent à l'âge adulte ?

Dans la majorité des cas, oui. On ne guérit pas des rhumatismes. Une partie des malades croit en cette pensée magique selon laquelle la maladie s'en va avec l'adolescence, mais il n'en est rien. Il faut dire que ces jeunes n'ont pas pu se construire en santé et ont toujours été malades. C'est particulièrement difficile à vivre. L'adolescence amène son lot de questions et de changements et ils n'ont plus envie d'entendre parler de leur maladie, au point parfois de rejeter les soins.

"Être malade dès le plus jeune âge modifie profondément la conception que l'on a de l'existence"

Quels traitements existent ?

Depuis plus de vingt ans, on propose un médicament qui calme l'inflammation et le système immunitaire (le Méthotrexate®). Aujourd'hui, on dispose de médicaments modernes, mais chers, qu'on administre par voie intraveineuse ou sous-cutanée. Les effets de ces agents biologiques sont spécifiques au fonctionnement de la molécule que l'on cible. Mais il y a un risque d'infection car ils affaiblissent le système immunitaire. On manque encore de recul sur les effets à long terme, d'autant plus que ces agents biologiques agissent sur un système immunitaire en plein développement.

Est-ce que cela est suffisant pour améliorer le confort de ces jeunes malades ?

Non. Il faut augmenter le nombre de recherches et d'études chez l'enfant. Aujourd'hui, beaucoup de médicaments sont prescrits « off label » (*ndlr* sans validation pour l'indication prescrite), ce qui pose d'importants problèmes de sécurité pour le patient, de responsabilité pour le médecin et de coûts, puisqu'ils ne sont

pas toujours remboursés par l'assurance-maladie de base. Aujourd'hui, on doit se battre beaucoup plus pour des individus qui ont une espérance de vie plus longue. Le handicap, le fait d'être « démoli » par une maladie chronique, les difficultés de développement et d'intégration, etc. : on oublie les répercussions de la maladie sur l'enfant, qui est un adulte en devenir. On oublie aussi l'impact économique sur la société. Les politiciens ne semblent pas en avoir conscience. Dans la population, il y a certes beaucoup plus de seniors que d'enfants. Mais c'est une politique à court terme: les jeunes malades chroniques insérés dans le monde professionnel participent au financement de la prévoyance sociale au lieu d'en dépendre. On est confronté ici à une double problématique: la maladie rare et la maladie pédiatrique. Il est difficile pour une minorité de faire reconnaître ses spécificités.

Que faire pour améliorer la situation ?

Le combat d'associations comme ProRaris ou Orphanet est utile pour informer le public et alerter les pouvoirs publics sur les moyens nécessaires au développement de nouveaux médicaments. Des initiatives pourraient être prises du côté des politiques. On pourrait imaginer d'alléger la charge fiscale des firmes pharmaceutiques qui investissent dans la recherche de médicaments pédiatriques ou, comme le fait la FDA des Etats-Unis (Food and Drug Administration), d'allonger de six mois le brevet des médicaments les plus vendus.

La fPmh, l'union des médecins de l'enfance et de l'adolescence, que je préside, se bat pour une médecine pédiatrique de haute qualité, adaptée aux besoins spécifiques des enfants. Ce sont des patients qui prennent du temps et donc qui coûtent cher. Avec l'évolution du système de santé, il y a un risque réel de manque de reconnaissance et de sensibilisation de ces jeunes patients.

Les enfants atteints de rhumatismes peuvent-ils être tout de même bien soignés ?

Il faut savoir que les spécialistes sont peu nombreux. La rhumatologie pédiatrique est une discipline très jeune. Il y a vingt ans, j'étais le seul spécialiste

en Suisse romande. Aujourd'hui, nous sommes environ dix pour toute la Suisse. Les premiers médecins ayant suivi le cursus suisse de formation dans cette discipline seront diplômés prochainement. Pour que les enfants puissent recevoir des soins adéquats, on a constitué une équipe de spécialistes qui se déplace dans toute la Suisse romande. De cette manière, les médecins ont la possibilité de rencontrer et de reconnaître un terrain large de pathologies et donc de mieux pouvoir les soigner.

Quels sont les enjeux pour le médecin et le patient quand ce dernier entre dans l'âge adulte ?

Tout d'abord, lors du passage de l'enfance à l'adolescence, il est nécessaire de reprendre l'explication de la maladie. Puis, il faut éviter toute rupture dans la prise en charge afin de garantir la compliance et l'efficacité du traitement. A cet égard, la qualité du relais entre la médecine pédiatrique et la médecine adulte est primordiale, d'autant plus que l'on a peu de connaissances sur l'évolution des rhumatismes infantiles. D'où l'intérêt de suivre une cohorte de patients. Il s'agit d'évaluer le devenir des patients soignés avec des traitements biologiques et immunosuppresseurs, leur tolérance aux traitements, les effets secondaires, le développement de leur système immunitaire et l'état de leurs articulations. +

Quels rhumatismes chez l'enfant ?

Les principales causes de rhumatisme chez l'enfant sont les suivantes :

- ▶ Les rhumatismes inflammatoires, parmi lesquels l'arthrite juvénile. Il s'agit d'une atteinte des articulations et des tissus de soutien.
- ▶ Les maladies fébriles récurrentes, d'origine génétique ou non. On observe une fièvre qui s'accompagne de douleurs articulaires, de maux de ventre, de taches sur la peau.
- ▶ Les rhumatismes non-inflammatoires, qui se manifestent par des douleurs chroniques localisées à un membre en particulier ou plus étendues.
- ▶ Les maladies métaboliques, comme par exemple la maladie de Fabry, une maladie génétique, plus présente chez les garçons. Elle se manifeste par de vives douleurs aux extrémités, des lésions sur la peau, etc.

PUBLICITÉ

Nouvelles couches d'incontinence ID Expert (anciennement Euron)



Remboursées par les caisses maladies selon prescription médicale. De toute première qualité destinées tant aux professionnels qu'aux privés.

Offre spéciale : Livraison gratuite pour les privés.

Demandez des échantillons gratuits en nous retournant ce talon dûment coché

Nos atouts :

- Testées dermatologiquement, sans Latex
- Sa forme anatomique et son aspect cotonneux vous garantissent une protection efficace contre les fuites
- Contient un gel anti-odeur qui prend également soin du PH de votre peau

Distri-Hygienics Sàrl - Rte d'Hermance 218A - 1246 Corsier / Ge - Tél. 078/763.28.61
Claudine D'hondt - Directrice Commerciale - distri.hygienics@bluewin.ch



Gluten : quand la science s'en mêle

Alimentation S'il est un domaine où la science semble nous promener plutôt que nous guider, c'est bien celui de l'alimentation. Sur ses conseils, nous évitions le gras, puis le sucre une fois le gras réhabilité ; la margarine devait remplacer le beurre qui aujourd'hui reprend sa place ; l'avoine baisse ou ne baisse pas le taux de cholestérol, et le chocolat (ou le vin rouge) maintient - ou non - nos fonctions cognitives... On s'y perd !

TEXTE GÉRARD ESCHER, DOMAINE PUBLIC

Il est des raisons à ce trouble : la science de l'alimentation est difficile, et il y a une industrie prête à se lancer dans toute brèche.

Ce bombardement constant sur ce qui est « bon » ou « mauvais » pour la santé provoque une relation névrosée avec l'alimentation, « l'orthorexie nerveuse ». Ainsi, 20 millions d'Américains disent souffrir de problèmes digestifs après avoir mangé des aliments contenant du gluten. Et déjà un tiers des Américains se propose de manger moins de gluten ; la vente des produits sans gluten explose et devrait atteindre quinze milliards de dollars l'année prochaine. Chez nous, les restaurants Migros proposent depuis octobre des menus exempts de gluten.

Il existe une maladie auto-immune sérieuse, la maladie cœliaque ou cœliaquie, caractérisée par une intolérance permanente au gluten qui, ingéré, peut entraîner la destruction des parois de

l'intestin. Seul traitement connu : un régime strict sans gluten, à vie. Les estimations varient, mais une étude un peu ancienne situe la prévalence de cette maladie au Royaume-Uni à un sur 100 ; c'est aussi l'estimation suisse. On s'attendrait donc à trois millions d'intolérants au gluten, et non à 20 millions, avec bientôt cent millions d'Américains qui veulent bannir le gluten de leur alimentation. Perplexité des gastroentérologues devant cette deuxième catégorie d'intolérance au gluten, auto-appréciée par les sujets qui relatent une nette amélioration de leur digestion après avoir banni le gluten de leur alimentation. Hormis quelques observations isolées, il n'y avait en effet aucune étude systématique pour étayer ce syndrome.

Ce n'est qu'en 2011 qu'une première étude clinique de haute qualité (en double aveugle, randomisée, contrôlée par placebo) montrait que le gluten

pouvait provoquer des symptômes d'inconfort digestif chez les sujets qui ne souffraient pas de maladie cœliaque. L'anxiété face au gluten qui saisissait la société et les rayons alimentaires pouvait sembler justifiée.

Mais était-ce vraiment la faute au gluten ou un autre facteur confondant existait-il ? En bons scientifiques, les chercheurs répétèrent l'expérience de 2011, en renforçant encore le contrôle des sujets, suivis rigoureusement de l'assiette jusqu'aux WC. On prit soin cette fois d'enlever de l'alimentation de base non seulement le gluten, mais aussi des irritants (additifs). En particulier, on retira tout aliment riche en une catégorie de sucres relativement difficiles à absorber par l'intestin (nom de code FODMAP pour Fermentable, Oligo-, Di-, Mono-saccharides And Polyols). Trente-sept sujets qui ne souffraient pas de la maladie cœliaque, mais pour qui un régime pauvre en gluten améliorait

«Ce bombardement constant sur ce qui est « bon » ou « mauvais » pour la santé provoque une relation névrosée avec l'alimentation»

le confort digestif, se prêtèrent au jeu. Avec le régime de base (sans gluten ni FODMAP) tout le monde se portait bien. On rajoute du gluten (en double aveugle), l'inconfort revient. Mais résultat surprise :

on rajoute un placebo (à la place du gluten), les sujets se portent mal aussi. Une fois ce régime pauvre en FODMAP adopté, toute autre manipulation provoquait des effets indésirables. Le gluten n'était donc pas coupable ! Derrière le gluten se cachaient les FODMAP. Choisir un régime sans gluten, c'est indirectement réduire les FODMAP, dont le pain est une source notable.

La médecine a été lente à prendre au sérieux l'intolérance au gluten, le commerce non. Hélas, produit sans gluten ne

veut pas dire produit sain : le gluten est souvent remplacé par « n'importe quoi ». Gageons que sur la base de cette étude sérieuse, mais faite à petite échelle et à court terme, on se précipitera sur les produits pauvres en FODMAP ; préparez donc bananes, myrtilles, parmesan et pousses de bambou, et oubliez pommes, poires, choux de Bruxelles et avocats.

Jusqu'à ce que la médecine, à l'écoute espérons-le des consommateurs-expérimentateurs, confirme, rétracte ou précise le résultat. +



Articulations : quand ça casse

Radiographie Les fractures des articulations sont courantes en médecine. Les traiter, c'est restituer leur mobilité. Exemples.

TEXTE BENOÎT PERRIER

Elles sont les plus fréquentes : les fractures des os autour des articulations représentent plus d'une fracture sur deux traitée à l'hôpital. Les extrémités des os sont « moins résistantes, plus spongieuses et donc plus fragiles », explique Pierre Hoffmeyer, chef du service d'orthopédie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).

Ces traumatismes surviennent le plus souvent au début et à la fin de la vie : « les jeunes sont casse-cou, quant aux personnes âgées, elles chutent davantage et leurs os sont fragiles », précise le chirurgien.

Soigner une articulation revient à lui rendre sa fonction. La rotule doit glisser correctement, le coude bien se plier, le poignet retrouver un mouvement naturel, etc. Il s'agit donc de « rétablir l'anatomie de manière très précise », poursuit le spécialiste. Suivant la fracture, cela peut passer par la pose de vis ou de plaques, avec parfois en plus une greffe de tissu osseux.

Les coudes

On tombe en avant, le coude plié. Le choc casse l'olécrâne (la tête du cubitus, l'un des deux os de l'avant-bras). Cette fracture touche souvent les personnes âgées. Le triceps, muscle du bras, emporte alors souvent le ou les fragments cassés de l'olécrâne. Pour soigner cette fracture, il faut opérer et replacer ces fragments d'os afin de redonner sa forme à l'articulation. On utilise pour cela des broches et du fil métallique.

Si l'os s'est cassé en plusieurs fragments, il faudra peut-être le renforcer en prélevant de l'os ailleurs chez le patient ou en ayant recours à une greffe.



Les chevilles

On trébuche lourdement, le pied tourne vers l'extérieur. Sous la force exercée, les deux os de la jambe, tibia et péroné, se cassent près de la cheville. Cette fracture dite « bimalléolaire » est courante chez la personne active. On la soigne en l'opérant pour fixer les fragments d'os et redonner sa forme originelle à l'articulation.





Les poignets

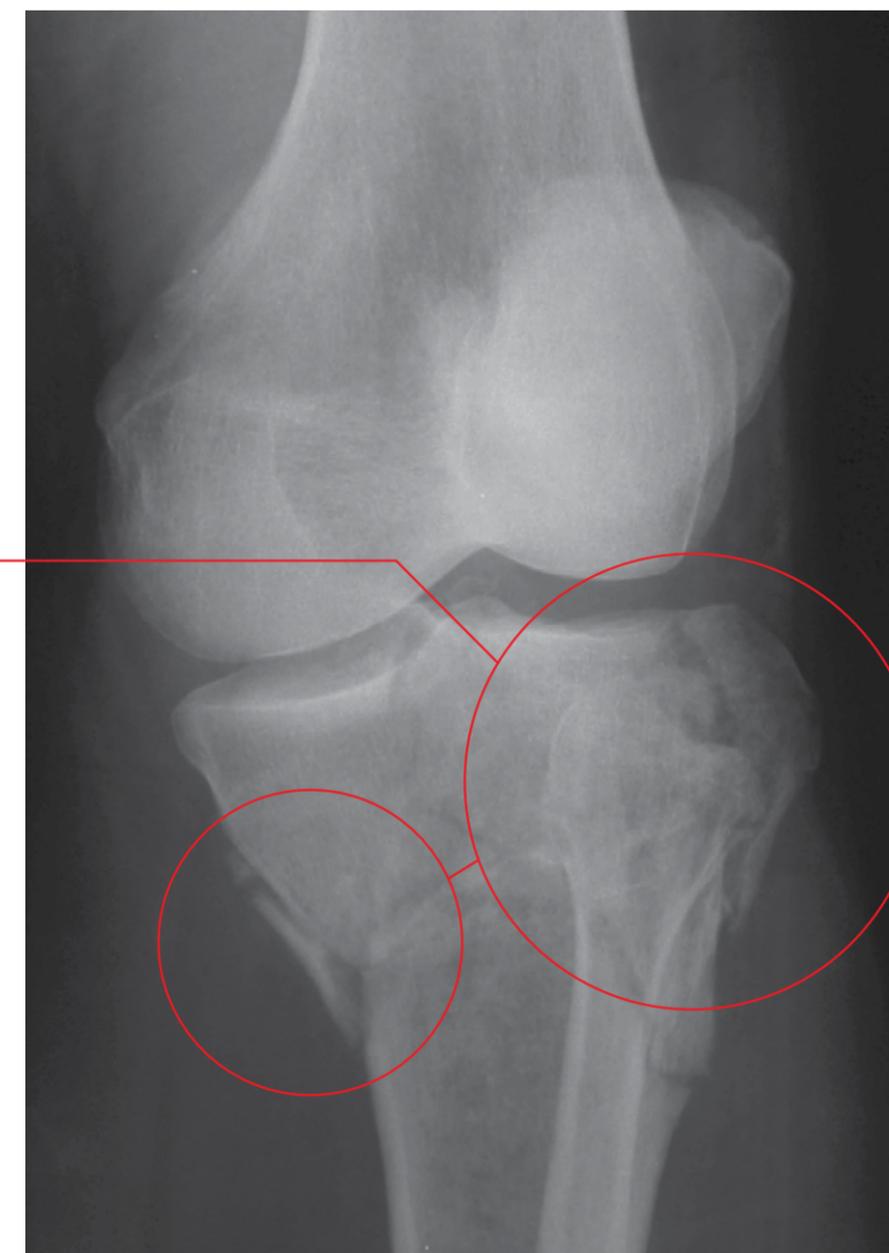
Les fractures du poignet sont très fréquentes, explique Thierry Christen, chirurgien de la main au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). Et parmi celles-ci, c'est le radius, l'un des deux os de l'avant-bras, qui est le plus souvent touché. On chute, on pose la main pour se rattraper et « clac », le radius cède.

Si l'os est simplement cassé mais pas déplacé, on l'immobilisera avec un plâtre durant quatre semaines. Mais la force des chocs fait que ces cas sont minoritaires. On opérera donc généralement pour fixer l'os avec une plaque et des vis. C'est une fracture dont on récupère bien.

Les genoux

Les fractures du genou les plus courantes touchent le plateau tibial. Il s'agit de l'extrémité supérieure du tibia, le gros os de la jambe. Plusieurs éléments peuvent être lésés dans un tel accident: l'os, les ménisques, les ligaments. Avant toute opération, les médecins réalisent donc un bilan du genou complet.

Pour reconstituer l'articulation, on remonte généralement le plateau qui avait été enfoncé et on le soutient par des greffons d'os et des plaques.



Cinq choses à savoir sur la vitamine D

Supplémentation La vitamine D n'a pas encore révélé tous ses secrets. Le point sur les connaissances actuelles avec le Dr Idris Guessous, médecin adjoint et épidémiologiste à l'Unité d'épidémiologie populationnelle des Hôpitaux universitaires de Genève.

TEXTE PATRICIA BERNHEIM

1

La vitamine D n'est pas vraiment une vitamine

Assimilée à une vitamine lors de son identification en 1922, la vitamine D est en réalité une hormone, puisque contrairement aux vitamines elle est synthétisée dans notre organisme grâce à l'exposition aux rayons UVB. La synthèse des précurseurs de la vitamine D commence à se faire au niveau de la peau, ces derniers passent ensuite par le foie puis par les reins avant de devenir de la vitamine D. L'efficacité du processus de synthèse dépend en grande partie de la dose d'UVB reçue, de la pigmentation, de l'épaisseur de la peau, de la graisse sous-cutanée et de l'âge (plus on vieillit, plus cette efficacité diminue). La source essentielle de la vitamine D est donc le soleil. Dans l'alimentation, seuls les poissons gras en contiennent.



Les deux-tiers de la population présentent des déficits

Il existe, à l'heure actuelle, plusieurs définitions des normes de vitamine D, développées selon des critères différents, ce qui complique l'interprétation des données. Néanmoins, des études conduites dans diverses populations démontrent que la prévalence du déficit en vitamine D dans le monde est élevée. Et la Suisse n'est pas l'exception: 50% de la population présente une insuffisance et 30% un déficit en vitamine D. Celui-ci varie selon la latitude géographique et la saison. Il est plus fréquent lorsque l'exposition au soleil est réduite par le port de vêtements couvrants ou par l'utilisation d'un écran solaire total qui empêche la synthèse.

De plus, certaines catégories de la population présentent plus de risques: les personnes obèses, les personnes âgées institutionnalisées et, de manière générale, toutes celles qui sortent peu. Face à l'ampleur du phénomène, certaines mesures de santé publique ont été prises. Depuis juin 2012, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) recommande des suppléments de vitamine D à prendre toute l'année pour les enfants de moins de trois ans et enjoint les personnes âgées et les femmes enceintes ou qui allaitent à en discuter avec leur médecin. Aux Etats-Unis, l'industrie agro-alimentaire enrichit un grand nombre de produits en vitamine D.

3

Les chercheurs mènent l'enquête

On sait depuis longtemps que la vitamine D joue un rôle dans l'absorption du calcium et du phosphore et qu'elle contribue de manière essentielle à la solidité des os. Actuellement, les recherches portent principalement sur les liens découverts entre un déficit en vitamine D et certaines maladies chroniques telles que l'obésité, certains cancers, les maladies auto-immunes et les maladies cardio-vasculaires. Ces études permettront de déterminer si la vitamine D influence le risque de survenue de ces maladies par ses effets indirects sur les facteurs de risque cardio-vasculaires comme l'hypertension, le diabète et l'insuffisance rénale et par ses effets directs sur le cœur et le système vasculaire, ou si elle n'est qu'un « simple » indicateur d'une bonne santé générale.

PUBLICITÉ

4

Une supplémentation n'est pas toujours nécessaire

Un dépistage systématique n'a de sens que si un traitement existe. Or, aujourd'hui, on ne peut modifier le taux de vitamine D que grâce à la supplémentation, mais nous n'avons pas d'évidences que cela diminue les risques de survenue des maladies cardio-vasculaires. Même son impact sur le squelette est remis en question. Cela ne fait donc pas de sens de recommander une supplémentation à tout le monde. Cinq études sont actuellement en cours dans le monde pour établir l'impact de la supplémentation. Nous aurons peut-être une réponse d'ici un ou deux ans.

5

S'enrichir en vitamine D et éviter les dangers du soleil

Pour pouvoir s'exposer au soleil et permettre la synthèse de la vitamine D sans faire courir de risques à sa peau, une exposition d'une vingtaine de minutes par jour au soleil suffit. Cette petite période d'exposition garantit une bonne réserve en vitamine D chez la plupart des personnes. Le plus efficace est d'exposer, avant 11 h et après 16 h, les surfaces utiles, à savoir le dos et le torse, jusqu'à ce que la peau commence à rosir.



Burgerstein D3 liquid

Prendre soin de sa santé, goutte à goutte.

Burgerstein D3 liquid: vitamine D3 en gouttes, goût neutre, à base d'essence de plantes et sans alcool, donc aussi idéale pour les petits enfants. La vitamine D3 exerce diverses actions et joue notamment un rôle prépondérant dans le fonctionnement du système immunitaire, le métabolisme des os et les fonctions musculaires.

Ça fait du bien. Burgerstein Vitamines

En vente dans votre pharmacie ou droguerie – Le conseil santé dont vous avez besoin.

Le fauteuil du dentiste

Instruments Bouche ouverte et regard au plafond, on ne soupçonne pas le caractère multifonctions du fauteuil du médecin-dentiste. Visite.

TEXTE BENOÎT PERRIER

Qu'on s'y allonge sereinement ou qu'on le redoute, le fauteuil de dentiste n'est pas un appareil qu'on a l'habitude de contempler. Il mérite pourtant qu'on s'y intéresse pour mieux comprendre ce qui s'y joue. Sylvie Roiron, hygiéniste dentaire à la Clinique universitaire de médecine dentaire de la Faculté de médecine de Genève, nous présente cet outil essentiel pour les dentistes.

Entre eux, médecins-dentistes et hygiénistes parlent plutôt d'*unit* pour faire référence au fauteuil et aux instruments qui l'entourent. L'équipement peut varier d'une *unit* à l'autre mais il y a des constantes (voir page suivante). A gauche du dentiste ou de l'hygiéniste, des équipements pour aspirer. A droite, les outils pour intervenir dans la bouche. En effet, « presque toutes les *units* sont prévues pour les droitiers », explique Sylvie Roiron.

Tous ces outils sont stérilisés après le passage de chaque patient : de très nombreux éléments sont jetables, d'autres sont réutilisables après stérilisation. Les surfaces de l'appareil sont également nettoyées avec des produits désinfectants.

Quand le patient entre dans le cabinet, le professionnel l'accueille sur un fauteuil réglé en position d'accueil, soit le plus assis possible. Il lui passe une serviette autour du cou et peut discuter avec lui des opérations qu'il va effectuer dans sa bouche. Au travail. +

Parmi les instruments standards du dentiste et de l'hygiéniste on trouve le miroir, la sonde qui permet de déceler les caries et la précelle, une pince qui permet par exemple d'attraper un coton.



Le scialytique

C'est une lampe recouverte de nombreux petits miroirs. Ainsi, le dentiste dispose d'une vue sans ombre de la bouche de son patient.

L'aspiration

Deux instruments permettent au dentiste ou à l'hygiéniste d'évacuer la salive produite dans la bouche et les éventuels saignements. Cela évite à ses instruments de « glisser » sur les dents. L'un sert à aspirer: il s'agit d'un tuyau à l'extrémité rigide qui permet de cibler la zone où l'on intervient. L'autre, c'est la pompe à salive dont l'embout en forme d'escargot se place sous la langue pour aspirer la salive près des glandes salivaires sublinguales.

Les instruments

- La turbine est l'instrument qui tourne le plus vite (plusieurs dizaines de milliers de tours par minute), elle peut être utilisée pour fraiser une dent rapidement.
- Le contrangle tourne moins vite que la turbine. On peut fixer dessus une fraise pour creuser et supprimer la carie.
- La soufflette, comme son nom l'indique, souffle de l'air pour sécher une zone précise dans la bouche. De l'eau peut aussi en jaillir pour rincer.
- L'ultrason produit une vibration et projette de l'eau. On l'utilise pour ôter le tartre des dents.

Le rinçage

Un gobelet et un crachoir sont souvent disponibles pour que le patient puisse rincer sa bouche à la fin du soin.

Le fauteuil

Pour le patient, c'est là que se déroule la consultation. Trois paramètres peuvent être réglés par le dentiste selon la morphologie du patient et la zone de la bouche à laquelle il souhaite accéder: la hauteur du siège, son inclinaison et la hauteur de la tête, la partie où l'on repose sa tête.

La pédale

La pédale est au dentiste ce que la baguette est au chef d'orchestre. Elle permet d'activer chaque instrument et d'en régler la force. Elle contrôle aussi la projection d'air ou d'eau pendant qu'ils sont actifs.

Le burnout est-il une vraie maladie du travail ?

Stress Le burnout fait de nombreuses victimes. Pourtant, cette notion souffre encore d'un manque de clarté tant en médecine que dans la loi.

TEXTE MARIE-CHRISTINE PETIT-PIERRE

Les Japonais parlent de « karo-shi ». Le mot sonne joliment aux oreilles, mais sa traduction est brutale : « mort par le travail ». En Occident, l'épuisement professionnel a un nom : le burnout.

D'abord utilisé dans le domaine de l'énergie nucléaire pour décrire des réacteurs que l'on n'arrivait pas à refroidir, le terme fait son apparition dans le domaine médical en 1970. C'est le psychologue américain Herbert J. Freudenberger, qui, lui-même victime d'épuisement, en donna une première définition : « Les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles. Sous la tension produite par la vie dans notre monde complexe, leurs ressources internes viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte. » Plus de cinquante ans après cette première description et alors qu'il est sur toutes les lèvres, le burnout n'est toujours pas une pathologie reconnue. Même la dernière édition de la bible des troubles psychiatriques, le DSM-5, n'en donne aucune définition !

En Suisse, ce problème de classification a des conséquences très concrètes. Pour l'assurance-maladie, le burnout n'est pris en charge qu'en tant que « dépression ». C'est pour clarifier les choses qu'en France, fin 2014, les médecins du travail demandaient sa reconnaissance comme maladie professionnelle. Une façon d'obtenir un statut « officiel » pour une pathologie en constante augmentation.

Une notion à clarifier

Pour Brigitta Danuser, directrice de l'Institut universitaire romand de la santé au travail, ce n'est pas forcément la bonne manière de procéder : « La notion de burnout est encore totalement floue, ce n'est pas un diagnostic médical. A mon avis, il faut avant tout clarifier les causes qui ont mené le patient à cet épuisement professionnel. Seuls 20 % des cas de burnout que je vois sont exclusivement liés au travail. Pour les 80 % restants, si la composante du travail est bien là, s'y ajoutent de multiples autres facteurs. » La classification du burnout dans les maladies professionnelles pourrait d'ailleurs avoir des effets pervers, car le patient doit passer devant une commission d'évaluation qui

validera ou non le diagnostic. Or la pratique montre que seuls 10 % des cas sont acceptés. « L'expérience du rejet est très difficile pour ces patients, il faut vraiment être très prudent avec ce genre de maladie », poursuit le Dr Danuser.

S'il s'avère difficile à cerner, le burnout peut tout de même être évalué selon les critères de l'échelle de Maslach (*voir le test « Souffrez-vous d'un burnout ? »*), qui prend en compte trois dimensions essentielles de la maladie : l'épuisement physique et psychique, la dépersonnalisation (une personne empathique devient cynique, par exemple) et le sentiment de ne plus arriver à faire son travail. Mais même si les origines principales d'un burnout sont professionnelles, de multiples facteurs extérieurs interviennent. « De plus, chaque individu réagit différemment », souligne Catherine Vasey, psychologue à Lausanne et experte en burnout. Ainsi, certaines personnes sont terriblement stressées dans un bureau ouvert, alors que d'autres apprécient le contact permanent avec leurs collègues. Ou encore, le manque d'autonomie étouffe les personnes entreprenantes mais rassure celles qui sont peu sûres d'elles.

Burnout: de la surcharge de travail à la maladie

De nombreux spécialistes voient aujourd'hui le syndrome d'épuisement professionnel (burnout) comme une étape pouvant mener à des maladies psychiques plus graves comme la dépression.

Facteurs individuels :
envie de bien faire, objectifs trop élevés

Facteurs liés à l'environnement de travail :
mobbing, pression sociale valorisant la performance

Persistance dans le temps d'une pression continue liée à des exigences trop élevées

Le stress devient chronique

1

SURMENAGE

Symptômes : réactions corporelles incontrôlées liées au stress (transpiration, tremblements, palpitations, nausées, hyperactivité motrice...)

2

BURNOUT

Symptômes : cynisme, épuisement entrecoupé d'états d'excitation, diminution des capacités de travail

3

MALADIES PSYCHIQUES

Dépression, troubles anxieux, dépendance aux médicaments

TEST : Souffrez-vous d'un burnout ?

Le Maslach-Burnout-Inventory (MBI) permet d'évaluer le burnout. Il propose 22 affirmations concernant des sentiments et des pensées relatives au travail. Veuillez les lire attentivement. Si vous ressentez parfois ces sentiments, répondez en indiquant leur fréquence, en cochant le chiffre correspondant (de 1 à 6). Si cette situation ne se produit pas, cochez «0» et passez à l'affirmation suivante.

AFFIRMATIONS

1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail.

0 1 2 3 4 5 6

2. Je me sens épuisé à la fin d'une journée de travail.

0 1 2 3 4 5 6

3. Je me sens fatigué lorsque je me lève le matin et que je dois affronter une nouvelle journée de travail.

0 1 2 3 4 5 6

4. J'arrive facilement à comprendre ce que mes clients ressentent.

0 1 2 3 4 5 6

5. Je considère certains clients comme des « objets » impersonnels.

0 1 2 3 4 5 6

6. Travailler avec d'autres personnes toute la journée est vraiment éreintant pour moi.

0 1 2 3 4 5 6

7. Les problèmes de mes clients sont un domaine que je connais bien.

0 1 2 3 4 5 6

8. Je me sens consumé par mon travail.

0 1 2 3 4 5 6

9. Je crois que grâce à mon travail j'influence positivement la vie des autres.

0 1 2 3 4 5 6

10. Depuis que j'exerce ce travail, je suis devenu indifférent(e) aux autres.

0 1 2 3 4 5 6

11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement.

0 1 2 3 4 5 6

12. Je me sens plein(e) d'énergie.

0 1 2 3 4 5 6

13. Mon travail me frustre.

0 1 2 3 4 5 6

14. Mon travail me demande trop d'efforts.

0 1 2 3 4 5 6

15. Cela ne m'intéresse pas vraiment de savoir ce que deviennent certains de mes clients/de connaître leur sort.

0 1 2 3 4 5 6

16. Travailler en direct avec des gens me stresse trop.

0 1 2 3 4 5 6

17. Il m'est facile de créer une atmosphère détendue avec mes clients.

0 1 2 3 4 5 6

A quelle fréquence cela se produit-il ?

- 0 jamais
- 1 plusieurs fois par an
- 2 une fois par mois
- 3 plusieurs fois par mois
- 4 une fois par semaine
- 5 plusieurs fois par semaine
- 6 quotidiennement

18. Je me sens excité lorsque j'ai travaillé intensément avec mes clients.

0 1 2 3 4 5 6

19. J'ai réalisé de nombreuses choses dans mon travail actuel.

0 1 2 3 4 5 6

20. Je crois que j'y perds mon latin.

0 1 2 3 4 5 6

21. Au travail, j'aborde les problèmes émotionnels de manière très calme et pondérée.

0 1 2 3 4 5 6

22. Je ne me sens pas à l'aise lorsque je pense à la manière dont je traite certains de mes clients.

0 1 2 3 4 5 6

Le MBI teste trois caractéristiques :

l'épuisement, la dépersonnalisation et l'accomplissement (performance) personnel.

Epuisement professionnel :

Q 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20

0-17: burnout bas

18-29: burnout modéré

> 30: burnout élevé

Dépersonnalisation :

Q 5, 10, 11, 15, 22

< 5: burnout bas

6-11: burnout modéré

> 12: burnout élevé

Accomplissement personnel :

Q 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

> 40: burnout bas

34-39: burnout modéré

< 33: burnout élevé

Difficile donc de pointer du doigt ce qui constitue des conditions de travail qui favorisent le burnout.

Il semble toutefois que la perte de sens fasse particulièrement souffrir les employés d'aujourd'hui. Pour les aînés, l'absence de valeurs communes avec l'entreprise est particulièrement pénible. Dououreux aussi, le manque de reconnaissance, humaine ou salariale, ainsi que l'injustice. La charge de travail joue également un rôle important, mais là encore, tout dépend de la manière dont elle est vécue. « Pour évaluer le risque de burnout, nous devons aussi tenir compte des compensations que trouve un individu aux situations stressantes. Par exemple, une personnalité politique peut supporter d'être constamment sollicitée grâce à la reconnaissance publique qu'elle reçoit en retour. Ou encore un travail exigeant de lourds horaires mais passionnant peut convenir à certains », relève encore Catherine Vasey.

Se remettre d'un burnout

Une fois que l'épuisement professionnel est là, que faire ? « Il faut d'abord procé-

der à un bilan médical pour évaluer les conséquences du stress chronique sur la santé du patient, reprend la psychologue. Ensuite, il faut mettre en place un suivi psychologique spécialisé. Car le burnout ne se traite pas comme une dépression. »

"Seuls 20% des cas de burnout sont exclusivement liés au travail."

Catherine Vasey propose ainsi un travail en trois étapes. Dans un premier temps, il s'agira de remonter le niveau d'énergie. « Bien dormir la nuit, s'activer physiquement la journée pour décharger le stress, c'est essentiel, insiste Catherine Vasey. Que ce soit en marchant, en jardinant ou en faisant le ménage, bouger permet de se reconnecter avec son corps. » Il faut également détecter et supprimer tout

ce qui pompe de l'énergie inutilement et favoriser ce qui fait du bien : rire, aller au cinéma, en bref, retrouver du plaisir. Enfin, le thérapeute doit aider le patient à cadrer ses ruminations sur le travail. La seconde étape du traitement sera consacrée à comprendre les mécanismes qui ont mené au burnout et envisager les modalités d'un retour au travail pour éviter de retomber dans les mêmes travers, tout en cherchant les moyens de se ressourcer dans sa vie privée. La dernière étape consiste en un retour progressif à l'activité professionnelle. « La personne est encore en convalescence mais, pour aller mieux, elle doit retourner au travail et apprendre à développer une certaine distance avec celui-ci. C'est vraiment tout l'enjeu de la guérison », insiste la thérapeute.

Finalement, le burnout oblige à redéfinir ses priorités, résume Catherine Vasey : « En général, les personnes en burnout ont une meilleure qualité de vie après. Elles sont très attentives à ce que cette situation ne se reproduise plus. Elles seront donc plus fiables et plus solides. »+

Repérer les signes avant-coureurs

Le burnout survient à l'issue d'un long processus qui s'étale sur une période allant de six mois à plusieurs années. Plus que la conjonction des symptômes décrits ci-après, c'est leur durée et leur intensité qui doivent alerter :

- **Fatigue de tension** qui ne disparaît pas avec les vacances. La tête est surchargée de pensées. La personne est hyperactive dans son travail et désengagée dans sa vie privée.
- **Troubles émotionnels** : irritabilité, inquiétude, angoisse, changement de personnalité.

- **Troubles du sommeil** : réveils nocturnes assortis de l'impossibilité à se rendormir.
- **Ruminations** autour du travail qui envahit toutes les pensées.
- **Isolement progressif** : la personne se renferme sur elle-même, rit moins, réduit ses rapports sociaux.
- **Symptômes physiques** : contractions musculaires, peine à digérer, manque de souffle, maux de tête.
- **Symptômes psychiques** : difficulté à se concentrer, à s'organiser, diminution des facultés intellectuelles, pertes de mémoire.

La sarcoïdose : une maladie rare à la prise en charge complexe

Diagnostic En Suisse, près de 3 500 personnes souffrent de sarcoïdose. Des nodules inflammatoires de taille variable se forment dans différents organes, les poumons étant le plus souvent touchés. Les symptômes sont si divers qu'ils rendent le diagnostic difficile.

TEXTE LIGUE PULMONAIRE

Les stades de la sarcoïdose pulmonaire selon Scadding (1967)

- ▶ **Stade I**
Gonflement symétrique des ganglions lymphatiques du thorax sans atteinte visible du tissu pulmonaire
- ▶ **Stade II**
Gonflement bilatéral des ganglions lymphatiques du thorax avec formation diffuse de granulomes dans le tissu pulmonaire
- ▶ **Stade III**
Atteinte pulmonaire sans gonflement des ganglions lymphatiques du thorax
- ▶ **Stade IV**
Fibrose cicatricielle du tissu pulmonaire avec perte de fonction des poumons

“La maladie, dans sa forme chronique, débute insidieusement”

Qu'est-ce que la sarcoïdose ?

C'est une maladie rare caractérisée par le développement dans l'organisme de petits nodules de tissu conjonctif d'origine inflammatoire appelés granulomes, qui peuvent gêner le fonctionnement des organes lésés et provoquer des douleurs. Poumons, peau, muscles, articulations, os, yeux, foie, reins, cœur et système nerveux peuvent être touchés, souvent simultanément. Dans plus de 90% des cas, les poumons sont affectés, provoquant un essoufflement et une toux. Si la maladie évolue de manière prolongée durant des années, une fibrose progressive du tissu pulmonaire peut entraîner des dommages irréversibles.

Symptômes les plus fréquents

- Essoufflement et toux sèche
- Sensation d'oppression et douleurs dans la cage thoracique
- Symptômes grippaux et douleurs articulaires
- Rougeurs cutanées aux bras et aux jambes
- Irritation des yeux et troubles visuels
- Gonflement des ganglions du cou
- Fatigue généralisée et limitation des capacités physiques.

Comment diagnostique-t-on la sarcoïdose ?

Parce que la sarcoïdose est rare et qu'elle présente des symptômes peu explicites et très divers, faisant penser à d'autres maladies, il peut s'écouler des mois ou des années avant qu'un diagnostic soit établi. D'où l'importance d'une étroite collaboration entre le médecin traitant, les pneumologues et les spécialistes de la sarcoïdose. En Suisse romande, la consultation des pneumopathies interstitielles et maladies pulmonaires rares du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) fournit des services très spécialisés pour le diagnostic comme pour le traitement de la sarcoïdose.

Comment survient cette maladie ?

La sarcoïdose n'est pas contagieuse. L'origine, l'apparition et les différentes formes de la sarcoïdose sont à ce jour une énigme qu'essayent de résoudre des chercheurs du monde entier. Il s'agit probablement d'une réaction de défense du système immunitaire contre un ou plusieurs facteurs déclenchants encore inconnus. Toutefois, on a récemment découvert une prédisposition génétique à la sarcoïdose.

Evolution et thérapies

La forme aiguë de la sarcoïdose débute le plus souvent par un gonflement des ganglions lymphatiques et des symptômes pseudo-grippaux. On utilise parfois des analgésiques anti-inflammatoires et on réserve l'emploi de la cortisone aux symptômes les plus sévères. La maladie disparaît spontanément dans 80 à 90% des cas. Le suivi de son évolution est mensuel ou trimestriel au départ, puis à intervalles plus éloignés.

La forme chronique débute insidieusement, par des symptômes très divers selon les individus. Elle n'est souvent diagnostiquée que par hasard. La maladie peut guérir d'elle-même, ou progresser, parfois de manière fatale. Le traitement débute le plus souvent par l'administration de cortisone. Pour en minimiser les effets secondaires à long terme, on diminue ensuite sa dose et, en cas de nécessité, on lui associe des immunosuppresseurs, selon le stade du patient et les symptômes. Les spécialistes de la maladie choisissent et adaptent le traitement selon la situation. Un traitement global, impliquant respiration et mobilité ainsi que des exercices de détente et de réduction du stress, améliore la qualité de vie des malades. L'évolution de la sarcoïdose doit être suivie de près, pendant au moins trois ans après la fin du traitement car des rechutes sont possibles. +

Pour plus d'informations :

www.sarcoïdose.ch

www.liguepulmonaire.ch

Trois questions à Dorrit Irène Novel, Présidente de l'Association suisse contre la sarcoïdose SSARV-AScS

De quoi les malades souffrent-ils le plus ?

La sarcoïdose peut fortement affecter la qualité de vie. Le traitement de cortisone peut avoir d'importants effets secondaires. Dans les cas graves de sarcoïdose pulmonaire, il faut un apport d'oxygène. L'incertitude est aussi très pesante et l'évolution vers la chronicité n'est pas prévisible. Il y a des phases transitoires de récupération, mais on ne sait jamais où on en est.

Comment peut-on améliorer les traitements ?

Il faut que la recherche progresse pour comprendre l'apparition de la maladie, améliorer son traitement et éviter les complications. Notre association entretient des contacts avec les médecins et s'engage pour faire mieux connaître cette maladie rare, avec le soutien précieux de la Ligue pulmonaire.

Comment votre association soutient-elle les malades ?

Le concept de notre association met le malade au centre. Avec l'aide de la Ligue pulmonaire, nous informons les patients et leurs familles sur la sarcoïdose, les procédures administratives du monde médical et les progrès de la recherche. Un groupe d'échanges est en cours de création en Suisse alémanique. Depuis 2011, le groupe d'échanges romand, soutenu également par la Ligue pulmonaire vaudoise, apporte un soutien psychosocial. Il aide à mieux gérer le quotidien, à éviter l'isolement et à trouver du réconfort. C'est un soutien précieux.

Donner ses plaquettes

Sang Le don de plaquettes est un don du sang différent mais ô combien nécessaire. Suivons ce processus avec le Pr Thomas Lecompte, chef du service d'hématologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).

TEXTE BENOÎT PERRIER



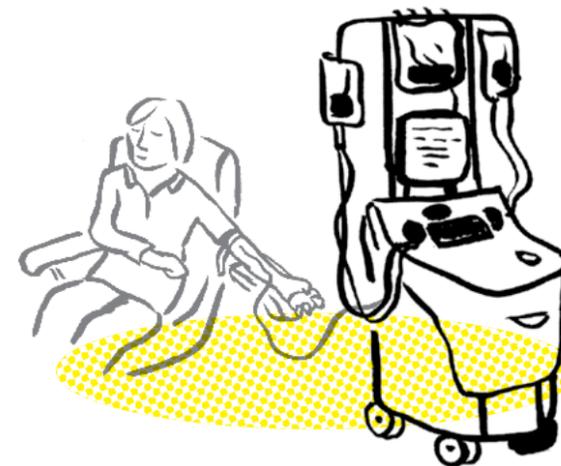
1

Les plaquettes sont un élément cellulaire de notre sang. Elles sont essentielles car elles permettent de prévenir et d'arrêter les saignements. Si nous nous blessons, ce sont elles qui «colmatent» en premier la blessure des vaisseaux. Mais certaines maladies comme les leucémies, certains traitements contre le cancer, ainsi que les «greffes de moelle» font baisser le nombre de plaquettes en circulation dans l'organisme. A un tel point parfois qu'il existe un risque important d'hémorragie. Heureusement, il est possible d'administrer une transfusion de plaquettes pour limiter le risque de saignements.



2

Ces transfusions sont en grande partie possibles grâce aux dons sélectifs de plaquettes. C'est un don de sang d'un type particulier, où l'on ne prend pas tout le sang mais seulement les plaquettes. Plusieurs fois par an, les donneurs de plaquettes se rendent au centre de prélèvement. Ils prennent un rendez-vous car le don est assez long (jusqu'à deux heures) mais l'équipe fait son possible pour que cette durée soit limitée. Comme pour le don de sang «classique», les centres de prélèvement ont toujours besoin de nouveaux donneurs de plaquettes!



3

A son arrivée, le donneur remplit un questionnaire médical puis s'entretient avec un professionnel de santé. Il s'installe ensuite dans un fauteuil confortable où il pourra lire, regarder la télévision, utiliser sa tablette, voire faire un somme. Une infirmière lui place une aiguille au pli du coude. Celle-ci est connectée à la machine dite d'aphérèse qui va extraire les plaquettes du sang qui y circulera.



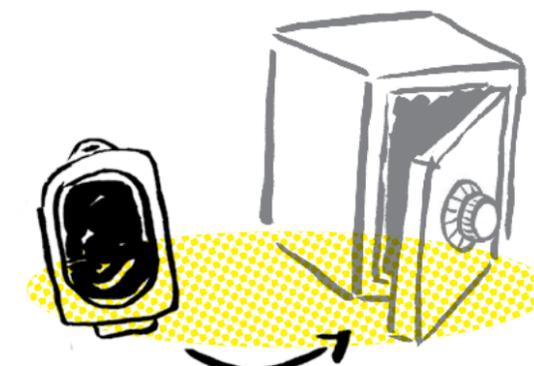
5 A

Le don est fini. L'infirmière débranche la machine, le donneur est invité à prendre une collation (gratuite!) et à se reposer un moment. Un geste généreux a été effectué.



4

Le sang, traité pour ne pas coaguler, circule dans la machine où il est centrifugé avant de retourner vers le patient. Comme les différents éléments du sang n'ont pas le même poids, ils forment des couches quand on les centrifuge: les globules rouges restent au fond et une couche de plaquettes se forme au-dessus. Cette dernière est récoltée par la machine dans un sac en plastique, communément appelé «poche». Ce processus est répété jusqu'à ce que la poche de 300 ml (au moins) soit remplie.



5 B

Le contenu de la poche poursuit son parcours. On y ajoute un produit chimique pour détruire des agents infectieux qui pourraient être présents dans la fraction de sang recueillie malgré toutes les précautions prises. Des analyses permettent de s'assurer que tout est en ordre avec les plaquettes. Celles-ci seront conservées à température ambiante et sous agitation douce durant sept jours au maximum. Au-delà de ce délai, leur efficacité est considérée comme insuffisante.

Les effets inattendus du by-pass gastrique

Post-op Carences, problèmes psychologiques et esthétiques, prise de poids font partie des effets secondaires auxquels sont confrontés les patients opérés.

TEXTE ESTHER RICH

« J'ai perdu 85 kg au lieu des 40 que les médecins avaient estimés. Je n'assimile presque pas les vitamines et les nutriments, explique Tina Desachy, 37 ans. J'ai d'importantes carences. » Opérée en 2004, cette patiente ne regrette toutefois pas d'avoir troqué ses pantalons taille 60 pour une taille 38. Mais elle doit prendre tous les jours des dizaines de comprimés pour palier ses carences.

Si le by-pass gastrique fait des miracles sur la perte de poids, ce n'est pas une opération à prendre à la légère car les effets secondaires sont importants.

Les inévitables carences

« Les patients ne voient que l'aspect miraculeux de cette intervention. Ils vont

pouvoir perdre rapidement des dizaines de kilos, explique Alain Golay, chef du service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Ils sous-estiment souvent les conséquences. Les deux actions principales du by-pass sont la réduction des quantités d'aliments que l'on peut ingérer et la malabsorption de ces derniers. Les carences sont donc inévitables. »

Un avis partagé par Véronique Di Vetta, diététicienne à la Consultation de prévention et traitement de l'obésité du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV): « Deux ans après l'opération, les patients opérés ont tous des carences nutritionnelles qu'il faut compenser avec des vitamines et minéraux. Certains ne devront

prendre que quelques comprimés par jour alors que d'autres en prendront une dizaine, auxquels peuvent également s'ajouter des injections tous les trois mois. Quelle que soit l'importance du traitement, il devra être pris à vie, en fonction des prises de sang régulières. » Et pas question de prendre le traitement à la légère car les conséquences sur la santé peuvent être graves: extrême fatigue, ostéoporose, neuropathies et même ralentissement cérébral. Autres désagréments non négligeables: les troubles digestifs liés à toute opération du tube digestif. Ballonnements et diarrhée peuvent survenir occasionnellement, sans oublier les vomissements lorsqu'un repas a été avalé trop rapidement. « Les repas devraient durer

au moins 30 minutes, même au début lorsque l'on ne mange que de toutes petites quantités. Les patients doivent apprendre à bien mâcher en faisant de minuscules bouchées et éviter de boire en mangeant car la poche gastrique créée par l'intervention n'est pas plus grande qu'une dosette de crème à café », précise Véronique Di Vetta.

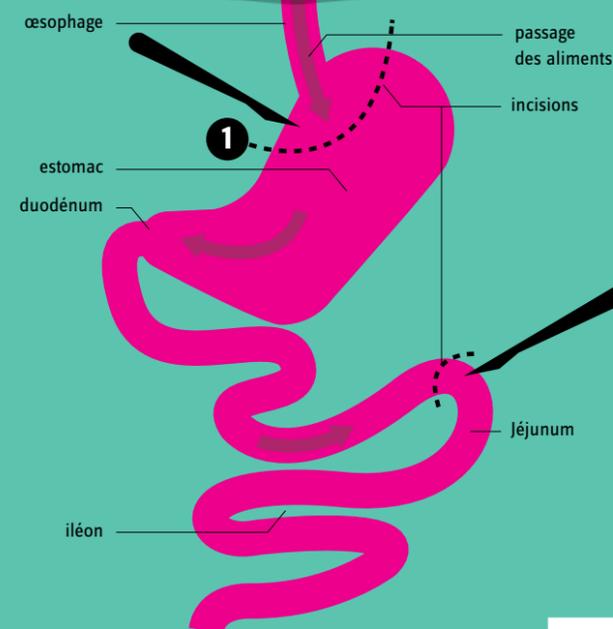
Une nouvelle image du corps

Une fois les difficultés digestives apaisées, restent les conséquences esthétiques. « Le délabrement cutané est fréquent, poursuit Alain Golay. Un grand nombre de personnes opérées doit ensuite subir une opération de reconstruction esthétique. » Selon Véronique Di Vetta, « sur quatre personnes qui font une demande de remboursement de

By-pass gastrique

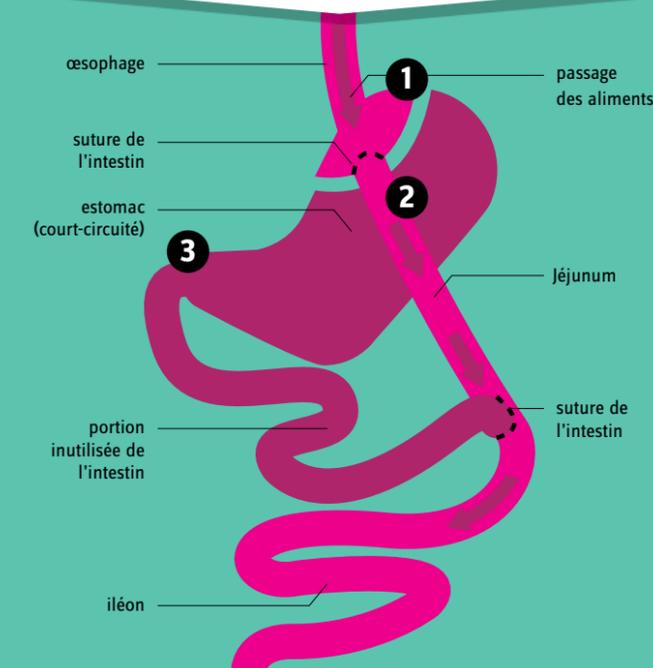
Le by-pass consiste à réduire le volume de l'estomac et à raccourcir le trajet des aliments.

ESTOMAC AVANT L'OPÉRATION



- 1 Une transection de l'estomac crée une poche d'environ 15 ml dans laquelle arrivent les aliments
- 2 Cette poche est reliée directement au jéjunum (partie moyenne de l'intestin grêle)
- 3 Les aliments ne passent plus par l'estomac et la partie supérieure du tube digestif

ESTOMAC APRÈS LE BY-PASS



chirurgie esthétique à leur assurance-maladie après une opération de bypass, moins d'une est acceptée.»

Mais la chirurgie esthétique ne résout pas tout. «Avec une telle perte de poids, les patients se retrouvent en quelques mois vivant dans un nouveau corps, explique Jennifer Szymanski, psychologue-psychothérapeute à la Consultation de prévention et de traitement de l'obésité du CHUV. Ils peuvent ne plus se reconnaître. Ils ont quelques fois le sentiment de disparaître, d'autant qu'il n'est pas rare que leurs connaissances et proches ne les reconnaissent plus non plus. Certains patients ressentent le besoin de séduire à tout prix et peuvent adopter un comportement de type adolescent. Les problèmes

dans le couple en phase post-opératoire sont d'ailleurs assez fréquents.» Des changements dans la personnalité sont aussi possibles. «Les personnes qui étaient passives et effacées par le passé ont parfois tendance à s'affirmer davantage et à dire tout ce qu'elles pensent sans en mesurer les conséquences, car elles ont une meilleure estime d'elles-mêmes. Cette opération peut mener à des situations psychologiques, sociales ou encore alimentaires très compliquées si elle n'est pas bien préparée.»

Un avis partagé par Alain Golay: «C'est une intervention exceptionnelle qui permet de faire perdre 30 à 40 kg à des personnes qui ont souvent de gros problèmes de santé liés à leur obésité. Mais

elle provoque un grand bouleversement. C'est la raison pour laquelle les patients doivent être suivis par une équipe pluridisciplinaire.»

Au CHUV comme aux HUG, des cours préparatoires et un long suivi post-opératoire permettent aux patients de vivre cette étape importante le mieux possible. Reste que deux ans après l'intervention, environ 30% des opérés reprennent du poids. «La poche formée après le bypass peut se dilater si on recommence à manger trop souvent, avertit Alain Golay. Le suivi psychologique est indispensable pour éviter de retrouver le poids d'avant l'opération.»+

Semaine de dialogue sur l'alcool : combien de tabous allons-nous briser ?

GREAA
GROUPEMENT ROMAND D'ETUDES DES ADDICTIONS

PUBLICITÉ

Dites aux chutes

dans votre salle de bain

Découvrez notre Concept
Clé en main
Douche Modulaire !

- ✓ S'adapte à tout type de salle de bain
- ✓ Installation **sur mesure** à la place de votre baignoire
- ✓ Préserve votre carrelage et votre faïence
- ✓ **Délais de pose garantis !**
- ✓ Possibilité **déduction d'impôts***
- ✓ Installation en **1 jour chrono...**

Matériel adapté pour les personnes à mobilité réduite

Installation par nos soins sur la Suisse entière

Vu à la télévision

Installation en 1 jour chrono

Déduction d'impôts*

MAISON VIE & SANTÉ SUISSE SA - au capital de 100 000 CHF - Société inscrite au registre du commerce du canton de Genève sous le N°CH-660.3.345.012-2 - Siège Social et Bureau d'exposition : Avenue Industrielle 4-6 - CH-1227 CAROUGE - * Certains frais sont déductibles de vos impôts. Le taux peut varier en fonction de votre canton et de commune de résidence.

Coupon réponse à renvoyer sous enveloppe affranchie à : MAISON VIE ET SANTÉ Suisse SA - Avenue Industrielle 4-6 - CH-1227 CAROUGE



Maison Vie & Santé
Suisse SA

Oui, je souhaiterais avoir des renseignements sur la douche modulaire.

Nom : Prénom : Adresse :
NPA/localité :
Ville : Téléphone :
E-mail : Date anniversaire : / /

Conformément à la Loi fédérale sur la protection des données (LPD) du 19 juin 1992 vous bénéficiez d'un droit individuel d'accès, de rectification et de suppression pour les données vous concernant.

DEVIS GRATUIT : **022 560 60 24**

www.maisonviesante.ch

L'alcool reste un tabou dans notre société. Pourtant en Suisse une personne sur cinq boit trop souvent de l'alcool ou régulièrement en trop grande quantité. La consommation abusive d'alcool constitue de fait un problème social majeur. On estime à 250 000 le nombre de personnes souffrant de dépendance à l'alcool dans notre pays. Si le slogan «Combien?» nous invite d'emblée à parler chiffré, il est avant tout pensé pour inciter les gens à se demander combien de verres d'alcool ils peuvent boire pour que cela reste raisonnable. Et pour certaines personnes ou dans certaines situations, il n'y aura pas besoin de compter très loin, si l'on pense à un alcoolique abstinent ou à n'importe quel individu s'appêtant à prendre le volant. Vous l'aurez deviné, la réponse est zéro!

Pour vous offrir à vous aussi la possibilité de vous questionner et de vous exprimer, la campagne est menée en partenariat. Ainsi, l'Office Fédéral de la Santé Publique a mandaté les principaux acteurs du domaine de la prévention pour organiser une nouvelle édition de la Semaine Alcool dont l'objectif prin-

cipal est d'ouvrir le dialogue sociétal sur le thème de l'alcool. Une Campagne d'un genre nouveau, puisque l'acteur central, c'est vous, c'est moi, c'est la société civile.

Cette 3^e édition se déroulera du 30 avril au 9 mai 2015. Cette manifestation nationale entend interpeller au-delà des milieux de la prévention en y intégrant le monde sportif, l'économie, la médecine, la sécurité, la culture, l'enseignement, etc.

Vous êtes vivement invité à participer en organisant une action. Par «action», on entend des démarches de communication libres et créatives: expositions, compositions musicales ou théâtrales, conférences, débats, témoignages, cafés scientifiques, distributions de tracts, animations, concours...

Du matériel sera mis à disposition. Des chewing-gums, des sets de tables et un jeu de cartes intitulé «Mythes ou Réalités» retraçant les croyances populaires autour de l'alcool. Cet outil ludique et interactif est particulièrement apprécié du jeune public. Pour bénéficier d'un petit soutien financier pour mener votre action, ou pour tout renseignement, nous

vous prions de contacter Marie Cornut, au GREAA, m.cornut@grea.ch ou au 024 425 50 69.+



PLUS D'ARTICLES SUR WWW.PLANETESANTE.CH

La panoplie des traitements contre le cancer de la prostate

Homme Le cancer de la prostate est la première cause de cancer chez les hommes de plus de 65 ans. De nouveaux traitements prometteurs arrivent en Suisse.

TEXTE ELISABETH GORDON

Le cancer de la prostate touche quelque 6000 nouveaux patients chaque année en Suisse. Dans la grande majorité des cas, la tumeur reste localisée dans la glande de l'appareil génital masculin et ne progresse que très lentement. Mais lorsqu'il se forme des métastases, la maladie peut évoluer beaucoup plus rapidement. Le traitement dépend donc du type de cancer, mais aussi de l'âge du patient, des autres troubles dont il souffre et du «risque évolutif de la tumeur», selon Patrice Jichlinski, médecin-chef du service d'urologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV).

Tumeur sous étroite surveillance

L'une des tendances actuelles est de ne pas traiter systématiquement tous les hommes affectés par la maladie. Après analyse de leur tumeur à l'aide d'une IRM ou de biopsies ciblées, les médecins décident de soumettre certains de leurs patients à une surveillance active. Cela permet de «retarder le traitement, afin d'éviter les surtraitements et les effets secondaires», souligne l'urologue du CHUV.

La chirurgie par voie ouverte ou robotique

Lorsqu'un traitement actif doit être mis en place, l'une des solutions envisagées est l'ablation de la prostate et des ganglions du pelvis. L'intervention peut alors se faire par voie ouverte ou à l'aide d'un robot. Réservée aux tumeurs localisées, cette méthode est efficace mais non dénuée d'effets indésirables. Elle entraîne un risque d'incontinence - qui peut «toutefois être traitée par une physiothérapie ad hoc», précise Patrice Jichlinski - et peut aussi provoquer un dysfonctionnement érectile. «Tout dépend de la situation du patient avant l'opération». Quant à la récupération, «elle est plus facile chez les jeunes».

La radiothérapie externe ou interne

La technique standard de radiothérapie consiste à détruire les cellules cancéreuses en les bombardant avec des radiations ionisantes (radioactives), tout en préservant autant que possible les tissus sains qui entourent la tumeur. Pour diminuer la durée du traitement (qui est d'environ cinq semaines), les médecins disposent depuis quelques années de radiothérapies dites «hypofractionnées». Celles-ci irradient la tumeur «avec des doses plus importantes de rayons, mais sur une période plus courte», explique l'urologue.

Quoi qu'il en soit, la radiothérapie peut engendrer des troubles de la miction, une inflammation du rectum (rectite) et, comme la chirurgie, un dysfonctionnement érectile «qui, dans ce cas, est progressif», précise Patrice Jichlinski.

Lorsque la tumeur a peu de risques d'évoluer rapidement, il est possible de l'attaquer en plaçant directement des implants radioactifs à l'intérieur de la prostate. Cette curiethérapie - ou brachythérapie - diminue le risque de rectite, mais «peut compliquer les traitements ultérieurs de la prostate».

L'hormonothérapie diminue les symptômes

Les hormones sexuelles masculines, en particulier la testostérone, font croître les cellules de la prostate, y compris celles qui sont cancéreuses. D'où l'intérêt de l'hormonothérapie, qui vise à inhiber leur action. Ce traitement est toutefois «réservé aux patients avec une tumeur à haut risque évolutif et qui ont une espérance de vie très courte, ou à ceux qui ont des métastases», souligne le médecin du CHUV. L'hormonothérapie diminue les symptômes de la maladie, mais «n'a pas ou peu d'impacts sur son évolution et sur la survie des malades». Ce n'est que lorsque des résistances apparaissent à cette «castration chimique» que l'on utilise des chimiothérapies qui, dans le cancer de la prostate, «ne sont pas utilisées en première ligne».

Les thérapies focales: mieux cibler la tumeur

Depuis peu sont apparues de nouvelles techniques qui ciblent la tumeur plus précisément que ne le font les traitements conventionnels et, de ce fait, diminuent les effets indésirables. En lieu et place du bistouri ou des rayons, ces thérapies dites focales détruisent les cellules cancéreuses à l'aide d'ultrasons de haute énergie - le CHUV dispose d'ailleurs d'une machine adéquate depuis fin janvier - mais aussi à l'aide du froid (cryothérapie), de la lumière (photothérapie), de lasers interstitiels ou d'autres méthodes relevant des nanotechnologies, comme l'électroporation qui utilise de très courtes impulsions électriques.

Pour la plupart, ces techniques sont encore en cours d'évaluation. Mais elles suscitent déjà de grands espoirs car «elles offrent une solution intermédiaire entre une surveillance active et un traitement complet», estime Patrice Jichlinski. Le médecin prévoit d'ailleurs «qu'au cours des vingt prochaines années, elles vont provoquer un changement majeur dans la prise en charge du cancer de la prostate». De quoi élargir l'éventail des traitements disponibles contre ce fréquent cancer masculin.

Le sucre, une drogue dure ?

Addiction Après les graisses, c'est au tour du sucre de devenir l'ennemi public numéro un. Il est accusé de tous les maux : obésité bien sûr, diabète, caries, déséquilibres hormonaux, cancer. Pour couronner le tout, il serait addictif. Que faut-il en penser ?

TEXTE MARIE-CHRISTINE PETIT-PIERRE

Les graisses, c'est mauvais pour la santé*! Tel a été le credo de ces vingt dernières années. L'industrie a suivi en créant des aliments allégés en matière grasse, qui donnent bonne conscience aux personnes soucieuses de leur ligne, même s'ils sont remplis de sucre. Car la graisse donnant de la saveur, il fallait bien trouver un artifice pour rendre attrayants les produits qui en sont dépourvus. Le sucre et le sel ont donc joué ce rôle. Ainsi, une tasse remplie aux trois-quarts de yogourt nature contient l'équivalent de 5 grammes (une cuillère à café) de sucre. Désormais, les produits allégés n'ont plus la cote, contrairement à ceux pauvres en sucre. Car oui, c'est au tour du sucre d'être décrié. Exit donc les produits pauvres en graisses («low fat») pour laisser la place au label «low carb», ou pauvre en hydrates de carbone. Les régimes bannissant toute forme de sucre, que ce soit celui du chocolat, des fruits, du lait, des légumes, fleurissent à nouveau. Alors même que l'on sait qu'en matière de nutrition, il faut se garder de diaboliser un aliment.

La chasse au sucre caché est donc désormais ouverte, ce qui n'est pas si mal, car on en trouve dans pratiquement tous les aliments industriels.

Toujours plus de sucre

La consommation de sucre a augmenté progressivement depuis le XVII-XVIIIe siècle, moment où la culture de la canne à sucre s'est développée, pour s'intensifier ces quarante dernières années. Et force est de constater que l'augmentation de l'obésité a suivi la même courbe que celle de la consommation de sucre. C'est d'ailleurs sur ce constat que se basent les nouvelles théories rendant le sucre responsable de nombre de nos maux.

Le chantre en la matière, c'est Robert Lustig, spécialiste en endocrinologie pédiatrique à l'École de médecine de Chicago. Sa conférence «Sucre, l'amère vérité» («Sugar, the bitter truth»), postée sur YouTube en 2009, avait été visionnée 5,3 millions de fois en décembre 2014. Dans une étude parue en 2013, le médecin montre que l'incidence du diabète est liée à la consommation de sucre, indépendamment du taux d'obésité. Robert

Lustig accuse également le sucre de provoquer des déséquilibres hormonaux, le diabète et de jouer un rôle dans certains cancers. Des conclusions qui demanderaient à être étayées par d'autres études.

« Chez la souris, l'addiction au sucre est plus forte que celle à la cocaïne »

De son côté, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) vient de revoir à la baisse ses recommandations sur les quantités maximales de sucre ajouté à consommer quotidiennement. Celui-ci ne devrait pas excéder 5% de l'apport calorique global (10% pour les précédentes recommandations). Ce qui représente environ six cuillères à thé pour un adulte et trois pour

un enfant. Ou encore 50 grammes pour un adulte et la moitié pour un enfant.

Pouvoir addictif

Le sucre est-il addictif? Difficile en tout cas pour beaucoup d'entre nous d'en limiter ses quantités. Certaines études sur les souris montrent même une addiction au sucre plus forte qu'à la cocaïne! «Le pouvoir addictif des hydrates de carbone sous forme de sucres raffinés à absorption rapide est démontré chez l'animal. Notamment avec les succédanés de sucre particulièrement doux, comme la saccharine par exemple. La démonstration est moins claire chez l'homme, mais certains patients, en particulier les femmes, en témoignent très clairement. Cette envie très forte de sucre se manifeste aussi chez les personnes qui renoncent à une autre addiction, alcool, tabac, etc.», relève Jacques

Philippe, médecin-chef du Service d'endocrinologie, diabétologie, hypertension et nutrition aux Hôpitaux universitaires de Genève.

«Chez la plupart des gens, il y a simplement une préférence pour le sucre, poursuit le spécialiste. Seul un petit pourcentage est concerné par une addiction aux aliments, qui est d'ailleurs beaucoup mieux documentée pour les graisses que pour le sucre.»

Reste une dernière question, et de taille: est-ce que le sucre est responsable de l'épidémie d'obésité actuelle? «Celle-ci est avant tout due à la consommation totale de calories, dont celles fournies par le sucre, et à la diminution de l'activité physique», estime Jacques Philippe. +

* Cela reste vrai pour les graisses saturées et trans!

Boissons « énergisantes » en ligne de mire

«J'adore ce qui est sucré, dessert, boissons. A un moment donné, je buvais au moins huit canettes de Redbull par jour, raconte une jeune femme. Lorsque mes dents ont commencé à s'abîmer, j'ai essayé de restreindre ma consommation. Cela s'est avéré extrêmement difficile. Plus difficile que de diminuer le cannabis par exemple. Il m'a fallu une année pour arriver à une seule canette par jour. Quant au sucre, je ne peux pas m'en passer, c'est comme une drogue pour moi.»

Addiction suisse vient de publier une fiche sur la dépendance des jeunes aux boissons «énergisantes», type Redbull. L'institut de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies dénonce quant à lui l'association du sucre et de la caféine dans ces boissons qui pourrait «agir sur le système de récompense et favoriser le développement de conduites addictives». L'adjonction de tauroxanthine augmenterait l'absorption du sucre.

Par ailleurs, une canette de soda de 250 ml contient 25 à 30 grammes de sucre, ce qui correspond à 6-9 morceaux. En buvant moins de deux canettes, on atteint donc la consommation quotidienne maximale recommandée de 50 grammes de sucre ajouté.

Plus d'informations sur <http://shop.addictionsuisse.ch/fr/150-fiches-d-information>

L'endométriose

Fiche maladie L'endométriose est une maladie bénigne, souvent douloureuse pendant les règles, constituée par la présence, en dehors de l'utérus, d'un tissu ressemblant à celui qui tapisse l'intérieur de la cavité utérine (l'endomètre).

TEXTE DR JEAN-MARIE WENGER

Le tissu ectopique (qui ne se trouve pas à sa place habituelle) est soumis aux cycles féminins comme la muqueuse utérine normale; il s'épaissit et saigne de manière cyclique, ce qui provoque une inflammation pouvant expliquer les douleurs.

La manière dont l'endométriose se manifeste peut être très variable d'une femme à l'autre. Ses causes exactes ne sont pas totalement connues.

Cette maladie atteint préférentiellement les jeunes femmes. Elle peut être associée à des symptômes douloureux très invalidants, une difficulté à concevoir ou porter un enfant, voire éventuellement à des troubles psychologiques parfois importants (dépression), dus à la persistance de la maladie sur une longue période.

On distingue deux formes d'endométriose: la forme superficielle, composée de glandes qui ressemblent à celles de l'intérieur de l'utérus, et la forme profonde, constituée en plus de cellules musculaires lisses mêlées à des cellules fibreuses,

qui forment des espèces de boules (nodules) pouvant infiltrer les organes et se comporter un peu comme un cancer (bien que cela n'en soit pas réellement un).

En raison d'un diagnostic souvent tardif (jusqu'à six ans après le début des symptômes), l'endométriose entraîne de nombreuses consultations et plusieurs essais de traitements. Il est important que l'endométriose soit reconnue le plus tôt possible afin que, une fois le diagnostic définitif posé, un traitement adapté soit rapidement initié. Une prise en charge chirurgicale et médicale permettra alors de stopper la maladie, maintenir ou rétablir la fertilité, diminuer les douleurs et redonner une qualité de vie décente aux femmes qui en sont atteintes.



SYMPTÔMES

Les manifestations de l'endométriose sont très variables, allant de l'absence totale de symptômes à des douleurs intolérables.

Les symptômes caractéristiques de la maladie sont des douleurs invalidantes, rythmées par les règles, des douleurs lors des rapports sexuels et une difficulté à concevoir et porter un enfant.

Si l'endométriose provoque classiquement des douleurs du bas de l'abdomen (douleurs pelviennes), elles peuvent aussi être généralisées à tout l'abdomen. Des douleurs lors de l'émission des selles ou des douleurs de la vessie, parfois confondues avec les symptômes d'une infection urinaire, peuvent également être présentes selon la localisation de la maladie.

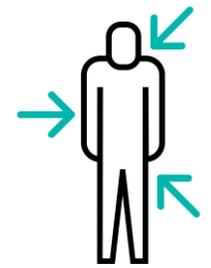
Parmi les autres symptômes recensés, on peut encore citer des saignements irréguliers, une fatigue chronique, des douleurs à la base du thorax, des maux de tête, une sciatique, des nausées et des vomissements. Certaines femmes peuvent aussi avoir des douleurs en dehors des règles. L'endométriose semble aussi être associée quelquefois à d'autres maladies bénignes comme le syndrome de l'intestin irritable.

CAUSES

La cause la plus communément acceptée est la présence, dans la région pelvienne, autour de l'utérus, de tissu en provenance de la muqueuse utérine (couche interne de l'utérus). Ce tissu arrive à cet emplacement suite à un reflux depuis les trompes, au moment des règles.

D'autres hypothèses ont été évoquées, comme une dissémination, par le biais des vaisseaux lymphatiques et sanguins, de cellules de la cavité péritonéale ayant la capacité de se différencier (perdre leurs caractéristiques premières) et de se transformer en cellules endométriosiques: celles-ci vont alors se multiplier dans des localisations anormales (on parle alors de métaplasie, car certaines cellules du péritoine perdent leurs caractéristiques de départ pour acquérir celles des cellules qui tapissent l'intérieur de la cavité utérine; mais il ne s'agit bien entendu pas d'une métaplasie au sens cancéreux du terme).

Toutes ces théories n'expliquent qu'en partie l'origine de la maladie et seulement certaines manifestations de l'endométriose.

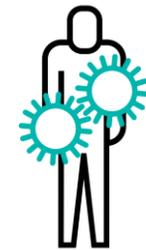


FACTEURS DE RISQUE

La maladie semble survenir plus fréquemment chez les femmes de grande taille, de corpulence fine, avec un indice de masse corporelle (IMC) bas, chez celles qui n'ont pas eu d'enfants ou qui ont habituellement des règles fréquentes et prolongées.

Le risque d'endométriose semble abaissé chez les femmes qui ont eu plusieurs enfants, qui allaitent de manière prolongée et les femmes de race noire et asiatique.

Une prédisposition familiale a également été mise en évidence: si la mère est atteinte d'endométriose, sa fille a un risque de 7% de développer également la maladie, alors que si la mère n'a pas d'endométriose, le risque est de 1% seulement.



Des études ont également montré que des composés toxiques, comme des dérivés de la dioxine et les polychlorobiphényles (PCB) présents dans notre alimentation, mais aussi dans l'air ou dans l'eau, pourraient jouer un rôle dans l'apparition de la maladie. Certains spécialistes se posent même la question de la coïncidence entre l'augmentation de la maladie ces dernières années et l'introduction des organismes génétiquement modifiés (OGM) dans notre alimentation.

De plus, l'endométriose semble être associée à des perturbations du système de défense immunitaire et à certaines maladies comme l'hypothyroïdie (fonctionnement insuffisant de la glande thyroïde), la fibromyalgie, le syndrome de fatigue chronique, les allergies et l'asthme. Des facteurs génétiques qui contribuent à l'apparition de la maladie ont également été découverts. Ils pourraient à l'avenir être utilisés comme marqueurs biologiques de détection de la maladie.

TRAITEMENT

La laparoscopie est la technique de choix pour le traitement de l'endométriose. C'est une opération très peu invasive, qui permet d'accéder à l'abdomen par de petits orifices par lesquels sont introduits la caméra et les instruments. Elle permet de poser le diagnostic et, lorsque c'est nécessaire, de procéder au traitement dans un même temps.

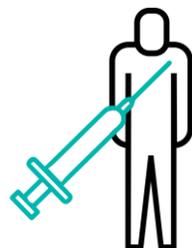
L'attitude actuelle est de poser un diagnostic définitif pour décider rapidement, en pleine connaissance de cause, de la meilleure prise en charge : observation et/ou traitement. La confirmation du diagnostic est très importante, et cela d'autant plus que la patiente est jeune. Tout retard peut engendrer non seulement des souffrances physiques inutiles avec parfois des séquelles psychologiques, mais également laisser la maladie progresser. Cette progression peut conduire à une impossibilité définitive de concevoir un enfant et nécessiter, par la suite, de longues opérations associées à un haut risque de complications. C'est pourquoi il est impératif de diagnostiquer et de stopper la maladie le plus rapidement et le plus tôt possible.

Le traitement de l'endométriose par laparoscopie consiste à enlever les amas de cellules endométriosiques se trouvant dans la cavité abdominale. C'est une opération méticuleuse qui peut nécessiter beaucoup de temps et qui

doit être effectuée si possible par un opérateur hautement entraîné dans ce genre de chirurgie.

Compte tenu de la complexité de la maladie (notamment la forme profonde) et dans le but d'offrir aux patientes les meilleures chances d'avoir des enfants et de vivre sans symptômes le plus longtemps possible, la prise en charge devrait être envisagée de manière interdisciplinaire. La collaboration de différents spécialistes, gynécologues, chirurgiens et urologues, assurera le meilleur résultat possible. Dans certains services, une infirmière spécialisée fait partie intégrante de l'équipe et offre des soins et une éducation thérapeutique destinés à faciliter le suivi du traitement.

L'opération est en général complétée par un traitement médical : cette approche constitue une part essentielle de la prise en charge de la maladie endométriosique. L'emploi d'une contraception continue, au moyen d'une association d'œstrogènes et de progestatifs ou d'un progestatif seul (sous forme orale, transdermique ou autre), est nécessaire pour prévenir la rechute de la maladie pendant la période postopératoire. Un régime diététique exempt de substances chimiques toxiques (pesticides ou dérivés de la dioxine) est également recommandé.



EVOLUTION ET COMPLICATIONS POSSIBLES

L'endométriose n'est pas une maladie mortelle, mais son évolution est imprévisible, surtout pour les formes sévères et profondes. Dans ce cas, si la maladie n'est pas diagnostiquée et continue de se développer, elle peut provoquer une augmentation des douleurs même en dehors des règles, ainsi que des troubles urinaires et digestifs très invalidants.

Les complications graves peuvent survenir secondairement à une infiltration du rectum (envahissement de la paroi), avec formation de nodules (gros amas de cellules), qui risquent de provoquer une occlusion intestinale nécessitant une intervention en urgence. Ces nodules peuvent également comprimer ou infiltrer les uretères (canaux conduisant l'urine du rein à la vessie) et entraîner des dégâts graves au niveau des reins (insuffisance rénale avec détérioration graduelle, et parfois irréversible, de la capacité des reins à filtrer le sang).

Enfin, l'endométriose peut être responsable d'une impos-

sibilité définitive à concevoir (stérilité), soit par formation d'adhérences (qui constituent des barrières) entre les organes impliqués dans la fonction reproductive (ovaires, trompes), ou en créant un milieu inflammatoire défavorable à la mise en route d'une grossesse.

Seul un diagnostic précoce et un traitement rapide permettent de juguler au mieux cette maladie et d'assurer un taux de récurrence aussi bas que possible. Des contrôles réguliers sont nécessaires pour détecter une rechute.

Il faut bien comprendre que l'endométriose n'étant pas une maladie mortelle, le but du traitement n'est pas de supprimer absolument la totalité des foyers d'endométriose, mais de faire en sorte que la femme puisse concevoir et porter un enfant, ne pas avoir de douleurs, vivre une vie sexuelle épanouie et avoir des fonctions digestives et urinaires normales.

La survenue d'une grossesse permet dans la plupart des cas de « calmer » la maladie pour un certain laps de temps.

PRÉVENTION

Prévention primaire

(pour prévenir l'apparition de la maladie) :

- Dès l'apparition de règles douloureuses, il vaut la peine d'avoir une discussion avec un spécialiste.
- Des études laissent penser que l'exercice physique est associé à une réduction du risque d'endométriose, mais cet effet protecteur semble modeste.
- L'alimentation pourrait influencer le risque d'endométriose, mais pour l'instant cela demeure une hypothèse.

Prévention secondaire

(pour prévenir la rechute de la maladie) :

- L'emploi d'une contraception continue est indiqué pour prévenir la rechute de la maladie pendant la période postopératoire. Parfois, une mise en ménopause artificielle peut être envisagée pour une période limitée.
- Un régime diététique exempt de substances chimiques comme les pesticides ou les dérivés de la dioxine est également recommandé.
- Un régime diététique permettant de diminuer les radicaux libres, similaire à celui conseillé pour la prévention du cancer, peut être envisagé (brocolis, choux, peu de graisses animales).

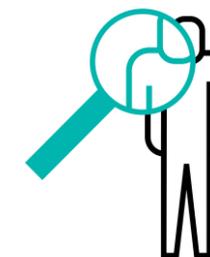


EXAMENS

Chez une femme qui présente des symptômes évocateurs d'une endométriose, un examen physique soigneusement effectué par un spécialiste (gynécologue connaissant l'endométriose) révèle souvent des anomalies, cela d'autant plus que le médecin a été préalablement orienté par une description précise des symptômes.

Un bon examen clinique associé à une échographie par voie endovaginale (examen par ultrasons, non douloureux, s'effectuant depuis l'intérieur du vagin) constitue donc la base de la prise en charge médicale.

Par la suite, en fonction des premières constatations et selon la gravité de la maladie, le médecin pourra demander d'autres examens, comme une imagerie par résonance magnétique (IRM), une échographie endorectale (depuis l'intérieur du rectum) ou, plus rarement, des radiographies pour visualiser la partie terminale du côlon (lavement à double contraste, c'est-à-dire avec introduction de produit de contraste et d'air dans le côlon).



Informations pour le public

EndoSuisse : groupe d'aide et de soutien pour les femmes atteintes d'endométriose
Endo-Help : Association suisse de lutte contre l'endométriose
ASSCE : Association suisse de soutien contre l'endométriose

Références scientifiques

Prise en charge de l'endométriose. Wenger JM et al. Rev Med Suisse 2009;5:2085-90
Environmental factors and endometriosis. Bellelis P, Podgaec S, Abrão MS. Rev Assoc Med Bras. 2011 Aug; 57(4):448-52

Assurance de base contre les accidents : comment ça marche ?

Législation En Suisse, deux régimes juridiques coexistent en ce qui concerne l'assurance de base en cas d'accident, à savoir la LAA¹ et la LAMal². La législation applicable - et donc le droit de l'assuré aux prestations - dépend de l'affiliation à l'un ou l'autre de ces régimes et de la qualification de l'atteinte à la santé.

TEXTE MARC HOCHMANN FAVRE, AVOCAT ET MÉDECIN

Comme chaque année, le froid saisonnier revient avec son lot d'accidents liés aux sports d'hiver. Le moment semble bien choisi pour faire le point sur quelques aspects importants relatifs à l'assurance de base en cas d'accident.

L'affiliation à un assureur couvrant le « risque accident »

En Suisse, le système d'assurance de base contre les accidents distingue deux régimes distincts, la LAA et la LAMal. Les salariés - y compris les apprentis et les stagiaires - sont assurés obligatoirement au sens de la LAA contre les accidents professionnels ou non-professionnels (loisirs)³. C'est à l'employeur de

faire les démarches nécessaires pour l'affiliation à l'assurance-accidents. Les employeurs et les indépendants ne sont pas soumis à l'obligation d'assurance, mais peuvent s'assurer selon la LAA à titre facultatif⁴.

Les enfants, les étudiants, les femmes au foyer, les retraités et les salariés qui travaillent moins de huit heures par semaine chez un même employeur sont, en revanche, assurés contre le « risque accident » par l'assurance-maladie obligatoire au sens de la LAMal⁵.

Qu'est-ce qu'un accident ?

La réponse semble *a priori* évidente... mais le diable se cache dans les détails, et l'enjeu est de taille: il s'agit de

déterminer en définitive l'assureur compétent pour verser les prestations, étant précisé que la prise en charge par l'assureur LAMal n'est pas équivalente à celle à laquelle est tenu l'assureur LAA (*cf. infra*).

La loi définit comme « accident » toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort⁶. Si l'atteinte à la santé ne remplit pas les conditions cumulatives précitées, il s'agit juridiquement d'une maladie⁷.

Certaines situations étant typiquement dans la « zone grise », l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA) apporte une

“Les circonstances entourant l'atteinte à la santé sont déterminantes pour la qualification juridique”

présomption bienvenue: les fractures, les déboîtements d'articulations, les déchirures du ménisque, les déchirures et élongations de muscles, les déchirures de tendons, les lésions de ligaments, les lésions du tympan sont des accidents, à moins qu'ils ne soient dus de manière prépondérante à une maladie⁸.

Au vu de ce qui précède, une fracture vertébrale survenue dans le cadre d'une chute sera, en principe, qualifiée d'accident, alors que cette même fracture survenant sans cause extérieure (par exemple, fracture pathologique sur métastase osseuse) sera en principe qualifiée de maladie.

Ceci étant, quelles que soient les présomptions légales, les circonstances

entourant l'atteinte à la santé sont déterminantes pour la qualification juridique, et donc le régime applicable. Le formulaire de déclaration d'accident joue un rôle particulièrement important. Il convient donc de le remplir avec attention.

Et s'il existe un doute sur la qualification juridique ?

Pour ne pas laisser l'assuré sans prestations lorsqu'il subsiste un doute sur l'assureur compétent, le législateur a prévu que l'assureur LAMal est tenu d'avancer temporairement les prestations⁹.

Les prestations de l'assureur

Les prestations versées par l'assureur en cas d'accident ainsi que la participation de l'assuré dépendent du régime juridique applicable.

a) Accident soumis à la « LAA »

En cas d'accident couvert par un assureur LAA, sont pris en charge les frais médicaux, les frais de sauvetage et les frais de transport, sans franchise ni participation aux frais exigée de l'assuré¹⁰. De plus, l'assureur LAA peut être amené à verser des prestations en espèces (indemnités journalières, rente d'invalidité, indemnité pour atteinte à l'intégrité, allocation pour impotence et rentes de survivant)¹¹.

b) Accident soumis à la « LAMal »

En cas d'accident soumis à la LAMal, seuls les frais médicaux prévus par cette

loi¹² sont pris en charge par l'assureur-maladie, sous réserve de la franchise - sauf pour les enfants - et de la quote-part qui doivent être payées par l'assuré. S'agissant des frais de transport (ambulance) et de sauvetage, seule une « contribution » est versée¹³, en l'occurrence 50 % des frais de transport (maximum annuel versé par l'assureur : CHF 500.-) et 50 % des frais de sauvetage (maximum annuel versé par l'assureur : CHF 5'000.-)¹⁴. Enfin, le régime légal ne prévoit pas de versement de prestations en espèces (par exemple, indemnités journalières, rentes, etc.).

“Les circonstances de l'accident sont étudiées avec attention”

La réduction des prestations en espèces

De manière générale, si l'assuré a aggravé le risque assuré ou en a provoqué la réalisation intentionnellement ou en commettant intentionnellement un crime ou un délit, les prestations en espèces peuvent être temporairement ou définitivement réduites ou, dans les cas particulièrement graves, refusées¹⁵. On pense en particulier à une tentative de suicide ou aux accidents survenus au cours d'un acte délictueux commis par l'assuré.

L'assurance-accidents prévoit, plus spécifiquement, une possibilité de réduction des prestations, voire leur suppression, en cas de participation à une entreprise téméraire, soit un acte hasardeux, audacieux et osé, le danger paraissant immédiatement menaçant.¹⁶

Certains sports particulièrement dangereux peuvent entrer dans cette catégorie, par exemple le base jumping, le speed-flying, ou encore la pratique des sports de neige en dehors des pistes balisées au mépris des règles élémentaires de sécurité.

La réduction ou la suppression des prestations dépend toutefois d'un examen approfondi des circonstances entourant l'accident, la seule pratique de l'activité en question n'étant à l'évidence pas suffisante pour fonder une décision de réduction ou de suspension. +

1. Loi fédérale sur l'assurance-accidents.
2. Loi fédérale sur l'assurance-maladie.
3. LAA 1a.
4. LAA 4.
5. LAMal 4 II.
6. Art. 4 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA).
7. LPGA 3 I.
8. OLAA 9 II.
9. LPGA 70 II.
10. LAA 10ss.
11. LAA 15ss.
12. LAMal 24ss.
13. LAMal 25 II g.
14. OPAS 26 et 27.
15. LPGA 21.
16. OLAA 50.

planète santé

LE SITE

Le site Planetesante.ch est le portail médical n° 1 en Suisse romande. Une équipe de médecins, d'experts et de journalistes produit des articles qui répondent aux questions santé du grand public. Ce site résulte également d'une collaboration réunissant une cinquantaine de partenaires de santé publique.



LA COLLECTION DE LIVRES

Ces petits guides thématiques répondent aux questions que tout le monde se pose sur différents thèmes de santé. En mettant le patient au centre, ils renouvellent l'approche de la compréhension de la santé par la population. www.planetesante.ch/collection

LE MAGAZINE

Le magazine Planète Santé décrypte autant la santé au quotidien que les concepts médicaux novateurs, en restant indépendant. www.planetesante.ch/magazine

PUBLICITÉ



Acupuncture-MTC Sinatura

Médecine traditionnelle chinoise

- Praticiens chinois hautement qualifiés
- Prestations de proximité
- Cabinet à taille humaine
- Ambiance agréable

Soins reconnus par les assurances complémentaires

www.sinatura.ch

contact@sinatura.ch

Neuchâtel
FBG. DU LAC 6
032 724 35 11

La Chaux-de-Fonds
AV. LÉOPOLD-ROBERT 88
032 913 14 21

Yverdon
RUE DE LA PLAINE 39
024 425 01 84



J'ai envie de comprendre... Le diabète

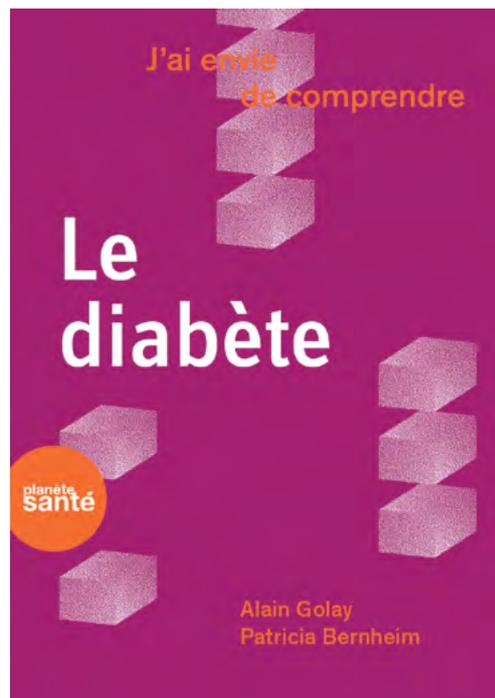
de Patricia Bernheim
et Alain Golay

CHF 16.- / 14 euros

ISBN 978-2-88049-381-3

Maladie sournoise car longtemps silencieuse, le diabète de type 2 concerne, en Suisse, 90% des 500 000 diabétiques. «Epidémie» des temps modernes, ce diabète acquis, contrairement au diabète de type 1 d'origine immunologique, n'est pas une fatalité. Le plus souvent, on peut le prévenir grâce à une alimentation plus équilibrée, de l'activité physique et une meilleure gestion du stress.

Plus d'informations: planetesante.ch/diabete



www.planetesante.ch

Information santé grand public



Ma sexualité (homme)
E. Weigand
F. Bianchi-Demicheli



Le mal de dos
S. Genevay
E. Gordon



Le sommeil
E. Gordon
R. Heinzer
J. Haba-Rubio



Ma sexualité (femme)
E. Weigand
F. Bianchi-Demicheli



Les allergies
S. Soumaille
P. Eigenmann



La dépression
S. Soumaille
G. Bondolfi
G. Bertschy

Je commande: ex. Le diabète
..... ex. Ma sexualité (homme)
..... ex. Le mal de dos

..... ex. Le sommeil
..... ex. Ma sexualité (femme)

..... ex. Les allergies
..... ex. La dépression

CHF 16.- / 14 euros

Frais de port offerts pour la Suisse (étranger: 5 €)

Je souhaite m'abonner à la collection et recevoir chaque livre dès sa parution au prix préférentiel de CHF 10.-/8 €. Maximum 4 livres par an.

En ligne: www.medhyg.ch - e-mail: livres@medhyg.ch
tél. +41 22 702 93 11 - fax +41 22 702 93 55
ou retourner ce coupon à: Editions Médecine&Hygiène
CP 475, 1225 Chêne-Bourg, Suisse

Vous trouverez également ces ouvrages chez votre libraire.

Timbre/Nom et adresse

.....

E-mail

.....

Date et signature

.....

Je désire une facture

Je règle par carte bancaire: VISA Eurocard/Mastercard

Carte N°

.....

Date d'expiration:

.....