

Smoothies : attention  
au sucre P.26

LED, dangereux pour  
les yeux ? P.30

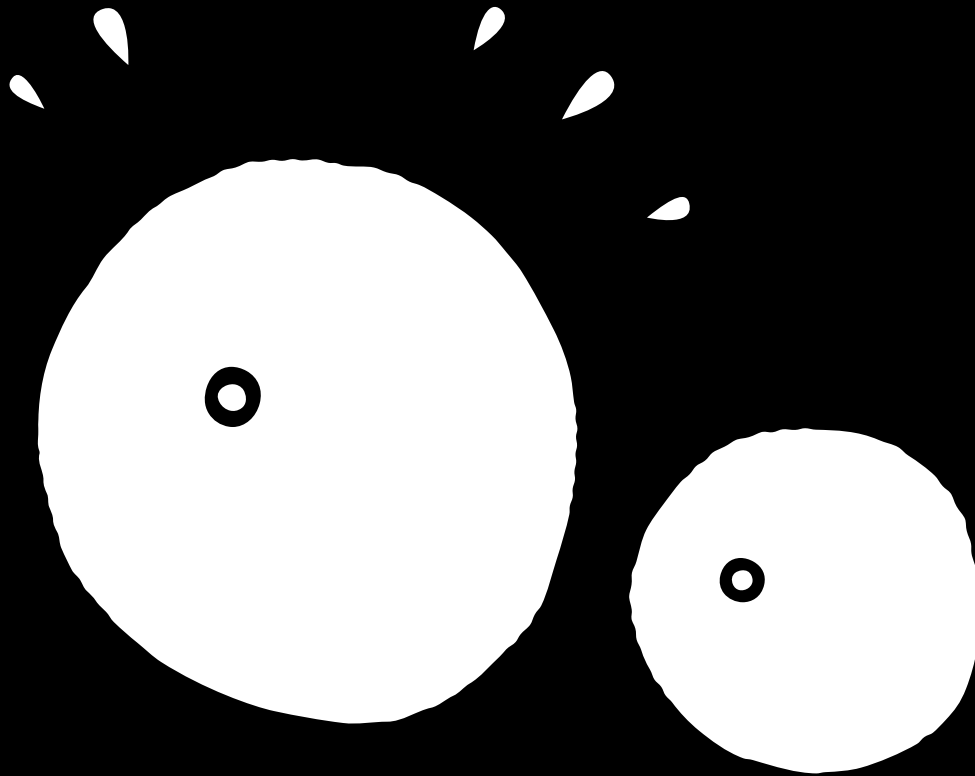
planète  
santé

Imagerie,  
haute technologie,  
dépistages

Quatre pistes  
pour une  
médecine  
durable

N°17 - mars 2014  
Disponible chez votre médecin

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



PAS DE  
**PANIQUE!**  
 LA PEUR, NOTRE MEILLEURE AMIE OU NOTRE PIRE ENNEMIE?  
**EXPOSITION**

UNI DUFOUR | du 8 mars au 6 juillet 2014 | [www.panic-expo.ch](http://www.panic-expo.ch)

[studio KO]



ERNST GÖHNER STIFTUNG



the cogito foundation



Fondation Moser



Universität  
 Zürich UZH



**Michael Balavoine**  
rédacteur en chef

# Vers une médecine durable

**D**écidément, le vocabulaire écologique envahit tous les domaines. Même la médecine est touchée. Chez elle, le concept part d'un constat simple : après cinquante ans de développement technologique continu, l'équilibre global du système de santé est menacé. Aujourd'hui, près de 30 % des dépenses du secteur sont directement assumées par les ménages. A ce rythme, c'est tout simplement l'équité même de l'accès aux soins qui est remise en question. Conscients de l'enjeu éthique qui se cache derrière ce problème, des médecins américains ont lancé le mouvement du *Less is more* (qui sous-entend *less care may lead to better care*, littéralement « moins de soins peut mener à des soins meilleurs »). L'objectif : identifier des pratiques médicales courantes et onéreuses dont l'utilité n'est pas scientifiquement établie. Puis tenter de les supprimer pour que l'argent soit dépensé de manière plus rationnelle. Voilà tout le credo de la médecine durable : viser une médecine optimale (le mieux pour le patient), et non maximale (le plus possible).

Des vœux pieux, plus faciles à énoncer qu'à mettre en pratique, tant la logique du faire le moins pour obtenir le plus semble justement... illogique. D'abord du point de vue des médecins qui ont appris à faire le maximum pour soigner leurs patients. Ensuite du côté des patients qui jugent généralement suspect, voire téméraire, pour leur santé toute restriction d'actes médicaux. Reste qu'aujourd'hui, relever le défi d'une optimisation encore plus poussée des pratiques médicales est un impératif éthique. Tous les acteurs du monde de la santé, du médecin aux patients, devraient comprendre que le temps est aux économies justes et à l'inaction intelligente. Faute de quoi ce seront les générations futures qui ne pourront plus accéder aux soins et bénéficier des meilleurs traitements. +



## Impressum

### Rédacteur en chef

Michael Balavoine

### Rédactrice en chef adjointe

Elodie Lavigne

### Rédacteurs

Gaëlle Bryand

Benoît Perrier

Laetitia Grimaldi

Elisabeth Gordon

Ellen Weigand

Malka Gouzer

### Graphisme / Illustration

giganto.ch

### Photographie

Romain Graf

DR

### Edition

Joanna Szymanski

### Éditeur

Editions Médecine & Hygiène

Chemin de la Mousse 46

1225 Chêne-Bourg

Email : [planetesante@medhyg.ch](mailto:planetesante@medhyg.ch)

Tél : +41 22 702 93 11

Fax : +41 22 702 93 55

### Fiche technique

ISSN : 1662-8608

Tirage : 5 000 exemplaires

2 fois par an

### Publicité

Médecine & Hygiène Publicité

Maya Aubert

Chemin de la Mousse 46

1225 Chêne-Bourg

Email : [maya.aubert@medhyg.ch](mailto: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](mailto:abonnements@medhyg.ch)

Site : [www.planetesante.ch](http://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 Remo Osterwalder

M Pierre-André Repond

Pr Bernard Rossier

M Paul-Olivier Vallotton

# SOMMAIRE

## POLITIQUE

6

### **Eviter le gaspillage pour une médecine durable**

10

*Interview*

*Pierre-Yves Rodondi*

**“Les médecins de famille devraient mieux connaître et conseiller leurs patients sur les médecines complémentaires”**

14

*Tribune*

*François Pilet*

**Les médecins à bout de souffle ?**

## EN IMAGES

16

*Reportage*

**La simulation pour apprendre à soigner**

20

*Infographie*

**Les cellules souches**

22

*Imagerie*

**La main : attention fractures**

## SANTÉ

26

*Conseils pratiques*

**Smoothies :**

**déjouer les pièges du sucre**

28

*Méthodes*

**Méditation, hypnose  
et gymnastiques douces  
contre la douleur**

30

*Explications*

**Les LED arrivent :  
pas de panique, mais prudence**

32

*Fiche maladie*

**L'anévrisme artériel**

36

Test

Connaissez-vous votre  
sommeil ?

40

Enquête

Affaire Arafat:  
l'enquête des limiers suisses

## JURIDIQUE

44

Droit

Césarienne forcée:  
un tel cas pourrait-il se produire  
en Suisse ?

46

Droit

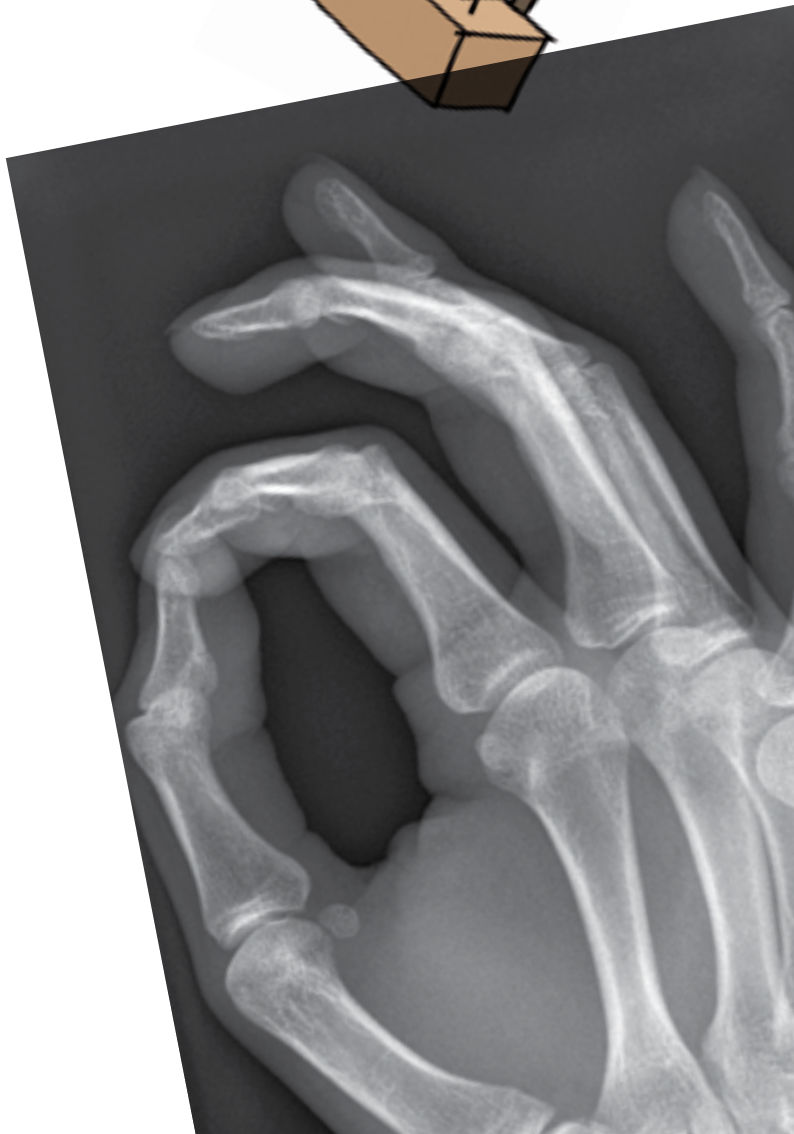
Maintien à domicile  
ou placement en institution:  
une question financière ?

## PEOPLE

48

Interview

*Mix et remix*  
« Plus j'ai de temps, plus je me  
prends la tête »





Eviter le gaspillage  
**pour une médecine  
durable**

**Traitement** Dans un contexte économique difficile, comment rationaliser la prise en charge des patients sans la rationner ? La réponse de deux experts suisses qui se sont penchés sur la question.

TEXTE PATRICIA BERNHEIM

D e nos jours, en Suisse, plus de 30 % des dépenses de santé sont directement assumées par les ménages. Cela constitue un réel problème de santé publique, comme en témoigne la forte proportion de citoyens (15 %) qui renoncent à des soins médicaux pour des raisons financières. Poussé à l'extrême au cours du dernier siècle, le développement médical se heurte aujourd'hui à la réalité économique. « C'est franchement inquiétant, et cela doit pousser les médecins à prendre en compte l'aspect économique de leur pratique », souligne le Professeur Jean-Michel Gaspoz, directeur du Service de médecine de premier recours des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Comment, dès lors, assurer une qualité des soins durable dans des conditions économiques difficiles ? Né aux Etats-Unis dans le cadre de l'*Obamacare*, le concept *Less is more* - qui sous-entend *less care may lead to better care*, littéralement « moins de soins peut mener à des

## « Mieux communiquer avec les patients »

« Pour favoriser l'adhésion des patients au renoncement d'un examen ou d'un traitement, une meilleure communication envers eux est nécessaire, notamment en faisant usage des nouveaux médias, parmi lesquels des vidéos ou des sites internet », relève le Professeur Jacques Cornuz. « La promotion du partage de la décision est importante dans la dynamique médecin-patient : en partageant son savoir, le médecin favorise aussi l'adhésion des patients au renoncement proposé. Le message que nous souhaitons leur faire passer, c'est que nous ne parlons pas de rationnement, mais d'éviter les gaspillages. Et cela, c'est particulièrement éthique, surtout en temps de crise économique ».

soins meilleurs» - apporte des solutions. Il invite notamment à reconnaître qu'un excès de traitements peut parfois amener plus de risques que de bénéfices, et que l'abandon de certaines pratiques inutiles et coûteuses rationaliserait les soins sans pour autant les rationner. De quoi bousculer pas mal d'idées reçues. En effet, dans l'inconscient collectif, bénéficier de plus de soins permet logiquement d'être en meilleure santé !

Pour que l'ensemble du système de santé revienne moins cher, les médecins américains ont donc accepté de dresser, pour chaque spécialité médicale, une liste de cinq pratiques coûteuses, fréquentes et inutiles, susceptibles d'être abandonnées pour diminuer les coûts de la santé.

### Viser une médecine optimale et non maximale

S'inspirant de cette démarche, l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) a récemment chargé un groupe de travail d'élaborer une feuille de route sur le thème de la « Médecine durable ». Autrement dit, une pratique médicale qui réponde aux besoins du présent, sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs. Composé de 35 médecins et professeurs suisses, ce groupe a élaboré un document qui rejoint, sous certains aspects, le concept *Less is more*. Il vise une médecine suisse optimale (le mieux pour le patient) et non maximale (tout pour le patient).

« Il est devenu nécessaire d'avoir une autre vision de la médecine qui ne tente pas d'avoir raison de la mort et de la maladie à tout prix, mais qui privilégie la qualité de vie avant la durée de vie. La maîtrise des coûts et l'éviction des pratiques inutiles sont devenues une priorité pour assurer qualité et accès aux soins pour tous sur le long terme. Le bénéfice des interventions médicales n'est en effet pas toujours existant, et il est souvent surestimé ou mal interprété. Or, des interventions n'apportant aucun bénéfice ne sont pas seulement inutiles et coûteuses,

mais peuvent également s'avérer dangereuses dans certaines circonstances », souligne le Professeur Gaspoz, membre du groupe de réflexion.

La Société Suisse de Médecine Interne Générale, présidée par Jean-Michel Gaspoz, a décidé de s'investir très concrètement dans une démarche *Less is more*. « Notre défi est de maximiser l'impact d'une liste d'interventions superflues, en nous concentrant sur cinq à dix actes au maximum. Nos critères de sélection seront les suivants : la fréquence à laquelle ils sont effectués, le montant des économies réalisées en renonçant à cet acte, les risques potentiels liés à l'acte pour le patient, et le niveau de preuves scientifiques ».

Parmi les actes listés par les sociétés correspondantes aux Etats-Unis (lire encadré) figurent, par exemple, les examens de type radiographie ou IRM pour les patients souffrant de douleurs non spécifiques dans le bas du dos. « Des douleurs non-spécifiques excluent le danger des déficits neurologiques sévères ou progressifs, et les situations où l'on suspecte des tumeurs malignes ou une ostéomyélite. Une analyse de plusieurs études, regroupant plus de 1800 patients, a montré que des radiographies faites avant un délai de six semaines n'améliorent pas les résultats, mais augmentent les risques de subir une intervention chirurgicale et les coûts », commente le spécialiste.

### Un message difficile à faire passer

Face aux énormes attentes suscitées par le progrès médical, le renoncement à certains examens médicaux pour le bien du patient - particulièrement des dépistages - n'est pas un message facile à faire passer. Toute tentative de barrage à l'accès d'un examen de la part du médecin risque d'être interprétée pour sa seule dimension économique.

« La rationalisation vise à rendre plus efficiente la mise à disposition des ressources, contrairement au rationnement qui limite l'accès à certaines ressources



## Quatre pratiques à éviter pour optimiser la prise en charge médicale

- 1 Une radiographie du dos systématique chez quelqu'un qui a des douleurs lombaires récentes sans signe de gravité.
- 2 Un ECG (électrocardiogramme) dans le but de détecter une maladie coronarienne chez un patient qui n'a pas de symptômes.
- 3 Des antibiotiques pour des sinusites aiguës, sauf en présence de signaux d'alarme spécifiques.
- 4 Des examens radiologiques lors d'une sinusite aiguë non compliquée.



Scanner d'une cavité nasale, coupe axiale.

*« Dans l'inconscient collectif, bénéficier de plus de soins permet d'être en meilleure santé ! »*

rare du système», explique Jacques Cornuz, professeur à la Faculté de biologie et de médecine de l'UNIL, directeur de la Polyclinique médicale universitaire (PMU) et également membre du groupe d'experts.

« En évitant des interventions superflues ou délétères, on combat la tendance à la médicalisation et à la maximalisation des soins. L'aspect économique est collatéral: la pression de réduction des coûts est bénéfique quand elle converge avec l'intérêt de santé du patient ».

Pour les deux experts, une condition est claire: « Cette standardisation devrait être une simple référence accessible et modulable pour le médecin, afin de pouvoir juger du bénéfice attendu d'un traitement plus important chez un patient donné, et de pouvoir adapter la réalité statistique à la réalité individuelle. »

Pour mettre en place le concept de « médecine durable », il reste quelques défis à relever. « Des mesures politiques, par le biais de la création d'organes d'évaluation des technologies qui pourraient

également englober les aspects préventifs, doivent être mises à l'ordre du jour. Il est aussi nécessaire de donner à ce concept une plus grande audience auprès du monde médical, à travers la recherche, l'enseignement et les formations pré- et postgrades ».

Prochaines étapes, dans le courant de cette année: finaliser la liste des interventions superflues, la publier et la distribuer aux médecins et aux patients pour les dissuader de recourir à certaines interventions. +



MARIE-PIERRE MATHIEY

Pierre-Yves Rodondi  
**« Les médecins de  
famille devraient mieux  
connaître et conseiller  
leurs patients sur  
les médecines  
complémentaires »**

## Médecine complémentaire

En 2009, le peuple suisse a accepté à une large majorité un contre-projet visant à une meilleure reconnaissance des médecines dites complémentaires. Le défi est de taille. Comment choisir quelle pratique est scientifiquement valide et susceptible d'être remboursée.

Pour répondre à ces questions, le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) a créé un groupe de recherche sur les médecines complémentaires, dont fait partie le docteur Pierre-Yves Rodondi. Sa mission ? Informer la population et les médecins sur les possibilités thérapeutiques qu'offrent ces différentes médecines. Ce jeune médecin de famille de 40 ans, qui se trouve à la pointe d'un domaine médical en pleine expansion, prend ainsi part à un débat de taille dans le monde scientifique. Il répond à nos questions.

PROPOS RECUEILLIS PAR MALKA GOUZER

### D'où vous vient cet intérêt pour les médecines complémentaires ?

J'ai commencé à m'y intéresser pendant mes études de médecine, en suivant une formation en homéopathie. Mais ce n'est que lorsque je me suis installé en cabinet privé, en tant que médecin de famille, que j'ai redécouvert, en discutant avec mes patients, ce monde incroyablement riche des médecines dites complémentaires. C'est à partir de là que j'ai

décidé de terminer ma formation en homéopathie, et puis, surtout, que j'ai décidé d'enquêter sur les données scientifiques portant sur ces pratiques. On ne m'avait jamais parlé, ni durant ma formation en homéopathie, ni pendant mes études de médecine, de « preuves scientifiques » sur la médecine complémentaire. Or, en cherchant, j'ai réalisé que, contrairement à ce que l'on pensait, il en existait beaucoup !

### Pourquoi ces données scientifiques ont-elles été ignorées pendant si longtemps ?

D'abord parce que la recherche sur les médecines complémentaires a débuté tard, au milieu des années 1980, grâce aux énormes budgets alloués aux États-Unis. Avant cela, très peu de recherches sérieuses portaient sur ce domaine. L'autre problème de taille a été le débat autour de « l'effet placebo » de la médecine



*“ Nous savons que jusqu'à 70 % des patients qui ont recours à des thérapies complémentaires n'en parlent pas à leurs médecins, et que le même pourcentage des médecins ne demandent pas à leurs patients s'ils ont recours à des thérapies alternatives ”*

complémentaire, qui a longtemps été le credo des facultés de médecine. Pendant nos études, on nous apprenait qu'il n'y avait pas de données scientifiques sur ce type de médecine, et qu'il fallait associer ces pratiques à un bien-être qui relevait davantage d'un soin en spa que du soin médical. Des études démontraient même scientifiquement que l'acupuncture, pour prendre un exemple parmi d'autres, n'était qu'une thérapie-placebo. A la fin de nos études, pourquoi donc aller chercher des données? Cela n'allait pas de soi.

**L'attitude du corps médical envers les médecines complémentaires est-elle en train de changer ?**

Je le pense. De l'argent, provenant principalement des Etats-Unis et de l'Allemagne, a été investi dans la recherche et, depuis, certains résultats sont plus que probants. Des études montrent, par exemple, que l'acupuncture possède un rapport coût-efficacité qui est tout à fait bénéfique pour certaines douleurs chroniques. Avec l'académisation de la médecine complémentaire, le débat pas-

sionné du « pour » ou du « contre » ces médecines peut maintenant se focaliser sur des données scientifiques. Cela dit, je pense que l'impulsion de base en faveur de ces méthodes de soin vient davantage du monde politique et de la population que du corps médical. Aux Etats-Unis, l'attribution des moyens nécessaires pour faire de la recherche est une décision qui émane du congrès. En Suisse, la votation de 2009 a également eu des impacts positifs dans ce domaine. Depuis, un cours obligatoire a été instauré dans certaines facultés de médecine, ainsi que des cours à option pour approfondir le sujet. Ces derniers connaissent d'ailleurs un grand succès.

**Comment faire le tri parmi les différentes médecines complémentaires ?**

Je ne crois pas que l'objectif soit de faire un tri. Je suis partisan d'une médecine intégrative. Dans les grandes lignes, il s'agit d'un courant - américain pour changer - qui consiste à prendre le meilleur de chaque pratique médicale pour l'offrir à son patient. L'idée n'est pas d'apprendre à pratiquer toutes les thérapies

complémentaires, mais de les connaître le mieux possible, car il existe passablement de sectorisation au sein des médecines complémentaires. Les homéopathes connaissent souvent mal les spécificités des acupuncteurs, et la situation est la même entre acupuncteurs et phytothérapeutes. Ce n'est donc pas forcément l'homéopathe qui dira à son patient: «Pour ce problème, l'homéopathie ne marche pas, vous devriez faire de l'acupuncture ou aller voir un cardiologue.» C'est un rôle que peut, et devrait, prendre le médecin de famille: guider son patient vers le soin qui répond le mieux à ses besoins.

### Une bonne connaissance des thérapies complémentaires serait donc un des devoirs du médecin de famille de demain?

Je pense en tout cas qu'il est important que les médecins de famille aient des connaissances dans ce domaine. Il faudrait

savoir ce qui est bien, moins bien, voire dangereux, dans ces médecines, ne serait-ce que pour éviter que les gens partent dans tous les sens. A l'heure actuelle, si vous tapez sur internet «maux de dos, médecine complémentaire» vous tombez sur des sites commerciaux. Certaines personnes dépensent un argent fou dans des produits et des thérapies qui ne leur correspondent pas. Mais ce n'est pas étonnant, ils n'ont personne pour les conseiller. Nous savons que jusqu'à 70 % des patients qui ont recours à des thérapies complémentaires n'en parlent pas à leurs médecins, et que le même pourcentage des médecins ne demandent pas à leurs patients s'ils ont recours à des thérapies alternatives. Or, encore une fois, je pense que le rôle du médecin de famille est de pouvoir coordonner toutes les possibilités qu'offrent ces méthodes thérapeutiques, afin de mieux conseiller ses patients. +

## Les médecines complémentaires remboursées

De 2012 à 2017, l'assurance de base couvre quatre types de soins complémentaires, pour autant qu'ils soient pratiqués par des médecins certifiés:

- la phytothérapie
- la médecine traditionnelle chinoise
- la médecine anthroposophique
- l'homéopathie

PUBLICITÉ



### Massage classique - module 1 avec diplôme DIPLOMA (D)

Dans la vie quotidienne, le massage constitue pour vos clients, une oasis de détente et de régénération. Formation spécialisée, axée sur la pratique avec des connaissances théoriques sur la structure et les fonctions du corps humain.

Du 01.11.2014 au 19.09.2015, 170 périodes CHF 4500.-

### Massage classique - module 2 avec diplôme DIPLOMA (D)

Formation reconnue ASCA (association suisse pour les médecines complémentaires)

Avec le diplôme de Massage classique - module 2, vous disposez de connaissances approfondies acquises dans le domaine thérapeutique. A l'aide de différentes techniques de massage, vous dénouez les tensions de vos clients et atténuez leurs douleurs.

Prérequis: Diplôme de Massage classique - module 1 ou équivalent

Du 22.11.2014 au 14.11.2015, 220 périodes CHF 5800.-

### Formations continues pour professionnels du massage

Formations reconnues ASCA (association suisse pour les médecines complémentaires)

Massage sportif, Massage prénatal, Hot stone, Drainage lymphatique, Kinesio tape, Massage traditionnel hawaïen - lomilomi, Shiatsu, Réflexologie, etc.



Contact: Aline Mouelhi, tél.: 058 568 30 48  
aline.mouelhi@gmvd.migros.ch  
rue de Genève 35, 1003 Lausanne

**Votre réussite personnelle: [www.ecole-club.ch](http://www.ecole-club.ch)**

école-club

MIGROS

François Pilet\*

# Les médecins à bout de souffle ?



\*Médecin généraliste, Valais

Depuis une douzaine d'années, le thème de l'épuisement professionnel des médecins, en particulier des médecins de premier et dernier recours, occupe revues et séminaires, et même les grands médias, qui y ont consacré de nombreux articles. Le suicide d'un confrère fribourgeois, très engagé et apprécié de tous ses collègues, a fortement frappé les esprits, d'autant plus qu'une très belle émission de la RTS a été dédiée à ce drame (*Mise au point* du 12.02.2012).

La question est donc pertinente : les médecins sont-ils à bout de souffle ? Les multiples études sur le sujet convergent : 20 à 40 % des médecins praticiens présentent des symptômes de burn out et les taux de suicide sont nettement plus élevés que dans la population générale du même âge.

Lorsque j'ai ouvert mon cabinet de médecin de famille en 1982, le médecin qui pratiquait dans le village depuis la fin des années 50, seul dans une région où nous sommes cinq actuellement, me racontait ses journées d'alors : pas de SMUR, pas d'obstétricien ni de pédiatre dans la contrée. Il fallait s'occuper des accidents, seconder une sage-femme lorsqu'un accouchement à domicile tournait mal, prendre en charge des urgences chirurgicales ou médicales dans sa propre voiture jusqu'à l'hôpital, assister sur place le chirurgien (il n'y avait pas d'assistant à l'époque), faire face aux cohortes de gens qui se massaient très tôt le matin à l'entrée du cabinet, sans rendez-vous, dans l'espoir d'être vus dans la journée, faire une longue tournée après la consultation dans les familles, jusque tard dans

la soirée, notamment pour examiner les enfants malades, et finalement répondre à la sonnette de nuit, l'appartement se trouvant dans le même immeuble que le cabinet. Il fallait être joignable 24h/24, 7 jours/7, avec une pause, acceptée des patients, pendant le déroulement de la messe ! Bref, il fallait un engagement impressionnant et durable.

Comment se fait-il que ces confrères, fatigués sans aucun doute, souffraient moins de burn out que notre génération, dont les conditions de travail se sont considérablement améliorées ? Nous avons des heures d'ouverture, des répondus, des téléphones portables, des congés, des semaines de vacances de plus en plus nombreuses, des systèmes de garde qui nous permettent de boucler la nuit et le week-end, à part un certain nombre de jours par année. Et pourtant, notre corporation est davantage épuisée, psychologiquement en tout cas, que celle de nos prédécesseurs. Comment cela est-il possible ?

Répondre à cette question nous plonge au cœur du problème : la question du sens. Prévenir le burn out n'est pas qu'une question de technique psychologique ou d'hygiène de vie ; c'est aussi une réflexion plus philosophique sur le sens de notre métier.

Projeter nos frustrations vers l'extérieur, en accusant les caisses maladie, les pouvoirs publics, la société de consommation, le comportement des patients, etc., est une attitude fondée, de toute évidence, sur des expériences quotidiennes bien réelles. Mais cette attitude ne nous aide pas beaucoup, puisque nous n'avons guère de prise sur ces réalités.

En revanche, nous pouvons apprendre à balayer devant notre porte: une part essentielle de la prévention incombe, à mon sens, à notre corporation tout entière. Celle-ci porte, en effet, une responsabilité collective importante dans l'épidémie de burn out. Une réflexion est à mon avis nécessaire, au sein de notre profession, sur l'image qu'elle cultive d'elle-même, à l'intérieur comme à l'extérieur, image dont l'impact est beaucoup plus grand qu'on ne le croit sur la santé des médecins.

A l'interne, notre corporation cultive avec une détermination inquiétante l'image de l'incompétence: non contente d'émettre sans cesse des directives de plus en plus contraignantes au sein de «Task force» ou de «Medical board», elle multiplie ensuite les études démontrant que les praticiens sont incapables, dans leur majorité, de suivre ces nombreuses recommandations. Cultiver ainsi, dans tous les domaines de la médecine, le sentiment d'insuffisance, équivaut à inoculer le virus du burn out aussi efficacement qu'on le ferait en injectant celui du SIDA. Les financeurs, évidemment, assurances et pouvoirs publics, se font un malin plaisir d'enfoncer ce clou douloureux dans l'âme des médecins: non seulement vous faites faux, mais vos fautes coûtent très cher à la société. N'avez-vous pas honte?

A l'externe, à l'égard de la population et des patients, notre profession cultive de plus en plus l'image de chasseurs de facteurs de risque en tout genre, avec mission quasi évangélique de corriger toutes sortes de valeurs à l'aide de médicaments ou de recommandations sur

### *“Prévenir le burn out doit aussi passer par une réflexion sur le sens de notre métier”*

l'hygiène de vie: excès de poids, sucre, cholestérol, tension artérielle, et tant d'autres paramètres à surveiller et tenter de corriger. Cette activité est d'autant plus frustrante que ces facteurs de risque n'entraînent, le plus souvent, aucun symptôme et que les traitements et conseils sont mal suivis. Et lorsque la souffrance est là, aiguë, urgente, nos cabinets sont souvent fermés, nos répondants branchés, et les patients cherchant de l'aide aiguillés vers des services publics impersonnels dont ils vont allonger les files d'attente. Or, fondamentalement,

la personne qui a choisi de devenir médecin, l'a fait pour répondre à un besoin plus ou moins conscient de soulager la souffrance.

La discordance entre ce besoin fondamental et la réalité de sa pratique de tous les jours joue un rôle non négligeable, à mon sens, dans l'épidémie de burn out sévissant dans notre métier: que reste-t-il de gratifiant au médecin, en effet, si la mission qu'il s'attribue est celle d'un Sisyphus cherchant à corriger des facteurs de risque, plutôt que celle d'un soignant qui apaise angoisses et douleurs? Les patients, leur famille, sont tellement reconnaissants, lorsqu'on les reçoit en urgence ou qu'on leur rend visite à domicile pour soulager une souffrance. Pourquoi se priver de cette reconnaissance qui fait du bien, en aiguillant ces personnes vers des services d'urgence publics?

Sentiment d'insuffisance, d'incompétence, de culpabilité, d'un côté; privation de ce qui gratifie, de l'autre: tous les ingrédients sont vraiment réunis pour réussir son burn out.

Allons-nous continuer dans cette direction? +

PUBLICITÉ

## DANS SES RÊVES, SON PAPA NE DEVAIT PAS DISPARAÎTRE.

**orphelin.ch**

UNE COUVERTURE  
DÉCÈS - INVALIDITÉ  
DÈS 4 CHF/MOIS





Face à l'infirmier, Julien Opoix joue un patient agressif.

# La simulation

## pour apprendre à soigner

**Formation** Pour ses futurs médecins et infirmiers, Genève a ouvert un centre de simulation. Les étudiants peuvent y reproduire des scénarios pour apprendre par la pratique.

TEXTE BENOÎT PERRIER PHOTOS ROMAIN GRAF



« Laissez-moi sortir ! Je dois rattraper le type qui m'a renversé à trottinette. » Aux urgences, un infirmier et une médecin ont fort à faire pour déterminer si Julien s'est cassé le nez. Ils tiennent bon, malgré ses gesticulations et son agressivité. Ils lui expliquent que la priorité c'est de le soigner. Une technicienne arrive pour prendre une radio. « Vous avez bougé un petit peu. » Elle utilise des blocs de mousse pour mieux caler la tête du récalcitrant. La radio est faite : oui, il y a fracture.

Enfin... pas vraiment. Malgré son maquillage convaincant et sa chemise tachée, Julien jouait un rôle, dans un scénario, pour exercer les soignants. Nous sommes au centre de simulation inauguré en novembre à Genève par la Faculté de Médecine et la Haute Ecole de Santé. Celui-ci confronte « pour de faux » les étudiants à des situations qu'ils rencontreront en clinique. Quels gestes médicaux doivent être effectués dans un cas donné ? Comment se comporter au mieux avec un patient ? Des points pas évidents en théo-

rie, encore moins dans le feu de l'action. Pour ces futurs professionnels, « l'aspect émotionnel de la simulation exige d'être encore plus au clair avec la technique », analyse Julien Opoix, le comédien qui jouait l'accidenté. Il souligne le réalisme des situations : « On voit souvent des élèves arriver avec un sourire entendu et se faire complètement embarquer par le scénario. »

« Selon les exercices, les objectifs varient, explique la directrice du centre, Elisabeth Van Gessel. Il peut s'agir, par exemple, d'apprendre les bases d'une bonne communication entre professionnels. Dans l'urgence, il faut être sûr d'être tous sur la même longueur d'onde. » Et la vice-directrice, Patricia Picchiottino, de préciser : « Etudiants en médecine et élèves infirmiers travaillaient déjà la communication, mais ils le faisaient chacun de leur côté. »

Le projet genevois est en effet novateur sur deux points. Il amène la simulation médicale, habituellement utilisée par les professionnels actifs, aux étudiants avant

même leur diplôme, facilitant leur passage à la clinique. Et il propose des scénarios communs aux médecins et aux cinq filières de la Haute école de santé (infirmiers, sages-femmes, physiothérapeutes, techniciens en radiologie et diététiciens).

### De la haute technologie au service des étudiants

Le centre comporte aussi son lot de haute technologie. A commencer par Noelle, un mannequin « haute-fidélité » à 150 000 francs. Elle respire, peut parler, a un cœur qui bat, un pouls. Et... peut accoucher. Avec ou sans complications selon ce que les formateurs souhaitent exercer. Les élèves sages-femmes l'utiliseront avec profit. « Dans le métier de sage-femme, il y a quelques situations d'urgence, comme l'hémorragie de la délivrance. Il faut y être préparé », souligne Patricia Picchiottino. Mais Noelle a d'autres talents. Elle peut ainsi ne pas être enceinte et simuler des troubles généraux. Par exemple, un arrêt cardiaque,



La sage-femme, Sabrina Galley, aide Noëlle à accoucher.



Au moyen d'une tablette, la vice-directrice du centre, Patricia Picchiottino, peut influencer sur l'accouchement du mannequin.

un choc anaphylactique ou une détresse respiratoire.

Lors de l'inauguration du centre, le mannequin accouche, assisté par une sage-femme. A l'aide d'une tablette informatique, la vice-directrice peut influencer sur la situation préprogrammée en fonction de son déroulement et des actions de la sage-femme. « Votre bébé est bientôt là », annonce celle-ci. Et, effectivement, on voit apparaître la tête de « Hal ». Félicitations.

La structure comprend aussi des dispositifs plus basiques pour apprendre des gestes techniques aux étudiants. Par exemple, des mannequins pour la réanimation cardiopulmonaire que l'on peut défibriller. Ou encore des bras sur lesquels s'entraîner à faire des injections et des prises de sang et des dispositifs pour apprendre à placer une sonde urinaire. Derniers à l'appel : un mannequin permettant de s'exercer à l'examen du fond

d'œil, et un autre pour examiner les poumons à l'aide d'un stéthoscope.

Pour clore notre visite, nous assistons au débriefing d'une simulation, une phase essentielle dans le processus d'apprentissage. Après l'exercice, les participants dialoguent avec les formateurs autour d'une grille d'évaluation. Que pensent-ils avoir réussi ? Quand se sentaient-ils moins sûrs ? Les exercices sont filmés, ce qui permet de revenir sur une séquence particulière ou montrer ce qui a été bien fait. Dans le cas du patient en trottinette agressif, les soignants ont veillé à calmer le patient et ne se sont pas énervés à leur tour.

En entendant cette restitution, on se rend mieux compte à quel point la situation était réelle pour les participants, dans le raisonnement clinique mis en œuvre et dans l'implication émotionnelle avec les autres participants. Décidément, la simulation, c'est du sérieux. +

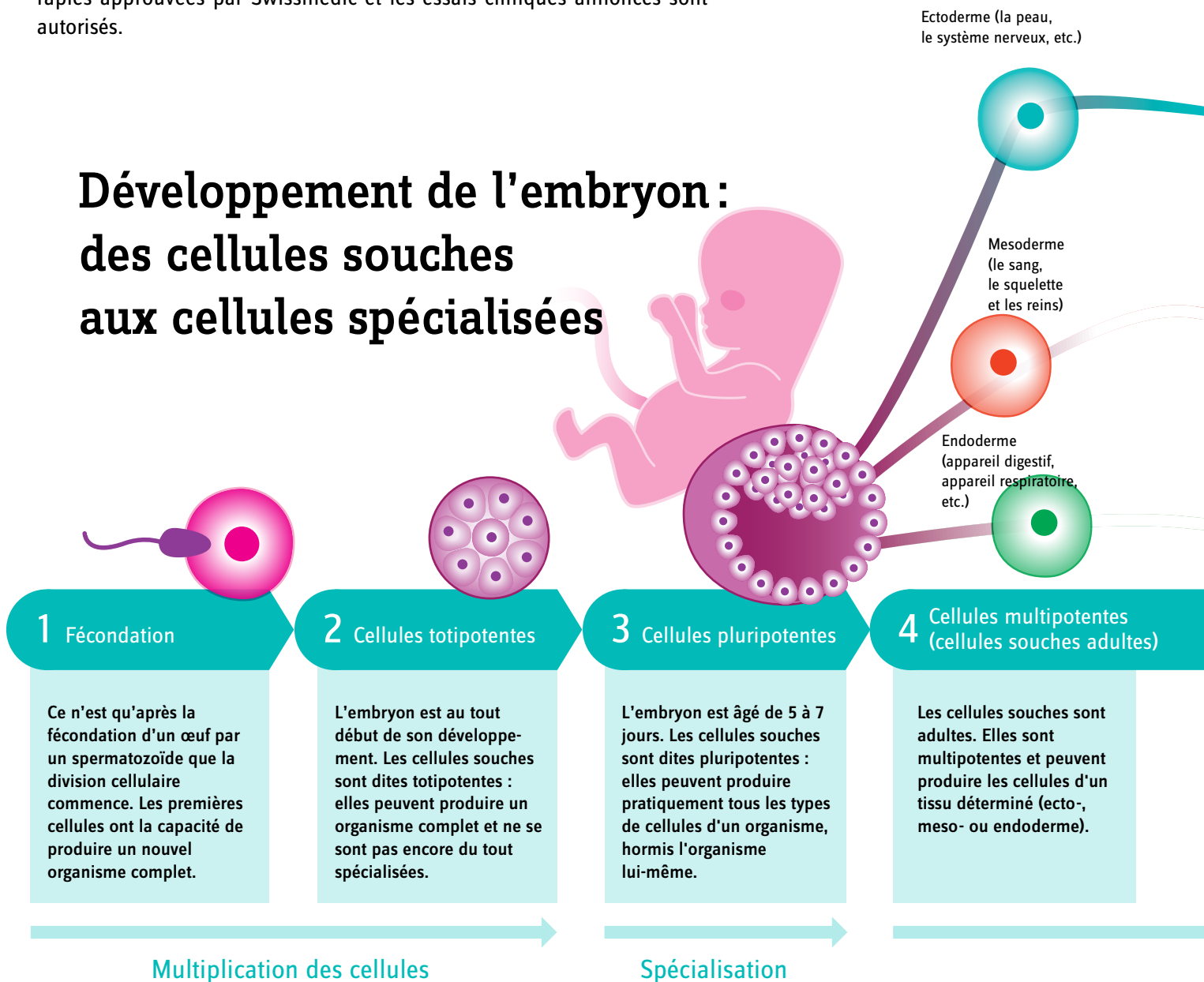


**Un mannequin pour apprendre et exercer la réanimation cardiopulmonaire.**

# Les cellules souches

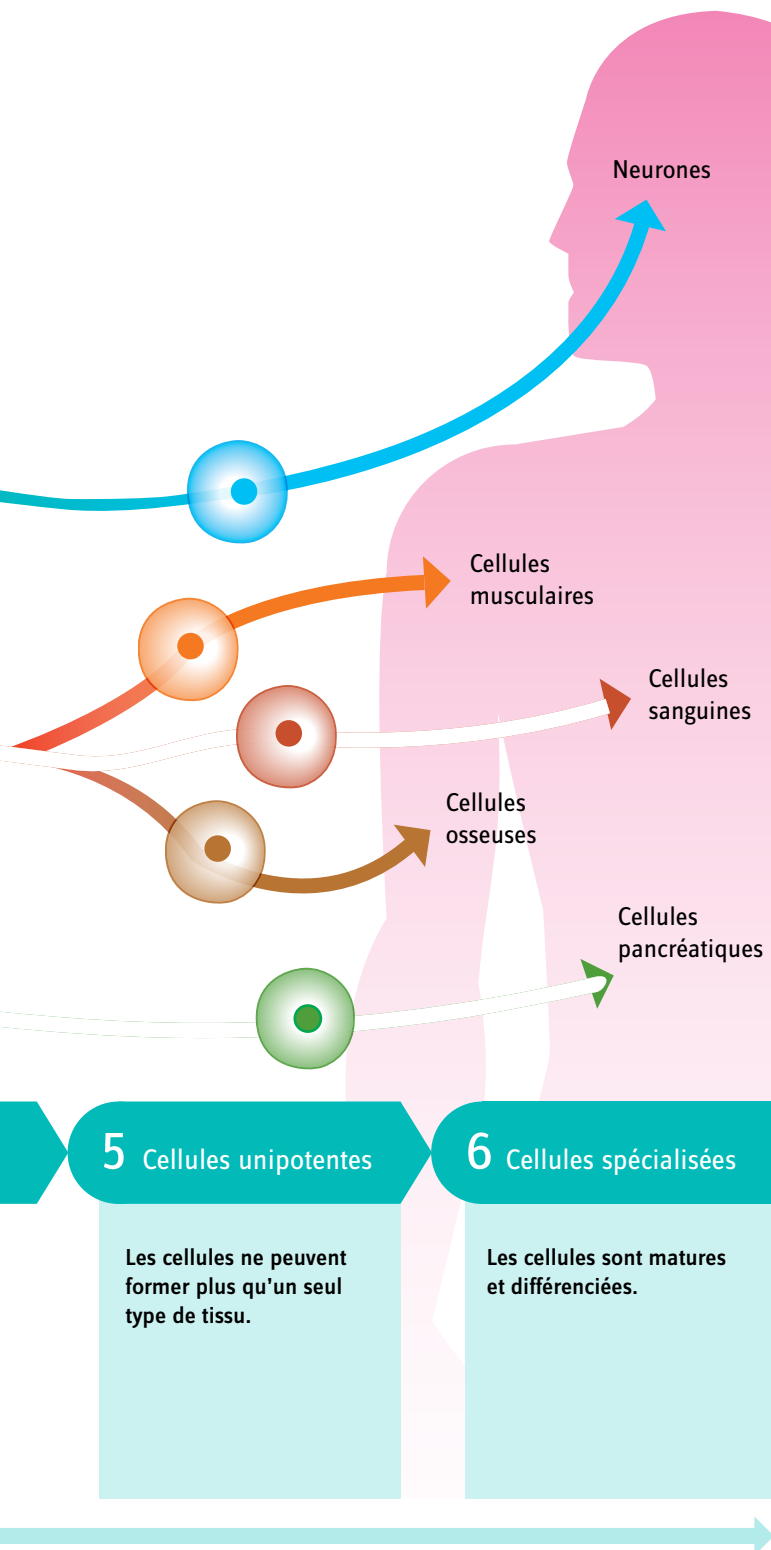
À la différence des autres types de cellules du corps humain, qui sont spécialisées - spécifiques à un organe ou un tissu -, une cellule souche peut devenir n'importe quelle cellule de l'organisme. En médecine, elles pourraient servir au remplacement de cellules endommagées ou aux tests de nouveaux médicaments. Le concept est relativement simple : il s'agirait de prélever des cellules souches à un individu, de les spécialiser pour une tâche précise et de les réimplanter pour réparer la fonction défectueuse. Comme tout ce qui touche à la manipulation de l'embryon, la recherche dans le domaine des cellules souches est très réglementée. En Suisse, seules les thérapies approuvées par Swissmedic et les essais cliniques annoncés sont autorisés.

## Développement de l'embryon : des cellules souches aux cellules spécialisées



# Le clonage thérapeutique

Le clonage thérapeutique vise à remplacer des cellules défectueuses chez un malade. Il s'agit de prélever des cellules souches adultes, de les reprogrammer en dehors de l'organisme en cellules souches embryonnaires, puis de les réimplanter chez le malade après les avoir spécialisées pour la fonction défectueuse.



Formation des organes

## A Préparation de la cellule

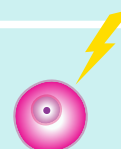
1 Le noyau d'un ovule est retiré.



2 Une cellule souche est prélevée chez le patient. Son matériel est injecté dans la cellule hôte pour remplacer le noyau.

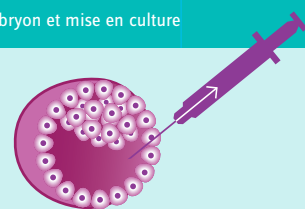


3 L'ovule est placé dans un milieu favorable pour être reprogrammé en cellules embryonnaires. Suite à un choc électrique, la cellule commence à se diviser.

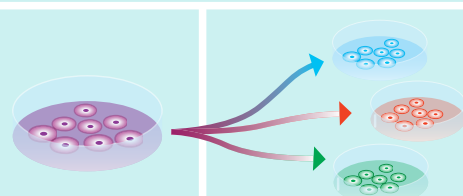


## B Développement de l'embryon et mise en culture

4 Après 5 à 7 jours, l'œuf fécondé se creuse d'une cavité. Il contient une centaine de cellules souches.



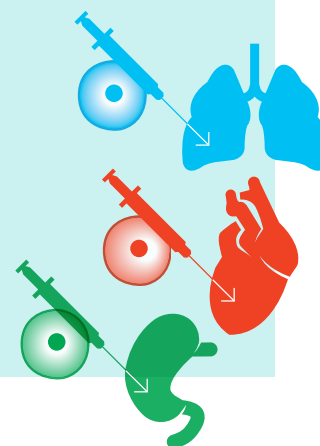
5 Les cellules souches sont extraites de l'embryon.



6 Elles sont mises en culture et se spécialisent pour une fonction précise de l'organisme.

## C Utilisation potentielle

- ▶ Les cellules souches cultivées peuvent être réimplantées pour remplacer les cellules malades d'un individu souffrant de :
  - Maladies cardiaques
  - Maladies dégénératives
  - Maladies osseuses
- ▶ Les cellules souches pourraient aussi aider à développer des tests pour de nouveaux médicaments.
- ▶ Elles peuvent être utilisées dans l'élaboration d'une thérapie génique.



# La main :

## attention fractures

**Radiographie** Qui n'a jamais cru s'être cassé le poignet après une chute, ou un doigt d'un coup de marteau ? Un chirurgien détaille les traitements de base des fractures de la main.

TEXTE BENOÎT PERRIER

Les occasions de se casser un os de la main ne manquent pas. « Nous l'utilisons en permanence pour prendre des objets, et elle est très exposée aux accidents », explique le Dr Thierry Christen, médecin associé en chirurgie plastique et de la main au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). « Les fractures peuvent survenir à la suite d'un choc direct sur l'os, lors d'un écrasement par exemple, ou être consécutives à un mouvement brusque. Comme quand on tombe et que l'on se casse le poignet en essayant de se rattraper avec la main ».

Après un accident, n'essayez pas de remettre vous-même un doigt démis, vous risqueriez de rendre impérative une opération. Et surtout, faites-vous examiner après un traumatisme de la main : il est parfois difficile de distinguer une entorse (qui touche les ligaments des articulations) d'une fracture (qui touche les os). Après un examen par un médecin, une radiographie sera sans doute réalisée. La radio est en effet fondamentale pour les spécialistes de la main. « La plupart des fractures sont visibles sur de simples radiographies, relate le Dr Christen, et les

examens plus poussés tels qu'un scanner ou une IRM sont rarement nécessaires. »

Pour le traitement d'une fracture de la main, « si l'on pense obtenir un bon résultat sans opérer, on privilégiera une option dite conservatrice ». Il s'agit d'immobiliser l'os fracturé pour lui permettre de se consolider dans une position adéquate. Pour ce faire, les techniques varient : selon la situation, on peut simplement attacher deux doigts l'un à l'autre, ou, à l'extrême inverse, devoir poser un plâtre rigide. Ces mesures durent rarement plus d'un mois.

On opérera généralement les fractures déplacées et celles que l'on ne parvient pas à stabiliser par une immobilisation seule. Pour fixer les fractures, les chirurgiens de la main ont les mêmes outils que leurs confrères qui réparent les os longs, mais en plus petit. « Nous utilisons des broches - des sortes de longs clous -, des vis, des plaques métalliques, des fils de fer, voire des dispositifs externes - des armatures qui sortent de la main », détaille le chirurgien. « Dans la règle, ces opérations sont assez courtes. Mais si l'on souffre de multiples fractures, la durée opératoire sera allongée. »

### Au bout des doigts

Un clou, un marteau, un coup... qui atterrit sur le bout des doigts. La fracture de la phalange distale (celle où se trouve l'ongle) est la plus fréquente des fractures de la main. « Elle n'est généralement pas grave », rassure le Dr Christen. Et d'ailleurs, elle se répare souvent d'elle-même. Une bonne partie de la phalange étant couverte par l'ongle, celui-ci sert d'attelle naturelle pour guider la consolidation de l'os. La fracture se ressoude en quelques semaines dans « l'immense majorité des cas ». Faute de quoi, une opération sera pratiquée pour aider à la consolidation de l'os fracturé.





### **Le coup de poing de trop**

« C'est la "fracture du boxeur", résume le Dr Christen. Un choc entre un poing fermé et une surface dure. » On prétend parfois être tombé, relève-t-il, mais c'est bien un coup de poing contre un mur, ou contre autrui, qui fracture le cinquième métacarpien au niveau de son col. Cette zone où l'os se rétrécit est effectivement plus fragile lors d'un choc direct dans l'axe. Après cette fracture, l'ampleur du déplacement de la tête de l'os par rapport à sa position normale détermine le traitement. Si elle n'est pas ou peu déplacée, on prescrit une immobilisation de quatre semaines. « Si, par contre, il y a une bascule importante, on essaiera de repositionner l'os et de le fixer par des broches, relève le spécialiste. » Non remplacé, l'os déformé pourrait créer une sensation de boule dans la main, « gênante pour les travaux manuels et qui raccourcit le doigt ».



### Le scaphoïde rattrape les chutes

Parmi les fractures du poignet, « celle de l'os scaphoïde a, chez les patients, une mauvaise réputation justifiée », note le Dr Christen. Cet os est situé à cheval entre l'avant-bras et la main, du côté du pouce. Et il n'est en effet pas simple à soigner. « On se le casse généralement en chutant et en se rattrapant sur la paume de la main. Les patients pensent souvent n'avoir qu'une entorse, alors qu'en réalité cet os est cassé. » Il est donc capital de consulter pour déterminer les dégâts subis par la main, même si l'on ne pense pas être victime d'une fracture. D'autant plus qu'une fracture de l'os scaphoïde non soignée ne consolidera pas et causera de l'arthrose, et donc notamment des douleurs articulaires.

Mais la difficulté ne s'arrête pas là, puisqu'une fracture du scaphoïde peut ne pas apparaître sur une radiographie réalisée juste après l'accident. Dès que les médecins suspectent une fracture de cet os, ils prescrivent par prudence une immobilisation de trois semaines, après lesquelles de nouvelles radios sont réalisées. Si la fracture est confirmée, l'immobilisation durera trois mois au total. Très long. Pour éviter ce désagrément, une opération consistant à introduire une vis dans l'os peut être réalisée, surtout chez des patients jeunes et actifs.



# Smoothies : déjouer les pièges du sucre

**Nutrition** Pour une pause rafraîchissante et vitaminée, on opte de plus en plus pour les smoothies. A juste titre ? Oui, sous certaines conditions...

TEXTE LAETITIA GRIMALDI

**D**angereux pour la santé les smoothies ? C'est en tout cas l'avertissement lancé par Barry Popkin et George Bray, deux scientifiques américains de renom, dans les colonnes du *Guardian* en septembre dernier. Le principal reproche avancé : sous leurs innocentes apparences fruitées, ces cocktails dernier cri regorgent de fructose (le sucre des fruits). Boire un smoothie reviendrait à avaler autant de sucre qu'en optant pour un grand verre de soda ou en mangeant six oranges.

Alors, on arrête tout ? Pas forcément : « Le problème est que le terme "smoothie" n'est à ce jour pas défini par la législation, explique Muriel Jaquet, diététicienne à la Société Suisse de Nutrition. Sous cette appellation, on peut donc trouver des produits très variés. » Ainsi, par smoothie, on peut aussi bien se voir proposer une purée de fruits, contenant exclusivement des fruits mixés, qu'un mélange où ces mêmes fruits se

retrouvent noyés dans du yogourt, du jus de fruits et une avalanche de sucre.

« Si les smoothies ne contiennent que des fruits, avec leur peau pour ceux qui le permettent, et leur pulpe, il n'y a aucun problème d'un point de vue nutritionnel, rassure le Dr Dimitrios Samaras, médecin spécialiste en nutrition. Ils constituent même des mélanges vitaminiques tout à fait recommandables. » Jusqu'à contribuer aux « 5 fruits et légumes par jour » ? « Absolument, estime le médecin. Les recommandations se basent sur des portions de 120 g chacune. A titre d'exemple, un smoothie contenant une orange, une poire et une banane, va largement permettre d'obtenir une, voire deux, des cinq portions quotidiennes conseillées. »

### Miser sur le « fait maison »

En la matière, rien ne semble valoir le « fait maison » ! Non seulement parce que la liste des ingrédients est sans surprise - pas de sucre ajouté, d'édulcorants ni de conservateurs -, mais égale-

ment parce qu'ainsi préparé, le smoothie permet une consommation immédiate, et donc une perte quasi-nulle de vitamines. La vitamine C, en particulier, a en effet le désavantage de se dégrader en quelques minutes à l'air libre. Un blender, trois ou quatre fruits grossièrement coupés : voi-

*“Un décryptage attentif des étiquettes est conseillé”*

là un exemple de smoothie parfait. Alors bien sûr, il contiendra le fructose des fruits, « mais également tous leurs nutriments, poursuit Muriel Jaquet : vitamines, minéraux, antioxydants et fibres alimentaires ».

Le problème des smoothies se pose lorsque la liste des ingrédients autres que



Dans certains smoothies industriels la quantité de sucre peut atteindre celle présente dans les sodas.

## Une contre-indication : un taux de triglycérides élevé

Révélé par une prise de sang, un taux de triglycérides élevé constitue au fil des ans un risque cardio-vasculaire majeur, au même titre qu'un excès de cholestérol. Or le fructose, le sucre contenu dans les fruits, a tendance à faire grimper le taux de ces triglycérides. Pour les personnes concernées, mieux vaut privilégier les légumes, salades et crudités, plutôt qu'une grande quantité de fruits. Il faut donc limiter les cocktails de fruits (même les «100 % fruits») et éviter à tout prix les jus, généralement dépourvus de fibres et gorgés de fructose.

les fruits eux-mêmes s'allonge. «Ajouter du sucre - sous la forme de sucre en poudre ou via du jus de fruit, et/ou du lait - revient à transformer la bombe vitaminique qu'est le smoothie «naturel» en bombe calorique! prévient le Dr Samaras. Le smoothie va ainsi facilement voir doubler le nombre de calories qu'il contient, sans aucun bénéfice en termes de vitamines.» Ces ajouts font donc de cette boisson l'objet d'un risque véritable de prise de poids.

Sur ces «autres composants», les étiquettes des produits industriels peuvent être trompeuses. Même le «100 % fruits» peut cacher d'affolants taux de sucre. «Certains jus ou smoothies se voient doter de grandes quantités de concentré de fructose directement issu des fruits. Résultat: un jus de pomme peut n'avoir de pomme que le sucre qu'il contient», alerte le spécialiste. Un décryptage attentif des étiquettes est donc conseillé. En même temps, pourquoi pas, que l'achat d'un blender! +

## Les 5 clés du smoothie idéal

- 1 Des fruits et rien que des fruits**  
La liste irréprochable d'ingrédients: des fruits, et c'est tout! Ajouter du lait, du sucre, ou encore du jus de fruits, fait sournoisement gonfler le nombre de calories, sans apporter de bienfaits supplémentaires du côté des vitamines.
- 2 Epluchage minimum**  
Quand cela est possible, mixer les fruits avec leur peau, afin de ne pas se priver des fibres et antioxydants qui s'y trouvent en abondance.
- 3 On garde la pulpe**  
Précieuse, la pulpe est constituée des fibres des fruits, généreusement conservées dans un smoothie «fait maison». A consommer donc sans

hésiter pour en puiser les vertus, notamment en direction des intestins.

- 4 A consommer tout de suite**  
La vitamine C dont regorgent les fruits se dégrade très rapidement au contact de l'air. L'idéal est donc de boire son smoothie frais dans les 15 à 20 minutes maximum après la préparation et le mixage des fruits.
- 5 Pomme, framboise, orange: on mise sur la variété!**  
Aucune recette imposée! Des flavonoïdes contenus dans les fruits rouges à la vitamine C des kiwis, en passant par la vitamine A qui abonde dans les abricots, tout est bon à prendre. Un choix coloré de fruits est le gage d'un parfait cocktail de vitamines.

# Méditation, hypnose et gymnastiques douces contre la douleur

**Alternatives** Réputées pour améliorer le bien-être, ces pratiques ont fait leur entrée dans l'enceinte de l'hôpital. Méthodes complémentaires à celles de la médecine conventionnelle, elles contribuent à aider les patients à surmonter leurs souffrances, aiguës ou chroniques.

TEXTE ELISABETH GORDON



## La méditation permet de mieux accepter la douleur

Accepter l'expérience que l'on vit - y compris lorsqu'elle est douloureuse - plutôt que de chercher à lutter contre elle : tel est l'objectif de la méditation de pleine conscience. Cette pratique ne fait pas disparaître la douleur, et elle ne saurait se substituer aux médicaments, à la physiothérapie, à la psychothérapie ou à la chirurgie. Mais elle peut être un complément utile.

« Par son effet sur l'anxiété, l'humeur et le sommeil, la méditation améliore déjà l'état du patient », constate Béatrice Weber, psychologue aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Mais elle fait plus. Diverses expériences ont montré qu'une longue pratique conduisait à des modifications « à la fois structurelles et fonctionnelles de certaines régions du cerveau ».

La psychologue cite notamment une récente étude américano-française qui a comparé les réactions « d'experts » ayant une longue expérience en méditation bouddhiste, à celles de



## **L'hypnose modifie les sensations désagréables**

Rien de magique dans l'hypnose, qui conduit une personne dans une forme de transe et modifie son état de perception. Le patient qui, à l'hôpital, est guidé par un thérapeute, « va trouver une place où il se trouve en sécurité et où il pourra modifier ses sensations corporelles avec ses propres images », explique Valérie Piguet, responsable du centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur aux Hôpitaux universitaires genevois (HUG).

Cette méthode a déjà fait ses preuves pour soulager la douleur aiguë. Une enquête menée au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) en 2006-2007, sur une vingtaine de grands brûlés à qui l'on changeait les pansements, a montré que l'hypnose permettait de réduire les doses de morphine et autres opiacées et de diminuer les scores mesurés de douleur et d'anxiété. La pratique s'est aussi révélée utile en cas de douleur chronique. Le patient peut alors recourir à l'auto-hypnose « pour préparer un événement qu'il sait être douloureux ».

Dans tous les cas, cette pratique « modifie la perception de la douleur et diminue son côté désagréable », précise Valérie Piguet. Des scientifiques de l'Université de Montréal l'ont également confirmé, en montrant que cette méthode modulait l'activité du cerveau et agissait sur les deux aspects de la douleur : sensoriel (ça fait mal) et émotionnel (cela inquiète).

Et qu'importe l'origine de la douleur. Qu'elle soit due à une migraine, à une lombalgie ou à un cancer, « l'important est que le patient accepte de participer ».

« novices » qui n'avaient médité que quelques heures. Les chercheurs ont provoqué chez tous ces volontaires une brève douleur - en appliquant sur leur poignet un dispositif qui faisait passer de l'eau très chaude sur leur peau pendant quelques secondes - tout en observant leur cerveau à l'aide de l'IRM. Les deux groupes percevaient la douleur avec la même intensité, mais les « experts » en méditation la jugeaient moins désagréable. Chez ces derniers, les chercheurs ont aussi constaté que certaines régions du cerveau impliquées dans l'anticipation anxieuse, étaient moins actives que chez les « novices ». « La méditation en pleine conscience ne change pas la douleur elle-même. Toutefois, elle permet de l'appréhender autrement et, surtout, de moins rajouter, par l'anticipation anxieuse, une tension supplémentaire à la douleur déjà présente », résume Béatrice Weber.



## **Les gymnastiques douces recréent l'harmonie**

Comme la méditation et l'hypnose, le tai chi, certaines formes de yoga et autres gymnastiques douces, « redonnent au patient un certain contrôle sur sa douleur », selon Valérie Piguet. Ces mouvements doux, qui détendent et incitent à maîtriser sa respiration, « recréent une certaine harmonie entre le corps et l'esprit ». En outre, ils offrent au patient des moyens de « bouger sans dépasser ses limites », et l'aident à ne pas rester trop longtemps assis ou alité, attitudes qui sont le plus souvent délétères. Sans compter que les exercices se pratiquent à plusieurs, « créant ainsi une certaine dynamique de groupe et une entraide entre les participants ».

Plusieurs études scientifiques ont d'ailleurs mis en évidence les bienfaits de ces gymnastiques douces, notamment du yoga. A en croire une expérience canadienne, le yoga, pratiqué deux fois par semaine pendant deux mois par des femmes souffrant de fibromyalgie, permettrait de réduire les symptômes de cette douleur musculaire chronique et le stress psychologique qui en résulte.

Toutes ces approches complémentaires peuvent donc contribuer à soulager les douleurs et redonner un peu de plaisir. A condition, lorsqu'elles sont pratiquées hors du cadre hospitalier, « de se renseigner sur les personnes qui vous offrent leurs services », précise la spécialiste. Et de se méfier de tous ceux qui disent détenir LA solution pour combattre la douleur.

# Les LED arrivent : pas de panique, mais prudence

**Vision** Fin 2010, un rapport d'expertise français relevait les risques inhérents à l'emploi de certaines lampes LED blanches, en particulier chez les enfants. Aujourd'hui, les fabricants ne sont toujours pas tenus d'indiquer lesquelles de ces lampes « tendance » présentent un risque. Eclairage.

TEXTE ELLEN WEIGAND

Saviez-vous que la lumière de certaines LED (lampes à diodes électroluminescentes) peut endommager la rétine, en particulier celle des enfants jusqu'à l'âge de 8-10 ans? En effet, le cristallin de leurs yeux n'absorbe pas les rayonnements de courtes longueurs d'onde (bleues). Or, dès 2016, ce seront les seules lampes encore autorisées, avec les ampoules fluocompactes et certains halogènes. Selon l'industrie, les LED, très économiques, occuperont le 90 % du marché d'ici 2020. Et elles éclairent déjà notre quotidien : dans les lieux publics (rues, gares, hôpitaux, écoles, supermarchés...), dans les phares de nos voitures (et donc à hauteur des yeux des bébés en poussette et des enfants) et dans nos maisons (luminaires, éclairage d'appareils électriques, lampes

de poche, jouets et vêtements pour enfants, écrans TV, PC, Smartphones, tablettes numériques, etc.)

## Le danger de la lumière bleue

Ce sont les LED à lumière blanche froide ou les LED bleues (et non celles à lumière chaude, de couleur plus jaunâtre) qui sont en cause. Le procédé de fabrication le plus utilisé, car le plus simple et le moins cher, consiste à associer une diode bleue à un phosphore jaune. « Or, ces diodes émettent une plus forte proportion de lumière bleue que la lumière naturelle, pouvant conduire à une réaction chimique nocive pour la rétine », explique la Dre Francine Behar-Cohen, directrice médicale de l'Hôpital ophtalmique Jules-Gonin à Lausanne. Ce phénomène nocif, le *blue light hazard*, est

d'ailleurs connu et décrit dans de nombreuses études. Il peut entraîner un vieillissement prématuré de l'œil, favorisant la dégénérescence maculaire (DMLA) ou pouvant l'aggraver. Cela suite à une exposition de niveau faible et répétée à cette lumière bleue, ou lors d'une exposition ponctuelle et intense.

D'autres personnes que les enfants courent également un risque. Notamment celles sans cristallin (aphaques), les gens opérés de la cataracte avec un cristallin artificiel – sauf s'il est jaune (pseudoaphaques) – et ceux sous traitement photosensibilisant, ainsi que les professionnels exposés à de fortes intensités de lumière (électriciens, éclairagistes, gens du spectacle, chirurgiens, etc.).

En 2010 une étude de l'Anses (l'Agence nationale française de sécurité sanitaire), dirigée par Francine Behar-Cohen, a mis en lumière les risques sanitaires des LED grand public. « Nos essais se basaient sur la norme européenne de sécurité photobiologique, qui évalue le risque toxique pour la rétine selon l'intensité de la lumière et sa distance des yeux », explique-t-elle.

Sur une échelle de 0 à 3 (risque élevé), les experts ont constaté qu'une majorité des neuf produits testés était sans risque





Ordinateurs, consoles, Smartphones sont munis de LED qui peuvent abîmer la rétine et perturber le sommeil.

ou à risque faible, mais trois présentaient un risque de niveau 2 (risque modéré). Cela lors d'une durée limite d'exposition d'au mieux quelques dizaines de secondes. Un résultat inquiétant quand on sait que les éclairages traditionnels à usage domestique ne doivent pas dépasser le groupe de risque 1.

### Pas de contrôle de qualité

«De plus en plus de diodes à risque vont envahir le marché, la plupart venant de Chine, sans contrôle de qualité», craint la spécialiste. L'Anses avait recommandé l'introduction d'un tel contrôle et l'obligation d'indiquer la classe de risque sur l'emballage, et encore de ne commercialiser que des LED à moindre intensité et sans risque. Par ailleurs, l'Agence recommandait d'éviter d'installer ces lampes dans les lieux fréquentés par les enfants (maternités, crèches, etc.) ou dans les objets qu'ils utilisent.

A ce jour, seule la France a suivi l'une de ces recommandations, et a rendu obligatoire depuis 2013 l'indication de la classe de risque des LED sur les emballages. En Suisse, une interpellation de la Conseilère nationale verte Yvonne Gilli (SG), en avril 2013, a tenté de remettre le sujet sous le feu des projecteurs. Elle deman-

dait comment Berne comptait protéger les enfants et la population des risques de la lumière bleue. Sa demande a été balayée par le Conseil fédéral, arguant que ce risque n'était pas connu «de manière précise» et que la Suisse participait aux discussions internationales en cours à ce sujet.

En attendant des normes en la matière, la Dresse Behar-Cohen enjoint les fabricants d'adapter au plus vite cette technologie prometteuse, afin d'assurer un éclairage optimal et économique en toute sécurité.

### Mesure de prévention

Pour l'heure, le consommateur ne peut donc que réduire les risques en évitant l'emploi des LED blanches ou en préférant celles à lumière chaude. Et, bien sûr, en ne regardant jamais directement une diode non protégée (par un verre, un abat-jour) et en s'en éloignant le plus possible. Mieux vaut ainsi les éviter comme lampe de chevet, veilleuse, etc. Par ailleurs, il existe des lunettes de protection contre la lumière bleue ainsi que des lunettes de soleil de conduite qui la filtrent. Un fabricant français de verres à lunettes propose depuis peu des verres optiques filtrant cette lumière bleue. +

## Autres risques

**La forte luminance (luminosité) des LED blanches, jusqu'à 1 000 fois plus élevée que celles d'autres éclairages, peut aussi créer l'éblouissement et donc un risque d'accident accru. L'Anses a donc recommandé de diminuer les luminances des LED, notamment par des filtres à lumière bleue.**

**Par ailleurs, ces LED peuvent perturber les rythmes circadiens (veille - sommeil) provoquant des troubles du sommeil lors de l'exposition à ces lumières le soir, par exemple en utilisant des appareils munis de LED (ordinateurs, consoles de jeu, Smartphones, etc.).**

# L'anévrisme artériel

**Fiche maladie** L'anévrisme est une dilatation anormale - congénitale ou acquise - d'une artère qui peut se rompre (rupture de l'anévrisme), s'obstruer (thrombose) ou envoyer des fragments de caillot sanguin dans la circulation (embolies).

TEXTE DR JOHNNY VOGEL

## Un anévrisme, c'est quoi ?

Le système vasculaire comprend, d'une part, les artères (secteur à haute pression qui amène le sang oxygéné aux organes) et d'autre part les veines (secteur à basse pression qui ramène le sang pauvre en oxygène vers le cœur et les poumons).

Les artères sont des vaisseaux de plus ou moins gros calibre, souples, formés de plusieurs couches qui vont amortir et supporter, tout au long de la vie, les variations de pression lors de chaque battement du cœur. Leur calibre est régulier : leur diamètre diminue progressivement à mesure qu'elles se dirigent en périphérie, vers les différents organes du corps. Parfois on observe des anomalies de calibre des artères sous forme d'une dilatation localisée. C'est ce que l'on appelle l'anévrisme. Avec le temps, la dilatation a tendance à s'accroître et le diamètre de l'anévrisme augmente. Sur l'aorte et les grandes artères, la dilatation est le plus souvent fusiforme (en forme de fusil). Dans ces cas, le flux sanguin traverse l'anévrisme, alors que sur les artères cérébrales il s'agit le plus souvent de dilatations qui forment une sorte de « poche » sur le côté de l'artère dans laquelle le sang peut stagner.

Le risque lié à la présence d'un anévrisme dépend de sa taille et de sa localisation. Un anévrisme peut être découvert

par hasard, lors d'un examen médical ou d'imagerie (CT-scan, IRM ou angiographie) pour un tout autre problème. Il peut aussi se révéler brutalement par une obstruction aiguë de l'arbre artériel en aval ou une rupture de l'artère dilatée (rupture d'anévrisme). Il peut aussi se manifester de manière plus sournoise par la dissémination de petits caillots (embolies) à distance dans la circulation artérielle.

## Les symptômes

Un anévrisme peut être tout à fait asymptomatique (c'est-à-dire qu'il n'occasionne aucun symptôme). Parfois il se manifeste par une petite voussure pulsatile, éventuellement douloureuse à la palpation, par exemple au niveau du cou, de l'abdomen, du pli de l'aîne, ou du creux du genou.

Rarement, s'il est de nature infectieuse et proche de la surface cutanée, l'anévrisme peut être accompagné d'une rougeur, voire d'une tuméfaction douloureuse.

Les symptômes de l'anévrisme sont liés à sa localisation. Ils seront différents pour un anévrisme de l'aorte (dans le thorax ou l'abdomen), des artères des jambes, des bras, ou encore du cerveau (artères cérébrales).

La rupture d'un anévrisme est la complication la plus redoutée :

- La rupture d'un anévrisme de l'aorte se manifeste par l'apparition brutale d'une douleur abdominale (ou thoracique) sévère, en ceinture, avec très souvent des signes d'hémorragie grave (chute de la tension artérielle et perte de connaissance). Une telle complication est une urgence vitale.
- La rupture d'un anévrisme cérébral provoque une hémorragie dans le cerveau (hémorragie cérébrale). Les symptômes et les conséquences varient en fonction de son étendue et de sa localisation. Si l'hémorragie est peu abondante, une raideur de la nuque peut être le seul symptôme. À l'opposé, lorsque l'hémorragie cérébrale est massive, elle peut provoquer une paralysie, un coma, voire même la mort.

## Thrombose d'un anévrisme aortique ou d'une grande artère du corps

Lorsqu'un caillot sanguin s'est formé dans l'anévrisme, il peut soit obstruer complètement l'artère, ce qui se manifeste alors par un manque de sang dans le membre qui en dépend (jambe, bras), soit libérer de petits fragments (embolies) qui vont migrer en aval. La libération répétée d'embolies occasionne le plus souvent une modification de la coloration des pieds et des jambes, des douleurs lors de la marche (ou au repos), et des ulcères sur la peau.

## Thrombose d'une artère cérébrale

Lorsqu'un caillot s'est formé dans un anévrisme d'une artère du cerveau, il peut provoquer des symptômes très variables en fonction de la zone du cerveau touchée, avec des troubles de la motricité, de la sensibilité, de la compréhension ou de l'élocution.

Parfois, lorsqu'elle comprime des structures osseuses, neurologiques, digestives ou veineuses, la dilatation d'une grande artère du corps peut être révélée par la survenue de douleurs, de troubles digestifs ou de difficultés à effectuer certains mouvements.

## A quoi est-ce dû ?

La paroi d'une artère est formée de trois couches :

- interne, constituée de cellules lisses en contact avec le sang ;



- médiane ou moyenne, constituée de fibres musculaires et de collagène;
  - externe, constituée de fibres de collagène et d'élastine.
- La structure musculaire de la couche moyenne permet de faire varier le diamètre des artères de moyen et de petit calibre. Ce mécanisme régule le débit vers les organes en modifiant la résistance à l'écoulement du sang.
- La formation d'un anévrisme est la plupart du temps un processus dégénératif, essentiellement dû à l'atteinte de la partie moyenne de la paroi de l'artère. L'effet conjoint des facteurs de risque et du vieillissement raréfie les fibres élastiques et musculaires dans la couche moyenne de l'artère, ce qui provoque une diminution de la résistance mécanique de la paroi et permet sa dilatation.
- Les autres causes, plus rares, d'anévrisme sont des séquelles de traumatismes, des anomalies congénitales ou des atteintes inflammatoires ou infectieuses de la paroi des artères.

### Suis-je concerné ?

Le risque de développer un anévrisme dégénératif, notamment au niveau de l'aorte, est augmenté par :

- l'âge (l'anévrisme est exceptionnel avant 55 ans, tandis qu'il est présent chez 5 à 10 % de la population âgée de 65 à 79 ans);
- le sexe masculin (l'anévrisme est trois fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme);
- le tabagisme (c'est le facteur de risque majeur, 90 % des porteurs d'anévrismes aortiques sont fumeurs ou l'ont été dans le passé);
- l'existence d'anévrismes chez d'autres personnes dans la famille.

Les facteurs qui augmentent le **risque de rupture d'un anévrisme aortique abdominal** (situé en dessous des artères rénales) sont :

- un diamètre important de l'anévrisme;
- une maladie pulmonaire obstructive;
- le tabagisme;

### Me soigner

La prise en charge d'un anévrisme, que ce soit par voie endovasculaire ou chirurgicale, devrait idéalement se faire avant la survenue de complications.

Si l'anévrisme est découvert avant un accident aigu, l'indication à une intervention préventive se base sur des critères bien définis (en tenant compte essentiellement du diamètre de l'anévrisme et de

## Quand contacter le médecin

Appelez le 144 dans les situations suivantes :

- en cas de douleurs abdominales (ou thoraciques) brusques et très intenses, associées ou non à une perte de connaissance;
- en cas de maux de tête exceptionnellement forts, insupportables, ou qui s'aggravent très rapidement, associés ou non à une perte de connaissance;
- en cas de douleurs dans un membre brusquement devenu pâle.

Contactez votre médecin habituel si :

- vous constatez une modification de la coloration des pieds et/ou des jambes;
- vous avez des douleurs dans les jambes lors de la marche, parfois même au repos;
- vous observez l'apparition de lésions ou d'ulcérations cutanées aux membres inférieurs.

## Informations utiles au médecin

Pour faciliter la détection d'un anévrisme avant sa rupture, il est important de signaler à son médecin :

- la découverte d'un anévrisme dans la famille;
- l'apparition d'une voussure pulsatile au niveau abdominal, inguinal, cervical, ou la sensation d'une « boule » dans le creux du genou;
- l'apparition d'une douleur au mollet lors de la marche ou de lésions douloureuses et bleutées aux orteils.

### Examens

L'examen clinique permet de détecter un très petit nombre d'anévrismes seulement. C'est pourquoi, lorsqu'on suspecte ou recherche un anévrisme, des examens complémentaires sont très souvent nécessaires. L'examen le plus simple et le moins invasif pour explorer les zones à risque est l'échographie (examens par ultrasons). En cas d'anomalie, un examen d'imagerie complémentaire (angioscanner) permet de préciser l'importance de la lésion.

sa vitesse d'aggravation). Il s'agit de remplacer le segment artériel dilaté par une prothèse ou une endoprothèse.

En cas de rupture aiguë d'un anévrisme aortique ou d'une autre artère de gros calibre, il importe de stopper très rapidement l'hémorragie et de remplacer le segment artériel dilaté par une prothèse. Ceci permet de restaurer l'intégrité du vaisseau et d'assurer le passage du sang vers les organes situés en aval.

Deux techniques sont à disposition :

- la chirurgie ouverte (avec ouverture de la cavité abdominale ou thoracique, puis de l'aorte), qui consiste à remplacer le segment artériel dilaté par une prothèse vasculaire ;
- la technique percutanée, qui consiste à mettre en place une endoprothèse directement dans le sac de l'anévrisme, par ponction au niveau de l'artère fémorale, sans ouverture de la cavité abdominale.

Le choix de la technique utilisée dépend des critères anatomiques (localisation) et morphologiques (taille et forme) de l'anévrisme, mais aussi de l'âge et de l'état de santé du patient.

Les anévrismes cérébraux forment souvent des poches situées sur le côté de l'artère. Le but du traitement de ces anévrismes (par des techniques de chirurgie ouverte ou percutanée) est d'éliminer la partie dilatée en la supprimant (résection), ou de l'exclure de la circulation sanguine en créant une obstruction de manière artificielle. Cela peut se faire par

une ligature ou la pose d'un clip (sorte de petite pince métallique) pour fermer l'entrée de l'anévrisme, ou par embolisation (mise en place d'un matériau dans l'anévrisme pour le combler totalement).

### Qu'est-ce que je risque ?

Une dilatation d'anévrisme se complique fréquemment d'un caillot sanguin (aussi appelé thrombus) qui tapisse sa paroi interne. Celui-ci peut laisser migrer de petits fragments (embolies) plus loin dans l'arbre artériel et ainsi provoquer l'obstruction d'artères de plus petit calibre (embolies). La complication la plus redoutée d'un anévrisme est sa rupture. Il s'agit d'une urgence vitale.

Si l'anévrisme a été traité chirurgicalement, les rares complications postopératoires sont essentiellement en relation avec des problèmes de fuite au niveau de la prothèse elle-même ou de la jonction entre la prothèse et l'artère. Mais les dispositifs mis en place sont généralement efficaces et fiables.

### Comment éviter l'anévrisme ?

Idéalement, un anévrisme doit être traité avant la survenue d'une complication (rupture aiguë, obstruction locale ou à distance).

Étant donné l'existence d'un facteur de risque familial, un anévrisme doit être recherché dans la fratrie de toute personne qui a présenté un anévrisme aortique ou des artères des jambes. L'examen le plus simple pour explorer les différents endroits à risque est l'échographie (examen par ultrasons).

Une personne qui n'a pas présenté d'anévrisme de l'aorte à l'âge de 65 ans

a un risque très faible d'en développer un ultérieurement.

Comme mesure complémentaire, il faut bien évidemment corriger les autres facteurs de risque : cesser de fumer et, le cas échéant, traiter une hypertension artérielle ou un trouble lipidique (hypercholestérolémie). D'autres anévrismes artériels connus doivent également être surveillés.

Enfin, après la pose d'une prothèse artérielle, un traitement antiagrégant plaquettaire à long terme (en général pour le restant de la vie) est nécessaire pour empêcher la formation de caillots sanguins et éviter les accidents thromboemboliques artériels. +

### Références

Anévrisme cérébral (site du service de neurochirurgie du CHUV).

Anévrisme de l'aorte abdominale. Site internet de la Société de chirurgie vasculaire de langue française.

Thompson SG, Ashton HA, Gao L, Scott RA. Multicentre Aneurysm.

Screening Study Group. Screening men for abdominal aortic aneurysm: 10 year mortality and cost effectiveness results from the randomized Multicentre Aneurysm Screening Study. *BMJ* 2009;338:b2307.

Dabarea D, Lo TTH., McCormackc DJ, Kungd VW. What is the role of screening in the management of abdominal aortic aneurysms? *Interactive Cardiovasc Thorac Surgery* 2012 Apr;14(4):399-405. doi:10.1093/icvts/ivrl106.

PUBLICITÉ



# Couches d'incontinence Euron

Sous prescription par votre médecin Euron est remboursée par les caisses maladies. Vente aux professionnels et privés

## Nos atouts qui nous différencient des autres marques :

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

## Notre gamme :

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



# Anévrisme aortique

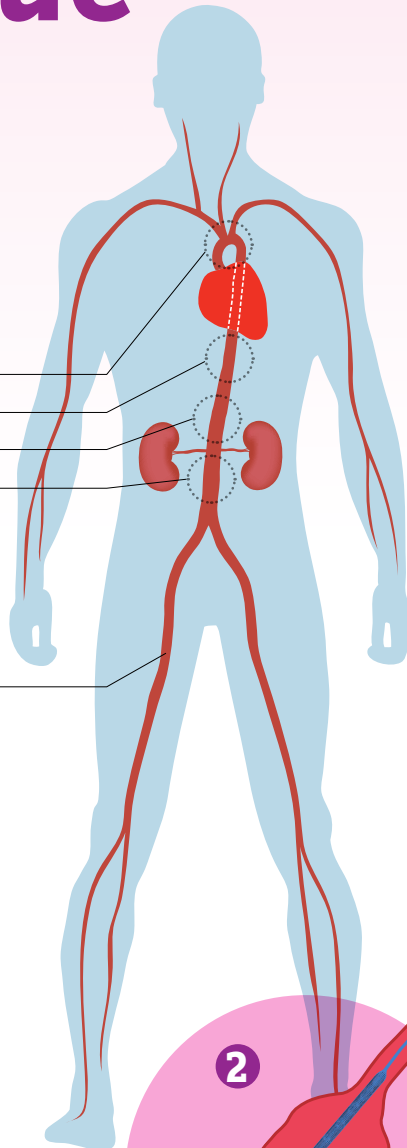
L'anévrisme aortique est une dilatation anormale de l'aorte, l'artère la plus importante de l'organisme.

## Localisation

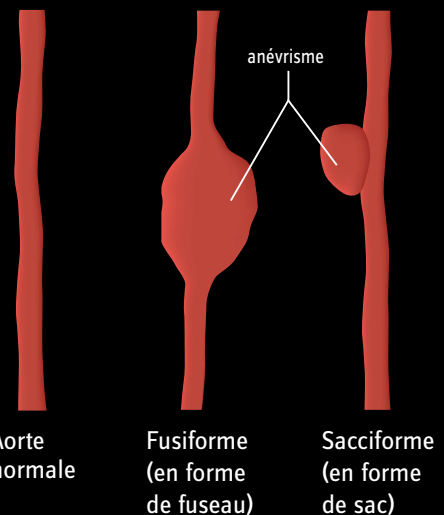
Il peut se développer à plusieurs niveaux de l'aorte :

Crosse aortique  
Aorte descendante  
Aorte abdominale sus-rénale  
Aorte abdominale sous-rénale

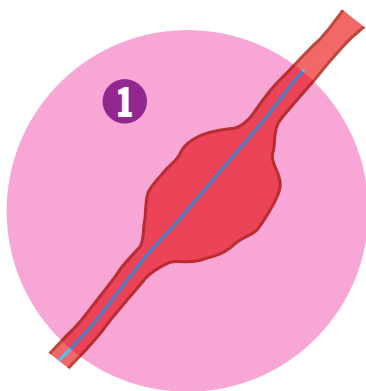
Entrée du cathéter pour traitement endovasculaire



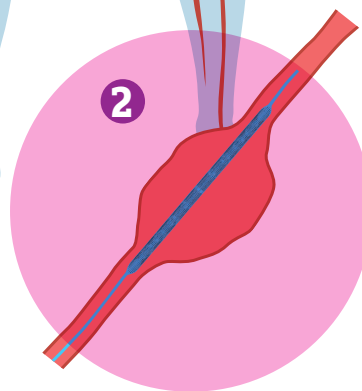
## Formes



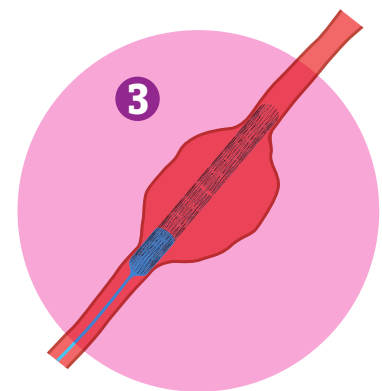
## Traitement endovasculaire



1 Insertion d'un guide métallique par l'artère fémorale pour la mise en place de la prothèse



2 La prothèse est montée sur des ressorts (stent), contenus dans une gaine



3 Lorsqu'elle est correctement positionnée, la gaine est retirée permettant à la prothèse de s'ouvrir

# Connaissez-vous votre sommeil ?

**Vrai-Faux** Toutes les études le disent : dormir n'est pas du temps perdu, loin de là. Le sommeil nous permet, entre autres bienfaits, de recharger nos batteries et consolider notre mémoire. Alors quand il fait défaut, les problèmes peuvent être nombreux. **Vrai-faux pour apprendre à mieux connaître le sommeil.**

ADAPTATION GAËLLE BRYAND

TEXTE ELISABETH GORDON\*, RAPHAËL HEINZER\*, JOSÉ HABA-RUBIO\*

## Seuls les mammifères dorment.

**Faux.** Le sommeil est commun à tous les animaux ! On sait même que les premiers organismes unicellulaires qui ont peuplé notre Terre profitaient aussi de certaines périodes de repos. Une étude a également montré que des rats privés de ce précieux temps de repos mouraient au bout de deux ou trois semaines.

## Notre corps est au repos total lorsque nous dormons.

**Faux.** Notre corps profite des heures de sommeil autant que des heures de veille. Les enfants et adolescents, par exemple, ont besoin de l'hormone de croissance pour bien grandir. Or, cette substance est

principalement sécrétée durant les périodes de sommeil profond. Les adultes en ont d'ailleurs également besoin pour développer les muscles, les os et les cartilages, mais aussi pour mieux résister à l'effort et au froid.

Lorsque nous sommes malades (infections ou inflammations), le sommeil renforce également nos défenses naturelles et assure le bon fonctionnement de notre système immunitaire. Le cerveau en profite aussi pour consolider nos souvenirs et faire le tri des informations accumulées durant la journée. La mémoire se voit ainsi renforcée, tout comme l'apprentissage : la nuit, le cerveau « répète » en quelque sorte ce qui a été appris pendant la journée.

## Le manque de sommeil favorise l'obésité.

**Vrai.** Pendant notre sommeil, notre corps sécrète une hormone qui refrène l'appétit (la leptine), et dont nous venons à manquer lorsque nos heures de veille s'allongent. De plus, la leptine favorise la production de ghréline, qui stimule l'appétit, et d'orexine, une autre hormone qui, elle, nous pousse à manger non pas par besoin mais pour le plaisir.

## Il nous est indispensable de dormir huit heures par nuit.

**Faux.** De longues nuits ne sont pas forcément synonyme de bonnes nuits. Ce qui compte, c'est d'avoir un sommeil conti-



## \* J'ai envie de comprendre... Le sommeil

Elisabeth Gordon,  
Raphaël Heinzer,  
José Haba-Rubio,  
éditions Médecine et Hygiène, 2013.

nu et réparateur. En outre, il n'y a pas de durée idéale de sommeil : certaines personnes sont de « petits dormeurs », tandis que d'autres ne peuvent se passer de longues nuits de sommeil. Les besoins de sommeil dépendent donc de chaque individu et varient également avec l'âge. Les nouveau-nés dorment par exemple en moyenne de douze à dix-huit heures par 24 heures, tandis que chez les adultes ce temps peut varier de sept à neuf heures par nuit.

## Les somnifères ne sont pas une solution sur le long terme contre les problèmes de sommeil.

**Vrai.** Ces médicaments peuvent être utiles pour retrouver le sommeil, mais

## 11 conseils pour des nuits paisibles

Certaines règles simples peuvent vous aider à vous abandonner paisiblement dans les bras de Morphée.

- 1 **Respectez votre horloge.** Essayez de vous coucher et vous lever toujours à la même heure. Respectez donc un certain horaire et soyez à l'écoute de votre corps et de votre propre fatigue.
- 2 **Le lit, c'est pour dormir.** La chambre à coucher, et surtout le lit, doivent être réservés au sommeil et aux activités sexuelles. Évitez donc d'y lire ou regarder la télévision.
- 3 **Ne vous forcez pas.** Si vous ne parvenez pas à retrouver le sommeil, ne vous acharnez pas. Mieux vaut se lever et s'adonner à des activités reposantes, comme la lecture, en attendant le retour de l'envie de dormir.
- 4 **Attention aux siestes.** Si vos nuits sont marquées par des difficultés à dormir, évitez de fragmenter votre sommeil en faisant des siestes pendant la journée.
- 5 **Pas de sport avant de dormir.** Ses effets sur le corps (augmentation de la température, excitation physique et psychologique) ne sont pas compatibles avec une bonne nuit de repos. D'ailleurs, une activité intellectuelle trop intense avant de se coucher aurait les mêmes conséquences.
- 6 **Soignez votre alimentation.** Mangez à heures fixes et ne faites pas de repas trop lourds le soir (ni trop légers, au risque d'être réveillé par la faim !). Évitez les substances excitantes, telles que café, boissons à base de cola, cigarettes ou alcool.
- 7 **Créez une ambiance favorable.** Un lieu trop bruyant, une chambre trop chaude ou trop froide, un lit pas assez confortable sont autant d'éléments qui peuvent perturber vos nuits.
- 8 **Relaxez-vous.** Avant d'aller au lit, il est important de chercher à se relaxer et à chasser de son esprit les idées noires et les problèmes de la vie quotidienne. Faute de quoi votre anxiété et votre tension nerveuse augmenteront et vous empêcheront de bien dormir.
- 9 **La durée importe peu.** De longues nuits ne sont pas forcément synonyme de bonnes nuits. Ce qui compte, c'est d'avoir un sommeil continu et réparateur.
- 10 **Évitez l'automédication.** Les somnifères ne doivent être pris que si votre médecin vous en prescrit et seulement pendant un laps de temps limité.
- 11 **Évitez d'utiliser votre smartphone ou votre tablette le soir.** Leur lumière artificielle aurait des effets physiologiques affectant notre rythme circadien et nuisant à la qualité du sommeil.

## Le sommeil en chiffres

- ▶ **Environ un cinquième des Suisses prend occasionnellement des somnifères.**
- ▶ **5 à 7 % de la population suisse consomme des somnifères une fois par semaine, un chiffre au-dessus de la moyenne des pays industrialisés.**
- ▶ **1 h 30 à 2h : la durée moyenne d'un cycle de sommeil.**
- ▶ **On compte entre quatre et six cycles de sommeil par nuit, selon les personnes.**
- ▶ **En Suisse, plus de 4 hommes sur 100 et 2 femmes sur 100 sont concernés par les apnées du sommeil.**
- ▶ **La fatigue au volant est à l'origine de 10 à 20 % des accidents de la route.**
- ▶ **2 à 3 semaines : c'est le temps de survie d'un rat privé de sommeil.**

ils ne doivent pas être utilisés sur le long terme. En effet, ils peuvent causer une dépendance et leurs effets secondaires sont nombreux. Ils doivent donc être pris uniquement s'ils sont prescrits par un médecin et sur un laps de temps limité.

En Suisse, une personne sur cinq prend occasionnellement des somnifères, et 5 à 7 % de la population en consomme une fois par semaine. Un chiffre au-dessus de la moyenne des pays industrialisés.

**Il est possible de souffrir d'apnées du sommeil sans même s'en apercevoir.**

**Vrai.** Les apnées du sommeil sont un trouble pervers : la personne atteinte a l'impression de bien dormir, mais en fait, il n'en est rien. A maintes reprises,

elle cesse complètement de respirer pendant de longues secondes, ce qui l'oblige à se réveiller pour reprendre de l'air. De nombreux réveils se produisent donc durant la nuit, seulement, le dormeur ne s'en souvient pas! Fatiguées et somnolentes pendant la journée, les personnes souffrant de ce trouble ne comprennent souvent pas ce qui provoque ces symptômes. Les deux facteurs révélateurs qui devraient les pousser à plus d'investigations sont justement la somnolence diurne et les ronflements pendant la nuit.

### Insomniaque un jour, insomniaque toujours.

**Faux.** L'un des problèmes de l'insomnie est que, lorsqu'elle s'installe sur la durée et devient chronique, le mal s'auto-entretient. L'insomniaque redoute le moment où il faudra aller se coucher, pense à ses problèmes pendant la nuit, tout en s'inquiétant à l'idée qu'il sera fatigué le lendemain. Du coup, impossible de trouver le sommeil, ce qui accentue l'anxiété qui, elle-même, alimente l'insomnie. Un véritable cercle vicieux. Mais il existe toute-

fois des solutions. La thérapie cognitivo-comportementale pourra, par exemple, aider l'insomniaque à modifier son hygiène du sommeil, abandonner ses mauvaises habitudes et surmonter les inquiétudes et le stress qui entretiennent l'insomnie. D'autres méthodes de lâcher prise, tels que le yoga, la relaxation, l'auto-hypnose ou la sophrologie, pourront aider certains à surmonter une insomnie devenue chronique. +

## Test : Votre sommeil est-il réparateur ?

L'échelle de somnolence d'Epworth permet d'évaluer la somnolence diurne. Répondez aux questions suivantes en entourant le chiffre qui définit vos probabilités de somnoler.

0 = Si cela ne vous arrive jamais

1 = S'il y a un petit risque que vous vous assoupissiez

2 = S'il est probable que cela vous arrive

3 = Si vous somnolez à chaque fois dans cette situation

### Quelles sont vos probabilités de somnoler...

Assis(e), en lisant	0	1	2	3
Devant la télévision	0	1	2	3
Assis(e) et inactif(ve) dans un lieu public (salle d'attente, au théâtre, pendant une réunion)	0	1	2	3
Passager(ère) d'une voiture ou d'un transport en commun qui roule pendant une heure sans s'arrêter	0	1	2	3
En vous allongeant pour vous reposer l'après-midi	0	1	2	3
Assis(e) et discutant avec quelqu'un	0	1	2	3
Assis(e) tranquillement après le repas de midi sans avoir bu d'alcool	0	1	2	3
Au volant d'une voiture immobilisée pendant plusieurs minutes dans un embouteillage	0	1	2	3

**Réponses :** Additionnez les chiffres entourés.

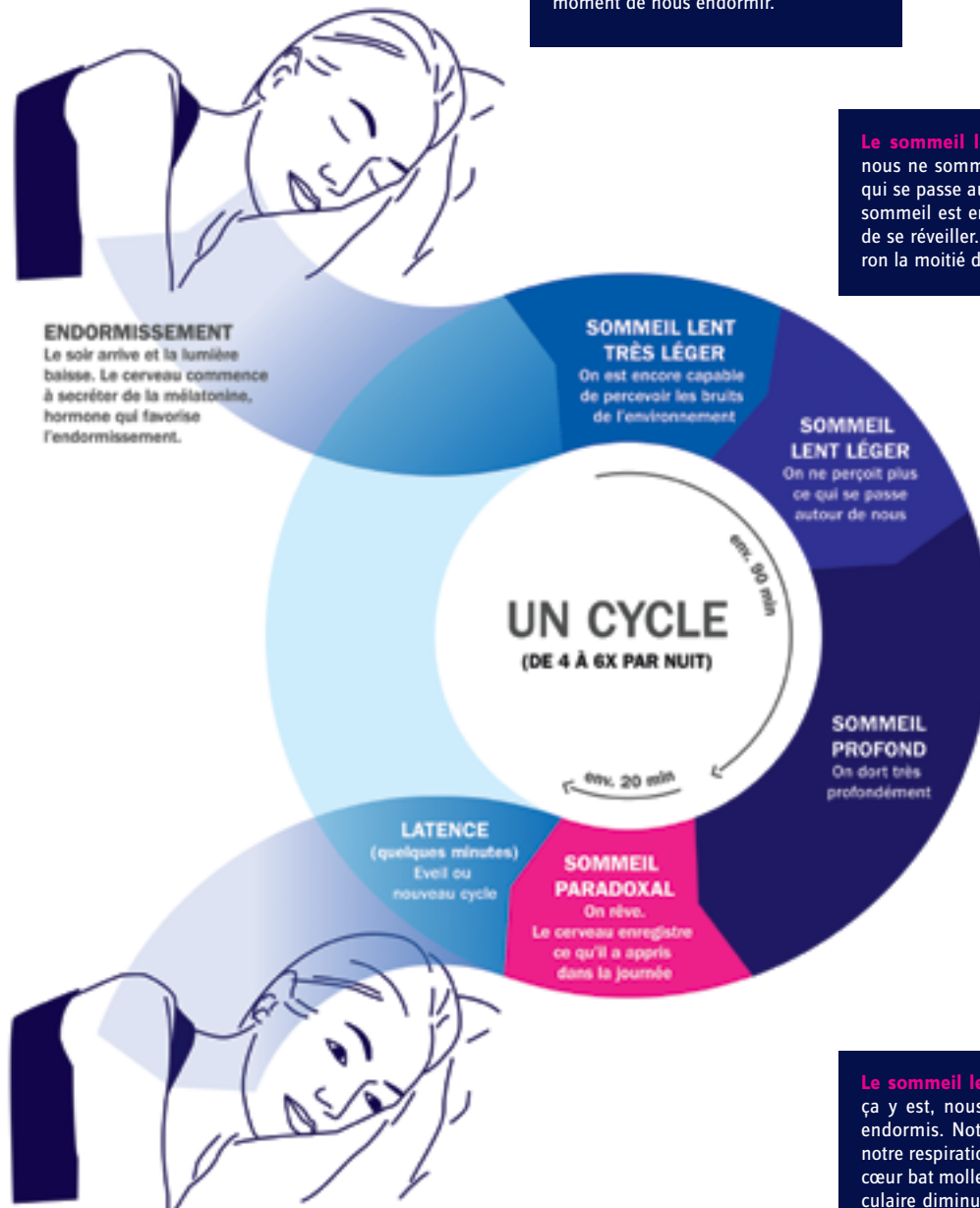
**Si vous obtenez plus de 10 points**, vous présentez des signes de somnolence excessive pendant la journée, signe que vous dormez mal.

**Si vous obtenez plus de 15 points** ou que vous avez du mal à rester éveillé(e) au volant, il vous est vivement conseillé de consulter un médecin.

**L'endormissement** Quand nous nous couchons et fermons les yeux, divers changements se produisent dans notre corps. Notre respiration devient plus lente, nos muscles se détendent et le cerveau fonctionne au ralenti. La durée de cette phase varie selon les personnes, les Romands par exemple mettent, en moyenne, quinze minutes à s'endormir.

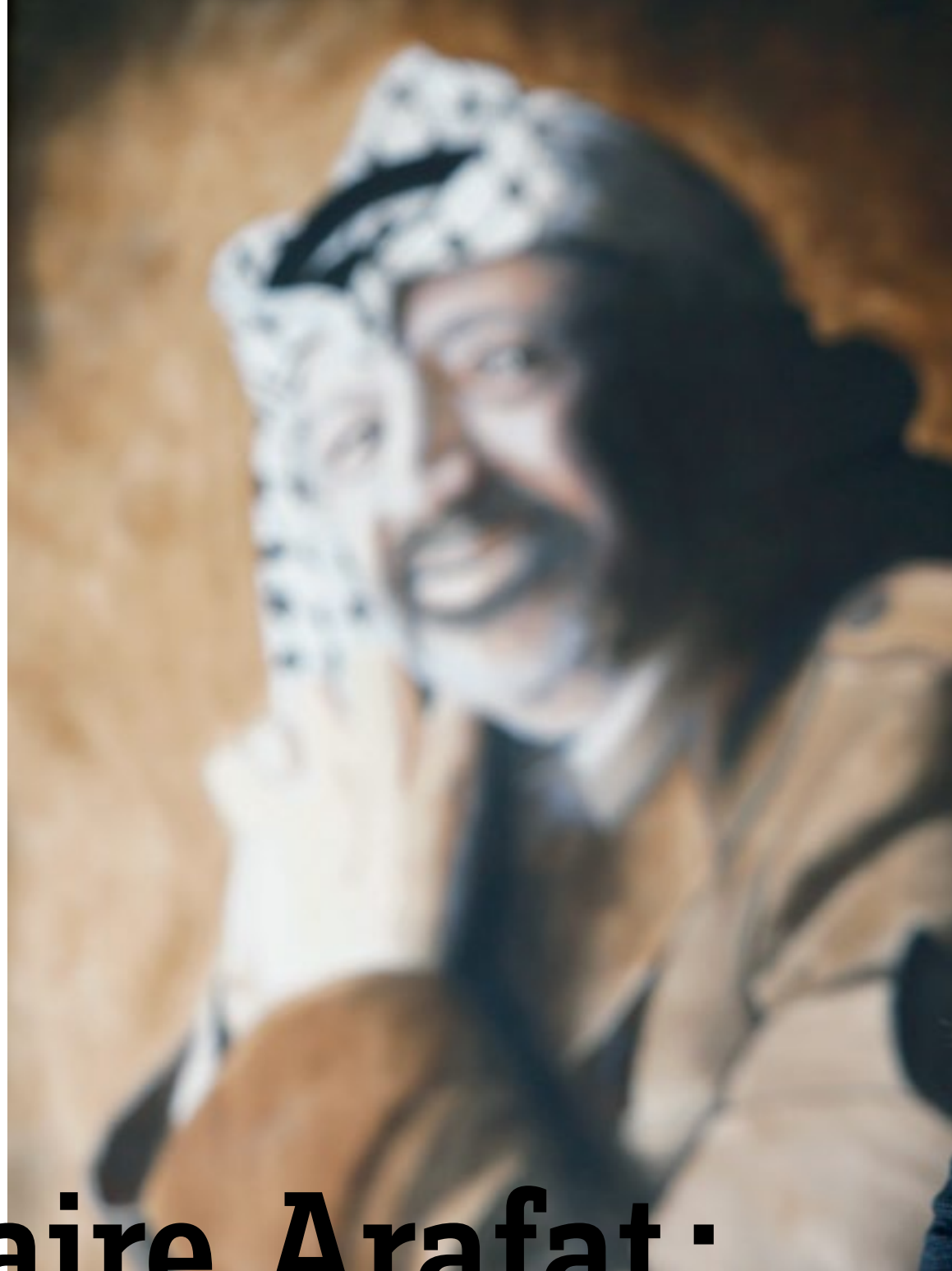
**Le sommeil lent très léger** Avant de passer à la phase suivante, nous nous trouvons dans un stade de sommeil lent très léger, au point qu'on peut encore percevoir les bruits de l'environnement. Bien que relâchés, nos muscles subissent parfois des petites contractions, responsables de cette désagréable impression de chute que nous éprouvons parfois au moment de nous endormir.

**Le sommeil lent léger** A ce stade-là, nous ne sommes plus conscients de ce qui se passe autour de nous, mais notre sommeil est encore léger et il est facile de se réveiller. Cette phase occupe environ la moitié de la durée du sommeil.



**Le sommeil paradoxal (ou sommeil REM = Rapid Eye Movement)** Notre corps est comme paralysé, mais nos yeux n'arrêtent pas de bouger et notre cerveau fonctionne à plein régime. Si on regarde maintenant notre EEG, nous voyons alors des ondes cérébrales presque identiques à celles enregistrées pendant l'éveil. Cette phase est donc bien paradoxale ! Bien que nous rêvions pendant toutes les phases du sommeil, c'est pendant le sommeil paradoxal que nos rêves sont les plus abondants. Notre respiration devient plus irrégulière et le cœur bat plus ou moins lentement, selon le contenu de nos rêves.

**Le sommeil lent profond** Cette fois-ci, ça y est, nous sommes profondément endormis. Notre cerveau est au repos, notre respiration est très régulière, notre cœur bat mollement et notre tonus musculaire diminue. Si l'on observe grâce à une électro-encéphalographie (EEG) ce qui se passe dans notre cerveau à ce moment-là, nous voyons des ondes électriques très lentes et amples. On profite à ce stade d'un sommeil très réparateur, ce qui explique que plus cette phase sera longue, plus on se sentira reposé au réveil. Mais c'est aussi pour cela qu'il est difficile de se réveiller durant le sommeil lent profond, et quand on y parvient on a les jambes qui flanchent et la sensation d'être « grogy ».



# Affaire Arafat :

l'enquête des  
limiers suisses



Madame Arafat a mandaté des experts lausannois mondialement reconnus pour faire la lumière sur la mort de son mari.



**Empoisonnement** Le leader palestinien a-t-il été empoisonné à l'aide de polonium radioactif ? L'hypothèse est « raisonnable » selon les spécialistes lausannois.

TEXTE BENOÎT PERRIER

### Les faits

12 octobre 2004. L'ex-président palestinien Yasser Arafat tombe malade après un repas du soir. Nausées, maux de ventre et diarrhées importantes l'affaiblissent. A l'hôpital militaire de Percy (FR), où il est transféré, les médecins ne peuvent ni le guérir ni identifier la cause de son état. Yasser Arafat décède le 8 novembre. Aucune autopsie n'est pratiquée. Huit ans plus tard, l'affaire rebondit quand la veuve de l'ex-président, par l'intermédiaire d'un journaliste d'Al-Jazeera, demande au Pr Patrice Mangin du Centre universitaire romand de médecine légale (CURML) de rechercher les causes de la mort. L'institution a une réputation internationale établie par de nombreuses enquêtes, menées notamment au Timor Oriental et en ex-Yougoslavie. Par ailleurs, « le fait que le CURML soit suisse - et pas américain, israélien ou français - contribue à ce choix », relève François Bochud, professeur de physique médicale au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV).

« Au départ, il s'agit juste d'une deuxième lecture du dossier médical de Yasser Arafat », poursuit-il. Le Pr Mangin et un collègue s'en chargent et concluent que les soins délivrés à l'hôpital militaire de Percy étaient parfaitement adéquats. Sur la base des informations du dossier, on ne peut déterminer la cause de la mort. « Dès lors, la piste de l'empoisonnement restait ouverte ».

Après vingt-deux mois d'investigation, les conclusions sont explosives. Les résultats des spécialistes suisses et l'exhumation de la dépouille du leader palestinien permettent de « soutenir raisonnablement que la mort de Yasser Arafat est la conséquence d'un empoisonnement au polonium 210 ». L'un des scientifiques de l'équipe, le professeur Bochud, nous raconte une enquête « qui n'arrive qu'une fois dans une vie ».

### Le coup de théâtre : des effets personnels radioactifs

Pour relancer le dossier, la veuve de Yasser Arafat propose d'analyser des effets personnels de l'ex-président (vêtements, médicaments, produits d'hygiène), datant de ses derniers jours et demeurés intouchés chez son avocat à Paris. Des tests génétiques permettent de s'assurer que les affaires appartiennent bien à Arafat. Une recherche de poison chimique est réalisée. Elle est négative.

Par acquit de conscience, le Pr Mangin demande une analyse de la radioactivité à l'Institut de radiophysique du Pr Bochud. Ni l'un ni l'autre ne s'attendent à un résultat positif. « Les médecins français avaient mesuré les rayons gammas chez Arafat. Nous allons le faire aussi sur ses affaires. J'ai proposé de chercher aussi du polonium 210, un élément utilisé en 2006 pour tuer Alexander Litvinenko, un dissident russe », poursuit le Pr Bochud. Coup de théâtre : des possessions d'Arafat sont radioactives et montrent une activité de polonium anormalement élevée.



### Thé vert au polonium

Le polonium est présent dans l'environnement en minuscules quantités. On en produit artificiellement, presque exclusivement en Russie, une centaine de grammes par an pour de rares usages industriels. Il est très radioactif mais n'est pas dangereux pour l'homme, du moins tant qu'on ne l'ingère pas.

Le polonium comme arme, le monde l'a découvert en 2006. A Londres, Alexander Litvinenko, un opposant à Poutine, meurt après trois semaines de terrible maladie. Les diarrhées et vomissements qu'éprouve l'ex-espion n'ont tout d'abord pas d'explication. Mais, à son décès, les autorités britanniques révèlent qu'il a été empoisonné à l'aide de polonium. Le thé vert qu'il buvait le 1<sup>er</sup> novembre 2006 en avait été assaisonné de quelques microgrammes par deux compatriotes.

Dans les jours qui suivent le décès de Litvinenko, les Britanniques ne sont pas les seuls à s'inquiéter. « Des Suisses étaient passés par les mêmes endroits que Litvinenko. A la demande de l'Office fédéral de la santé publique, nous avons examiné des échantillons qu'ils ont fourni », se souvient le Pr Bochud. Le laboratoire lausannois disposait ainsi dès 2006 d'une bonne méthode de mesure du polonium dans l'urine. De plus, l'Institut de radiophysique mesure régulièrement le polonium dans les os pour deux raisons. « Il permet de dater un cadavre et de savoir s'il est du ressort de la police ou des archéologues. Nous surveillons aussi la radioactivité dans l'environnement et la mesure du polonium dans les os contribue à cette activité. »

« Sans cette expérience, nous ne nous serions jamais risqués à le doser chez Arafat, conclut le Pr Bochud. Nous estimions avoir le recul nécessaire pour une mesure délicate. »



### L'autopsie, huit ans après

3 juillet 2012. La chaîne d'informations qatarie Al-Jazeera présente les résultats de l'analyse lausannoise sur les effets personnels d'Arafat. L'information d'un possible empoisonnement fait sensation. « A la fin du reportage, on nous demandait comment poursuivre l'enquête, se souvient le Pr Bochud. Nous répondions que l'unique moyen d'aller plus loin serait d'exhumer la dépouille d'Arafat. »

Après des mois de négociations entre la veuve, l'Autorité palestinienne et la justice française (lieu où la veuve a porté plainte), l'exhumation a lieu le matin du 27 novembre 2012. Trois équipes internationales sont présentes. L'une est dépêchée par la justice française. L'autre, russe, est là à la demande de l'Autorité palestinienne. L'équipe de Lausanne est mandatée par cette dernière ainsi que par Mme Arafat. Elle se compose de six personnes : le professeur de médecine légale Patrice Mangin et un préparateur, le Pr Bochud et un radiochimiste, une anthropologue et un porte-parole.

Avant d'ouvrir la tombe de Yasser Arafat, nul ne pouvait prédire dans quel état serait sa dépouille. « Du fait du climat de la région, il y avait une chance non négligeable que le corps soit dans un état de conservation relativement bon et que l'on puisse mesurer la radioactivité de ses organes. »

Rien de cela pourtant : c'est un squelette que l'on découvre. Un médecin palestinien réalise les prélèvements, ils sont répartis en quatre jeux : un par équipe internationale et un pour l'Autorité palestinienne. Ils arrivent en Suisse par la valise diplomatique.

## Du plomb dans l'analyse

5 novembre 2013. Les experts suisses présentent le rapport de l'autopsie. Une quantité importante de polonium se trouve bien dans les os d'Arafat, confirmant apparemment les résultats obtenus lors de l'analyse des effets personnels.

Il y a cependant un hic : du plomb 210 est aussi présent dans les ossements, ce qui plaide contre l'hypothèse d'un empoisonnement au polonium. En effet, le polonium fait également partie d'une longue chaîne de transformations : avec le temps, l'uranium 238 se désintègre, donnant naissance à du radium, qui finit par produire du radon. Le radon crée du plomb 210, qui produit du polonium. Dans le cas d'Arafat, on est en droit de penser que le polonium mesuré est né du plomb également détecté. Et donc que la personne a été exposée à une contamination par du radium ou du radon plutôt que par du polonium.

## L'empoisonnement écarté ?

L'empoisonnement est-il infirmé ? A Lausanne, on n'est pas convaincu. « Les quantités de polonium et de plomb 210 mesurées dans les os de Yasser Arafat restaient largement supérieures à ce que l'on aurait dû trouver chez quelqu'un qui ne fumait pas et qui n'avait pas manipulé du radium durant sa vie », insiste le Pr Bochud. Mais pour les scientifiques français, ce polonium et ce plomb sont parvenus dans les os car la tombe contenait du gaz radon.

L'équipe du CHUV, munie sur place de deux spécialistes en radiations, réfute cette affirmation. Selon les mesures qu'elle a réalisées, la tombe ne contenait pas assez de radon pour expliquer les taux de plomb et de polonium présents dans la dépouille du leader palestinien.

« Si empoisonnement il y avait eu, peut-être cette quantité de plomb était-elle due à des impuretés présentes dans la source de polonium utilisée. » Pour en avoir le cœur net, le Pr Bochud et son équipe commandent en Tchéquie un échantillon de polonium.

Mesuré, celui-ci n'est pas totalement pur. Il contient quelques traces de plomb 210, vestiges du procédé de fabrication. Or, ce plomb radioactif se désintègre beaucoup plus lentement que le polonium. Si une telle source a été utilisée pour empoisonner quelqu'un, il serait tout à fait normal qu'après huit ans il y ait autant de polonium que de plomb dans les os.

Cette dernière brique du raisonnement permet à l'équipe du CHUV d'affirmer que l'hypothèse de l'empoisonnement est possible.



François Bochud, professeur de physique médicale au CHUV.

## Affaire élucidée ?

En définitive, l'exhumation de Yasser Arafat a donc bien confirmé la présence de polonium dans ses os. Les symptômes qui ont conduit à sa mort sont compatibles avec un empoisonnement par la radioactivité. Pour les experts suisses, la quantité de polonium présente dans la dépouille ne peut s'expliquer par la vie de l'ex-président ou par une contamination de sa tombe. Le plomb présent dans ses os, enfin, peut être la conséquence d'une impureté dans le polonium utilisé pour l'empoisonnement.

Lausanne referme son dossier : pour le Pr Mangin, le Pr Bochud et leurs collègues, l'hypothèse de l'empoisonnement est « raisonnable ». La balle est maintenant dans le camp de la justice française.



# Césarienne forcée : un tel cas pourrait-il se produire en Suisse ?

**Consentement** Récemment, en Angleterre, des médecins ont pratiqué une césarienne contre la volonté de la mère. Les autorités judiciaires britanniques ont autorisé cette intervention afin de confier l'enfant aux services sociaux. L'affaire met en jeu un principe fondamental de la médecine : le consentement du patient à un traitement.

TEXTE MARC HOCHMANN FAVRE, AVOCAT



En 2012, une femme italienne, alors enceinte, est prise d'une attaque de panique en Angleterre, où elle séjourne dans le cadre d'une formation professionnelle. Elle fait appel à la police qui la conduit dans un hôpital psychiatrique. Sur place, les médecins décident de l'interner de manière non-volontaire.

Cinq semaines plus tard, sur autorisation de la justice, la patiente est anesthésiée et subit une césarienne forcée. Son bébé lui est retiré pour être confié aux services sociaux. La question se pose de savoir si une telle intervention pourrait se dérouler en Suisse.

## L'autodétermination du patient

L'autodétermination est un principe cardinal de la médecine. Le médecin doit obtenir le consentement du patient avant de procéder à une prise en charge médicale. Le consentement peut être donné de manière explicite ou tacite, et pour qu'il soit valable, le patient doit toutefois être capable de discernement<sup>1</sup>.

A défaut d'obtenir le consentement du patient, l'acte est contraire au droit. Des poursuites pénales, civiles ou discipli-

naires contre le corps médical sont alors envisageables.

Lorsque le patient est incapable de discernement, le médecin est tenu de suivre d'éventuelles directives anticipées qui auraient été rédigées par le patient. A défaut, et lorsqu'il y a urgence, le médecin agira dans l'intérêt et selon la volonté présumée de celui-ci<sup>2</sup>. En l'absence d'une situation d'urgence, la loi désigne quelle personne peut prendre les décisions relatives à la santé du patient.<sup>3</sup>

### Le placement à des fins d'assistance

Le placement à des fins d'assistance est une mesure de protection particulière<sup>4</sup>. Le placement d'une personne - capable de discernement ou non - dans une institution appropriée peut avoir lieu lorsque, notamment en raison de troubles psychiques, le traitement nécessaire ne peut lui être fourni d'une autre manière<sup>5</sup>.

Le traitement des *troubles psychiques* lors du placement (par exemple, l'administration de médicaments) fait l'objet de règles particulières: un traitement peut être administré de force mais à des conditions très strictes qui doivent être cumulativement remplies<sup>6</sup>:

- Le défaut de traitement met gravement en péril la santé du patient ou autrui;
- Le patient n'a pas la capacité de discernement requise pour saisir la nécessité du traitement;
- Il n'existe pas de mesures moins rigoureuses.

Pour être admis, le traitement doit être *proportionné à la cause du placement* et conforme aux connaissances médicales.<sup>7</sup>

### Une césarienne forcée est-elle admissible en droit suisse ?

On entend par « césarienne forcée » l'intervention chirurgicale visant à extraire le fœtus de l'utérus de la mère contre sa volonté clairement manifestée.

En principe, une patiente capable de discernement décide de la prise en charge

***"En droit suisse, une césarienne forcée est illégale."***

qu'elle accepte ou qu'elle refuse, même si sa décision peut conduire à la mort. Une césarienne effectuée sans le consentement de la patiente est contraire au droit, même s'il existe objectivement un risque pour la santé de la mère ou du fœtus.

A supposer qu'une femme enceinte soit hospitalisée - en raison de troubles psychiques - dans le cadre d'un placement à des fins d'assistance, seul le traitement de ces troubles pourrait, cas échéant et à des conditions strictes, être prodigué sans son accord. Dans ces circonstances, une césarienne effectuée contre sa volonté serait illégale.

### Une césarienne effectuée sans consentement est-elle toujours exclue en droit suisse ?

A supposer que la patiente soit incapable de discernement, et s'il y a urgence (par exemple risque vital pour la mère ou l'enfant), le médecin devra opter pour une prise en charge conforme à l'intérêt de la patiente et à sa volonté présumée. Si une césarienne urgente s'impose pour

des raisons médicales et correspond à la volonté présumée de la patiente incapable de discernement, cette intervention pourrait être conforme au droit.

### En résumé

En droit suisse, une césarienne forcée est illégale.

Si la patiente est capable de discernement, elle seule décide si elle donne ou non son accord à la prise en charge envisagée. Le corps médical ne peut lui imposer un traitement même si respecter son autonomie peut avoir des conséquences néfastes pour elle.

Dans le cadre d'un placement à des fins d'assistance en raison de troubles psychiques - situation qui se rapproche du cas de la patiente italienne - seul un traitement forcé des troubles est, cas échéant, envisageable. Une césarienne effectuée sans l'accord de la patiente serait contraire au droit.

Si la patiente est incapable de discernement et qu'il existe une situation d'urgence, la prise en charge médicale doit être conforme à son intérêt et à sa volonté présumée. Dans ces circonstances, une césarienne médicalement justifiée pourrait être licite, même sans consentement. +

1 Le patient est capable de discernement lorsqu'il est apte à apprécier correctement une situation et à agir en fonction de cette appréciation.

2 Les directives anticipées permettent au patient de se prononcer à l'avance par écrit sur la prise en charge médicale qu'il accepte, ou refuse, dans l'hypothèse où il deviendrait incapable de discernement.

3 Art. 378 al. 1 du Code civil (CC) et art. 381 al. 1 CC.

4 Art. 426ss CC.

5 Art. 426 al. 1 CC.

6 Art. 434. Al. 1 CC.

7 FF 2006 6635, p. 6703.

PUBLICITÉ

# snortec

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

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

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

# Maintien à domicile ou placement en institution : **une question financière ?**

**Soins** Le maintien à domicile des patients constitue un objectif de la politique de santé publique en Suisse depuis plusieurs années. Que ce soit au niveau fédéral ou cantonal, on tente en effet de privilégier la prise en charge à domicile des personnes âgées, handicapées ou atteintes de pathologies chroniques.

TEXTE MARC BALAVOINE, AVOCAT

Les autorités en charge de la santé publique multiplient les démarches en vue de favoriser le maintien à domicile. Tel est par exemple le cas dans le canton de Genève, où une Loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile a été adoptée le 26 juin 2008. Outre les bénéfices thérapeutiques, le coût moins élevé de ce

type de prise en charge est traditionnellement présenté comme un avantage par rapport à un placement institutionnel à l'hôpital ou en établissement médico-social (EMS).

Toutefois, un arrêt du 6 mars 2013 de la II<sup>e</sup> Cour de droit social du Tribunal fédéral<sup>1</sup> limite l'accès à cette forme de traitement, précisément pour des motifs

d'ordre financier. Selon cette décision, l'assurance obligatoire des soins (AOS) n'a pas à rembourser les coûts des prestations prodiguées par des organisations de soins et d'aide à domicile lorsque le bénéfice thérapeutique du maintien à domicile est faible et que les coûts apparaissent disproportionnés par rapport à un placement institutionnel.

Le cas soumis à l'examen du Tribunal fédéral concernait une patiente âgée de 89 ans et atteinte de la maladie d'Alzheimer. En raison de l'évolution de la maladie, l'importance des prestations à effectuer par les organisations de soins n'avait cessé de croître au fil des années pour atteindre un montant d'environ 8300 CHF par mois en 2011.

Les prestations de ces organisations de soins et d'aide à domicile ne sont remboursables que si elles sont « efficaces, appropriées et économiques<sup>2</sup> ». Ainsi, lorsque, parmi plusieurs mesures thérapeutiques, l'une d'entre elles permet d'atteindre l'objectif recherché à un coût sensiblement moindre que les autres, l'assuré n'a droit qu'au remboursement des frais afférents à la mesure la moins onéreuse.

## La qualité de vie prise en compte

Le Tribunal fédéral refuse toutefois de procéder à une comparaison stricte des coûts. En effet, malgré l'existence d'une disproportion à ce niveau-là, une prise en charge chez le patient peut s'avérer plus adéquate qu'un transfert en EMS. Tel est notamment le cas lorsque le maintien à domicile permet d'apporter à la personne concernée un épanouissement sur le plan personnel ou d'assumer une fonction sociale importante qu'un placement dans une institution n'autoriserait pas. En revanche, si les soins à domicile ne permettent pas à l'assuré de bénéficier d'une meilleure qualité de vie, l'assureur-maladie est en droit de privilégier un placement en EMS si ce dernier est sensiblement moins onéreux.



Pouvoir vivre chez soi le plus longtemps possible est l'objectif majeur du système de santé.

*“Les prestations d'aide à domicile ne sont remboursées que si elles sont efficaces et économiques”*

### Un paradoxe politique ?

La décision prise par le Tribunal fédéral en 2013 repose sur un raisonnement juridique à première vue logique et défendable. En outre, même s'il restreint la liberté thérapeutique, cette décision poursuit un objectif légitime de maîtrise des coûts de la santé, ce dont l'ensemble des assurés est censé bénéficier. Cela étant, la conclusion à laquelle parviennent les juges est la conséquence du tarif applicable à la rémunération des prestations de soins, lequel est fixé par le

Département fédéral de l'intérieur (DFI)<sup>3</sup>. Les soins prodigués en EMS sont en effet indemnisés selon un forfait horaire. Ce montant équivaut environ à la moitié de la rémunération versée aux infirmiers ou aux organisations de soins et d'aide à domicile pour des prestations équivalentes. Le montant facturable à la charge de l'AOS est par ailleurs plafonné à un montant maximal de 108 CHF par jour. Cependant, le coût des soins fournis à domicile évolue linéairement en fonction du nombre d'heures effectuées par les prestataires concernés.

Pour résumer, les bases tarifaires sont donc défavorables au maintien à domicile de patients dont la pathologie requiert davantage de soins. Lorsque les prestations à effectuer sont plus importantes, les coûts d'une prise en charge à domicile augmentent linéairement, alors qu'ils sont plafonnés en cas de placement en EMS.

Cette différence de traitement tarifaire risque de diminuer, en pratique, la possi-

bilité de maintien à domicile de certains patients. Ce résultat est contradictoire avec les politiques de santé publique actuelles. Les dispositions tarifaires mériteraient donc d'être corrigées déjà pour ce seul motif.

Compte tenu du coût global élevé d'un placement en EMS, il est par ailleurs douteux que l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral aboutisse à coup sûr à une économie. Que les soins soient prodigués à domicile ou en institution, il appartient en effet aux patients et aux cantons d'assumer le financement résiduel de ces prestations. Dès lors, si la rémunération versée aux EMS au titre de l'AOS s'avère trop faible pour prendre en charge des cas lourds, comme ceux de patients atteints de la maladie d'Alzheimer, le coût des soins prodigués par ces établissements seront reportés sur les patients et les cantons.

Avant d'affirmer qu'une disproportion existe entre les coûts d'un traitement à domicile, d'une part, et d'un traitement en EMS, d'autre part, il convient donc de déterminer le coût global de chaque prestation. Le Tribunal fédéral omet de faire cette analyse « globale » dans son arrêt, ce qui le conduit à privilégier l'assureur-maladie sans examiner l'impact de sa décision sur les patients et les cantons, qui devront prendre des frais en charge. Le maintien à domicile est donc écarté sans qu'un surcoût réel ne soit clairement démontré. On peut donc s'interroger sur le bien-fondé de cet arrêt et souhaiter que la jurisprudence évolue sur ce point.

1 Arrêt de la 1<sup>re</sup> Cour de droit social du Tribunal fédéral dans la cause CSS Assurance-maladie SA contre M., réf. 9C\_685/2012, publié au Recueil officiel des arrêts du Tribunal fédéral suisse (ATF 139 V 135).

2 Article 32, alinéa 1<sup>er</sup>, de la Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal).

3 Cf., en particulier, les articles 7 et 7a de l'Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS).

# Mix et remix :

« Plus j'ai de temps, plus je me prends la tête »

**Interview** Tout comme la fondue et le yodel, Philippe Becquelin, alias Mix et Remix, fait assurément partie du patrimoine culturel Suisse. Depuis plus de trente ans, ses petits bonhommes aux gros nez parcourent les médias du pays. Dessinateur de presse irremplaçable, il nous parle de cet étrange métier qui consiste à faire rire, toujours et encore...

PROPOS RECUEILLIS PAR MALKA GOUZER



## Est-il difficile d'exercer un métier où il faut constamment faire rire ?

C'est horrible. Horrible! Vous devez toujours y mettre la totalité de votre ego, c'est aussi pénible que d'être journaliste. Ce n'est pas comme un chanteur qui écrit un tube ou deux et qui peut ensuite les chanter toute sa vie et tout le monde est content. Non, les gens ne veulent pas entendre deux fois le même gag, c'est ça qui est dur.

## Y a-t-il une règle pour faire rire ?

Elle consiste souvent à dire le contraire de ce qui est dit. Vous prenez une actualité, par exemple les propos d'un politique, et vous dites le contraire. Généralement c'est la vérité, et c'est le décalage qui fait rire.

## Est-il possible de faire de l'humour sur un sujet gai, comme le fait qu'il fasse beau aujourd'hui ?

C'est plus difficile. Pour les éditions LEP, j'ai illustré un livre sur la géographie de





*“Ce sont ces bonhommes qui me disent des choses, le texte vient ensuite.”*

la Suisse. C'était horrible. Un glacier ce n'est pas drôle, un cours d'eau ce n'est pas drôle. Non, ce qui est marrant, c'est quand même de se moquer des défauts des gens. Et je m'inclus là-dedans. C'est-à-dire que pour être bon dessinateur humoristique, il faut avoir à peu près tous les défauts possibles et imaginables. Il faut les avoir en soi pour savoir de quoi on parle. Si on est généreux et sympa, ce n'est pas drôle.

**On dit que l'humour français est malveillant. Pourtant votre humour, qui connaît un franc succès en France (*Lire, Clé, Siné Mensuel*) est tout sauf malveillant.**

C'est dû au fait que je n'ai pas vraiment de tête de turque et, surtout, que je ne suis pas engagé politiquement. En France, le dessin de presse est généralement militant. Ça date de *Charlie Hebdo*. Depuis 1968, on ne peut être, en France, que dessinateur de gauche. Quant au *Figaro*, Jacques Faisant a arrêté à 90

ans, ils ont cherché des dessinateurs et ils n'en ont pas trouvé ! Sur 70 millions d'habitants, ils n'arrivaient pas à trouver un dessinateur qui dise «ok, je bosse pour le *Figaro*».

**Vous travaillez également, de temps à autre, avec la Suisse alémanique. Que pouvez-vous nous dire sur l'humour suisse allemand ?**

J'ai travaillé en Suisse alémanique, notamment pour le *SonntagsBlick*, mais comme je ne parle pas l'allemand et que je travaille énormément avec les mots, les traductions de mes gags ne marchaient pas toujours. L'allemand est une langue follement précise, alors que la langue française est quand même très flottante ; elle vous permet d'être allusif. Pas l'allemand. Je pense que pour travailler avec la Suisse allemande, il faut surtout faire des gags visuels. Mais mon dessin est trop simple et peu élaboré pour cela. Le dessin visuel c'est pourtant le «*must*». Mais moi, je n'y arrive pas.

**Votre collègue, Patrick Chappatte, également dessinateur de presse réputé, y arrive-t-il davantage ?**

Oui, son dessin permet le gag visuel, car c'est un dessin précis. Il permet cependant moins la déconne que le mien, car il est un peu trop réaliste. Lorsqu'on voit un dessin de Chappatte, on voit un dessin qui montre la réalité. Mes dessins sont tellement ridicules que l'on peut se permettre n'importe quoi. C'est un dessin plus libre.

**Recourez-vous à une méthode pour réaliser vos dessins de presse ?**

Le jour où je dois faire ma page, je vais sur internet pour voir ce qui se passe, je choisis une actualité, puis je rebondis dessus. Les gens s'imaginent que je passe ma vie à lire les journaux, mais je pense être nettement en dessous de la moyenne. Je n'écoute jamais la radio et je ne regarde pas le téléjournal.

**Vous êtes plus productif sous pression ?**

Disons que j'ai besoin d'un peu d'urgence, rien que pour me laisser aller. Il y a un moment dans l'urgence, quand il est déjà trop tard, où il faut se jeter et exécuter. Lorsque je n'ai pas cette urgence, j'ai



tendance à pinailler et je n'avance pas. Je le vois bien, plus j'ai de temps, plus je me prends la tête.

**Commencez-vous par le dessin ou par le texte ?**

Pour qu'une blague prenne forme dans mon esprit, j'ai d'abord besoin d'un bonhomme avec un gros nez. Oui, ce sont ces bonhommes qui me disent des choses, le texte vient ensuite.

**Quel est votre profil santé ? Consultez-vous fréquemment médecins et thérapeutes ?**

Non pas du tout. Je vais très rarement chez le médecin. Je fais un check-up de temps en temps, mais je n'ai rien de... enfin si, j'ai la vue qui baisse. Et quand j'étais petit j'avais le rhume des foins mais ça a passé. Je dors bien... J'ai quoi ? Ah oui, j'ai un truc horrible ! Oui, horrible. J'ai le syndrome des jambes sans repos. Il était très fort mais, heureusement, ils me donnent des trucs maintenant. Ce sont des antiparkinsoniens, je crois. Donc oui, ça j'en prends souvent.

*"Je n'écoute jamais la radio et je ne regarde pas le téléjournal"*

**Si vous pouviez vous réincarner, quelle époque, pays et profession choisiriez-vous ?**

Revenir en roi, ce serait évidemment pas mal. Mais j'aimerais quand même revenir dans une époque confortable... Pas plus tard, car la médecine va faire tellement de progrès qu'on va s'emmerder (s'ennuyer) pendant des années et ça va être terrible. Ah je sais ! Philosophe dans la Grèce antique. Avec des esclaves qui font tourner le business pendant que vous philosophez jusqu'au soir. Ça, ça doit être pas mal. +

Pour Philippe Becquelin, être constamment dans l'inédit est l'une des difficultés du métier.

## Achat livre et abonnement à la collection J'ai envie de comprendre...

Ces petits guides pratiques, destinés au grand public, sont écrits par des journalistes spécialisés, en collaboration avec des médecins suisses romands, afin de donner au lecteur des clés pour comprendre le sujet dont il est question.



### La dépression

De Suzy Soumaille  
Avec la participation  
du Dr Guido Bondolfi  
et du Pr Gilles Bertschy



### Ma sexualité

D'Ellen Weigand  
En collaboration avec le  
Dr Francesco Bianchi-Demicheli



### Les allergies

De Suzy Soumaille  
Avec la collaboration  
du Pr Philippe Eigenmann



### Le sommeil

D'Elisabeth Gordon  
Avec les Drs Raphael Heinzer  
et José Haba-Rubio

planète  
santé

Pour commander:  
[commandes@medhyg.ch](mailto:commandes@medhyg.ch)  
+41 22 702 93 11  
[www.medhyg.ch/boutique](http://www.medhyg.ch/boutique)

Possibilité  
de s'abonner  
aux 5 revues  
annuelles pour  
la somme de  
CHF 12/€ 10 !

## Abonnement aux cinq revues annuelles Planète Santé (dont deux hors-série thématiques)

Les revues abordent des thèmes scientifiques de qualité, accessibles au plus grand nombre et sont validés par des médecins ou élaborés par les plus importantes institutions de santé en Suisse romande.



## Pour une meilleure qualité de vie.

Les allergies et les intolérances alimentaires ne sont plus une raison de se priver! Free From et Schär proposent plus de 60 produits savoureux sans lactose, sans gluten et sans aucun autre allergène. En vente dans toutes les grandes Coop et en ligne sur [www.coopathome.ch](http://www.coopathome.ch)

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



Pour allier plaisir et bien-être.

coop

Pour moi et pour toi.

# Salon Planète Santé live

## Le rendez-vous santé 2014

*destiné au grand public*

[www.planetesante.ch/salon](http://www.planetesante.ch/salon)



**Votre santé comme  
vous ne l'avez jamais vue!**

*Organisé par Médecine et Hygiène*

**Du 13 au 16 novembre 2014**

**dans le SwissTech Convention Center (EPFL)**

*Ont confirmé leur participation: Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) • Ecole Polytechnique Fédérale de Lausanne (EPFL) • Etat de Vaud - Service de la santé publique • Faculté de biologie et de médecine de Lausanne • Faculté de médecine de Genève • Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO) • Hôpital fribourgeois • Hôpital ophtalmique Jules Gonin • Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) • Interface sciences-société UNIL (laboratoire l'Eprouvette) • Ligue pulmonaire • Ligue suisse contre le cancer et les ligues fribourgeoise, genevoise, jurassienne, neuchâteloise, vaudoise et valaisanne contre le cancer • Maintien à domicile Vaud, Genève et Neuchâtel (AVASAD, Imad, NOMAD) • Polyclinique médicale universitaire de Lausanne (PMU) • Société Médicale de la Suisse Romande (SMSR) • Université de Genève • Université de Lausanne*