

PLANÈTE SANTÉ

N°13 – DÉCEMBRE 2012
WWW.PLANETESANTE.CH

DU MÉDECIN AU PATIENT

DISPONIBLE CHEZ VOTRE MÉDECIN

Cabinets médicaux
**Comment installer
la relève ?**

+ Les maladies
de l'hiver

+ Daniel Brélaz
face à son médecin



Entraînez
votre système
immunitaire
avec Broncho-
Vaxom®!



Encore un refroidissement?

Ce serait quand même bien si toute la famille n'attrapait pas sans cesse des refroidissements pendant la saison froide !

Broncho-Vaxom® pour la prévention des infections récurrentes des voies respiratoires.

Broncho-Vaxom®



En vente libre dans votre pharmacie.
Veuillez lire la notice d'emballage.

 Vifor Pharma

Titulaire de l'autorisation : OM Pharma SA

Moratoire : la santé n'est pas un marché comme les autres



Contrairement à ce que l'on pourrait croire, le moratoire sur l'installation des nouveaux cabinets n'est pas qu'une affaire de médecins. Le problème nous concerne tous, car seul un nombre adéquat de médecins permettra à la Suisse d'assurer sur le long terme la qualité des soins qu'elle connaît aujourd'hui.

De quoi s'agit-il ? Le monde politique doit organiser un accès aux soins équitable et pertinent. Dans ce cadre, il doit assurer que le nombre de médecins soit optimal, pour chaque spécialité et à chaque endroit, ville ou campagne. Dit autrement : il lui faut planifier une « offre » cohérente. L'enjeu est que la santé n'est pas un marché qui fonctionne comme les autres. Il ne se régule pas de lui-même. Si on le laisse libre, trop de médecins se retrouvent au même endroit pour faire la même chose. Et c'est la population qui en pâtit. Pendant dix ans, les autorités politiques ont donc introduit un moratoire pour réguler cette « offre » jugée trop anarchique. Des listes étaient dressées et des autorisations délivrées au compte-gouttes. Au début 2012, cette limitation était levée, avec pour effet un rattrapage des installations non autorisées les années précédentes. Résultat : dans les centres urbains, le nombre d'installations a explosé. Dans les campagnes et les zones dites périphériques en revanche, calme plat. La qualité de cette nouvelle population médicale, avec l'arrivée de professionnels européens moins bien formés, est une autre inquiétude suscitée par la fin de ce moratoire (voir notre dossier en page 6).

Mais ce qui préoccupe surtout les autorités politiques se cache ailleurs. L'argument majeur qui a conduit Berne à vouloir réintroduire le très décrié moratoire dès avril 2013 est un chiffre controversé : chaque installation coûterait 500 000 francs aux assurances. Un calcul simpliste et faux (voir notre article page 6). Mais au-delà de cette querelle de coûts, le problème est lui bien réel. Comment le régler ? Personne n'a aujourd'hui de solution et seules quelques pistes sont évoquées. Premier point : utiliser des listes d'attente, qui veulent que le dernier arrivé soit le dernier servit, n'est pas à la hauteur de l'enjeu. Il s'agit de tenir compte des besoins réels de la population selon les endroits où elle se trouve. Pour cela, les cantons doivent avoir une compétence accrue dans la délivrance des autorisations de pratique.

Finalement, l'affaire du moratoire montre une nouvelle fois que la santé n'est pas un marché comme les autres. Le médecin a de toute évidence une mission de service public. Comment, où et quand il peut exercer son art doit être régulé. En la matière, les questions sont nombreuses et les réponses sont tout sauf simples. Une chose est cependant sûre : le moratoire n'est pas la solution.

MICHAEL BALAVOINE



Impressum

Rédaction
Rédacteur en chef
 Michael Balavoine
Rédacteurs
 Philippe Barraud
 Winnie Covo
 Malka Gouzer
 Elodie Lavigne
 Benoît Perrier

Graphisme / Illustration
 giganto.ch

Photographie
 Romain Graf
 DR

Direction artistique
 Gaëlle Bryand

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

Publicité
 HP media SA
 Av de Chamonix 7 - 1207 Genève
 Tél 022 786 70 00
 Fax 022 786 70 13
 info@hpmedia.ch

Aline Hostettler 022 786 70 00
 Antoine Egli 043 211 30 27

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

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

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

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



PREMIERS SECOURS ENFANTS

FREDERIC LADOR ET ROCH OGIER

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

OCTOBRE 2010 • 68 PAGES • CHF 16.-

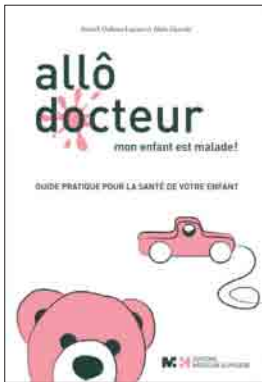


TOBY ET LUCY : DEUX ENFANTS HYPERACTIFS (2^e ÉDITION)

CHARLES-ANTOINE HAENGGELI

Les enfants hyperactifs ont énormément de capacités. Mais la vie au quotidien est difficile. Ce livre décrit les moyens d'évaluation de l'hyperactivité, les mesures à mettre en place à la maison comme à l'école, et les traitements médicamenteux.

SEPTEMBRE 2012 • 96 PAGES • CHF 24.-



ALLO DOCTEUR... MON ENFANT EST MALADE

ANNICK GALETTO-LACOUR ET ALAIN GERVAIS

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

AVRIL 2008 • 144 PAGES • CHF 29.-



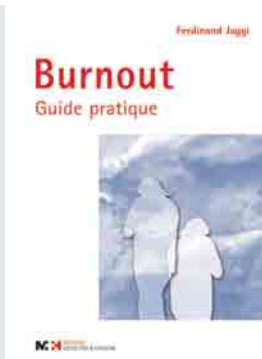
ANNE ET SES COPAINS QUATRE ENFANTS ÉPILEPTIQUES

CHARLES-ANTOINE HAENGGELI, CHRISTIAN KORFF

Écrit spécialement pour les enfants atteints d'épilepsie et leurs familles.

Quelles sont les différentes formes d'épilepsie ? Quels sont les traitements ? Quelles sont les règles à respecter ?

SEPTEMBRE 2012 • 88 PAGES • CHF 24.-



BURNOUT, GUIDE PRATIQUE

FERDINAND JAGGI

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

JUIN 2008 • 46 PAGES • CHF 19.-

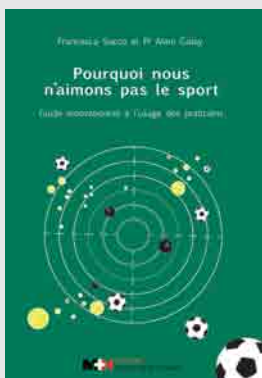


ALIMENTATION ET SURPOIDS À L'ADOLESCENCE

DOMINIQUE DURRER ET YVES SCHUTZ

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

MAI 2010 • 240 PAGES • CHF 42.-



POURQUOI NOUS N'AIMONS PAS LE SPORT

FRANCESCA SACCO ET ALAIN GOLAY

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

JANVIER 2012 • 90 PAGES • CHF 22.-



QUAND L'ALIMENTATION POSE PROBLÈME

SOPHIE VUST

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

MARS 2012 • 166 PAGES • CHF 26.-

SOMMAIRE

Politique

- 6 Mort et résurrection du moratoire
- 10 Michel Halpérin : « Il faudra faire mieux avec moins d'argent »
- 14 Après une année, quel bilan tirer de la nouvelle tarification hospitalière ?

Reportage

- 18 Opération de la cataracte : changement d'optique
- 22 Se faire dialyser pour remplacer ses reins, comment ça marche ?
- 26 Donner son sang pour préserver la vie

Santé

- 28 L'huile de palme est-elle vraiment mauvaise pour la santé ?
- 31 Dans la lune ? Non, absent !
- 34 La vraie grippe frappe toujours en fin d'année
- 40 Maladie : l'angine de poitrine

Juridique

- 44 Les enjeux du diagnostic préimplantatoire
- 46 Quand un traitement est-il trop cher ?

People

- 48 Daniel Brélaz : les confidences d'un animal politique résistant et vigilant



6 Cabinets médicaux Comment installer la relève ?



34 Les maladies de l'hiver



48 Daniel Brélaz face à son médecin

Mort et résurrection du moratoire

Nouveaux cabinets médicaux Il a été levé le 1^{er} janvier 2012, il sera réintroduit au printemps 2013! La levée du moratoire sur l'installation de nouveaux cabinets médicaux, institué en 2002 et reconduit plusieurs fois, a provoqué tant d'effets indésirables que le conseiller fédéral Alain Berset a décidé de proposer sa réintroduction le plus vite possible.

TEXTE PHILIPPE BARRAUD PHOTOS ROMAIN GRAF

De manière peu surprenante, la levée du moratoire a suscité une avalanche de demandes de la part de médecins désirant s'installer, Suisses et ressortissants de l'UE. Ce qui ne manquera pas de susciter une hausse des dépenses de santé, estiment certains: en effet, chaque nouveau cabinet engendrerait, pour l'assurance de base, des coûts compris entre 300 000 et 500 000 francs.

A vrai dire, ces montants ne reposent sur aucun élément concret. Ces chiffres ont été avancés par Santésuisse, organe des assureurs, puis repris dans un rapport par la Commission de la santé du Conseil national, qui n'est pas un modèle d'indépendance par rapport aux caisses. Il reste que ces sommes ont tourné en boucle dans les médias, et suscité un vent de panique. De tels coûts peuvent certes se vérifier dans des villes comme Genève et Zurich; en revanche, dans le reste de la Suisse, les nouvelles demandes sont souvent le fait de médecins salariés qui ont effectué les démarches pour devenir indépendants; ce ne sont donc pas de nou-

veaux médecins qui arrivent sur le marché. Beaucoup de demandes émanent aussi de médecins désirant travailler à temps partiel.

Entre janvier et juillet 2012, la faïtière des assureurs, Santésuisse, a reçu 1296 nouvelles propositions de praticiens désirant s'installer. C'est principalement dans les centres urbains que ces médecins veulent

"La répartition de ces nouveaux médecins est parfaitement anarchique sur le plan géographique."

ouvrir leur cabinet. Ainsi, à Genève, la croissance du nombre des demandes a atteint +279%, à Zurich +185%, à Berne +98% et au Tessin +327%!

Certes, un certain nombre étaient «préventives»: les requérants voulaient en quelque sorte réserver leur place, même s'ils n'allaient pas occuper leur cabinet

Le Dr Philippe Barazzone osculte une de ses patientes.



de suite, pour le cas où un moratoire reviendrait...

Cette ruée de candidats, favorisée par les accords bilatéraux et la libre-circulation des personnes, cause du tort aux jeunes médecins formés en Suisse, comme à Genève, estime le président de l'Association des médecins genevois, Pierre-Alain Schneider. En effet, à Genève, des entreprises offrant des soins (cliniques, centres médicaux, etc.) engagent des médecins salariés qu'ils recrutent pour partie à l'étranger, notamment en France. Or, les niveaux de formation sont différents: en France, la formation postgrade des généralistes

de suite, pour le cas où un moratoire reviendrait...

Mieux valoriser la formation

« Sur les accords bilatéraux nous sommes d'immenses naïfs, nous disons oui-amen à tout ! En face, ils font ce qui les arrange... Nous devrions être plus malins », s'emporte Pierre-Alain Schneider, président des médecins genevois. Il voudrait notamment que la formation, très exigeante, des jeunes médecins en Suisse soit mieux mise en valeur, alors qu'ils souffrent de la concurrence de médecins européens, au bénéfice d'une formation qui n'est pas toujours équivalente, et qui souvent n'ont pas la vision « d'ici » dans la relation avec le patient.

Pierre-Alain Schneider relativise l'ampleur des installations de nouveaux cabinets à Genève : « Mis à part les psychiatres, peu de nouveaux médecins ouvrent effectivement des cabinets indépendants. Ils consultent dans des groupes, des cliniques, des « centres médicaux ». Ces structures attirent, mais elles n'existent que dans des zones urbaines alors qu'il n'y a pas grand-chose en périphérie. Les communes qui manquent de médecins devraient réaliser qu'un médecin ne viendra pas sans incitation. Je suis convaincu qu'un plus grand nombre de médecins s'installeraient en Valais, dans le Jura, etc. si on leur proposait des opportunités intéressantes. »

« Parmi les demandes de droit de pratique, explique encore Pierre-Alain Schneider, il y a un certain nombre de médecins qui travaillent déjà en Suisse en tant que dépendants et qui se donnent le moyen d'être maintenant indépendants sans forcément réaliser leur rêve de suite. La réintroduction de la limitation va certainement accélérer le mouvement parmi les médecins hospitaliers qui ne veulent pas y passer leur vie. Nous aurons donc droit essentiellement aux effets secondaires de cette mesure avant d'y trouver un hypothétique bénéfice ! »



de dure trois ans ; en Suisse, elle dure au minimum cinq, avec beaucoup d'hôpital et de travail en médecine interne. « Nos jeunes médecins sont mieux aptes à prendre en charge des pathologies qui demandent une certaine expérience », explique Pierre-Alain Schneider.

Une répartition anarchique

Un deuxième problème est que la répartition de ces nouveaux médecins est parfaitement anarchique, non seulement sur le plan géographique, mais aussi au chapitre des spécialités. Pour la première moitié de 2012 seulement, 47 nouveaux psychiatres voulaient s'installer à Genève, et 54 à Zurich. Même problème

avec les gynécologues : dix demandes à Genève et quatorze à Zurich, mais... aucune dans le Jura ! Parmi les autres spécialités pléthoriques, on cite les ophtalmologues, les anesthésistes et les chirurgiens.

Situation spectaculairement inverse en Valais, où il manque des psychiatres, des ophtalmologues, des pédiatres, des gynécologues. Selon Marc-Henri Gauchat, président de la Société médicale du Valais, cette réticence à s'installer en Valais s'explique par des considérations financières, la valeur du point étant inférieure à ce qu'elle est, par exemple, chez les voisins vaudois. Finalement, la levée du moratoire n'a attiré en Valais que cinq ou

six médecins français. Le même constat vaut pour toutes les régions romandes situées loin des grandes villes : Neuchâtel, Jura, Pays d'Enhaut n'ont pas vu affluer les médecins dont la population a cruellement besoin, à commencer par les généralistes : les « déserts médicaux » sont toujours là. En résumé, il y a bien trop de nouveaux spécialistes là où ils étaient déjà assez nombreux, tandis que les régions décentralisées manquent de l'essentiel – levée du moratoire ou non.

Davantage de pouvoir aux cantons

La solution esquissée par les services du conseiller fédéral Alain Berset va dans le sens d'un pouvoir plus grand laissé aux cantons. Ils pourront notamment invoquer la clause du besoin pour autoriser ou refuser une installation, voire octroyer une autorisation seulement pour une région périphérique donnée.

Cette solution « cantonale » fait l'objet d'un large consensus, aussi bien dans le monde politique que parmi les associations de médecins. Ainsi, le ministre vaudois de la Santé, Pierre-Yves Maillard, salue le projet d'Alain Berset, mais regrette le retard pris, en rappelant qu'une solution analogue avait été proposée en 2009 par la FMH et les directeurs cantonaux de la santé : il s'agissait d'un système paritaire de régulation, composé par les cantons et les sociétés de médecine, autrement dit, des gens connaissant le terrain. Ils se donnaient non seulement la possibilité de freiner, mais aussi d'encourager l'installation de nouveaux médecins. Pour son homologue genevois Pierre-François Unger, la voie cantonale est aussi la bonne : « Il faut donner la possibilité aux cantons de réguler la démographie médicale par une planification, en fonction de leurs propres besoins. On est en droit de dire aux médecins qu'il n'est pas

indispensable de s'installer là où on n'a pas besoin d'eux, alors qu'on a besoin à 50 ou 100 kilomètres ! »

Proposition critiquée

Les critiques fusent contre la réintroduction du moratoire sur l'ouverture de cabinets médicaux par des spécialistes. Les médecins avant tout, mais aussi les assureurs ou les cantons, tous ont de bonnes raisons d'être contre. Les médecins, en particulier, auraient souhaité que les généralistes y soient aussi soumis. Par là ils visent les médecins français, qui bénéficient de conditions identiques à leurs collègues suisses, alors que leur formation n'est pas du tout du même niveau. Mais faute d'alternatives crédibles, le projet du Conseil fédéral pourrait bien être introduit dès avril prochain, soit seize mois après la levée du précédent moratoire qui avait duré dix ans. +

Un conte de fée comme on n'en voit (presque) plus

Au mois de décembre, Alexandra Reber, jeune médecin généraliste, reprendra le cabinet de François Rieben à Meyrin dans le canton de Genève. Loin des tracasseries que connaissent la plupart des médecins pour s'installer ou pour transmettre leur cabinet (voir article principal), l'histoire touche par sa simplicité. Ils se sont choisis, il y a sept ans, et la transition se fera en douceur. Comment cela s'est-il produit et pourquoi cela a-t-il aussi bien marché ? Morceaux choisis de cette romance pas comme les autres.

La rencontre

Alexandra Reber :

« C'est au cours de ma première année d'assistantat que j'ai croisé le Dr Rieber pour la première fois. Il était le plus polyvalent des médecins à qui j'avais à faire, ce qui m'a tout de suite attiré, c'était cette diversité des prises en charge. »

François Rieben :

« Lors de son premier stage chez nous, j'ai tout de suite vu qu'Alexandra était extrêmement compétente et qu'en plus,

elle voulait faire de la médecine pratique. Le timing était bon, j'ai fait un pari et ça a payé. »

Le choix

Alexandra Reber :

« Avoir la possibilité de pouvoir aussi faire de l'urgence m'a décidée. C'est une manière de rester à la page et de garder le contact avec les nouveautés médicales. Pour moi, pouvoir mêler médecine générale à une pratique aigüe, c'était la situation idéale. »

François Rieben :

« Je dois bien avouer qu'au-delà de l'entente personnelle, il y a eu un calcul personnel. Je m'approchais de l'âge de la retraite, il fallait s'organiser. Quand j'ai croisé la route d'Alexandra, je me suis dit c'est maintenant ou jamais et j'ai saisi l'occasion. »

L'argent

Alexandra Reber :

« Quand on choisit d'être médecin généraliste, c'est plus la diversité du mé-

tier qui doit attirer que l'argent. On gagne évidemment moins que certains spécialistes, mais je pense que c'est plus riche humainement. Je demande juste à gagner ma vie correctement, l'argent n'a jamais été une priorité pour moi. »

François Rieben :

« Je pense que ce n'est pas le point central pour attirer une relève, contrairement à ce qu'on lit partout. Pour les nouveaux médecins généralistes, ne pas être isolés et pouvoir échanger avec des pairs me semblent déterminant. C'est ce que la proximité de l'Hôpital de la Tour offre ici. »

La pénurie

Alexandra Reber :

« Il me semble que beaucoup de mes collègues vont s'installer comme généralistes. Le problème, c'est qu'il faudra bien gérer les effectifs dans les Hôpitaux. Parce que là, nous ne sommes déjà pas assez. »

François Rieben :

« Le moratoire a permis aux Hôpitaux de garder et de former des urologues, des ra-

Privilégier une vision à long terme

Opposé au concept même du moratoire, Julien Vaucher, président de la section vaudoise de l'Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique, regrette le retour précipité d'un nouveau moratoire. Avec cette formule-choc: «Les politiciens raisonnent en termes de législature, alors que les médecins se forment en quinze ans». Cela pour dénoncer le manque de vision à long terme des décideurs, et aussi les

approximations statistiques, sachant qu'aujourd'hui, la plupart des médecins qui s'installent le font à temps partiel. Autrement dit, la pléthore actuelle doit être nuancée.

Selon lui, la vision à long terme, c'est de garder à l'esprit que les gros bataillons des généralistes ont aujourd'hui entre 50 et 60 ans. Ils sont actuellement de 5'000 à 6'000, mais à l'horizon 2025-2030, ils seront la moitié moins, tandis que la population croît à un rythme rapide!

Les «déserts médicaux» ne sont pas une fatalité pour Julien Vaucher; il s'agit de revaloriser l'activité médicale hors des

grands centres urbains, non seulement sur le plan de l'image, mais aussi sur le plan matériel: une révision de la rémunération des généralistes, par rapport aux spécialistes, est souhaitable. Les collectivités locales peuvent encourager l'installation de jeunes médecins, par exemple en mettant à leur disposition des infrastructures, des locaux, un appui administratif. Julien Vaucher souligne que la formation médicale ne fait pas des jeunes médecins des chefs de petites entreprises; ceux-ci se trouvent facilement démunis face à la masse du travail administratif qu'on attend d'eux.



Les Drs François Rieben et Alexandra Reber.

dialogues, etc. Au moment de la levée de la limitation, ces spécialités n'ont donc pas eu de problèmes à trouver une relève. Pour les généralistes, surtout dans ce qu'on appelle la «périphérie», c'est le contraire. On a toujours dit qu'on était trop, ce qui fait qu'on a limité l'accès à cette formation. Aujourd'hui, on ne peut plus remplacer ceux qui partent, et on est obligé de recruter à l'étranger pour couvrir nos besoins.»

Les doutes

Alexandra Reber:

«Ma crainte, c'est de savoir si les patients vont rester ou s'ils vont aller chez un autre médecin. Mais, par rapport à d'autres de mes collègues, je n'ai déjà pas la peur de voir venir personne. Au début, c'est dur de se créer une patientèle.»

François Rieben:

«Quand vous faites de la médecine générale, vous faites des stages dans plusieurs

spécialités. Le risque, c'était qu'au cours de ces sept ans, Alexandra décide tout à coup de changer de cap.»

Les espoirs

Alexandra Reber:

«A Genève, le Professeur Perrier a créé des filières de formation. Il faudrait aller dans le même sens pour les reprises de cabinets. Cela se prépare souvent deux ou trois ans à l'avance. Il faudrait encore plus connecter les médecins entre eux pour organiser des installations cohérentes.»

François Rieben:

«C'est quand on s'arrête de travailler qu'on devient réellement médecin. Il y a le savoir technique et le savoir être. Comme nous allons continuer à collaborer un moment avec Alexandra, j'espère pouvoir transmettre cette expérience de praticien que l'on n'apprend pas dans les livres. Et cet échange intergénérationnel me permettra en plus de profiter des connaissances techniques incroyablement pointues de ma jeune collègue. Que demander de plus!» +

Michel Halpérin : « Il faudra faire mieux avec moins d'argent »



Hôpital Nouveau président du Conseil d'administration des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Michel Halpérin prend les rênes d'une institution qui traverse une phase difficile, notamment due aux coupes budgétaires de l'Etat. L'ancien Président du Grand Conseil Genevois répond à nos questions.

PROPOS RECUEILLIS PAR MALKA GOUZER

PHOTOS ROMAIN GRAF

Quelles sont vos ambitions en tant que nouveau président du Conseil d'administration des HUG ?

Michel Halpérin : mes ambitions sont à la fois défensives et conquérantes. Défensives, car dans le contexte économique que nous traversons, il va falloir batailler pour que les HUG ne perdent pas de leur substance. Il faudra en effet, avec des moyens plus limités que par le passé, continuer à fournir des prestations de premier ordre en matière de santé publique. Conquérantes car même si les vents sont contraires, il est indispensable de relever les nouveaux défis



“Les décisions d'un directeur d'une institution aussi importante ne sont pas toujours consensuelles ”

taires que les HUG seront confrontés à des choix : peut-on être plus efficace avec des ressources moindres ou faut-il diminuer les prestations, autrement dit les soins, la recherche ou l'équipement technologique ? Ces choix pourraient mettre en péril les admirables résultats auxquels l'établissement est parvenu au fil des ans. La responsabilité en incombera bien sûr au Conseil d'administration, mais, au-delà, c'est aux institutions politiques qu'il appartiendra, en dernier ressort, de trancher.

A Genève, il existe de nombreuses cliniques privées et semi privées. Quelle est la relation qu'entretiennent les HUG avec celles-ci ?

Ces relations ont toujours été concurrentielles mais elles le sont désormais davantage par la volonté de l'Etat. Chaque établissement médical va s'efforcer d'être attrayant, ce qui peut entraîner une baisse des tarifs. Les HUG n'échapperont pas à cette nécessité mais il leur faudra simultanément éviter, pour baisser les prix, de réduire la qualité des soins, de la recherche ou de l'enseignement. Les Genevois sont attentifs à la qualité de leurs hôpitaux qui seront donc contraints d'être à la fois plus compétitifs financièrement et qualitativement. Ces objectifs sont contradictoires, mais il faudra les ajuster.

En juin 2012, le député et psychiatre Claude Aubert déposait un texte au Grand Conseil dénonçant la gestion autocratique exercée par le directeur général Bernard Gruson et la Direction générale des HUG. Ses accusations sont-elles fondées ?

Ma première impression est que la Direction générale des HUG est de grande

et de maintenir les HUG à la pointe du savoir-faire des hôpitaux suisses, dans le domaine des soins comme dans celui de la recherche universitaire. Les HUG à cet égard peuvent se comparer avec les meilleures institutions en Europe et dans le monde. Les enjeux de ces prochaines années sont donc à la fois financiers et scientifiques, thérapeutiques et universitaires. Je souhaiterais par conséquent ne pas me contenter de préserver les acquis mais projeter l'institution au-delà, renforcer encore le potentiel des HUG.

Quelle est votre position sur la loi concernant les DRG*, qui met les hôpitaux en concurrence ?

La loi est faite, je n'ai plus rien à dire. Ce n'est d'ailleurs pas au niveau de la loi que l'on pourra espérer des changements prochains. Ce que l'on peut souhaiter de mieux, c'est que ses conséquences ne

soient pas trop rudes pour les Hôpitaux universitaires genevois. Des plans stratégiques ont été mis en place par l'équipe de direction et par la présidence précédente, pour fixer la stratégie à suivre jusqu'à l'horizon 2015. Mais à cet horizon, les nouvelles dispositions légales seront en vigueur, ce qui aura pour conséquence que les Hôpitaux devront faire de nouveaux efforts par rapport à ceux qui leur sont actuellement demandés.

Quels efforts ?

Les Hôpitaux universitaires genevois se sont astreints avec succès à réaliser un plan d'économies de 25 millions par an, qui, au terme de trois ans, représentera une économie de 75 millions de francs. C'est déjà un très grand effort. On peut pourtant s'attendre à ce qu'il leur soit demandé davantage. C'est donc dans la préparation de ces efforts supplémen-



Michel Halpérin vient de reprendre les rênes du Conseil d'administration des HUG.

qualité. Elle incombe à Monsieur Gruson qui a son style mais travaille au sein d'un Conseil de direction. Si son style est parfois ressenti comme abrupt, il faut se rappeler que les HUG sont un navire important et que son capitaine doit prendre des décisions qui, forcément, ne

“Les HUG économisent déjà 25 millions par année”

sont pas toujours consensuelles. De surcroît, le Conseil de direction et le directeur général sont soumis au contrôle du Conseil d'administration. Ce dernier est composé de 19 personnes. On est donc, me semble-t-il, assez loin d'un régime autocratique.

Bernard Gruson va bientôt prendre sa retraite et vous êtes à la recherche d'un nouveau directeur général. La commission de nomination avait placé un candidat belge en tête de sa liste. Pourquoi avez-vous écarté sa candidature ?

Le Conseil d'administration s'était saisi de trois candidatures. L'une d'entre elles comportait des expectatives salariales qui n'étaient pas en ligne avec les pratiques genevoises, elle n'a donc pas été retenue. La question de la nationalité du candidat n'a pas été examinée par le Conseil.

Il semblerait que vous soyez davantage à la recherche d'un bon gestionnaire que d'un bon médecin. Pourquoi ?

Je dirais les choses autrement. Le Conseil d'administration a exprimé assez largement l'idée qu'avoir un médecin à la tête des hôpitaux offre peut-être un avantage

supplémentaire, mais que ce n'est pas une condition même de l'exercice. Un médecin doit pouvoir faire de la médecine, mais un médecin qui est en même temps directeur général des hôpitaux ne fait plus beaucoup de médecine. Il n'en a simplement plus le temps.

Si vous étiez médecin, quel type de médecine pratiqueriez-vous ?

Par tempérament, je pourrais plus facilement m'imaginer en médecin de campagne faisant un peu de tout et ayant une relation personnelle avec chaque patient plutôt qu'en chercheur de pointe dans un laboratoire. Cela n'enlève rien à l'admiration que je porte à ces chercheurs grâce à qui la médecine fait constamment des progrès dont chacun de nous bénéficie. +

* Diagnosis Related Group. Voir illustration explicative en page 15.

Coup de projecteur sur la Ligue genevoise contre le cancer

Cancer La Ligue genevoise contre le cancer, association à but non lucratif, non subventionnée, poursuit son but d'aide et de soutien aux malades vivant l'expérience de la maladie cancéreuse.

TEXTE LUCIENNE BIGLER-PERROTIN

Sur trois sites (deux arcades, les Espace Médiane sans rendez-vous et ses bureaux sur rendez-vous, lieux d'accueil, d'écoute, d'information, de dialogue et de soutien), la Ligue genevoise contre le cancer (LGC) met à disposition des personnes concernées une équipe d'infirmier(ère)s de santé publique, spécialisées en oncologie et soins palliatifs (5 postes + 2,45 postes pour l'équipe administrative) qui assurent accompagnement et suivi également à domicile et en institution si nécessaire.

Chaque année en Suisse, 35 000 personnes sont atteintes de cancer et un peu plus de la moitié en guérira. En 2011, la LGC a organisé 2713 rendez-vous pour 601 personnes/familles et a reçu seize à dix-sept visiteurs par jour sans rendez-vous. Elle a octroyé près de 600 000 francs d'aide financière directe.

Soutenir la qualité de vie

Pour beaucoup de patients qui ont guéri, le diagnostic d'une maladie grave, les traitements reçus, le choc au sein de la famille laissent des traces, souvent profondes. Il n'est donc pas si simple de reprendre le chemin de la vie. La Ligue se tient disponible auprès de ces personnes aussi longtemps que nécessaire. Pour

tous ces malades ou anciens malades, la Ligue a donc à cœur de s'engager en choisissant de soutenir leur qualité de vie et celle de leurs proches.

Ceci rejoint le but des soins palliatifs tel que décliné par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2002: « Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention de la souffrance identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que par le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés ».

Environ 85% des personnes en soins palliatifs sont atteints de cancer et près de 50% des patients qui font appel à la LGC vivent les soins palliatifs.

Dans sa pratique de tous les jours, l'équipe infirmière a choisi de s'appuyer sur un modèle en sciences infirmières, modèle utilisé dans de nombreuses institutions: ce modèle, dit de l'humain devenant, (R. R. Parse), suggère que la contribution de la discipline infirmière est de soutenir la qualité de vie. Les personnes ne sont pas pris en charge dans un modèle standard, selon des critères établis. La qualité de vie est l'incarnation de l'expérience individuelle vécue de mo-

ment en moment; le seul juge en est le patient. Ce point de vue personnel, variable d'une personne à l'autre et chez une même personne, est l'élément déterminant des décisions d'accompagnement qui sont prises.

Un travail en réseau

L'équipe travaille en réseau avec les différents acteurs du système socio-sanitaire genevois (également suisse et européen) à savoir les personnes-familles-communautés, les différentes structures étatiques sociales et de santé, les associations de patients, les associations professionnelles, les Ligues contre le cancer cantonales et régionales et la Ligue suisse.

À la Ligue sont également organisées diverses prestations comme des conférences brunch, des groupes de soutien (quinze différents), un service de bénévolat (*DOMILYS*: groupe d'accompagnement à domicile et *DOMI-SERVICE* (services ponctuels)).

Finalement, la Ligue ne néglige pas ses autres tâches que sont la prévention, le dépistage et le soutien à la recherche. +

Références

- Parse, R. R. (1998). *The human becoming school of thought: A perspective for nurses and other health professionals*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Doucet T.J., Maillard Struby F. V. (2011). *Rosemarie Rizzo Parse: L'école de pensée de l'Humain devenant*. Les éditions Aquilance, Fribourg, CH.

 **ligue genevoise contre le cancer**

Après une année, quel bilan tirer pour la nouvelle tarification hospitalière ?

Facturation Souvenez-vous, c'était il y a presque un an, le 1^{er} janvier 2012. Séisme annoncé dans le monde hospitalier : la facturation sur la base du nombre de journées d'hospitalisation était abandonnée au profit d'un tarif par forfait basé sur le diagnostic, les DRG (voir illustration).

TEXTE SIMON REGARD* ILLUSTRATIONS GIGANTO.CH

Le but de la réforme était et est toujours de permettre une meilleure comparaison entre les hôpitaux suisses à travers l'utilisation d'un tarif unifié. Ce système exclut toutefois les soins psychiatriques, gériatriques et de réhabilitation. Cette comparaison vise à mieux allouer les ressources entre les hôpitaux et augmenter la concurrence entre eux. Corollaire : les hôpitaux qui ne peuvent pas faire face à la réforme n'arriveront plus à se financer et fermeront, ce

qui amènera une concentration de l'offre hospitalière.

L'introduction des DRG dans toute la Suisse coïncide avec la réforme de la Loi sur l'assurance maladie (LAMal). Celle-ci permet à un résident suisse d'être hospitalisé - même sans urgence - dans un hôpital situé dans un autre canton que celui où il réside. Plus loin encore, cette réforme lui ouvre les portes des cliniques privées, subventionnées en retour par les pouvoirs publics alors même que ce pa-

tient ne possède pas d'assurance complémentaire. Difficile donc de faire le bilan annuel d'un seul wagon situé au cœur d'un véritable train de réformes. Et pourtant...


Quelles données envoyer aux assureurs ?

L'une des grandes polémiques 2012 liées à l'introduction des DRG a été la transmission des données aux assureurs maladie. Du côté des médecins et des préposés à la protection des données, on crie au respect du secret médical tandis que les assureurs font valoir leur compétence de contrôle de l'économicité des prestations fournies, donc un droit de regard sur les actes pratiqués.

Les deux parties ne trouvant pas d'accord, le Conseil fédéral a tranché, coupant la poire en deux : les assureurs ont accès à toutes les données, écartant ainsi le point de vue des médecins, qui imaginaient, eux, un système de contrôle par « pointage » aléatoire. Mais d'un autre

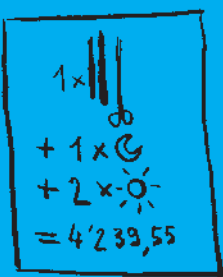
Les DRG, qu'est-ce que c'est ?




Exemple Un patient souffre d'une hernie inguinale (gonflement au niveau de l'aîne dû au fait que le tissu digestif sort de sa cavité naturelle).



Avant


1. Le patient entre à l'hôpital un lundi matin à 9h
2. A 10 heures, le patient est **opéré** de son hernie
3. Il passe l'après-midi en **salle de réveil**
4. Il passe la nuit à l'hôpital
5. **2 jours** sont comptés sur la facture finale. Ce sont eux qui sont déterminants pour la facture.



1x 
 + 1x 
 + 2x 
 = 4'239,55

Après

1. Le patient entre à l'hôpital et est opéré
2. Il passe la nuit à l'hôpital mais cela n'est pas déterminant pour la facture
3. A sa sortie, un **code spécifique** (DRG) lui est attribué pour son hernie
4. La facture est un **forfait global** pour ce traitement..



côté, ces données ne seront, en théorie, accessibles qu'à un service spécifique de réception des données pour chaque assurance.

Les hôpitaux publics lésés

Deuxième remarque: pour une même maladie, les patients les plus sévèrement atteints se retrouvent souvent dans les grands hôpitaux publics. Ces patients sont susceptibles de consommer plus de ressources hospitalières et de rester plus longtemps à l'hôpital. Ce dernier en sort perdant puisqu'il reçoit la même rétribution - pour un même DRG - qu'une structure plus petite, parfois privée, plus à même de sélectionner les patients jugés moins risqués. Corollaire d'un système basé sur la moyenne des coûts, une petite clinique reçoit donc plus d'argent qu'elle n'en dépense, dégageant des bénéfices parfois privatisés alors qu'un grand hôpital public, sous-financé, risque de présenter un déficit, comblé par les impôts. Une meilleure prise en compte de tous les troubles liés à une même maladie ainsi que de la sévérité des cas paraît nécessaire.

Des incitatifs négatifs

Autre promesse de cette réforme: désengorger les hôpitaux publics en déléguant la prise en charge d'un certain nombre de patients couverts uniquement par l'assurance de base à des cliniques privées.

Le but est de réduire les files d'attente - notamment dans le domaine chirurgical - ainsi que les transferts interhospitaliers coûteux et inconfortables. Mais qu'en est-il vraiment? Là encore, le bilan est pour l'instant mitigé.

" Le risque, c'est que le patient soit poussé vers la sortie, même si celle-ci est jugée précoce d'un point de vue médical."

En cause, les honoraires des médecins et la partie de cette rétribution qui revient à l'hôpital-hôte. Suite aux négociations tarifaires, les honoraires relatifs à la prise en charge d'un patient couvert par l'assurance de base sont inférieurs à ceux garantis par une pratique médicale purement privée. Médecins et cliniques privées n'ont donc pas un réel intérêt à prendre en charge ces patients.

Le risque est également celui d'augmenter les coûts du secteur ambulatoire (quand le traitement ne nécessite pas de dormir à l'hôpital). Le forfait hospitalier ne dépendant pas du nombre d'examen effectués lors de l'hospitalisation, il est

tentant de retarder les examens non urgents afin qu'ils aient lieu en ambulatoire, où ils seront pleinement facturés par un autre système, celui de la tarification usuelle des médecins, le fameux Tarmed.

Enfin, dernier incitatif négatif, il devient intéressant d'introduire le code tarifaire d'un patient avant sa sortie, voire dès son arrivée. Ce « pré-diagnostic » permet alors de calculer la durée maximale de l'hospitalisation afin d'éviter que le séjour du patient ne coûte plus cher que ce qu'il rapporte. Le risque?

Que l'on pousse le patient vers la sortie, même si celle-ci est jugée précoce d'un point de vue médical. Rappelons qu'en théorie, un DRG ne devrait être attribué au séjour d'un patient qu'après sa sortie de l'hôpital.

Un décalage avec la réalité

S'il est un peu tôt pour effectuer un bilan global de l'introduction des DRG, on ne peut nier que certaines tendances commencent déjà à se dessiner. Des mesures correctives rapides doivent être envisagées afin d'éviter que le système ne s'enfonce, au détriment du contribuable. Parmi les mesures imaginées figure une meilleure prise en compte financière des cas compliqués, valorisant ainsi les hôpitaux s'occupant des patients à haut potentiel de consommation de ressources médicales. Mais ce n'est qu'un exemple parmi d'autres. Pour assurer la qualité des soins hospitaliers sur le long terme, des solutions doivent être trouvées. Et vite, car sinon c'est tout le système qui risque de s'effondrer. +

* **Simon Regard est médecin et auteur de *La santé en Suisse*, un livre paru en septembre 2012 aux Editions LEP (dessins de Mix et Remix).**



Trois questions au docteur Hervé Spechbach

DRG Chef de clinique au Service de médecine interne générale des Hôpitaux universitaires de Genève, Hervé Spechbach s'est investi au sein de nombreuses institutions de jeunes médecins pour expliquer les DRG à ses collègues.

PROPOS RECUEILLIS PAR SIMON REGARD

Qu'est-ce qu'un DRG ?

Hervé Spechbach : DRG signifie Diagnosis Related Group. Il s'agit de regrouper sous forme de code toutes les hospitalisations. Ces codes sont basés, pour une maladie, sur la classification internationale de l'OMS, et pour l'acte chirurgical selon la classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP). En Suisse, le DRG est choisi à la fin de l'hospitalisation. Il correspond aux traitements qui ont mobilisé le plus de ressources. Il s'agit d'un forfait moyen par cas « all inclusive » qui n'est pas la somme du nombre d'actes effectués, ni celle du nombre de journées d'hospitalisation. Divers facteurs pondèrent le forfait. Le système est défini par canton et est adaptable au cours du temps.

Quels buts visent cette réforme ?

Il s'agit de donner à la Suisse un système unifié. Par la force des choses, cette réforme permettra donc de comparer les coûts par hôpitaux avec davantage de transparence. Pour les hôpitaux et les politiques de la santé, elle permettra éga-

lement de calculer le nombre de cas par groupe de maladies. Ces analyses statistiques permettront certainement de calculer une masse critique par centre hospitalier et donc de définir la liste des maladies qu'un centre hospitalier a intérêt à prendre en charge, en prenant en compte les spécificités de chaque prestataire de soins.

Après neuf mois de gestation de ce système, quel regard y jetez-vous ?

D'un point de vue conceptuel, notamment dans un pays confédéré, je pense que l'on peut saluer une volonté d'unifier au niveau national la facturation hospitalière. SwissDRG SA est une institution publique commune des fournisseurs de prestations, des assureurs et des cantons. Les SwissDRG permettront probablement d'analyser les coûts et d'envisager une répartition territoriale des prestations. Il est toutefois clair que ce système pré suppose que les centres hospitaliers ou les cliniques privées ne fassent pas un tri des patients selon une loi de rendement maximal, qui chercherait à capter les pa-



Le Dr Hervé Spechbach travaille notamment dans les domaines de l'éducation médicale et de la douleur.

tients qui coûtent le moins cher, laissant les cas compliqués aux hôpitaux publics qui se trouveraient lésés.

Reste aussi le problème des cliniques privées. En échange des soutiens financiers publics, doivent-elles participer à la formation, à la recherche ainsi qu'à l'enseignement ? Doivent-elles offrir un service public d'urgences ? Le débat est ouvert. +



La doctoresse Abou Zeid, à l'Hôpital Jules-Gonin.



Pour Gilbert*, opéré de la cataracte, « il faut percevoir totalement. »



L'infirmière-cheffe détaille le programme opératoire.

Changement d'optique

Cataracte Une dizaine de minutes sur la table d'opération pour chasser la cataracte. Récit d'une intervention à Lausanne.

TEXTE BENOÎT PERRIER
PHOTOS ROMAIN GRAF

Arrivé à 8 heures, il repartira le matin même avec un nouveau cristallin. Gilbert* a 76 ans et se fait aujourd'hui opérer de la cataracte à l'Hôpital ophtalmique Jules-Gonin à Lausanne. Après un enregistrement à l'accueil, on l'a accompagné au bloc opératoire. Nous le rencontrons à l'Hôpital de jour où il attend son opération après les premiers préparatifs (la pose de gouttes et d'une coque de protection).

Si Gilbert redoute l'intervention, il n'en laisse rien transpirer. Il se sait entre de bonnes mains, celles de la Doctoresse Abou Zeid qui a réalisé près de deux mille interventions de ce type. Et surtout, il était déjà là il y a deux semaines. Quand il s'est fait opérer la cataracte de l'œil droit.

Le gauche est au menu ce matin : le chirurgien va ouvrir son œil, en ôter le cristallin devenu opaque (ce qui trouble la vision) et le remplacer par une lentille artificielle. On s'interroge : voit-on le scalpel arriver devant ses yeux ? Non, par contre « on voit des choses, pas comme un kaléidoscope... disons de l'art abstrait. Et il y a ce son dans votre crâne, comme la polisseuse d'un dentiste après un détartrage. » Voit-il mieux de l'œil déjà opéré ? « Plus net, moins jaune, plus bleu. » Le retraité concède une seule crainte avec un sourire : qu'on doive refaire l'opération si nous manquons nos photos !



Quelques minutes avant le début de l'opération.

C'est un examen de routine qui a amené Gilbert à prendre la décision de se faire opérer. Tous les deux ans, sa vue doit être contrôlée pour pouvoir continuer à conduire. De plus, il consulte tous les ans son ophtalmologue. En août, celui-ci l'a averti qu'il faudrait à terme opérer sa cataracte. Ni une ni deux, l'amateur d'art (Rothko, Pollock et Matisse) a pris contact avec Jules-Gonin. «Il faut percevoir totalement».

Avant de le retrouver pour l'intervention, nous faisons le tour des quatre blocs opératoires avec Britta Hüdepohl, infirmière-chef de service. Stérilisation, réserve d'instruments, couloir variés et vue sur le lac.

Nous nous arrêtons pour détailler le programme opératoire. La cadence est importante, selon qu'il s'agisse d'injections contre la dégénérescence maculaire, de chirurgie de la cataracte ou de la myopie. En ce début de matinée, deux feuilles s'y ajoutent pour décrire les urgences. Il y en a habituellement cinq par jour au total.



Le chirurgien regarde à travers un microscope l'œil qu'il opère.

Gilbert a rejoint l'antichambre du bloc où il est placé sur une table d'opération mobile. Après un temps d'attente, il y rentre. Il est salué par la Doctresse Abou Zeid qui vient de terminer une autre intervention. L'anesthésiste vérifie quelques points avec le patient. Gilbert sera conscient, l'anesthésie n'est que locale. L'équipe se compose de quatre personnes: le chirurgien, l'anesthésiste, un infirmier instrumentiste et une aide-infirmière. S'adressant à ses collègues, le chirurgien reprend à haute voix les caractéristiques de l'opération à venir. Après désinfection, un champ opératoire vient

couvrir le corps de Gilbert et ne laisse apparaître que son œil.

Lumière, moteur, action! L'éclairage de la salle est abaissé, remplacé par le halo puissant du microscope dans lequel regarde le chirurgien pour opérer. « Cette position demande une grande concentration, expliquera-t-elle ensuite. Imaginez, je regarde vers le haut alors que mes mains sont tournées vers le bas et doivent faire des mouvements vraiment très précis. »

Une toute petite incision de la cornée est faite sans toucher l'iris. Un matériel visqueux y est injecté pour mainte-

nir le tonus de l'œil. Place à l'attaque du cristallin.

Avant de remplacer cette lentille naturelle par un substitut artificiel, il convient en effet de l'ôter. Cela ne peut se faire qu'après l'avoir coupée en quatre puis « dissous » à l'aide d'ultrasons (le fameux bruit de dentiste). Les gestes de la Doctresse Abou Zeid sont tout à la fois précis et déterminés. Dans 199 cas sur 200, l'opération se déroule parfaitement, relate-t-elle. Et dans nonante-neuf sur cent, le résultat est très satisfaisant au bout du compte.



La lentille est prête à être insérée dans l'œil. Particularité, elle est enroulée sur elle-même dans un injecteur. C'est cette technique qui permet de rendre l'opération beaucoup plus rapide et moins invasive. En effet, insérer la lentille « pliée » nécessite une incision beaucoup plus petite que si elle était à plat.

Jusque dans les années 1970, il fallait une heure d'opération et une semaine d'hospitalisation pour un remplacement du cristallin. Aujourd'hui, il s'agit d'une vingtaine de minutes à peine pour une intervention ambulatoire. Le prochain progrès (dont bénéficiera très bientôt l'hôpital) consistera à réaliser les incisions et d'autres étapes délicates avec un laser (le même que celui utilisé pour la chirurgie de la myopie). La précision accrue du rayon réduira à zéro le léger as-

tigmatisme que crée nécessairement le geste du chirurgien quand il incise la cornée, ouvre la capsule du cristallin ou le fragmente.

La lentille se déplie, elle est bien placée, les incisions de la cornée sont étanches. L'opération est finie, elle aura duré moins d'un quart d'heure.

Après une petite collation et un temps de repos, Gilbert sort de l'hôpital une heure plus tard, tout à fait alerte. Nous voit-il net ? « Mais oui, à travers la coque je vous vois très bien », sourit-il. Il appelle un taxi pour venir le chercher ; effectivement, la coque de plastique qui enserrait son œil gauche est la seule trace visible de son opération. +

*Prénom fictif



Au bout de l'injecteur, la lentille artificielle est prête à venir remplacer le cristallin.



Son second œil opéré avec succès, Gilbert* commande un taxi pour rentrer chez lui.

Se faire dialyser pour **remplacer ses reins,** **comment ça marche ?**



Technologie En novembre 2011, l'Hôpital de Morges annonçait l'acquisition de quinze nouveaux « postes » de dialyse dernier cri. Leur rôle : remplacer des reins défaillants. Mais comment marchent ces machines ultrasophistiquées ? Mode d'emploi et tour du propriétaire avec le Docteur Roberto Bullani, responsable du centre de dialyse de l'Hôpital de Morges

TEXTE MICHAEL BALAVOINE
PHOTOS ROMAIN GRAF



Roberto Bullani est néphrologue (spécialiste des reins) à l'Hôpital de Morges.



Le rôle de la dialyse est de remplacer la fonction de purification des reins.

« Les reins ont plusieurs fonctions, explique le Docteur Bullani. L'une des plus importantes, c'est d'épurer le sang des différentes substances néfastes que notre organisme produit quotidiennement pour fonctionner. » Lorsque les reins n'éliminent plus correctement ces toxines, des conséquences graves, voire même la mort, peuvent survenir. La personne concernée développe ce qu'on appelle un syndrome urémique, caractérisé entre autres par un manque d'appétit, des nausées, une perte de poids et de la fatigue. En fait, les reins sont comme le filtre d'un aquarium. Lorsque celui-ci ne marche plus, tous les poissons commencent à aller mal. C'est la même chose avec les reins : quand ils ne fonctionnent plus, c'est tout l'organisme qui commence à se dérégler.

Le rôle de la dialyse est de remplacer cette fonction de purification des reins quand celle-ci marche au ralenti. En temps normal, les reins épurent 100 à 120 ml de sang par minute. Quand ce taux descend en dessous de 10-15 ml par minute, il faut remplacer la fonction rénale par une dialyse ou par une transplantation rénale, sans quoi les malades meurent.

« Il existe plusieurs types de dialyse, explique encore le docteur Bullani. On peut choisir la dialyse péritonéale. On utilise alors la membrane qui tapisse la paroi interne de l'abdomen et des viscères, le péritoine, comme filtre naturel de dialyse. L'autre possibilité c'est l'hémodialyse : un système de filtration externe au corps. » Dans ce cas, il s'agit de faire sortir le sang du corps, de l'épurer grâce à un circuit externe où les déchets sont filtrés par une membrane artificielle, puis de le réinjecter dans l'organisme.

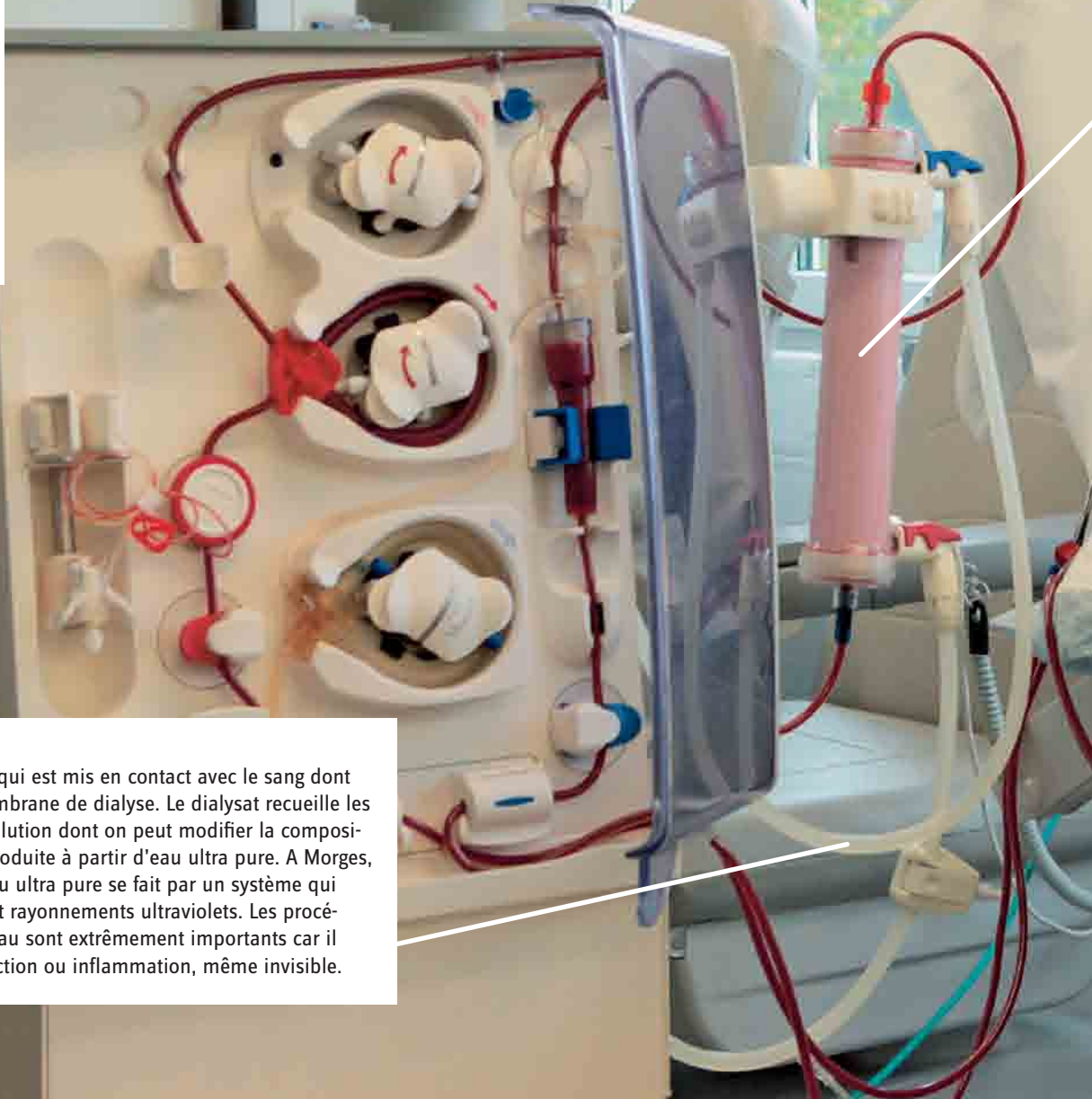
A Morges, 3000 séances de dialyse sont réalisées chaque année. Les patients, dont la plupart souffre de diabète ou d'hypertension, se rendent au centre trois fois par semaine pendant quatre heures. Dans l'établissement vaudois, ils bénéficient de la technique d'hémodialyse considérée actuellement comme la plus performante : l'hémodiafiltration (voir détail en page suivante). +

LA CARTE

Chaque appareil peut lire une carte qui contient les informations de chaque patient. Elle permet d'individualiser la prise en charge de dialyse de façon très précise. Il s'agit notamment de définir le volume du sang à épurer puis à réinjecter dans le corps et de définir la composition exacte du dialysat. Il est très important de bien paramétrer l'appareil car sinon, le patient risque des conséquences graves. Le débit de sang qui passe dans le filtre de dialyse est de 350-500 ml chaque minute. Il faut épurer le sang pendant 240 minutes, soit quatre heures.

LE DIALYSAT

Le dialysat est le liquide qui est mis en contact avec le sang dont il est séparé par une membrane de dialyse. Le dialysat recueille les déchets. Il s'agit d'une solution dont on peut modifier la composition. Cette solution est produite à partir d'eau ultra pure. A Morges, la production de cette eau ultra pure se fait par un système qui associe double osmose et rayonnements ultraviolets. Les procédés de purification de l'eau sont extrêmement importants car il faut empêcher toute infection ou inflammation, même invisible.



LE FILTRE

Le filtre est composé d'une membrane artificielle et semi-perméable qui a des pores très petits. Il sépare le dialysat du sang qui contient les déchets. Pour faire passer les déchets d'un côté à l'autre de la membrane, la machine utilise une technique qui s'appelle l'hémodiafiltration.

Elle combine hémodialyse et hémofiltration :

- L'hémodialyse utilise le principe physique de diffusion à partir d'une différence de concentration pour faire passer les molécules de l'autre côté de la membrane.
- L'hémofiltration fonctionne, elle, par convection : les molécules passent d'un côté à l'autre de la membrane en utilisant une différence de pression.
- L'hémodiafiltration, utilisée à Morges, associe les deux procédés. Elle a l'avantage de pouvoir éliminer aussi de plus grandes molécules.

LE PATIENT

Une séance de dialyse dure quatre heures. Le patient ne ressent rien de particulier et peut s'occuper normalement, en lisant des magazines voire même en surfant sur une tablette. Il est pesé avant et après la dialyse pour vérifier que l'élimination a bien produit l'effet escompté. Sauf complications, après la séance, le patient n'a pas d'effets secondaires si ce n'est un peu de fatigue.

LA FISTULE

Pour l'hémodialyse, il faut pouvoir accéder au sang. On parle d'accès vasculaire, idéalement une fistule artérioveineuse dont le principe est le suivant :

- Une veine est reliée à une artère.
- Sous la pression de l'artère, la paroi de la veine s'épaissit et devient plus résistante, ce qui permet d'avoir un plus gros débit de sang.
- Le sang est ponctionné par des aiguilles. L'une sort le sang du corps de la veine et l'autre le réintroduit dans l'artère, plus en amont de la circulation sanguine.

La fistule est généralement confectionnée au niveau du bras de la personne. On peut avoir des fistules natives (sans utilisation de prothèse) ou, en cas d'impossibilité de créer une fistule native, des fistules prothétiques (insertion d'un tube artificiel entre l'artère et la veine). En cas d'impossibilité de créer une fistule, on peut alors recourir à un cathéter.

« Donner son sang pour

Circulation Le don du sang est une étape majeure dans le bon déroulement de la chaîne médicale. Suivons son parcours entre le prélèvement et le don final grâce au Dr. Emmanuel Rigal, responsable du centre de transfusion aux Hôpitaux universitaires de Genève.

TEXTE WINNIE COVO
ILLUSTRATIONS GIGANTO.CH



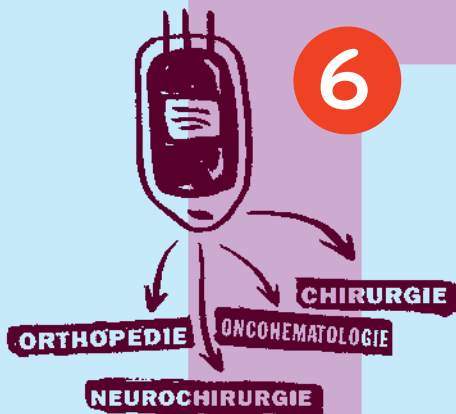
1

S'il existe une base de donneurs réguliers, les centres médicaux ont toujours besoin de nouveaux donneurs. Pour ce faire, des campagnes de don du sang sont organisées tout au long de l'année. Peuvent se présenter comme donneurs toutes les personnes en bonne santé, âgées de 18 à 60 ans et pesant plus de 50 kilos. Un homme peut effectuer ce don quatre fois par année, une femme trois. Pour les donneurs réguliers sans problèmes médicaux, le don peut se prolonger jusqu'à 70 ans.



5

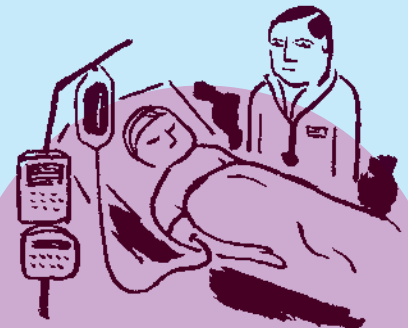
Après avoir été fractionné, le sang est validé après un contrôle de qualité. Une analyse biologique est opérée pour être certain qu'il ne contient pas d'agents pathogènes.



6

Le produit est ensuite délivré au laboratoire d'immunohématologie transfusionnelle. De là, il peut être distribué aux malades. Les globules rouges sont maintenus à 4°C et les plaquettes à 22°C; le plasma, lui, est congelé. Le sang sera alors dispatché dans les services où il sera transfusé. Il s'agit principalement des départements d'oncohématologie et de chirurgie (particulièrement en orthopédie et neurochirurgie).

7



Une fois le patient transfusé, on lance la procédure de surveillance de transfusion des produits sanguins: le système d'hémovigilance. On suit alors les effets secondaires éventuels, par exemple, une réaction transfusionnelle.

préserver la vie »

2



Les donneurs se présentent alors au centre de don du sang ou participent à des collectes externes. A leur arrivée, ils doivent remplir un questionnaire médical, répondre à quelques questions administratives, passer un entretien confidentiel, et enfin subir un test de l'hémoglobine (pour s'assurer de leur taux d'anémie).

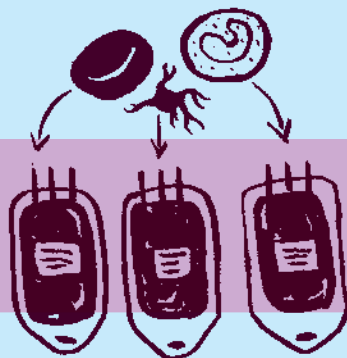
3



Arrive la phase de prélèvement. Deux possibilités se posent alors : soit on fait un prélèvement de sang total, environ 450ml, ce qui représente entre 10 et 13 % de la masse sanguine (l'opération prend 5 à 15 minutes), soit le donneur fait un don de plaquettes (il s'agit en général de donneurs réguliers). Il est alors branché à une machine qui opère une circulation extracorporelle. Les plaquettes sont prélevées, tandis que les autres composants sont réinjectés. Cela prendra environ une heure et demie.

4

Une fois le sang prélevé, il sera fractionné en trois éléments : les globules rouges, le plasma et les plaquettes. Chaque produit sera gardé dans des poches et rangé au centre de transfusion.



Genève, une exception suisse

A Genève, même si la population de donneurs réguliers est généreuse, les dons sont encore insuffisants. « Nous avons besoin de trouver chaque année 3000 nouveaux donneurs pour remplacer les fidèles qui partent avec le temps », explique le Dr. Emmanuel Rigal, responsable du centre de transfusion aux HUG. Genève compte 10 000 donneurs pour 17 000 prélèvements, ce qui est encore insuffisant. « Pour être autonomes, nous devrions prélever 24 000 fois par an, il nous manque donc 6 000

dons à l'année », continue le spécialiste. La situation particulière du canton de Genève s'explique par le fait que de manière générale, les donneurs sont issus de la classe moyenne, vivent en zone rurale et sont sédentaires, ce qui ne colle pas avec le canton du bout du lac. Pour parer au manque, Genève s'approvisionne alors dans d'autres cantons, grâce à la solidarité intercantonale. La Suisse est quant à elle autosuffisante.

L'huile de palme vraiment mauvaise pour la santé ?

Alimentation Cachée dans de nombreux aliments, elle est accusée d'être un des grands ennemis de la santé.

TEXTE LUCIE DE LA HÉRONNIÈRE ILLUSTRATIONS GIGANTO.CH

Cachée dans les biscuits, les plats préparés, les viennoiseries du supermarché, la mayonnaise en tube, le pain de mie, la fameuse pâte à tartiner aux noisettes, les céréales et bien d'autres produits, y compris bio, elle est rendue coupable de mille maux. Souvent considérée comme un ingrédient « politiquement incorrect », elle est accusée d'être un des grands ennemis de la santé. Qui est-elle ? L'huile de palme bien sûr ! Tout d'abord, qu'est-ce donc au juste cette graisse tant décriée ? Il s'agit d'une huile végétale naturelle, issue d'un palmier spécifique, le palmier à huile *Elaeis guineensis*. Comparée aux autres huiles, elle est très riche en acides gras saturés (50%), accusés de s'accumuler dans les artères et de favoriser le cholestérol.

Mauvais gras bien caché

Dans son avis sur la « réévaluation des apports nutritionnels conseillés en lipides : ni trop, ni trop peu » rendu public

en mars 2010, l'ANSES, Agence nationale de sécurité sanitaire (France), précise : « les acides gras saturés sont consommés en excès par la population française (16% des apports énergétiques en moyenne alors que l'apport nutritionnel conseillé est inférieur à 12%). Ils sont notamment constitués d'acides laurique, myristique et palmitique qui, en excès, sont athérogènes »

Justement, vous l'aurez deviné, un des composants essentiels de l'huile de palme est l'acide palmitique. Il est donc athérogène, c'est à dire qu'il favorise les dépôts graisseux à l'intérieur des vaisseaux sanguins. Et augmente par conséquent les risques cardiovasculaires quand il est consommé de manière excessive.

L'ANSES jette clairement la pierre sur l'huile de palme en expliquant :

« les lipides ont des effets bénéfiques sur la santé à condition de diversifier les apports en graisses végétales et animales pour respecter l'équilibre des apports

entre les différents acides gras. A l'exception de l'huile de palme (très riche en acide palmitique et présente dans de nombreux produits manufacturés), il est conseillé de consommer et de diversifier les huiles végétales (les huiles de colza et de noix sont les sources principales d'acide alpha-linolénique). »

Autre problème, l'huile de palme n'est pas facilement identifiable : le manque de transparence des étiquettes est la règle dans ce domaine. Ainsi, la mention « huile végétale », connoté positivement dans nos esprits de consommateurs, cache bien souvent l'utilisation de l'huile de palme.

Cette huile et ses dérivés peuvent apparaître sous des noms divers. Adrien Gontier, chimiste qui a vécu un an sans huile de palme, a dressé une liste des appellations que l'on peut rencontrer dans les rayons des supermarchés : graisse palmiste, oléine de palme, stéarine de palme...

Dans son petit guide vert, il propose une

“ L'huile de palme favorise les dépôts gras à l'intérieur des vaisseaux sanguins ”

liste des produits (alimentaires mais aussi d'hygiène ou de ménage) identifiés contenant de l'huile de palme ou des dérivés, impressionnante et pouvant évoluer de jour en jour.

Et ailleurs ?

Ceci dit, il s'agit quelque peu de soucis européens... L'huile de palme non raffinée, utilisée dans des plats traditionnels en Afrique, au Brésil ou encore en Indonésie, a quelques avantages en plus. Adrien Gontier explique qu'elle est « rouge, avec une odeur forte. On la trouve dans un plat de riz au poulet en Afrique par exemple. Mais là elle est utilisée additionnée, comme un plus, et pas pour masquer un goût ou créer une texture ».

Le jeune chimiste précise dans son dernier billet que l'huile de palme vierge – souvent consommée dans les pays producteurs – est particulièrement riche en carotènes. Mais elle perd la plupart d'entre eux lors du raffinage – qui fait changer sa couleur vers le blanc – pour une utilisation dans l'industrie agro-alimentaire. L'huile de palme non raffinée est également riche en tocophérols, un antioxydant important. Par contre, raffinée ou pas, elle est toujours très riche en acides gras saturés.

Alain Rival, chercheur qui travaille sur le sujet de l'huile de palme au Cirad (Centre de recherche agronomique pour le développement), explique d'ailleurs qu'il faut « raisonner en termes d'habitudes

alimentaires. Je vais souvent à Djakarta. Presque toute la nourriture est frite à l'huile de palme : riz, poisson, poulet... Mais les gens ont d'autres habitudes que les Européens, mangent des fruits, ignorent les fast-foods et les plats tout prêts ».

Une question de quantité

En 2010, la marque Findus a publié une étude sur le sujet en partenariat avec le nutritionniste Jean-Michel Cohen. Cette

enquête évoque une consommation moyenne individuelle de 57 grammes d'huile de palme par mois, soit 1,9 grammes par jour. Cela représente environ 10% des apports maximum en acides gras saturés. Cependant, les adeptes du grignotage et du réchauffage de surgelés peuvent dépasser les 300 g d'huile de palme par mois.

Pour Findus, il s'agit d'une consommation « inconsciente et non maîtrisée ». La marque en profite d'ailleurs pour annon-



cer à grand renfort d'outils de communication la suppression de l'huile de palme dans ses produits...

Pour l'ANSES, les acides gras saturés laurique, myristique et palmitique ne doivent pas dépasser 8% de l'apport énergétique total, en sachant que le total des lipides recommandé est de 35 à 40%. Ce n'est donc pas une recommandation, mais un seuil juste avant l'excès. Pour l'EfSA (l'Autorité de sécurité alimentaire européenne), comme il existe une relation entre l'apport en acides gras saturés et l'augmentation du cholestérol, « un seuil d'apport d'acides gras saturés en-dessous duquel aucun effet indésirable n'est observé ne peut pas être défini. Dès lors un apport maximal tolérable ne peut pas non plus être fixé ».

Il s'agit donc d'être raisonnable... La diététicienne Brigitte Coudray explique que « ces acides gras saturés présents dans l'huile de palme ne sont pas des amanites phalloïdes ! Il y a des risques cardio-vasculaires en cas d'excès. Mais il ne faut pas oublier que l'augmentation du cholestérol est multi-factoriel ».

Penser global

L'huile de palme est un lipide « caché » (entrant dans les recettes de l'industrie alimentaire) en opposition aux lipides « visibles » (huile de cuisson, beurre, qu'on utilise en tant que graisse). Brigitte Coudray déclare en effet que « l'huile de palme est décriée car on ne la trouve pas dans le commerce à l'état brut. Elle entre dans la composition de plats cuisinés, biscuits, etc. Le problème c'est que l'on en consomme sans s'en apercevoir. Il faut donc lire les étiquettes ou cuisiner soi-même ! »

Il faut également penser global, car il y a des acides gras saturés dans les autres huiles. Même si l'huile de palme en contient 50%, l'huile d'olive en contient 15%, l'huile de tournesol 11,5%, l'huile de colza un peu plus de 7,5%... Autrement dit, si on consomme beaucoup d'huile de tournesol avec des légumes, on peut ingérer plus d'acides gras saturés que quelqu'un qui consomme une petite tartine de Nutella à l'huile de palme chaque matin !

« Même pour Findus, les adeptes du grignotage et du réchauffage de surgelés ont une consommation « inconsciente et non maîtrisée » »

Près de 60% du gras contenu dans le beurre est également saturé. Mais celui-ci a l'avantage d'être riche en vitamine A...

Pour la diététicienne Ariane Grumbach, « il y a des matières grasses saturées naturellement dans l'alimentation, dans la viande par exemple. Celle qui compose l'huile de palme n'est pas mauvaise en soi, elle est devenue mauvaise par les quantités consommées, qui ont beaucoup augmenté depuis 20 ou 30 ans. L'important, c'est de limiter la consommation d'aliments industriels. Ou au moins, regarder la liste des ingrédients, et comme le conseille Mi-

chael Pollan, ne pas manger ce que votre grand-mère n'aurait pas connu... »

Et de préciser : « l'huile de palme bio ou durable a exactement les mêmes conséquences sur la santé ! Il vaut donc mieux acheter des aliments bruts à cuisiner... C'est mieux d'un point de vue économique, gustatif, nutritionnel. Mais c'est comme tout, l'huile de palme occasionnellement n'est pas dangereuse ! ». Tout comme on ne mange pas une demi-plaque de beurre par jour, il ne faut donc pas abuser d'huile de palme.

Alors, est-ce qu'il y a des matières grasses à privilégier ? L'ANSES a proposé une nouvelle classification distinguant les acides gras « indispensables », dont font partie les oméga 3 et 6 par exemple, et les « non indispensables », comme les acides gras saturés. On n'a donc absolument pas besoin d'une dose de Nutella quotidienne, par contre il est indispensable de manger régulièrement du poisson...

Et Ariane Grumbach conclut que « le tout huile d'olive n'est pas non plus une solution. Alors j'encourage une consommation de gras raisonnable et surtout variée ! ». Le meilleur moyen de prendre conscience des quantités de graisses qu'on consomme est donc extrêmement simple : cuisiner. +

Un article de :

Slate

PUBLICITÉ



Couches d'incontinence Euron®

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

Nos atouts qui nous différencient des autres marques :

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

Notre gamme :

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



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

Dans la lune? Non, absent !

Epilepsie Les « absences » sont l'une des nombreuses formes d'épilepsies. Ces épisodes, brefs et transitoires, nécessitent une prise en charge pour éviter qu'ils ne perturbent la scolarité. **Explication.**

TEXTE ÉLODIE LAVIGNE ILLUSTRATIONS GIGANTO.CH

A l'évocation du mot «épilepsie», on pense immédiatement à une personne en proie à d'impressionnantes secousses. De telles crises sont appelées «tonico-cloniques généralisées» en raison du sursaut violent, de la chute et des secousses des quatre membres qui les caractérisent. Or, il ne s'agit là que d'une des nombreuses manifestations de l'épilepsie. En effet, le grand public l'ignore souvent, mais il en existe en réalité de nombreuses formes. Les spécialistes parlent d'ailleurs «des épilepsies». Cependant, ses différentes expressions traduisent toutes une activité soudaine, excessive et désordonnée de groupes de neurones dans le cerveau. Ce sont la localisation et l'étendue de cet «orage» qui déterminent l'ampleur et la nature des symptômes.

Des pertes de conscience discrète mais gênantes

Ainsi, la maladie épileptique peut aussi s'exprimer de façon très discrète, au travers de phénomènes appelés « absences ». L'épilepsie-absences touche les enfants de quatre à huit ans environ. Ces épisodes se caractérisent par une brève perte de conscience, sans chute ni

mouvement. Pendant une dizaine de secondes, l'enfant « décroche » : il reste immobile, le regard perdu, insensible aux sollicitations de son entourage. Après ce laps de temps, il reprend ce qu'il était en train de faire.

Malgré leur caractère bénin et éphémère, ces absences doivent toutefois être prises au sérieux, comme l'explique le Dr Charles-Antoine Haenggeli, neuropédiatre à Genève et co-auteur d'un ouvrage sur la question (lire l'encadré) : « Généralement, ces épisodes sont dans un premier temps considérés par les observateurs comme étant des moments de rêverie, mais ils ont tendance à devenir de plus en plus nombreux et à perturber le travail scolaire de l'enfant. Les difficultés d'apprentissage qui en découlent se répercutent sur les notes et menacent la réussite scolaire. De plus, un accident, par exemple à vélo, même s'il est exceptionnel, n'est pas exclu ». Pour ces raisons, un traitement médicamenteux est en général proposé durant quelques années.

Comme le souligne le spécialiste, c'est le plus souvent dans le cadre scolaire que les absences sont repérées : « L'enfant s'arrête soudainement de lire, d'écrire ou de dessiner, il ne réagit pas si on l'ap-



En librairie

Sur la base de quatre cas d'enfants épileptiques, les auteurs ont cherché à démystifier une maladie fréquente, mais qui reste mal connue du grand public. Dans un langage médical vulgarisé, ils évoquent les contours de ce symptôme dont le spectre est large. En marge des classifications diagnostiques et des traitements, les auteurs consacrent également tout un volet au quotidien des enfants épileptiques et de leur famille. Un ouvrage riche en informations et en couleurs, grâce aux nombreuses illustrations du dessinateur Pécub.

Anne et ses copains, quatre enfants atteints d'épilepsie, Charles-Antoine Haenggeli et Christian Korff, éditions Médecine & Hygiène, 2012.



pelle et ne se rend pas compte de ce qui se passe autour de lui. Quand il reprend conscience, il poursuit son activité comme si de rien n'était, en réalisant parfois qu'il y a eu un petit couac». Heureusement, ce type de problème est généralement bien dépisté et des traitements efficaces et le plus souvent bien to-

lésés existent. Il survient chez des enfants qui sont par ailleurs en parfaite santé et ne conduit pas au développement ultérieur d'autres formes d'épilepsies. Parfois d'autres membres de la famille en ont aussi souffert. L'épilepsie-absences guérit après quelques années. +

Qu'est ce qu'une crise d'épilepsie ?

C'est une affection caractérisée par une décharge électrique simultanée d'une grande population de neurones.



1

Crise partielle

Le foyer épileptique est circonscrit à une zone limitée.

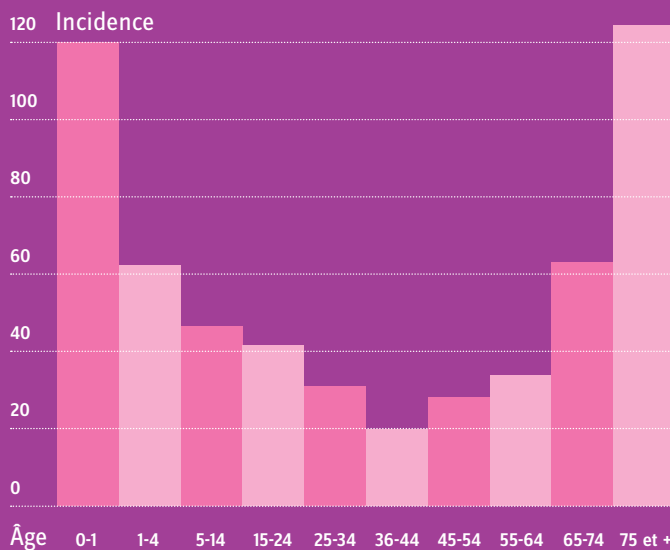


2

Propagation de la crise

Certaines crises partielles peuvent se généraliser.

Les enfants et les personnes âgées représentent la population la plus touchée



Les bons gestes

Les crises d'épilepsie généralisées de type tonico-clonique sont impressionnantes. Que faire lorsqu'une telle situation se présente ?

- Si l'enfant n'a jamais fait de telle crise ou n'est pas connu pour être épileptique, appeler le 144. Il devra être transféré à l'hôpital pour subir des investigations, même si la crise s'est arrêtée à l'arrivée de l'ambulance.
- Déplacer l'enfant dans un endroit sûr, à l'abri de coins de table ou de meubles, pour éviter tout risque de blessures.
- Lui enlever tout objet qu'il pourrait tenir dans ses mains, en particulier les objets pointus ou tranchants (stylo, couteau).
- Placer un coussin ou un vêtement sous sa tête pour le protéger.
- Laisser l'« orage » passer. Ne pas tenter de le réanimer (bouche à bouche) : ce n'est pas nécessaire et pourrait au contraire être dangereux.
- Le mettre sur le côté, surtout en cas de vomissement ou de salivation, pour éviter les risques d'étouffement.

Elodie Lavigne



3

Crise généralisée

Tous les neurones sont touchés. La crise peut être marquée par un début brutal.

Source : lefigaro.fr

Retrouvez le descriptif de 100 autres maladies sur www.planetesante.ch

La vraie grippe frappe toujours en fin d'année

Hiver Si tout va bien la grippe ne devrait pas frapper à notre porte avant le mois de décembre. Il est peut-être encore temps de faire le point sur la maladie. Entretien avec le Professeur Claire-Anne Sigriest, pédiatre et présidente de la commission fédérale de vaccination.

PROPOS RECUEILLIS PAR WINNIE COVO PHOTOS ROMAIN GRAF

Qu'est-ce qu'une grippe exactement ?

La grippe est une infection causée par le virus influenza. Virus respiratoire, il fait généralement, mais pas toujours, couler le nez, donne de la fièvre, des courbatures, un rhume et de la toux. Si l'on entend en novembre déjà des gens se dire victimes de la grippe, c'est tout à fait faux ! Ils sont pour l'heure sous le coup d'un rhinovirus (un virus qui se multiplie dans les voies nasales) qui circule. L'influenza quant à lui se balade encore entre l'hémisphère sud et l'hémisphère nord, et n'est pas arrivé en Suisse.

Quel est le traitement idéal ?

Pour les personnes en bonne santé, il n'y a pas grand-chose à faire d'autre que d'augmenter son confort au maximum en diminuant la force de la réaction inflammatoire, c'est-à-dire de la fièvre. En cas de forte fièvre en effet, il faut tout

faire pour la calmer, boire beaucoup, rester tranquille et surtout attendre que ça passe.

Le problème de la grippe n'est pas la maladie en tant que telle mais plutôt les complications qu'elle peut engendrer chez des personnes soit très jeunes, soit très âgées, ou alors qui ont des facteurs de risque comme la grossesse par exemple ou des affections qui les fragilisent. Pour elles, la grippe peut alors entraîner diverses maladies comme des pneumonies, ou des complications neurologiques. C'est dans ce genre de cas qu'il faut faire attention.

La grippe fait le tour du monde chaque année. Comment s'effectue son périple ?

Elle est tout simplement véhiculée par les humains. La grippe se développe par exemple en Australie durant l'hi-





“La grippe est une infection parfois pénible, mais bénigne chez les gens en bonne santé.”

ver, notre été donc (juillet-août). Les virus se promènent alors de personnes en personnes, puis certaines d'entre elles prennent l'avion, le train ou le bateau et les virus circulent avec elles. Elle suit alors le parcours de l'humain, se développant en hiver, changeant de pays avec les saisons.

Quand va-t-elle arriver en Suisse ?

C'est rarissime chez nous qu'elle arrive avant le mois de décembre. Elle s'installe en générale entre décembre et mars. A l'approche de la période épidémique, on est désormais en mesure de prédire son arrivée, à plus ou moins quinze jours. On remarque en effet son arrivée au nord de l'Europe, puis on peut la voir descendre par le nord de la France. C'est très souvent par Genève qu'elle fait son entrée en Suisse, elle continue par la suite vers l'est.

Peut-on déjà prévoir l'intensité de la maladie ?

Pour comprendre quelle sera sa puissance, on étudie comment les virus qui circulent se comportent dans les autres pays. Cette année par exemple, si l'on regarde ce qui s'est passé en Australie, on s'aperçoit qu'il y a eu une vraie « belle » épidémie, avec deux fois plus de cas que l'année dernière. Le grippe a touché surtout les enfants de moins de cinq ans et les personnes de 70 ans et plus. Bon nombre d'entre eux ont dû être hospitalisés. Maintenant, il est aussi probable que le virus mute avant d'arriver sous nos latitudes.

A qui s'adresse le vaccin contre la grippe ?

La grippe est une infection parfois pénible, mais bénigne chez les gens en bonne santé. Les recommandations médicales de vaccination contre la grippe s'adressent alors aux personnes à risque de complications, ainsi qu'à leur entourage. Actuellement en Suisse, la vaccination est recommandée pour les personnes malades ou fragilisées, aux femmes enceintes (la grossesse étant un facteur des risques de complications au deuxième et troisième trimestres pour la mère, et aussi parce que la vaccination des femmes enceintes génèrent des anticorps qui



Les effets de la grippe en Suisse, et en chiffres

1 500 personnes meurent chaque année de la grippe en Suisse.

90% des décès concernent des personnes de plus de 65 ans.

1 000 à 5 000 personnes doivent être hospitalisées.

100 000 à 250 000 consultations médicales, en lien avec la grippe, ont lieu chaque année.

Six mois, c'est le temps durant lequel la vaccination protège de la maladie.



Pour les personnes en bonne santé, il faut calmer la fièvre, boire beaucoup, rester tranquille et attendre.

sont transmis au bébé et le protège pendant les premiers mois de sa vie). Elle est également recommandée chez les personnes âgées, considérant que très souvent avec l'âge apparaît aussi une diminution des compétences immunitaires et donc une augmentation du risque de complications. Enfin, on recommande à toutes les personnes qui sont en contact avec des bébés de moins de six mois de se faire vacciner pour éviter de les contaminer (les bébés de moins de six mois étant à risque, mais ne pouvant pas être vaccinés).

Quand faut-il se faire vacciner ?

Il faut au moins quinze jours pour que l'immunité soit déclenchée. La grippe pouvant arriver en décembre, le meilleur moment pour se faire vacciner est entre mi-octobre et mi-novembre, fin novembre au plus tard.

Quels en sont les effets secondaires ?

Les effets secondaires du vaccin ne sont pas liés au vaccin lui-même, mais aux réactions qu'il déclenche. Il peut s'agir très rarement de réactions allergiques (comme pour tout médicament), bien

que généralement on note des réactions inflammatoires avec douleurs à l'endroit de la piqûre pendant les deux jours qui suivent la vaccination. Plus rarement, la zone touchée peut devenir rouge, chaude ou gonflée. Chez certaines personnes enfin, cette réaction locale peut se traduire par des maux de tête ou des sensations de fatigue liées à l'inflammation. Le tout passe en deux ou trois jours. +

Chiens, chats et furets sont eux aussi touchés

Grippe Vétérinaires et virologistes mettent en garde aujourd'hui contre un nouveau risque : celui de la transmission du virus grippal de l'homme à ses animaux domestiques, à commencer par les chats, les chiens et les furets. On parle ici de « zoonose inverse ». Que faut-il savoir en pratique ?

TEXTE JEAN-YVES NAU

Une publication signée par des scientifiques de l'Oregon State University vient d'être publiée dans la revue américaine *Veterinary Pathology*. Ceux-ci expliquent qu'à l'approche de la saison de grippe, les personnes qui tombent malades ne savent généralement pas encore qu'elles peuvent transmettre la grippe non seulement à d'autres humains, mais aussi à des animaux, à commencer par les

a ainsi fallu compter avec le H5N1 (grippe aviaire) puis le H1N1 (pandémie grippale de 2009). Nous avons alors découvert à cette occasion que de nouvelles souches de virus grippaux peuvent évoluer au sein des populations animales comme les porcs et les oiseaux ; et que ces souches peuvent finalement affecter les populations humaines. On sait toutefois moins que les humains infectés peuvent à leur tour contaminer des animaux.

Les cas connus et parfaitement documentés ne sont certes pas légion et les conséquences pour la santé publique des « zoonoses inverses » restent à déterminer. Les premiers cas connus ou suspectés avaient été enregistrés durant la pandémie de 2009 et la question s'était alors posée de la grippe chez des animaux domestiques.

Aux Etats-Unis, dans l'Etat de l'Oregon, le propriétaire

d'un chat était tombé gravement malade du fait d'une infection grippale et avait dû être hospitalisé. Alors qu'il était encore à l'hôpital, son chat - un chat d'intérieur, sans exposition connue à d'autres personnes malades ou à des animaux

“ On ne sait pas pour l'heure si un chat (ou un autre animal de compagnie) infecté par un virus grippal pourrait contaminer ses maîtres humains. ”

animaux de compagnie : les chats et les chiens, bien sûr mais aussi les furets qui font l'objet d'un certain engouement chez les amis des bêtes. On a appris ces dernières années à regarder différemment la grippe et les virus qui en sont la cause. Il

sauvages - devait également mourir d'une pneumonie causée par une infection due au virus H1N1. Depuis, les chercheurs ont identifié un total de treize chats et un chien avec une infection pandémique H1N1 en 2011 et 2012, infections qui semblaient toutes avoir été contractées auprès d'humains infectés dans un environnement domestique. Il en fut de même pour des furets. Tous les symptômes des animaux étaient semblables à ceux des humains. D'autres études, sérologiques, suggèrent qu'il y avait eu beau-

coup plus de chats et de chiens domestiques infectés par le virus de la grippe que ceux qui ont été diagnostiqués concrètement. La transmission naturelle et expérimentale du virus H3N2 de la grippe chez les chiens aux chats en Corée du Sud a aussi montré le potentiel du virus de la grippe à se transmettre entre différentes espèces animales. A l'inverse, on ne sait pas pour l'heure si un chat (ou un autre animal de compagnie) infecté par un virus grippal pourrait contaminer ses maîtres humains. En pratique, les spécia-

listes américains encouragent désormais les propriétaires de chats et de chiens à consulter un vétérinaire dès lors que leur animal présentera des signes d'infection respiratoire alors même qu'eux se savent (ou pensent être) infectés par un virus de la grippe. +



Ce n'est pas le froid qui enrhumme

Rhume L'hiver rime avec nez qui coule et mal à la gorge. Ennuyeux mais pas grave. Faites avec les Drs Anne Iten et Elsa Piotet le tour du refroidissement en cinq questions.

PROPOS RECUEILLIS PAR BENOÎT PERRIER

Qu'est-ce qu'un refroidissement ?

Le refroidissement est un terme commode pour décrire un état fréquent en hiver où le nez coule (rhume), où l'on peut aussi avoir mal à la gorge et, potentiellement, une extinction de voix. Les médecins n'utilisent pas cette appellation mais lui préfèrent celle de rhinite pour une inflammation du nez ou de rhinopharyngite pour une inflammation du nez et du haut de la gorge.

Le refroidissement est généralement sans gravité. Si toutefois on « se sent tellement mal » (fatigue, abattement, fièvre, toux, douleurs notamment) que l'on doit garder le lit, il faut consulter son médecin, prévient Anne Iten, médecin au service de Prévention et contrôle de l'infection aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). De même, les patients les plus fra-

giles (s'ils sont âgés, s'ils souffrent d'une maladie chronique, si leur immunité est diminuée ou s'il s'agit d'une femme enceinte) doivent contacter leur médecin. Ce dernier pourra faire un frottis du nez et de la gorge pour déterminer de quel virus précis il s'agit.

Mais ce n'est pas une grippe ?

Non, la grippe est une maladie bien particulière. Elle provoque généralement une forte fièvre, des douleurs dans les muscles et les articulations, des maux de tête et de gorge. «Avoir une vraie grippe, c'est quelque chose dont l'on se souvient», remarque la doctresse.

Ce n'est pas non plus une sinusite, on aurait alors mal au-dessus des yeux, voire mal aux dents. Pas plus qu'une angine où l'on aura très mal à la gorge, de la

peine à déglutir. Dans tous ces cas, il faut consulter son médecin.

Se couvrir aide-t-il à s'en prémunir ?

Non. Contrairement à ce que l'on pense habituellement, le froid ne cause pas directement le refroidissement. Les coupables sont des virus, le rhinovirus par exemple, explique Anne Iten.

Dans nos contrées, durant les périodes où le temps est sec et froid (à la fin de l'automne et en hiver), la survie des virus responsables des refroidissements est prolongée à l'extérieur du corps. Comme les gens ont, à ces périodes, tendance à se regrouper dans des espaces clos, ces virus se transmettent plus facilement entre les individus.

Ils le font par les gouttelettes générées lors de la parole, lors de la toux ou de

l'éternuement et aussi par contact avec de la salive ou des sécrétions nasales contaminées. Sans compter que l'air froid rend la muqueuse nasale plus sensible aux virus.

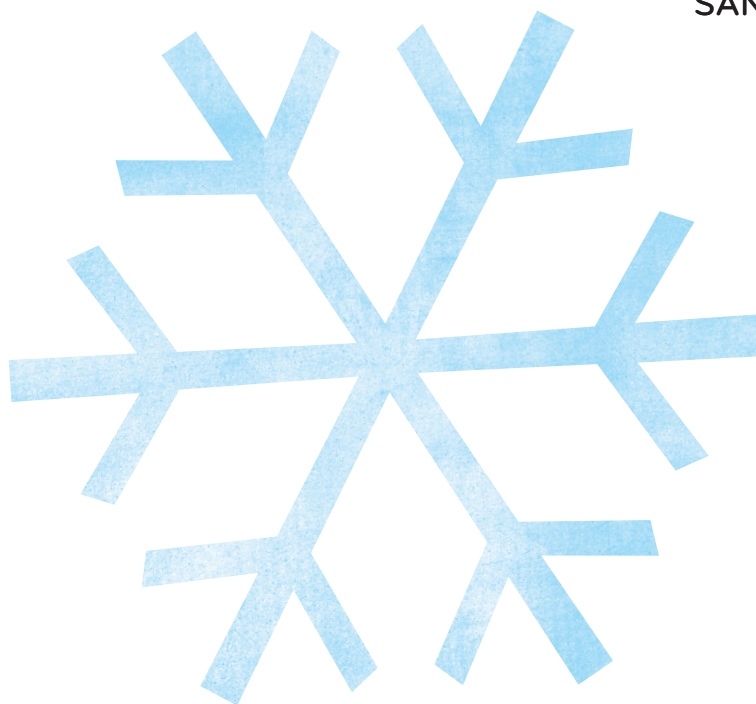
Peut-on quand même s'en protéger ?

Oui. L'hygiène est un bon rempart. Se laver régulièrement les mains entrave la transmission des virus. Si vous êtes amené à rencontrer une personne souffrant d'un refroidissement, faites en sorte de garder une distance d'un mètre entre elle et vous. Dans la mesure du possible, évitez les embrassades. De son côté, la personne enrhumée devrait idéalement préférer les mouchoirs en papier et adopter le rituel suivant : se moucher, jeter le mouchoir usagé dans une poubelle et se laver les mains ensuite.

Comment traiter un refroidissement ?

De manière générale, il est important de bien s'hydrater, en buvant du thé par exemple (que l'on peut additionner de miel pour soulager la gorge). On peut aussi essayer de faire tomber la fièvre à l'aide de médicaments (du paracétamol habituellement). Il est toutefois rare qu'un simple refroidissement provoque de la fièvre.

Les symptômes du « rhume », c'est-à-dire le nez qui coule et le nez bouché peuvent être améliorés par des rinçages du nez avec une solution isotonique ou de l'eau salée, détaille Elsa Piotet, cheffe de clinique en ORL au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). On peut également utiliser des gouttes dites vasoconstrictrices. Celles-ci diminuent la congestion nasale en réduisant le diamètre des vaisseaux sanguins, et sou-



“ Le refroidissement est généralement sans gravité. ”

lagent donc la sensation de nez bouché. Attention toutefois, on ne peut les utiliser que cinq à sept jours de suite, faute de quoi on peut développer une accoutumance et une obstruction nasale chronique. Votre pharmacien devrait vous rendre attentif à ce fait quand il vous remet ces gouttes.

Pour soulager la douleur en général (maux de tête, mal de gorge), on prendra du paracétamol ou éventuellement des anti-inflammatoires (ibuprofène par exemple). Pour soulager le mal de gorge, on recommande des gargarismes au bi-

carbonate de soude ou l'usage de sprays anesthésiants.

Il existe enfin des médicaments (Prétuval® ou Neocitran® par exemple) qui ciblent tous les symptômes du refroidissement (fièvre, douleur, congestion, fatigue) en associant plusieurs substances. Ils ne sont pas à proscrire mais il faut être attentif à un éventuel surdosage si l'on prend aussi l'une de ces substances séparément, le paracétamol par exemple. Votre pharmacien sur ce point saura vous renseigner.

Enfin, rappelons la précaution exposée plus haut : si vous souffrez d'une maladie chronique ou si vous êtes une femme enceinte, prenez contact avec votre médecin pour lui demander conseil. +

PUBLICITÉ

snortec

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

www.snortec.ch

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

L'angine de poitrine

Maladie L'angine de poitrine est une douleur du muscle cardiaque (cœur) causée par un manque d'oxygène provoqué par un rétrécissement ou un spasme d'une artère.

TEXTE DR DIDIER LOCCA ET PR PIERRE VOGT

Brève description

L'angine de poitrine est un type particulier de douleur dans la poitrine qui se manifeste lorsque le muscle cardiaque (myocarde) ne reçoit pas assez d'oxygène (transporté par le sang). Elle survient en conséquence d'un rétrécissement (athérosclérose: dépôt de cholestérol dans la paroi de l'artère) ou d'un spasme d'une ou plusieurs artères amenant le sang aux différentes régions du cœur (les artères coronaires). Les douleurs surviennent en général à l'effort, mais elles peuvent aussi apparaître lors de l'exposition au froid, lors d'une émotion forte, après un repas copieux, voire parfois même au repos (c'est alors un signe de gravité). Elles durent en moyenne de une à quinze minutes (cinq à 30 minutes en cas de spasme coronarien) et sont habituellement soulagées par le repos ou la prise d'un médicament appelé nitroglycérine (trinitrine).

Les douleurs peuvent survenir à n'importe quel moment de la journée (ou de la nuit), mais elles sont en général plus fréquentes entre 6 heures du matin et midi.

Symptômes

Les symptômes les plus courants de l'angine de poitrine sont:

- une douleur le plus souvent localisée dans la poitrine, derrière le sternum ou légèrement à sa gauche (sensation d'oppression, de serrement, de broiement, de constriction). Cette douleur peut *irradier* vers d'autres parties du corps:

- omoplate, bras, cou, ou mâchoire inférieure, le plus souvent à gauche;
- un sentiment de malaise, de vertige, ou des étourdissements;
- des sueurs froides et une peau moite;
- des palpitations;
- des nausées, des vomissements, une sensation d'indigestion ou de brûlures gastriques;
- une gêne respiratoire (sentiment d'avoir le souffle court).

Causes

La cause la plus fréquente de l'angine de poitrine est la diminution du calibre (et par conséquent du débit sanguin) d'une ou de plusieurs artères coronaires par l'athérosclérose (ou un spasme) ce qui limite l'apport d'oxygène au muscle cardiaque. Le cœur est un muscle qui ne s'arrête jamais de battre, il a donc besoin d'un apport d'oxygène continu et adapté à l'intensité du travail qu'il doit fournir (les artères coronaires se dilatent lorsque le cœur a besoin de plus d'oxygène). Les douleurs apparaissent lorsque les besoins du cœur en oxygène sont augmentés (exercice, stress, digestion) et/ou s'ils ne peuvent pas être satisfaits par les possibilités d'adaptation des artères coronaires.

Des causes plus rares de l'angine de poitrine sont: l'anémie, les troubles du rythme cardiaque (arythmies), l'insuffisance cardiaque, une anomalie des valves cardiaques ou l'hyperthyroïdie (production exagérée d'hormones par la glande thyroïde).

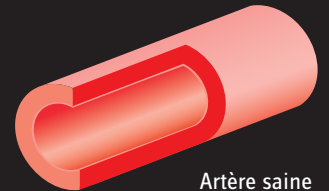
Angine de poitrine

L'angine de poitrine se caractérise par une douleur dans la poitrine.

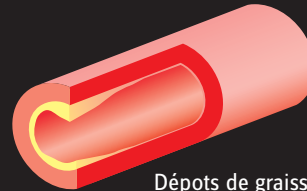
Le muscle cardiaque (myocarde) ne reçoit plus assez d'oxygène (transporté par le sang).

Athérosclérose

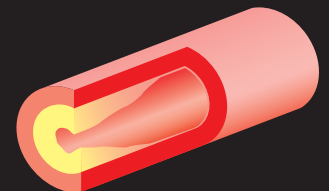
Le calibre d'une ou de plusieurs artères coronaires est diminué par des dépôts graisseux. C'est l'athérosclérose, un phénomène qui augmente avec l'âge, le tabagisme et la sédentarité.



Artère saine



Dépôts de graisses

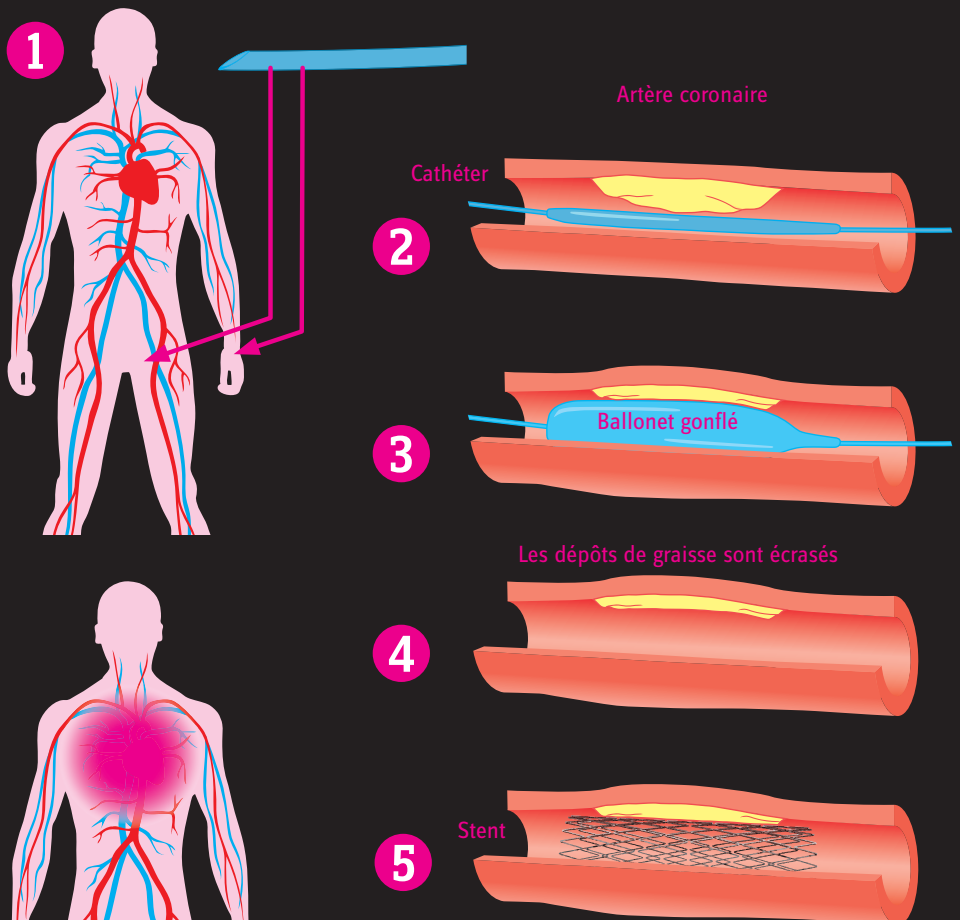


Rétrécissement entravant le flux sanguin

Traitement: l'angioplastie

Outre des médicaments anti-angi-neux qui améliorent la circulation sanguine, les spécialistes recourent à l'angioplastie pour traiter la maladie.

- 1 Un cathéter est introduit par l'artère fémorale (aine) ou radiale (poignet)
- 2 Le cathéter permet d'amener un ballonnet dans la zone rétrécie
- 3 Le ballonnet est gonflé et les dépôts de graisses sont écrasés
- 4 Le cathéter est retiré, la dilatation a élargi l'artère, la circulation redevient normale
- 5 Parfois, une prothèse appelée stent est posée pour maintenir l'artère ouverte



Facteurs de risque

Les risques de développer une athérosclérose (et donc une maladie coronarienne) sont augmentés en présence des facteurs suivants :

- sexe masculin
- présence d'une maladie coronarienne dans la famille (père ou frère avant 50 ans, mère ou sœur avant 55 ans)
- diabète
- hypercholestérolémie (excès de cholestérol avec cholestérol LDL haut et cholestérol HDL bas)
- hypertension artérielle
- tabagisme
- sédentarité (pas assez d'exercice physique)
- stress
- obésité, surtout en cas d'augmentation de la graisse abdominale.

Traitement

Le traitement de la crise d'angine de poitrine est principalement médicamenteux : les médicaments *anti-angineux* (vasodilatateurs) augmentent le calibre des artères coronaires et par conséquent améliorent le débit sanguin et l'apport en oxygène au myocarde (exemple : nitroglycérine (Trinitrine et autres)).

Le traitement interventionnel, appelé *angioplastie*, consiste en l'introduction d'un cathéter dans l'artère coronaire pour dilater la région responsable des douleurs angineuses. Parfois, une prothèse appelée stent (« ressort ») est aussi implantée pour maintenir l'artère bien ouverte. Cette intervention s'effectue en passant par l'artère fémorale (pli de l'aîne) ou l'artère radiale (poignet) après anesthésie locale en salle de cathétérisme cardiaque.

Lorsque la maladie coronarienne est sévère, principalement chez les patients diabétiques, une opération du cœur peut être nécessaire. Cette opération, appelée pontage aorto-coronarien (ou « bypass ») permet de rétablir une bonne circulation en confectionnant un « pont » par-dessus l'obstruction à l'aide de vaisseaux déviés (artère interne de la poitrine) ou prélevés ailleurs (veine de la jambe).

Evolution et complications possibles

Sans modifications des habitudes de vie ou de traitement préventif, la maladie coronarienne s'aggrave progressivement. Avec l'augmentation de l'athérosclérose, le calibre des artères se rétrécit de plus en plus et les douleurs peuvent se manifester même au repos (ou la nuit). Un infarctus ou une insuffisance cardiaque peuvent alors survenir.

Comme l'athérosclérose ne concerne pas uniquement les artères coronaires, mais celles de tout l'organisme, elle peut aussi provoquer un accident vasculaire cérébral (attaque cérébrale) ou une insuffisance rénale.

Prévention

Les crises d'angine de poitrine peuvent être prévenues par l'administration de nitroglycérine (Trinitrine ou autres) immédiatement avant la pratique de l'activité qui déclenche les crises chez les patients déjà connus et suivis pour de l'angine de poitrine.

A plus long terme, la prévention *des complications* consiste à supprimer ou traiter les facteurs de risque cardiovasculaires responsables de la maladie coronarienne (athérosclérose), ce qui nécessite à la fois une *modification des habitudes de vie* (arrêt du tabagisme, perte de poids, alimentation saine (régime crétois)), activité physique régulière, gestion du stress) et le traitement des éventuelles maladies telles que l'hypertension artérielle, le diabète et l'hypercholestérolémie.

Quant à la prévention de *l'infarctus*, elle se fait notamment par l'administration de faibles doses d'aspirine (le plus souvent 100 mg/jour).

Informations utiles au médecin

Pour préciser le diagnostic, le médecin s'intéressera en particulier :

- aux facteurs de risque : présence de maladies cardiaques dans la famille, habitudes de vie, autres maladies (diabète, hypertension artérielle, excès de cholestérol) ;
- aux douleurs : fréquence, localisation et irradiation, facteurs déclenchants (stress, émotion forte, activité physique inhabituelle, exposition au froid, etc.)
- aux médicaments habituels, y compris ceux obtenus sans ordonnance.

Examens

En fonction des informations fournies et des résultats de l'examen physique (qui pourra comprendre la mesure du poids, du tour de taille et de la pression artérielle), le médecin prendra la décision d'effectuer un ou plusieurs des examens complémentaires suivants :

- électrocardiogramme (ECG : enregistrement de l'activité électrique du cœur) à la recherche de signes d'ischémie myocardique ou d'un infarctus précédent connu ou passé inaperçu ;
- analyse de sang : notamment mesure du cholestérol, des triglycérides, du glucose ;
- radiographie du thorax ;
- échographie cardiaque à la recherche de signes d'une insuffisance ou d'un mauvais fonctionnement cardiaque ;
- test d'effort.



Retrouvez le descriptif de 100 autres maladies sur www.planetesante.ch



ANNE ET SES COPAINS
 Quatre enfants atteints d'épilepsie
 Texte de Charles-Antoine Haenggeli et Christian Korff
 Illustrations de Pécub

ANNE ET SES COPAINS
 Quatre enfants atteints d'épilepsie
 Charles-Antoine Haenggeli, Christian Korff
 Illustrations de Pécub

L'épilepsie: Qu'est-ce que c'est? Comment vivre avec?
 Comment la soigner?

Il existe de nombreuses formes d'épilepsie, dont la sévérité
 et l'évolution sont très variables.

Ce livre a été écrit pour les enfants atteints et leurs
 familles. Il aborde, par l'intermédiaire de quatre enfants
 et adolescents, différentes formes d'épilepsie, leur origine,
 les traitements disponibles et quelques-unes des règles à
 respecter dans la vie quotidienne, à l'école, pendant les
 vacances.

georg **MC H** MÉDECINE & HYGIÈNE

Pour commander: www.medhyg.ch/epilepsie



Pour une meilleure qualité de vie.

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

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



Pour savourer sans les effets secondaires.



Les enjeux du diagnostic préimplantatoire

Grossesse Totalement interdit en Suisse, le diagnostic préimplantatoire (DPI) pourrait y être autorisé dans un futur proche, mais avec d'importantes restrictions.

TEXTE PROFESSEURE VALÉRIE JUNOD ADAPTATION* PHILIPPE BARRAUD

De nombreux couples ont recours à la fécondation *in vitro*. Lorsqu'ils sont porteurs de maladies génétiques connues, comme la mucoviscidose, ils aimeraient éviter de transmettre cette maladie à leur enfant. Ils voudraient pouvoir effectuer les tests nécessaires au tout début du développement de l'embryon en laboratoire (*in vitro*), lorsqu'il ne compte encore que cinq cellules, pour ensuite déterminer s'il doit être implanté ou non - ce qu'on appelle le diagnostic préimplantatoire ou DPI. Or, ces investigations sont interdites en Suisse, alors même qu'elles sont possibles dans de nombreux pays qui nous entourent, à l'exception de l'Autriche et de l'Italie.

Une alternative lourde

Pour les couples concernés, l'alternative est lourde, risquée, et psychologiquement éprouvante: en effet, ils doivent

alors recourir à un diagnostic prénatal, qui consiste en un prélèvement *in utero*, après dix à 22 semaines de grossesse, selon la technique employée. Ces interventions, relativement invasives, peuvent provoquer une fausse-couche dans un cas sur cent. Si elles révèlent que le fœtus est atteint d'une maladie grave, la femme devra alors décider si elle veut avorter. Aujourd'hui en Suisse, on peut effectuer une très vaste gamme de dépistages sur le fœtus *in utero*, et avorter le cas échéant. Cette liberté contraste avec l'interdiction absolue de tester l'embryon de quelques cellules en laboratoire! Cette situation absurde, qui prévaut aussi en Italie, a amené la Cour européenne des droits de l'homme à en dénoncer l'incohérence. Elle a en effet donné raison à un couple italien, dont la femme et l'homme étaient porteurs sains de la mucoviscidose. Après la naissance d'une fille atteinte de mucoviscidose, puis un

avortement décidé après un diagnostic prénatal (*in utero*), le couple voulait recourir à la procréation médicalement assistée, puis à un diagnostic préimplantatoire *in vitro*, pour éviter à nouveau ces expériences douloureuses. Face à l'interdiction italienne du DPI, ils ont saisi la Cour de Strasbourg et, à l'unanimité des juges saisis, obtenu gain de cause. Pour la Cour, il est illogique d'admettre la destruction d'une vie à un stade tardif, à savoir le fœtus *in utero*, avec toutes les conséquences émotionnelles et médicales pour la mère (et le père) - et de l'interdire à un stade très précoce, celui de l'embryon *in vitro*.

La Suisse revoit son jugement

Depuis 2004, la Suisse a entrepris de réviser le droit en la matière. L'arrêt de la Cour de Strasbourg ne peut que l'inciter à aller de l'avant. Les dernières propositions du Conseil fédéral, qui



En Suisse, on peut effectuer une vaste gamme de dépistages sur le fœtus *in utero*.

datent de juin 2011, prévoient d'autoriser le diagnostic préimplantatoire, mais à des conditions plutôt restrictives. Ainsi, il ne sera admis que pour écarter « le risque de transmission d'une prédisposition à une maladie grave, qui se déclare avant l'âge de 50 ans, et pour laquelle il n'existe aucune thérapie efficace et appropriée ». De plus, le couple devra affirmer ne pas être en mesure d'assumer la naissance d'un enfant atteint d'une telle maladie.

Pourquoi de telles restrictions ? Il s'agit d'empêcher le recours au diagnostic préimplantatoire pour détecter des maladies jugées moins graves, des maladies non héréditaires comme la trisomie 21, ou encore, ce qui se comprend mieux, pour sélectionner le sexe de l'enfant, la couleur de ses yeux, voire son QI...

Ces restrictions du projet de loi amènent toutefois à s'interroger sur l'incohérence

déjà dénoncée par la Cour européenne des droits de l'homme : pourquoi pourrait-on diagnostiquer par DPI la mucoviscidose, mais pas la trisomie 21 ? Et par conséquent, pourquoi obliger une femme à attendre plusieurs semaines de grossesse, avec l'angoisse qu'on imagine, pour obtenir ce résultat par diagnostic prénatal, et le cas échéant, avorter ?

Cette préférence pour la destruction d'un fœtus de plusieurs semaines dans le corps de la femme, plutôt que celle d'un embryon de quelques jours en laboratoire, paraît paradoxale. En 2010, en Suisse, 2 000 embryons ont été détruits faute de pouvoir être implantés ; la même année, il y a eu plus de 11 000 interruptions de grossesse. +

*Un article paru dans la *Jusletter*

“Le diagnostic préimplantatoire est interdit en Suisse, alors même qu'il est possible dans de nombreux pays européens.”

Quand un traitement est-il trop cher ?

Argent Peut-on refuser un traitement médical parce qu'il est trop cher ? Sur cette question, le Tribunal fédéral a pris une première position qui, si elle est discutable, a le mérite d'ouvrir le débat sur le thème délicat du rationnement, soit le seuil financier au-delà duquel une société accepte de laisser souffrir ou mourir un être humain.

TEXTE PROFESSEURE VALÉRIE JUNOD ADAPTATION* PHILIPPE BARRAUD PHOTOS ROMAIN GRAF

Âgée de 67 ans, une patiente souffrait d'une maladie génétique rare, la maladie de Pompe; elle avait reçu un traitement au moyen du seul médicament existant, le Myozyme. Ce médicament ne guérit pas la maladie - dont l'issue à terme est fatale -, mais en atténue les symptômes. Elle se manifeste par un affaiblissement de la musculature et de la capacité respiratoire. Le coût du traitement dépassant 500 000 francs par an, l'assurance maladie de la patiente avait refusé la poursuite du traitement. Le Tribunal fédéral lui donne raison et confirme le refus de prise en charge. Pourquoi ? Deux raisons: le médicament n'apportait pas un bénéfice thérapeutique élevé, et ses coûts étaient disproportionnés.

Le problème de la mesure des bénéfices

Comment mesurer le bénéfice apporté par un médicament ? Selon le Tribunal, ce bénéfice doit être mesuré à la fois de

manière abstraite, c'est-à-dire selon des études cliniques, et de manière concrète, selon l'amélioration de l'état général de

“ Pour le Tribunal, un traitement est en tous les cas non économique si ses coûts excèdent une limite de 500 000 à 600 000 francs par année de vie gagnée. ”

l'assuré. Ici, ces deux critères aboutissent au constat d'un bénéfice insuffisant, notamment parce que l'assurée n'était pas en mesure de prouver quantitativement une amélioration de sa qualité de vie. Quant à l'économicité du traitement, le Tribunal a jugé que le médicament, bien qu'il soit le seul disponible, exigeait une

dépense disproportionnée par rapport au résultat thérapeutique. Des considérations éthiques ne dispensent pas de tenir compte des moyens financiers limités du système de santé. Les montants qui viendraient à être consacrés à une maladie, même rare, pourraient manquer à d'autres secteurs d'activité. Pour le Tribunal, un traitement est en tous les cas non économique si ses coûts excèdent une limite de 500 000 à 600 000 francs par année de vie gagnée.

100 000 francs par année de vie supplémentaire

Le Tribunal fédéral va plus loin et suggère qu'il peut y avoir une limite générale au remboursement d'un médicament qui



Valérie Junod est avocate et Professeure associée au département de droit des affaires et fiscalité, à l'Université de Lausanne.

“ Des considérations éthiques ne dispensent pas de tenir compte des moyens financiers limités du système de santé. ”

ne figure pas dans la Liste des spécialités, à savoir la liste des médicaments en principe remboursés par les caisses. Il avance un montant jugé raisonnable de 100 000 francs par année de vie supplémentaire en bonne santé. Ce chiffre a ensuite été abusivement brandi dans les médias comme le montant de référence valable à l'avenir. En réalité, le Tribunal fédéral l'a articulé en se référant à des cas antérieurs décidés en Suisse ou à des pratiques étrangères.

Une décision discutable

L'arrêt du Tribunal demeure discutable dans la mesure où il donne une vision largement tronquée de la méthode usuelle employée pour calculer le coût d'une année de vie gagnée. De plus, le Tribunal n'envisage guère les effets potentielle-

ment délétères pour les multiples parties prenantes : patients, caisses-maladies, fournisseurs de soins et industrie pharmaceutique.

Pour les premiers, les patients atteints de maladies rares (quelque 500 000 cas en Suisse), l'arrêt du Tribunal fédéral va compliquer la prise en charge médicale. En effet, les caisses seront enclines à refuser d'emblée le remboursement des traitements ou à exiger des patients des preuves (efficacité des médicaments, absence d'alternative thérapeutique) qu'ils n'ont guère les moyens de rassembler.

S'agissant de l'industrie pharmaceutique, l'arrêt peut avoir un effet dissuasif. A quoi bon investir des montants importants pour développer des molécules que personne n'achètera, faute de prise en charge par les assurances ?

Comment dès lors assurer la couverture des maladies orphelines, sans augmenter de manière insupportable les primes de tous les assurés, enjeu particulièrement aigu pour les petites caisses ? Une solution serait d'assurer un financement séparé de ces cas très lourds sur une base solidaire plus large que les seuls assurés des caisses concernées. La récente proposition du Conseiller fédéral Berset va dans ce sens. +

*Un article paru dans la *Jusletter*

Daniel Brélaz: les confidences d'un animal politique **résistant et vigilant**

Bulletin En toute transparence, Daniel Brélaz fait état de sa santé et balaie au passage les idées reçues sur son physique. Le chef de la capitale vaudoise va bien !

PROPOS RECUEILLIS PAR ÉLODIE LAVIGNE PHOTOS ROMAIN GRAF

Une interview sur la santé, votre santé, qu'est-ce que cela vous inspire ?

Daniel Brélaz : J'admets le principe de transparence sur mon état de santé. Par contre, je regrette le manque d'éthique de certains médias qui utilisent mes déclarations pour faire du sensationnalisme ou qui cherchent à me démolir avec des attaques en dessous de la ceinture. Pour ceux qui s'inquiètent de mon poids, contrairement à ce que mon apparence pourrait suggérer, je n'ai aucun problème de santé majeur. En tout cas, rien qui m'empêche de travailler !

Faites-vous référence au traitement médiatique de votre « turbosieste » lors d'une séance au Grand Conseil l'été dernier ?

Non, je fais allusion à des attaques déjantées du type : « Il ne fait plus rien si-

non des conneries ». On peut ne pas être d'accord avec mes idées, mais j'ai de la peine avec la diffamation mal étayée. J'ai une très bonne résistance à la critique, mais je suis un être humain.

Concernant ma petite sieste, je l'assume totalement. A midi ce jour-là, on a bien mangé à l'Ecole Hôtelière et j'ai été très naturellement pris d'une fatigue au moment de la digestion. Je ne suis pas le premier à en être victime. En son temps, Yvette Jaggi s'était elle aussi assoupie. Aujourd'hui, de telles images font évidemment le tour des médias.

Êtes-vous fatigué Daniel Brélaz ?

Je vais avoir 63 ans en janvier, donc je ressens plus la fatigue qu'il y a vingt ans en arrière. Je travaille entre septante et huitante heures par semaine, et je dois en plus me déplacer d'un endroit à

l'autre. Mais je récupère le week-end en dormant dix à douze heures par nuit et en faisant de longues siestes.

On connaît votre amour des chats.

Dormez-vous avec eux ?

Les chats ne nous demandent pas si on veut dormir avec eux ou pas, ce sont eux qui choisissent ! J'ai des relations privilégiées avec deux de mes six chats et il arrive qu'ils dorment avec nous, mais plutôt du côté de ma femme.

Malgré les lourdes responsabilités qui vous incombent, vous reste-t-il du temps pour prendre soin de vous ?

Ça dépend de ce qu'on entend par là. Je surveille de près ma santé. Je prends plusieurs médicaments qui m'aident à être en forme et à rester performant. J'ai des soucis d'acidité gastrique, de l'hyperten-

“Je ne fais pas un blason de mon physique, mais pas une obsession non plus. Ça fait longtemps que je vis avec.”



sion à cause de mon poids et des palpitations qui sont désagréables, et un tout petit peu de diabète, mais à part ça je vais bien!

Comment gérez-vous le stress ?

Il y a eu un certain nombre de *burn out* dans la profession. Parfois, il y a une accumulation des sources de tensions, mais cela fait longtemps que je suis en politique et j'ai une très forte résistance. Je ne sais pas si c'est familial, mais je me suis donné un principe de vie: n'avoir aucune honte par rapport aux objectifs que je me suis fixés. Avoir trahi mes idéaux

est la seule chose qui pourrait me donner envie de quitter le jeu. Les attaques des adversaires n'ont pas ce genre d'effets. J'ai appris en autodidacte à gérer mes émotions. J'étudie bien mes dossiers, je pratique l'humour et l'autodérision pour supporter et évacuer le stress.

Faites-vous du sport ?

Non, j'ai fait du sport jusqu'à 50 ans, mais plus maintenant. En revanche, je me déplace passablement à pied. Je ne peux pas faire de longues marches en raison de mon poids, mais je ne suis pas du tout en incapacité. Plus je marche, mieux ça va.

Le syndic de Lausanne travaille entre septante et quatre-vingts heures par semaine.

Le politicien est aussi un amoureux des chats.

Êtes-vous attentif à votre alimentation ?

Oui, je fais attention à mon alimentation, de manière classique. Contrairement à ce qu'on peut croire, je ne mange pas énormément. Les petits écarts ont des effets rapides sur mon poids, alors je mange des quantités raisonnables. J'évite les boissons sucrées et je bois peu de vin. Dans des périodes de surtension, il m'arrive de manger du chocolat. Mon surpoids doit être lié en partie à des causes génétiques.

“ Peu avant l'âge de cinq ans. Je me suis fait dégager de douze mètres par une voiture sur un passage à piétons. J'ai passé une semaine entre la vie et la mort. ”

On se souvient de votre épouse Marie-Ange qui avait médiatisé sa perte de poids dans un quotidien romand. Avez-vous, de votre côté, déjà envisagé de maigrir ?

Maigrir est toujours quelque chose que j'ai envisagé, mais je n'ai jamais eu vraiment le temps pour le faire. Je ne suis pas contre d'essayer tel ou tel régime pour voir les effets, par curiosité. Mais le médecin spécialiste qui me suit ne croit pas en tout ça. Si on me donne une méthode simple pour perdre rapidement trente ou cinquante kilos, je le ferai. Je ne fais pas un blason de mon physique, mais pas une obsession non plus. Ça fait longtemps que je vis avec.

Je ne peux pas me permettre de faire une opération comme ma femme (*ndlr* un *bypass* gastrique) car je ne peux pas arrêter mon boulot pendant deux mois. Quand je serai à la retraite, s'il y a un risque majeur de diabète, il va de soi que je ferai une opération, sauf s'il existe un traitement moins lourd et plus efficace. Si je le fais un jour, ce sera uniquement pour des raisons de santé.

Quel rapport entretenez-vous avec votre médecin : « moins je le vois, mieux je me porte » ?

Non, au contraire. Je vois mon médecin-généraliste tous les quatre mois pour faire une analyse de la situation. Il m'adresse de temps en temps à un collègue spécialiste pour un aspect ou un autre. J'ai un rapport de confiance avec lui, c'est important. Il m'est arrivé par le passé que cette confiance soit brisée. Dans ce cas, je n'hésite pas à changer de médecin.

Êtes-vous un « bon » patient, qui suit sérieusement ses traitements ?

Oui, je ne rechigne pas à me soigner, sauf si c'est compliqué et inutile, ce que j'ai vécu une fois. J'étais à la limite pour entamer un traitement contre des problèmes d'apnée. Le pneumologue voulait absolument que je porte un masque pour dormir. J'ai vaguement essayé, mais au bout de six mois, je l'ai rendu. Si je m'étais senti beaucoup plus mal et que mon sommeil n'était pas suffisamment réparateur, j'aurais fait un autre raisonnement.

Avez-vous déjà eu peur de mourir ?

On peut avoir peur de mourir tous les jours: il suffit d'un camion, d'un fou, de n'importe quoi. La fois où j'aurais vraiment eu des raisons d'avoir peur de mourir, c'est peu avant l'âge de cinq ans. Je me suis fait dégager de douze mètres par une voiture sur un passage à piétons. J'ai passé une semaine entre la vie et la mort, mais je ne m'en suis pas vraiment rendu compte.

D'un point de vue santé, j'ai eu une fois le sentiment que je pourrais mourir. Quand mes problèmes d'acidité sont apparus, j'ai ressenti à peu près les mêmes symptômes que ceux d'une crise cardiaque. J'ai été immédiatement contrôlé et j'ai été soulagé de ne pas avoir eu autre chose! Je prends le maximum de précautions pour ma santé, du moment que c'est compatible avec mes missions. On peut mourir à 40 ans d'une crise cardiaque en ayant une vie saine ou à 90 après avoir mené une vie de fou. J'espère être dans la bonne partie de la distribution! +



UN GUIDE GRATUIT SUR LE SYNDROME DU BURNOUT

De plus en plus de suisses sont exposés au stress à leur travail et souffrent d'un burnout. Avec le guide «Mieux informé sur le burnout» proposé par le génériqueur Mepha, les personnes concernées et ceux que le sujet intéresse peuvent en apprendre davantage sur le syndrome d'épuisement lié au travail. Ce guide peut être commandé gratuitement sous www.mepha.ch.

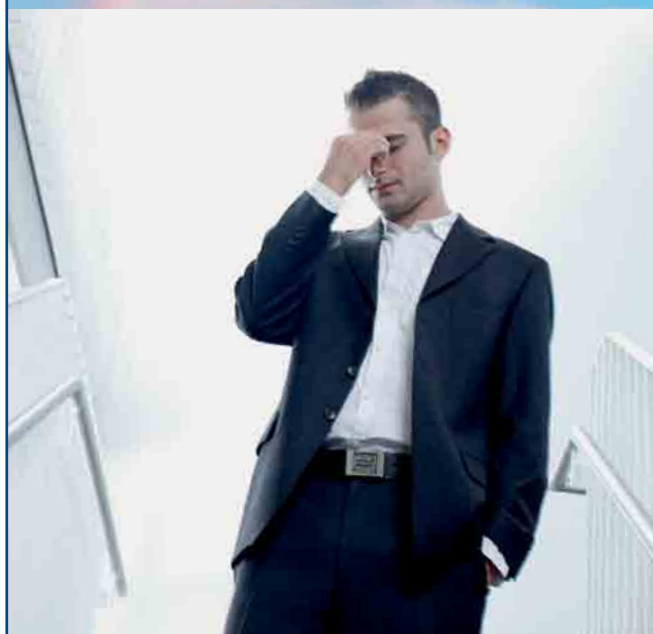
Celui qui souffre d'un burnout est consumé, physiquement et émotionnellement. Les personnes concernées sont complètement épuisées et se distancient de leur travail, ce qui peut se manifester, par exemple, par une attitude cynique envers les clients ou les supérieurs. Une autre caractéristique est le sentiment d'inefficacité. Ceux qui souffrent d'un burnout se sentent comme un hamster dans sa roue.

Un burnout atteint surtout des gens qui sont trop engagés, qui ne savent plus se déconnecter, qui se mettent eux-mêmes la pression et sont constamment sous haute tension. La charge de travail joue aussi un rôle important. Etre quotidiennement exposé à des journées de travail de 11 heures voire davantage, être chargé de trop de responsabilités mais ne disposer que d'une étroite marge de manœuvre à son travail sont des situations à haut risque de burnout. Lorsque la reconnaissance et les possibilités de développement de carrière font défaut au travail, un sentiment de disproportion entre l'engagement et le retour qui en résulte s'installe rapidement chez les personnes se donnant à fond dans leur travail. La situation est également influencée par l'environnement social.

Dans le guide «Mieux informé sur le burnout» qui a été élaboré en collaboration avec le Professeur Roland von Känel, médecin-chef du domaine de compétences pour la médecine psychosomatique de l'hôpital de l'île à Berne, vous trouverez de nombreux conseils susceptibles de contribuer à éviter un burnout ou de s'en remettre. Ce guide est disponible gratuitement sous www.mepha.ch.

Guide destiné aux patients

Mieux informé sur le burnout – le syndrome d'épuisement professionnel



Les médicaments à l'arc-en-ciel

mepha 

Mepha Pharma SA,
Tél. 061 705 43 43 • www.mepha.ch

J'ai envie de comprendre... La dépression



Suzy Soumaille

Journaliste médicale, auteur de « J'ai envie de comprendre les allergies » et de « J'ai envie de comprendre la dépendance au tabac » aux éditions Médecine&Hygiène. Responsable du service de la communication patients et usagers et rédactrice en chef du magazine *Pulsations* aux Hôpitaux universitaires de Genève.

Dr Guido Bondolfi

Chargé de cours à la faculté de médecine de l'Université de Genève. Médecin adjoint agrégé aux Hôpitaux universitaires de Genève.

Pr Gilles Bertschy

Professeur à l'Université de Strasbourg, chef du service de psychiatrie II aux Hôpitaux universitaires de Strasbourg.

Nombre de déprimés auraient préféré se casser les deux jambes plutôt que d'affronter les tourments de la dépression.

Affection redoutable, le nuage noir de la dépression envahit les moindres recoins de la pensée et du corps, parfois jusqu'à étouffer l'envie de vivre.

Au cours de leur vie, une femme sur cinq et un homme sur dix vont en faire la douloureuse expérience.

Connaître sa maladie est le premier pas pour sortir du tunnel dépressif. Symptômes, diagnostic, traitements, prévention des rechutes: ce livre accompagne le patient sur le long chemin qui le mène vers la guérison. Il est aussi une aide pour les proches qui sont en première ligne aux côtés de la personne dépressive. Tirillés entre l'envie de la réconforter et de la secouer, ils sont guettés par le sentiment d'impuissance et l'épuisement. En s'informant sur sa maladie, l'entourage peut mieux soutenir le déprimé sur la durée, sans sombrer avec lui.

Cette nouvelle édition, entièrement mise à jour, est le premier volume de la série « J'ai envie de comprendre... ».

Vente

En librairie et dans les kiosques romands dès décembre

Et aussi aux Éditions Médecine & Hygiène :

en ligne : www.planetesante.ch/depression

par téléphone : 022 702 93 11

par e-mail : livres@medhyg.ch



planète
santé