

# PLANÈTE SANTÉ

N°12 - SEPTEMBRE 2012  
WWW.PLANETESANTE.CH

DU MÉDECIN AU PATIENT

DISPONIBLE CHEZ VOTRE MÉDECIN



Assurance-maladie  
**Où est passé l'argent  
des réserves ?**

**+** **Jeûne** et santé  
font-ils bon ménage ?

**+** **Cuche** sans Barbezat  
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®

 Vifor Pharma

Titulaire de l'autorisation : OM Pharma SA



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

# Primes maladie : coup de tonnerre dans un ciel bleu



Tout s'annonçait pourtant sous des auspices radieux. Normalement tempétueuse à l'approche de l'annonce des primes d'assurance-maladie, la météo du monde de la santé semblait au beau fixe. Calme, sérénité, volupté. A tel point que l'annonce d'une hausse modérée de la prochaine facture (2.5% environ à l'heure où nous écrivons ces lignes) passait presque inaperçue.

Pas un mot de travers qui aurait permis au plus courageux d'agiter le spectre de la caisse unique, voire celui du contre projet du Conseiller fédéral Berset (qui rappelle étrangement l'initiative que les médecins n'ont pu déposer par manque de signatures). Rien qui puisse rappeler à quel point le système de l'assurance-maladie a besoin de réformes, de clarté et surtout de transparence dans la circulation des capitaux.

Rien non plus qui pourrait justifier de mettre sur le devant de la scène l'éternel problème des réserves (voir notre dossier en page 6). Tout juste une petite information qui laissait entendre que les millions de francs payés en trop par les Romands l'année dernière ne seraient vraisemblablement jamais remboursés.

Pas un sucre à se mettre sous la dent. Jusqu'à ce fameux 30 août dernier où *L'Hebdo* rappelait l'incroyable affaire entourant le piratage du comparateur en ligne de primes d'assurance-maladie de la Confédération, primeinfo.ch par son concurrent privé Comparis. Un véritable thriller à la sauce helvétique : un employé de la société zurichoise, seul et sans le soutien de sa direction, aurait envoyé un robot d'indexation sur le site de la Confédération pour en récupérer les données. C'est du moins la version de Comparis. Poussé dans ses retranchements, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) décide finalement, un dimanche soir, de porter plainte. Pour faire toute la lumière sur ce scandale retentissant, apprend-on. Car, il faut bien le dire, les commissions versées par les assureurs à l'ensemble des comparateurs privés (Comparis, Bonus, etc.) sont gigantesques (*Bon à savoir* avance le chiffre de 100 millions). Une affaire qui vient rappeler, tel un coup de tonnerre dans un ciel étrangement bleu, à quel point un changement de système est plus que nécessaire.

MICHAEL BALAVOINE 



## Impressum

### Rédaction

Rédacteur en chef  
Michael Balavoine

### Rédacteurs

Cécile Aubert  
Philippe Barraud  
Winnie Covo  
Elodie Lavigne  
Benoît Perrier

### Graphisme / Illustration

www.giganto.ch

### Photographie

Romain Graf

### 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



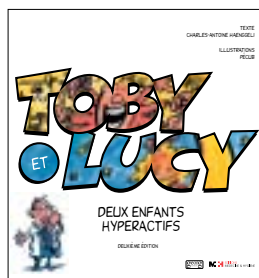


## PREMIERS SECOURS ENFANTS

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.-

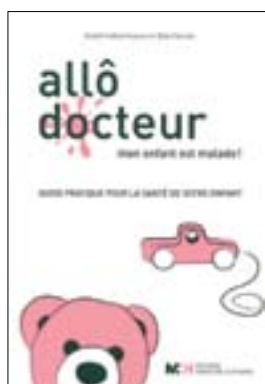


## TOBY ET LUCY : DEUX ENFANTS HYPERACTIFS (2<sup>e</sup> ÉDITION)

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 GERVAIX

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.-

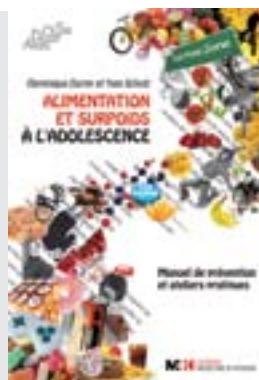


## BURNOUT, GUIDE PRATIQUE

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.-

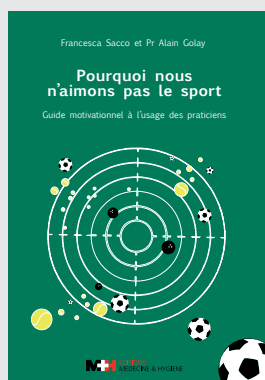


## ALIMENTATION ET SURPOIDS À L'ADOLESCENCE

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 Des réserves qui coûtent cher aux Romands
- 12 Une politique de prévention qui peine à faire son chemin
- 14 En matière de fin de vie, il faut concilier éthique et droit de la personne

### Reportage

- 20 Métier de la médecine : mécaniciens sur sportifs
- 24 L'outil : des isolettes à la rescousse des bébés
- 28 Le processus : le chemin d'un organe

### Santé

- 30 Chien(ne) de thérapie, c'est un métier
- 32 Neurologie de l'amour
- 34 Les ados doivent se reposer
- 36 Jeûne et santé font-ils bon ménage ?
- 40 Maladie : comprendre les mécanismes de l'accident vasculaire cérébral

### Juridique

- 44 Pourquoi des brevets sur le vivant ?
- 46 Les directives anticipées, un outil pour le patient

### People

- 48 Benjamin Cuche face à son médecin



6 Des réserves qui coûtent cher **aux Romands**



36 **Jeûne** et santé font-ils bon ménage ?



48 **Cuche** sans Barbezat face à son **médecin**

# Réserves des caisses-maladie : un imbroglio qui coûte cher aux Romands



**Assurance** La question des réserves des caisses-maladie est une grosse épine dans le pied de notre système de santé. Au travers de ces réserves, les assurés de plusieurs cantons, romands en particulier, ont payé des primes trop élevées pendant plusieurs années, subventionnant ainsi indirectement les assurés d'autres cantons.

TEXTE PHILIPPE BARRAUD

À la fin de l'année 2009, l'excédent de réserves pour l'ensemble des caisses-maladie accumulé dans huit cantons atteignait 1,8 milliard de francs, tandis que les dix-huit autres cantons étaient en sous-couverture (réserves insuffisantes, donc) pour un montant de 1,25 milliard. Comme les réserves ne sont pas cantonales, les assureurs en disposent à leur guise, en l'occurrence, pour compenser le niveau insuffisant des primes dans les petits cantons de l'Est de la Suisse, mais aussi dans le canton de Berne. Les plus lésés sont les cantons de Genève, Vaud, Neuchâtel, Thurgovie et Zurich. Cet état de fait, qui a indigné les assurés romands, soulève deux problèmes : comment rembourser ce qui a été payé en trop ? Et comment éviter que de telles distorsions entre cantons se reproduisent ? Au printemps 2011, le Ministre de la san-

té d'alors, Didier Burkhalter, annonçait que l'excédent serait remboursé à la population par le biais des rétrocessions des recettes des taxes sur le CO<sub>2</sub>, pendant six ans. Les assurés des cantons qui n'avaient pas assez payé devraient, eux, assumer un supplément de primes. Globalement, les cantons ayant trop payé auraient retrouvé la moitié des sommes payées en trop, un remboursement effectué par ailleurs de manière homéopathique (puisque ventilé sur six ans).

Dans un premier temps, la Conférence des directeurs sanitaires - les ministres de la santé des cantons - avait accepté la formule proposée par le Conseil fédéral. Comme l'explique le Président du Conseil d'Etat genevois, Pierre-François Unger, « tout ceux qui payaient trop ont voté en faveur de cette loi, et ceux qui ne payaient pas assez se sont abstenus, ce qui était relativement élégant de leur part. » Cette belle harmonie n'a pas duré, poursuit Pierre-François Unger: « Au moment où les cantons ont appris que la question allait être traitée par le Conseil des États, chambre des cantons, de manière extrêmement lâche et sournoise, ces cantons, qui sont nos débiteurs, ont écrit pour dire qu'ils s'opposaient à la loi, alors même qu'ils s'étaient abstenus précédemment. Cela a jeté un froid au Conseil des États, et on a donc remis l'ouvrage sur le métier. Les directeurs sanitaires en ont rediscuté en mai dernier. Les fronts étaient clairs et opposés: d'un côté, une faible majorité de cantons qui étaient contre la loi, ouvertement cette fois, et d'un autre côté des cantons qui comprenaient que ce n'était pas cher payer qu'on récupère auprès d'eux, sur une période allant de cinq à six ans, la moitié de ce qu'ils n'avaient pas payé. »

### Une grave entorse au fédéralisme

Devant cette impasse politique, les cantons qui paient trop n'entendent pas lâcher le morceau, et menacent même de remettre en cause la péréquation financière entre les cantons - et c'est là un gros bâton que brandissent les ministres romands de la santé: « Les cantons qui ont trop payé feront tout pour qu'on trouve une solution qui convienne à tous, explique Pierre-François Unger; mais les autres doivent comprendre que de bénéficier de sommes qu'ils n'ont pas payées et qui leur sont indues constitue une très grave entorse au fédéralisme.

Car on parle de montants qui ne sont pas négligeables: c'est un flux de 1,5 milliard qui est en jeu, un milliard et demi payé en trop par certains, un milliard et demi qui bénéficie à ceux qui ne l'ont pas payé. J'espère que les cantons débiteurs seront sensibles à cette atteinte très grave au fédéralisme, susceptible de produire des quantités de disputes à l'échelle des cantons, ce qui serait calamiteux à un moment où l'importance de l'unité des cantons est tout à fait fondamentale pour être crédibles face à la Confédération. Si les cantons n'arrivent pas à avoir un front uni, que ce soit devant les Chambres ou le Conseil fédéral,

*“On parle de montants qui ne sont pas négligeables. C'est un flux de 1,5 milliard de francs qui est en jeu.”*

ils se feront découper en morceaux. Et les “heureux bénéficiaires” de montants indus s'en mordront les doigts tôt ou tard, car cela remettra en cause la péréquation financière intercantonale, dans tous les domaines.»

### «Manque de fair-play»

Le discours est tout aussi ferme du côté de Lausanne, où le Président du gouvernement et Ministre de la santé, Pierre-Yves Maillard, s'insurge: « Si on nous impose de supporter cette perte d'un demi-milliard en nous disant de la passer par pertes et profits, comment peut-on demander aux mêmes cantons de payer davantage à la RPT (Péréquation financière et répartition des tâches entre la Confédération et les cantons), au nom de la solidarité intercantonale? Dès 2013, Zurich, Genève et Vaud sont appelés à verser, qui 30 millions supplémentaires (Vaud), qui entre 50 et 100 millions (Genève et Zurich). A un moment donné, ça ne va plus marcher. Si on cesse de considérer que les bons comptes font les bons amis, il y a des risques de contagion. Que se passerait-il si tout d'un coup, Genève, Zurich ou Vaud ne payait plus la RPT, soit des centaines de millions par année? Tout cela repose sur le fair-play.»

Pour l'heure, personne ne sait ce que deviendra le pactole des réserves excédentaires payées par les cantons romands,

entre autres. Et personne non plus ne sait comment le parlement pourra se mettre d'accord pour corriger les défauts inhérents à la législation actuelle sur les réserves. « On est dans une impasse, constate Pierre-Yves Maillard, mais on ne peut pas se permettre d'y rester. On est parti d'un problème peut-être secondaire, mais choquant au vu des montants impliqués. »

### Adapter les primes aux coûts

Comment faire pour que les primes correspondent désormais aux coûts générés par les assurés dans les cantons? En réglant ce problème, on réglerait aussi celui des réserves. Pierre-François Unger relève que « ce qu'on voit avec les chiffres 2011 pour Genève, c'est que nous avons eu des hausses de primes de 3,2%, pour une hausse des coûts de 1,8%. Il y a donc 1,4% supplémentaire qui sont entrés dans les réserves, alors que nous avons déjà 450 millions

de réserves en trop. Sur des montants pareils, ce sont des bras de levier formidables. » Il faut donc amener les caisses-maladies à adapter les primes aux coûts et cela, seule l'autorité de surveillance peut le faire - ou pourrait, si elle en avait les moyens légaux!

### Un office de surveillance désarmé

Car la Suisse a découvert, avec un certain effarement, que l'Office fédéral de la santé publique pouvait certes refuser une hausse des primes excessive, mais qu'il ne pouvait pas imposer une baisse des primes, car il n'a pas de base légale pour le faire (*voir l'encadré: «Le cas Assura»*). Dès lors, la solution apparaît claire: il faut donner à l'OFSP les moyens de contrôler réellement les primes. Le Conseil fédéral a fait un pas dans ce sens, avec un projet de loi sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale. Il prévoit d'une part que les réserves doivent être constituées en fonction des risques encourus par l'assuré, et d'autre part que les primes dépassant considérablement les coûts devront être remboursées.

Pierre-Yves Maillard préconise une adjonction à ce projet de loi, en faveur des cantons qui ont trop payé: « Il est encore trop tôt pour donner une solution concrète, nous y travaillons afin d'être prêts si possible avec une solution mieux

soutenue à l'automne. Elle tourne autour d'un léger et momentané renforcement des compétences de l'OFSP dans la loi sur la surveillance.»

Pour le magistrat vaudois, «jusqu'ici, l'autorité fédérale a failli, sous prétexte de manque de base légale; c'est désormais à elle de corriger ses erreurs de gestion et, disposant d'une base légale, de résoudre le problème qu'elle a elle-même créé.»

Mais rien n'est joué: la proposition du Conseil fédéral de donner les moyens à l'OFSP d'exercer à l'avenir une réelle surveillance, et non une pseudo-surveillance comme aujourd'hui, sera considérée comme une attaque frontale des caisses-maladie par le puissant lobby qui les représente aux Chambres fédérales. «On pourrait donc, à la fin, ne rien avoir du tout!» lâche Pierre-Yves Maillard.

### Des réserves cantonales ou nationales?

Reste la question de savoir s'il ne faudrait pas cantonaliser les réserves des caisses, ou tout au moins les régionaliser pour les plus petits cantons. On sait que les caisses-maladie y sont farouchement opposées, car elles souhaitent pouvoir utiliser les réserves d'un canton ou d'un groupe de cantons, pour couvrir les déficits d'autres cantons où la communauté d'assurés est trop petite pour couvrir les coûts (voir l'encadré: «Une péréquation occulte?»).

Pourtant, ce ne serait jamais que respecter une des obligations de la LaMal, qui veut que les primes correspondent aux coûts générés dans une zone de primes donnée. «Si cela n'est plus garanti, explique Pierre-Yves Maillard, c'est tout le

système qui ne fonctionne plus, et les gens ne toléreront plus de payer des primes 20% plus élevées dans le canton de Vaud que dans d'autres, puisqu'il n'y aurait plus d'explication plausible. Les assureurs répètent que les réserves ne sont pas cantonales, mais nationales; si c'est le cas, il faut que les primes, elles aussi, soient nationales. Les réserves ne sont rien d'autres que la somme de la différence entre primes et coûts.»

Les mois qui viennent diront si des réformes significatives seront introduites, ou si le mauvais *statu quo* actuel va se perpétuer. Ce qui est sûr, c'est que le surfinancement de l'assurance-maladie à Genève et dans le canton de Vaud a cessé. C'est au moins ça... +

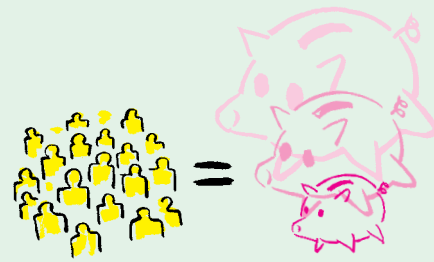
## Comment marchent les réserves



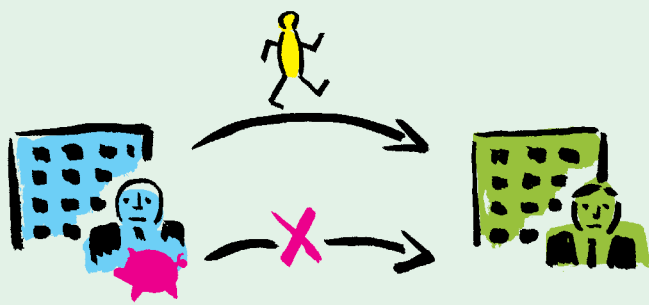
**1** Dans l'évaluation annuelle des primes d'assurance maladie, les caisses prennent en considération les risques futurs encourus par les assurés comme par exemple des épidémies ou des crises financières. La prime est donc une savante estimation qui prend en compte le coût des hôpitaux, des EMS, des médicaments mais aussi de toutes sortes d'incertitudes.



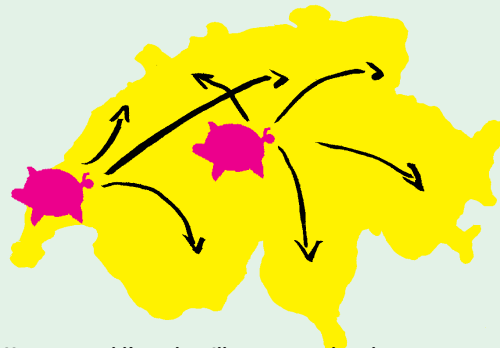
**2** Résultant de la différence entre les coûts réels et les primes payées, les réserves doivent servir à adoucir la hausse des primes en cas de problèmes et sont censées éviter des fluctuations trop importantes de la somme à payer par les assurés, la prime n'étant qu'une estimation. Souvent, les assureurs font des prédictions pessimistes afin de couvrir tout problème éventuel.



**3** Le niveau des réserves dépend du nombre d'assurés. Plus celui-ci est grand, moins les réserves doivent être élevées. Jusqu'à 50 000 : 20% ; entre 50 et 150 000 : 15% et plus de 150 000 : 10%. Le niveau des réserves va être d'autre part pondéré en prenant en compte des facteurs supplémentaires comme les crises financières.



**4** Lorsqu'un assuré change de caisse-maladie, ses réserves ne le suivent pas et restent propriété de l'assureur. C'est un problème majeur, car les nouvelles réserves doivent donc être reconstituées ce qui fait que les primes restent à un niveau élevé.



**5** Un autre problème de taille se trouve dans la non « cantonalisation » des réserves. Les primes sont cantonales mais pas les réserves. Des surplus payés par certains cantons, notamment romands, servent à payer les coûts engendrés par des régions moins peuplées et donc avantagées.



## Des réserves calibrées en fonction des risques encourus par l'assureur

Très décriées, les prescriptions en matière de réserves ont été changées depuis le 1er janvier 2012. Le Conseil fédéral a mis en place un « concept de surveillance moderne basé sur les risques concrets auxquels les assureurs sont exposés. »

L'introduction du calcul des réserves en fonction des risques encourus « permettra de remédier aux lacunes constatées dans les prescriptions actuelles en matière de réserves et d'augmenter la sécurité ainsi que la transparence dans l'assurance-maladie sociale », estime le gouvernement. Le test de solvabilité LAMal se base sur le test suisse de solvabilité (SST) de l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA), déterminant aujourd'hui déjà pour les compagnies d'assurance privées. Le test de solvabilité LAMal tient compte des spécificités de l'assurance-maladie sociale, parmi lesquelles le fait que les primes annuelles doivent couvrir les coûts annuels (financement par répartition), la libre circulation des assurés et la compensation des risques.

Ces nouvelles mesures devraient corriger les effets indésirables des prescriptions en vigueur jusqu'alors qui, de l'aveu même du Conseil fédéral, étaient « plutôt sommaires », et n'étaient plus adaptées aux risques encourus par les assureurs-maladie sociaux.

Jusqu'ici, les réserves étaient définies en pourcentage des primes, et échelonnées en fonction du nombre d'assurés, en trois taux (10 %, 15 % et 20 %). Seule la taille de la caisse-maladie était considérée. Désormais, d'autres facteurs de risque seront pris en considération, tels que les risques sur les marchés financiers ou le risque de perte d'un preneur de crédit.

Ph. B.

# Une péréquation occulte ?

**Interview** Pour le Ministre vaudois de la santé, les assurés de certains cantons tels que Genève, Vaud, Neuchâtel et Zurich financent les réserves des petits cantons alémaniques.

PROPOS RECUEILLIS PAR PHILIPPE BARRAUD



Pierre-Yves Maillard :  
« Les réserves sont une bombe à retardement. »

**Vous parlez d'une « bombe à retardement ». De quoi s'agit-il ?**

Pierre-Yves Maillard : Derrière tout cela se cache une affaire que personne n'a jamais investiguée, et qui est une véritable bombe à retardement. Tout a commencé lorsqu'Assura et Supra ont décidé de comptabiliser des réserves accumulées dans les cantons de Vaud, de Genève et de Neuchâtel, dans les petits cantons alémaniques. Face aux protestations des cantons payeurs, les assureurs ont été amenés à dire leur doctrine : il n'y a pas de réserves cantonales, les réserves appartiennent à l'assurance, ce sont ses fonds propres. Ils lui servent à encaisser les coups durs, d'où qu'ils adviennent.

**Cela peut se justifier, non ?**

Ce raisonnement pourrait se tenir, si tout le monde avait financé ces réserves de manière équitable. Or certains les ont financées, pendant que d'autres non seulement ne les ont pas financées, mais les ont consommées. Les caisses-maladie nous disent qu'ils ont des effectifs d'assurés trop petits dans certains cantons – 300, 400 assurés – et donc cette communauté-là ne peut pas supporter les cas lourds ; donc, nous sommes bien obligés d'amener dans ces cantons un surcroît de financement en provenance des can-

tons où nous avons les plus gros effectifs d'assurés, pour supporter les cancers de longue durée, les attaques cardiaques, les hospitalisations longues, etc.

**Pouvez-vous donner des exemples ?**

Prenons l'exemple d'un effectif de 20 000 assurés, que l'on divise par vingt assureurs : les uns ont 4000 à 5000 assurés, les autres quelques centaines. Or, une hospitalisation de fin de vie, avec un cancer, coûte jusqu'à 200 000 francs. Une communauté de 300 assurés, qui paient 3300 fr. de primes chacun en moyenne par année, cela représente un petit million de francs. Un seul de ces cas lourds entraîne une majoration des coûts de près de 20% par rapport à une année où cela n'arrive pas. Normalement, il faudrait donc dissoudre toutes les réserves

accumulées par ces assurés et majorer les primes de 20% l'année d'après pour les reconstituer; mais si l'assureur fait comme cela, il perd ses 300 assurés! Donc, il ne le fait pas, et finance les cas à 200 000 francs sur les réserves accumulées dans les autres cantons.

### **Donc les petits cantons n'auraient pas les coûts inférieurs que l'on dit?**

Si c'est ainsi que les choses se passent, cela signifie en effet que les différences de coûts et de primes que l'on observe entre certains petits cantons - où on nous fait croire que les plantes médicinales font des miracles et que personne ne va chez le médecin - et les grands cantons urbains, ne résultent peut-être pas tant que cela de différences de consommation médicale. Cela est d'ailleurs corroboré par les chiffres dont nous disposons: dans le nombre d'hospitalisations, on ne voit pas de différence significative entre les cantons; on ne voit pas non plus de différence significative dans les visites chez le médecin entre Suisse romande et Suisse alémanique. Le coût de la consultation diffère d'un canton à l'autre, c'est vrai, comme la consommation de médicaments. Mais attention: si les cancers, qui exigent des médicaments extrêmement chers, ne sont pas imputés à la comptabilité de la caisse dans le canton où les dépenses ont lieu, vous écrémez les dépenses et dès lors, les statistiques pourraient être fausses. +

## Le cas Assura

Assura a un modèle d'affaires particulier. Pour ses 150 000 assurés vaudois, la caisse a des coûts par assuré qui sont à 50% des coûts moyens vaudois, grâce à une sélection des risques très performante. Normalement, un tel modèle ne peut pas survivre plus de cinq ans: avec des coûts par assuré inférieurs de 50% par rapport aux autres, les primes sont beaucoup trop basses, et qui dit primes très basses dit afflux d'assurés. Or, un afflux massif d'assurés pose un problème avec les réserves: comme les assurés voyagent sans les réserves, il faut partager le socle de réserves pour 100 000 assurés par 150 000, ce qui fait baisser de 50% le taux de réserves. Donc, normalement, un assureur bon marché a très vite des problèmes. Pas Assura: les coûts sont de 50% inférieurs aux coûts moyens cantonaux. Les primes sont également inférieures à la moyenne, mais pas dans les mêmes proportions. C'est en partie normal puisque cet assureur doit payer un lourd tribut à la compensation des risques. Pour autant, la société se crée ainsi une marge significative par assuré sur chaque exercice annuel, ce qui fait que chaque nouvel assuré finance ses réserves en peu de temps. C'est ainsi que le système tient la route. Il attire de nouveaux assurés, contents de payer 30% de moins que la moyenne, mais dont les coûts moyens sont de 50% en dessous de la moyenne.

A la demande de Pascal Couchepin, qui ne voulait plus de hausses de primes dans les cantons romands, l'OFSP a analysé et identifié le système, et constaté qu'Assura, même avec des primes de 30% inférieures par rapport à la moyenne, avait des primes encore trop élevées, ce qui contribue à ce que les Vaudois accumulent des excédents de primes. Dès lors, l'OFSP a voulu imposer à Assura de baisser ses primes au niveau de ses coûts. Ce qui aurait impliqué une baisse très forte des primes, qui les aurait mis en danger: alors que les autres montaient ou restaient stables, ils auraient encore baissé leurs primes et seraient devenus encore plus attractifs, le tout cassant leur système d'alimentation continu des réserves.

Assura a donc fait recours au Tribunal fédéral, qui lui a donné raison, puisque l'OFSP n'a pas de base légale pour imposer une baisse de primes: l'OFSP peut seulement refuser une hausse, mais pas imposer une baisse.

Sollicitée par la rédaction, Assura n'a pas souhaité s'exprimer sur le sujet des réserves.

Ph. B.

# Le cancer: une maladie héréditaire ?

Anne Murphy,  
infirmière conseillère  
en oncogénétique  
(HUG)



**Hérédité** Quand plusieurs membres d'une famille sont touchés par un même cancer, l'hérédité est-elle en cause ? Anne Murphy\*, infirmière conseillère en oncogénétique (HUG), nous fournit quelques réponses.

PROPOS RECUEILLIS PAR MARIE BERTHOLET, LIGUE VAUDOISE CONTRE LE CANCER

## Qu'est-ce que l'oncogénétique ?

**Anne Murphy :** si le cancer est toujours génétique, il n'est jamais héréditaire. Mais certaines personnes héritent d'une mutation au niveau d'un gène (comparable à une « faute de frappe »), impliquant un risque plus élevé de développer certains cancers. Le rôle de l'oncogénétique est d'identifier ces mutations, qui concernent environ 5% des cancers.

## En quoi consistent ces « syndromes héréditaires » ?

Il s'agit de situations familiales particulières, où la maladie est très fréquente. On la retrouve en effet sur plusieurs générations (parfois à un jeune âge), et il s'agit souvent du même type de cancer ou de cancers associés. L'augmentation de la probabilité de développer cette maladie, par rapport à quelqu'un qui ne porte pas de prédisposition génétique, est très nette : ce risque peut en effet être compris entre 60 et 80%.

## Ces prédispositions héréditaires ne concernent que certains cancers, lesquels ?

Selon nos connaissances actuelles, ceux du sein, de l'ovaire, du côlon et de l'utérus, le mélanome et d'autres formes plus rares de cancers.

## Quelles mesures préconisez-vous en cas de risque héréditaire avéré ?

Pour les femmes ayant un risque plus élevé de développer un cancer du sein et de l'ovaire, nous recommandons une surveillance accrue à l'aide de mammographies, d'ultrasons et d'IRM. Nous évoquons également la chirurgie préventive, qui consiste à enlever l'organe à risque avant même qu'il ne soit atteint. Aux personnes concernées par une prédisposition au cancer du côlon, nous conseillons des coloscopies. Et pour les femmes risquant de développer un cancer de l'utérus, il existe des examens gynécologiques spécifiques.

## Les gens concernés par cette prédisposition devraient-ils selon vous en parler aux membres de leur famille ?

Chacun est libre de faire ce qu'il veut de l'information, mais, à notre sens, il serait mieux qu'elle circule dans l'entourage familial.

## Que penser des tests génétiques proposés sur internet ?

Les résultats de ces tests ne sont pas précis, et leur interprétation peu fiable. Il est donc préférable de s'adresser à une consultation d'oncogénétique.

## Quelle est la pertinence d'une analyse oncogénétique, sachant que les formes héréditaires de cancers ne représentent que 5 à 10% ?

Il est vrai qu'aujourd'hui nous apportons une connaissance nouvelle à un nombre limité de personnes. Mais je pense que notre démarche a du sens, car nous fournissons des réponses à des familles préoccupées par ce questionnement. Pour le moment, il n'y a pas d'application directe à l'ensemble des cancers, mais cela va sans doute se développer. +

\*Anne Murphy est intervenue le 7 février dernier à Vevey dans le cadre du Cycle de conférences de la Riviera organisé par la Ligue vaudoise contre le cancer.

### Les prochaines conférences du cycle :

« Image de soi et cancer » mardi 2 octobre  
« Fatigue en lien avec le cancer » mardi 13 novembre  
18 h - 20 h à l'Astra Hotel, Place de la Gare 4,  
Vevey. Entrée libre - inscription recommandée sur  
[www.lvc.ch](http://www.lvc.ch)

### Consultations d'oncogénétique

CHUV, tél. 021 314 33 76  
HUG, tél. 022 372 98 53



# Jacques Cornuz : le dépistage doit être accessible à tous

**Prévention** L'espérance de vie humaine a presque doublé au cours du siècle dernier. Faut-il que l'Etat favorise l'adoption de règles de vie « saines » pour que la population vive encore plus longtemps ? Réponses du Professeur Jacques Cornuz, responsable de la Policlinique médicale universitaire de Lausanne.

PROPOS RECUEILLIS PAR PHILIPPE BARRAUD



Jacques Cornuz : "il faut développer un esprit de collaboration et de synergie entre cantons."

**Les Chambres fédérales discutent, assez laborieusement, de la Loi sur la prévention. Pourquoi avons-nous besoin de cette loi, qui suscite pas mal de résistances ?**

**Jacques Cornuz :** ces réticences viennent de milieux qui redoutent la mainmise de l'État sur des questions qui devraient relever, à leurs yeux, de la liberté individuelle. Cette revendication philosophique est sous-tendue par le libéralisme économique. Or selon cette même pensée libérale, un organisme public est légitimé à intervenir si l'acteur économique ne réagit pas en présence d'une externalité (le fait qu'un agent économique agisse sur d'autres agents économiques sans que cela soit son but, *ndrl*).

**Un exemple ?**

Si les fumeurs s'étaient eux-mêmes dit : « On impose notre fumée aux autres, on leur impose des crises d'asthme, on impose un risque à ceux qui vivent à nos côtés, donc, on arrête de fumer en présence de non-fumeurs » ; à ce moment-là, l'État n'aurait pas eu à intervenir. Comme cela n'est pas le cas, l'État est légitimé à intervenir et dans ce cas-là fait partie de la pensée libérale, dans la mesure où les acteurs économiques n'agissent pas eux-mêmes. On retrouve cette idée dans le principe du pollueur-payeur. Une deu-

xième raison de soutenir cette loi réside dans le fait qu'il est légitime qu'un parlement, émanation de la population, mette à son agenda le souci de ne plus être en décalage avec les données scientifiques.

**Et ces données évoluent rapidement...**

De nouvelles données arrivent sans cesse, et elles doivent être intégrées dans une politique publique. On peut mentionner par exemple les maladies chroniques, ou l'inactivité physique : c'est le rôle d'un parlement responsable de s'emparer de ces questions et de se dire que c'est à lui de faire en sorte de favoriser l'activité physique. Il est important que les décideurs politiques et sanitaires aient le souci de combler le décalage entre les derniers acquis scientifiques et médicaux, et les conditions socio-législatives.

**Le tabagisme passif est emblématique de cette réflexion. Y a-t-il d'autres questions de santé qui conduisent au même raisonnement ?**

C'est typiquement le cas avec les maladies infectieuses, encore que chez nous, le dispositif soit très sobre et les pouvoirs de contraintes étatiques, limités : les vaccinations ne sont pas obligatoires, seules certaines infections font l'objet d'une déclaration obligatoire, laissée aux professionnels.

**Aujourd'hui, la prévention relève largement des cantons. Est-ce insatisfaisant ?**

Dans un pays construit sur un modèle fédéraliste, il doit y avoir un souci de coordonner les politiques publiques. Il ne s'agit pas d'imposer la mainmise de l'État fédéral, mais d'éviter de multiplier des services qui font tous le même travail : est-il juste d'avoir, en Suisse, 26 médecins cantonaux ? Lorsque nous parlons avec nos collègues canadiens, britan-



niques, américains, ils en tombent des nues! Il me semble approprié de développer un esprit de collaboration et de synergie. On ne se rend pas compte, dans ce pays, qu'on fait les mêmes choses en matière de politique de prévention, de publications et autres brochures, chacun dans son coin. Ne réinventons pas la roue, regardons ce qui se fait à une échelle plus large, par exemple du côté des ligues, comme la Ligue pulmonaire ou la Ligue contre le cancer.

#### **Actuellement, la prévention coûte-t-elle cher ?**

La Suisse dépense peu en matière de prévention en comparaison internationale. De plus, pour faire de la prévention, il faut avoir une vision à moyen et long terme, et la parcellisation actuelle ne va pas dans ce sens.

#### **La prévention a-t-elle des retombées économiques positives ?**

Bien sûr! Il y a quelques années, la Banque mondiale notait dans un rapport que le tabagisme était un facteur de pauvreté. D'un point de vue de la productivité, la prévention peut aussi être vue comme un atout, puisqu'il s'agit de gérer les maladies chroniques.

#### **Peut-on voir des résultats, ici ou ailleurs, de politiques de prévention, par exemple sur les maladies cardiovasculaires ?**

En vingt ans, la mortalité des maladies cardiovasculaires a nettement diminué. On estime que la moitié de cette évolution est due aux mesures de prévention, l'autre moitié étant imputable à l'efficacité des traitements en phase aiguë. L'impact de la prévention est donc clair: ce n'est pas la seule efficacité des traitements qui fait que l'on meurt moins à l'âge de 50-60 ans.

#### **Peut-on parler d'un retour sur investissement dans ce domaine ?**

Pour 1 franc investi pour la lutte contre le tabagisme, c'est 40 francs de « gagnés »; dans le domaine de l'alcool, le rapport est de 1 à 23 ; et dans celui de la sécurité routière, le rapport est de 1 à 9! Donc, il y a bel et bien un impact économique d'une politique publique de prévention.

#### **Qu'en est-il de la prévention des maladies dégénératives? La prévention peut-elle, là aussi, déployer des effets**

#### **significatifs ?**

Dans ce domaine, l'activité physique est essentielle. Et on voit que le meilleur rapport entre l'activité physique et l'amélioration de la santé se trouve chez ceux qui commencent une activité physique, même modérée, alors qu'ils n'en avaient jamais fait auparavant. Paradoxalement, le bénéfice augmente chez ceux qui ont une activité relativement intense et qui décident de faire le marathon. Ce bénéfice est déjà très élevé par rapport aux sédentaires! Donc, il faut faire bouger les

*“Il est légitime qu'un parlement mette à son agenda le souci de ne plus être en décalage avec les données scientifiques.”*

gens, et c'est à quoi doit viser une politique de santé publique.

#### **Pourrait-on soutenir que la prévention doit être une démarche individuelle ?**

Nous avons le souci d'éviter d'augmenter les inégalités: ce sont surtout les gens en bonne santé qui font le plus attention à leur santé! Et plus ils en ont fait, plus ils vont en faire. Il existe un « gradient social » évident. Pourtant, il faut que le col bleu puisse bénéficier des dépistages autant que le col blanc. Nous-mêmes, médecins, avons tendance à mieux protéger la santé de la petite dame bien pimpante, que de la femme alcoolique et qui fume: pour celle-là, nous n'allons pas toujours penser à faire des dépistages. Or, il n'y a pas de raison qu'elle n'en bénéficie pas.

#### **La prévention est-elle automatiquement liée à une forme de subventionnement, ou de remboursement par les assurances? Je pense notamment aux campagnes sur le cancer du sein.**

Dans le canton de Vaud, nous sommes en train de mettre en place une phase-pilote pour répliquer, dans le domaine du cancer colorectal, ce qui se fait depuis une quinzaine d'années pour le cancer du sein. On sait que ce dépistage est efficace, il faut donc l'implémenter, il n'est plus temps de l'évaluer encore. Et du moment que c'est économique et approprié, on est dans les critères de la LaMal. Pour

des dépistages plus discutés, comme celui du cancer de la prostate par la mesure du PSA, il n'est pas possible de les généraliser. Notre attitude, ici à la Policlinique, est de partager l'incertitude, puis la décision, avec le patient. Ce n'est donc pas, ou plus, une autorité un peu paternaliste qui prend souverainement les décisions.

#### **La population est-elle plus réceptive à une politique de prévention que par le passé ?**

Je crois que oui. Il y a des choses qui passent bien, comme les règles de base de l'alimentation, même s'il y a toujours ceux qui ne veulent rien changer à leurs habitudes. Mais il y a une réelle réceptivité, que l'on a pu mesurer avec les lois sur le tabagisme passif.

#### **La Loi sur la prévention peut-elle induire une hausse des coûts de la santé, si par**

#### **exemple il faut accroître le personnel de l'Office fédéral de la santé publique ?**

En termes de personnel, je doute qu'on se lance soudain dans une débauche d'engagements. D'autre part, on pourra tabler sur une diminution des effectifs au niveau des cantons, puisque ceux-ci multiplient parfois par 26 la même activité. Et il faut tenir compte du retour sur investissement, qui est rapide. Regardez ce qui s'est passé avec le tabagisme passif dans le canton de Genève: on a eu une diminution rapide des admissions pour infarctus du myocarde et maladies pulmonaires, il y a eu une diminution de la naissance de prématurés. Il y a donc un impact quasi immédiat dans certains domaines, et dans d'autres, ce sera à moyen ou à long terme. D'où la nécessité d'avoir des décideurs qui ont une vision à moyen et à long terme.

#### **Y a-t-il des domaines où on devrait faire davantage d'efforts ?**

Il y a un domaine où on manque cruellement de recherche, c'est l'arthrose. Les troubles ostéo-articulaires ont un impact considérable sur la qualité de vie et la mobilité, et c'est le parent pauvre à la fois dans le domaine de la recherche médicale et de la prévention. Les choses bougent peu. Il faudrait un gros effort au plan national et international, un grand projet européen de recherche. À cet égard, on est au Moyen-Âge! +

# Fin de vie : comment concilier la loi, l'éthique, et les droits de la personne ?

**Assistance au suicide** La question de l'assistance au suicide a beaucoup occupé les professionnels de la santé et l'opinion publique ces derniers mois, avec d'une part un projet de loi très restrictif du Conseil fédéral (enterré depuis), et d'autre part la votation vaudoise du 17 juin 2012 sur l'initiative de l'association EXIT.

TEXTE PHILIPPE BARRAUD

Après le succès du contre-projet du Grand Conseil vaudois contre l'initiative d'EXIT, le débat s'est cristallisé sur l'application de la nouvelle loi dans les établissements médicaux sociaux (EMS) d'intérêt public, puisqu'un EMS n'est pas équivalent à un domicile privé, où la personne est autonome et libre de ses décisions. Pour les organisations professionnelles telles que l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) en particulier, l'Institut et Haute Ecole de la Santé La Source

(ELS) et la Société vaudoise de médecine (SVM), se posait la question de savoir si le Grand Conseil et le peuple avaient remis une « patate chaude » aux soignants, leur posant des problèmes déontologiques délicats.

En réalité, les soignants autres que le médecin responsable de l'EMS n'auront pas de décision à prendre. Ils pourront être consultés, mais ne seront en aucun cas impliqués directement, et n'auront pas à assister aux derniers moments de leur patient - sauf s'ils choisissent de le faire, évidemment.

## Le rôle du médecin en EMS

En principe, les convictions personnelles et religieuses du médecin de l'EMS ne doivent pas entrer en considération. La loi lui impose de procéder à une expertise, au terme de laquelle il rendra sa décision. Comme l'explique le Dr Ferdinand Beffa, médecin en EMS à Gimel et président du Groupement des médecins travaillant en EMS, « le médecin n'a pas à dire "je veux" ou "je ne veux pas de suicide"; il doit établir si une maladie irréversible et douloureuse peut expliquer une demande; ensuite, il doit s'assurer que la personne qui fait cette demande est capable de discernement, autrement dit, qu'elle connaît l'issue de sa démarche et s'engage dans ce sens, sachant qu'une personne extérieure ne fera que lui apporter la potion mortelle, mais qu'elle devra la prendre elle-même. Ce n'est pas de l'euthanasie, c'est un suicide que l'on doit être capable d'accomplir avec ses propres forces. Le médecin doit aussi s'assurer que celui qui demande le suicide est correctement pris en charge, que sa douleur est traitée et qu'il connaît l'existence des soins palliatifs. Enfin, il lui faut vérifier que l'or-



Le docteur Ferdinand Beffa est en contact permanent avec le personnel soignant des EMS.

donnance qui sera faite par le médecin travaillant pour l'association extérieure, telle qu'EXIT, sera bien établie selon la loi, et que les substances utilisées seront

*“Le médecin n'a pas à dire «je veux» ou «je ne veux pas de suicide»; il doit établir si une maladie irréversible et douloureuse peut expliquer une demande.”*

Dr Ferdinand Beffa

achetées en pharmacie, et non de provenance incertaine, internet par exemple. Le rôle du médecin d'EMS s'arrête là. Ni lui ni les équipes soignantes ne doivent intervenir au niveau de la prise en charge de l'acte.»

Des EMS d'intérêt public pourraient-ils bannir par principe l'assistance au suicide dans leurs murs? Légalement, cela semble exclu. Mais, mentionne le Dr Bef-

fa, «je peux comprendre que certains EMS, pour des raisons religieuses par exemple, disent à un futur nouveau résident: nous ne souhaitons pas appliquer l'aide au suicide dans notre établissement. Le problème ne devrait donc pas se poser si les conditions sont clairement spécifiées au départ, et acceptées par le résident avant son entrée.» Il faut toutefois noter que les places en EMS ne sont pas légion, et il n'est pas certain que les résidents ou leurs proches aient vraiment le choix!

Pour le Dr Jérôme Sobel, président d'EXIT Suisse romande, les législations cantonale vaudoise et fédérale en projet constituent «une autoroute vers un acharnement thérapeutique et palliatif», (...) et contribuent «à une mise sous tutelle médicale et institutionnelle de personnes qui souhaitent pouvoir choisir de mourir de la façon qu'elles considèrent la plus digne pour elles.» Le Dr

Sobel va plus loin: pour lui, il s'agit d'un «vol de leur liberté et peut être ressenti comme une forme d'institutionnalisation d'une maltraitance en les obligeant à subir des soins qu'elles ne souhaitent plus, fussent-ils palliatifs.»

### Un choc de valeurs contradictoires

Ce sujet provoque un choc douloureux de valeurs contradictoires, doublé d'un paradoxe difficile à gérer: à son domicile, la personne est maîtresse de ses décisions si elle se suicide de son propre fait, ou même si elle doit recourir à une assistance - qui implique néanmoins une procédure longue et assez stricte. En revanche, si son «domicile» est un EMS, son suicide prend une forme particulière, plus complexe, et du coup son autonomie subit des restrictions: «Il s'agit d'un domicile partagé, avec des soignants, des équipes multidisciplinaires, et où cohabitent des cultures et des religions différentes, pour qui la sensibilité vis-à-vis de la mort est différente elle aussi, explique Ferdinand Beffa. Dans une institution qui rassemble 50 ou 100 personnes, vous avez de petites communautés. Des gens

## Statu quo au niveau fédéral

Le 30 mars 2012, la Commission des affaires juridiques du Conseil national a conclu que légiférer au niveau fédéral dans le domaine de l'assistance au suicide était inutile, voire contre-productif, car menaçant l'autodétermination de la personne : « La commission est d'avis que l'autodétermination de la personne est primordiale et que chacun doit pouvoir décider pour lui-même ce qu'est une fin de vie digne. Elle est consciente qu'il y a une zone grise dans ce domaine, qui ne peut pas être supprimée par des dispositions législatives. Des règles supplémentaires pour l'assistance au suicide risqueraient de restreindre la liberté individuelle dans ce domaine, ce qui n'est pas souhaitable. D'un autre côté, des règles spécifiques pour l'aide au suicide organisée donneraient aux organisations concernées un statut quasi officiel et l'Etat prendrait une certaine responsabilité, ce qui serait problématique. (...) La commission rappelle que le nouveau droit de la protection de l'adulte, qui entrera en vigueur en 2013, prévoit des directives anticipées du patient (art. 370ss CC). Toute personne capable de discernement pourra déterminer, dans des directives anticipées, les traitements médicaux auxquels elle consent ou non au cas où elle deviendrait incapable de discernement. Cette nouvelle règle devrait permettre de clarifier la situation des personnes en fin de vie, tant pour elles-mêmes, que pour le corps médical et leurs proches. »

qui vivent dans une même salle peuvent souffrir, lorsque par exemple, vous appelez à une personne que sa voisine veut mourir : cela peut être déstabilisant. C'est ainsi que, pour respecter la liberté de l'un, on risque de perturber gravement l'équilibre de l'autre. »

### Un choc de valeurs douloureux

C'est pourquoi une demande d'assistance au suicide en EMS devra s'entourer de multiples précautions. Pour certains, la nouvelle loi vaudoise impose aux résidents une tutelle médicale qui limite

l'autonomie des résidents, et leur impose une approche parfois décrite comme paternaliste : le résident exprime le désir de mourir, mais c'est le médecin qui décide de lui accorder ce droit ou non.

Pour d'autres, une assistance au suicide entre en contradiction flagrante avec non seulement leurs convictions, mais surtout avec leur vocation, qui est d'aider et de faire le bien plutôt que de contribuer à ôter la vie. Dans une déclaration assez radicale de 2001 sur les soins dans la période terminale de vie, la FMH et l'ASI affirmaient qu'il s'agissait d'abord de renforcer les soins palliatifs : « La pratique du meurtre (*sic*) sur la demande de la victime et l'assistance au suicide ne font pas partie de la mission de la médecine et des soins infirmiers. »

La contradiction entre les valeurs du médecin, son Serment d'Hippocrate, et les tâches que la nouvelle loi vaudoise entend lui imposer est encore problématique. « Dans la loi sanitaire, explique le Dr Beffa, il est fait obligation au médecin de s'assurer de l'innocuité du produit ou du médicament qu'il prescrit : celui-ci ne doit pas porter préjudice au patient, puisqu'il doit, normalement, le guérir. Comment un médecin peut-il signer une ordonnance pour un produit qui va tuer le patient ? Le même dilemme va se poser au pharmacien. Il y a là un problème qui doit être résolu par le politique. Selon la nouvelle loi, le médecin devra s'assurer que les produits prescrits sont bien ceux qui sont agréés. Cela dit, je me refusais à contresigner l'ordonnance, d'ailleurs la loi ne nous le demande pas. »

### La vieillesse n'est pas une maladie

Pour Ferdinand Beffa, la démarche va être de déterminer si les conditions de l'assistance au suicide sont posées. « Dans le cadre d'un EMS, il faut bien expliquer ce que veut dire "maladie irréversible qui peut causer des douleurs morales et/ou physiques". C'est la première des choses à faire, afin d'éviter d'éventuelles dérives. "J'ai toujours peur qu'on en vienne à dire, dans le futur, que la vieillesse est une maladie. Or, c'est une évolution de la vie. Pour moi, une personne âgée n'est pas "malade" parce qu'elle est vieille. Je ne connais pas de maladie qui s'appelle "la vieillesse". Et cela, c'est une des dérives possibles : si l'on admet que la vieillesse est une maladie et qu'elle occasionne des douleurs, on peut faire n'importe quoi. »

Si un résident fait une demande d'assistance au suicide, c'est qu'il souffre. Dès lors, pour l'équipe soignante, il s'agit de savoir pourquoi la personne souffre, et si une prise en charge correcte a bien été mise en place. Une autre question importante est de déterminer si une personne peut être soulagée, que ce soit par des médicaments, des antidépresseurs, par exemple, car parfois la dépression induit le désir de mourir, désir qui peut disparaître après quelques mois. Enfin, lorsque l'option palliative a été examinée, quitte à mettre à contribution les équipes mobiles de soins palliatifs, on doit se demander si on a tout fait pour soulager la personne, pour lui donner la possibilité d'être « bien » ou le mieux possible.





Dans les futurs EMS, la question de la fin de vie devra aussi se poser.

« Pour finir, conclut le docteur Beffa, il faut respecter le choix du malade. Toute personne est apte à décider de l'évolution de sa vie. En tant que médecin, nous devons nous demander si nous avons fait le maximum ; et si le maximum a échoué,

alors il faut admettre que nous ne pouvons plus lui apporter le bien-être qu'elle demande. Mon but, en tant que médecin d'EMS, est d'arriver à donner un sens à la vie qui reste. » +

## « Ne pas tomber dans la lourdeur bureaucratique »

PROPOS RECUEILLIS PAR PHILIPPE BARRAUD

**Dans le débat sur l'assistance au suicide, les soignants mettent souvent en avant leurs préoccupations éthiques et leur « confort » de travail. N'est-ce pas méconnaître ou négliger la volonté du patient ?**

**Samia Hurst :** Il ne s'agit pas seulement de confort de travail. Cela relève aussi de la gestion des tensions qui peuvent exister entre les valeurs personnelles du soignant et des valeurs liées à l'exercice d'une activité de soignant d'une part, et les valeurs plurielles et diverses des patients d'autre part. C'est particulièrement vrai dans un contexte où les gens n'ont pas forcément le choix de l'endroit où ils vont se faire soigner.

**Le médecin détient une part importante du pouvoir de décision. N'est-il pas amené à prendre en charge, peut-être arbitrairement, la décision du patient ?**

Il y a là un malentendu fondamental, qui donne lieu à des problèmes dans la pratique. Le malentendu se trouve entre l'exercice d'une expertise médicale et la pratique de l'assistance au suicide. Le rôle du médecin comme expert pose des garde-fous autour de la pratique de l'assistance au suicide ; et il y a, pour la première fois depuis la votation vaudoise, un niveau d'expertise médicale exigé explicitement avant de donner lieu à une assistance au suicide. Il y a ensuite des garde-fous qui ne sont pas requis par la loi, mais par des codes de déontologie : la fin de vie est proche, on a exploré d'autres pistes pour pallier la souffrance de la personne malade, cela constitue aussi un champ pour l'expertise médicale. Lorsqu'il se prononce, le médecin ne se prononce pas sur le carac-

tère licite ou non de l'assistance au suicide en tant que tel : il se prononce sur la présence ou l'absence de caractéristiques chez ce patient, qui rendent légale ou non l'assistance au suicide dans son cas, pour ce qui relève de la capacité de discernement, et qui la rendent compatible ou non avec les directives de l'Académie suisse des sciences médicales, et les codes de déontologie qui veulent qu'on ait exploré toutes les autres pistes thérapeutiques. Rien de tout cela ne signale que le médecin est d'accord avec une assistance au suicide sur le plan philosophique, et encore moins qu'il sera d'accord de la pratiquer lui-même.

**Outre l'expertise technique et médicale, il y a donc un autre niveau, celui de la clause de conscience qui fait débat ?**

Oui. Le niveau des valeurs personnelles, de l'adhésion philosophique pour des cas particuliers liés à l'assistance au suicide ne doit pas être négligé. A ce niveau, tout médecin et tout soignant doit pouvoir décider en son âme et conscience s'il participera à une assistance au suicide dans un cas singulier.

**Mais peut-on considérer que cette adhésion, ou l'absence d'adhésion philosophique, va influencer la décision du médecin ou du soignant ?**

C'est précisément là qu'il faut distinguer les deux niveaux. Pratiquer le premier niveau, c'est le devoir de tout médecin : si on lui demande d'évaluer la capacité de discernement du patient, on voit mal pourquoi il refuserait de le faire. Poser un diagnostic, évaluer les alternatives, c'est le devoir d'un médecin. Si on peut être contre l'assistance au suicide,



Samia Hurst est éthicienne et travaille à l'Université de Genève.

qui serait contre l'exploration d'alternatives ? Cela a été une des grandes confusions survenues dans le débat vaudois, l'idée que les médecins responsables d'EMS puissent s'opposer à cette partie technique qu'ils ont le devoir de faire - et qu'ils devraient être motivés de faire pour ce qui touche aux alternatives.

Ensuite, il y a la question de la participation à l'acte en tant que tel. Là, les soignants disposent de deux protections. D'abord une clause de conscience : on n'est pas obligé de pratiquer un geste contraire à notre conscience ; ensuite, en Suisse, l'assistance au suicide est une décision entre particuliers, on n'a même pas besoin d'avancer une raison pour refuser de la pratiquer, elle devient légale dès lors qu'on accepte de la pratiquer. Il est donc impératif de séparer ces deux niveaux - celui de l'expertise et celui des valeurs -, qui sont souvent confon-

du. Rien ne peut contraindre un médecin à tendre le pentobarbital, c'est-à-dire le produit qui donne la mort, au patient ou à le lui prescrire, même dans l'hypothèse où il estimerait que ce n'est pas un mauvais cas. En revanche, refuser pour les mêmes motifs d'évaluer la capacité de discernement d'un patient ou d'explorer des alternatives sont problématiques.

**N'avait-on pas eu le même type de débat autour de l'interruption de grossesse, où on parlait aussi de clause de conscience ?**

Oui, et j'ai été choquée en ressortant des articles de l'époque, dans lesquels on

invasive; il s'agit d'une conversation structurée entre deux personnes.

**Il est sans doute inévitable que deux médecins arrivent à des conclusions différentes...**

Dans ce cas, il faut faire évaluer la capacité de discernement par plusieurs personnes.

**Mais c'est là que les choses deviennent un peu bureaucratiques, non ?**

Pas nécessairement. Mais cela peut le devenir. Il est très difficile de trouver un bon équilibre. J'étais récemment dans un panel avec des Hollandais qui parlaient de leur expérience. Or, c'était la plainte principale qu'ils formulaient, tout était très bureaucratisé par le biais de la médicalisation, tant il y avait de formulaires à remplir.

**Peut-être devrait-on faire l'effort de se mettre dans la peau du patient, qui va mal et qui se sent extrêmement mal, et qui doit attendre l'issue de séances, de recours, etc...**

C'est une vraie difficulté, il ne faut pas se voiler la face: si on veut avoir un minimum de contrôle, ce qui est souhaité, mais sans tomber dans cette lourdeur bureaucratique, l'équilibre est difficile à trouver.

**Le problème est que dans la vie normale, une personne indépendante n'a pas à demander la permission de se suicider. Dès lors qu'on se trouve en EMS, on perd cette liberté, qui est tout de même fondamentale.**

Pas tout à fait: c'est l'accès à l'assistance au suicide qui devient plus difficile. J'avais une certaine sympathie pour l'initiative d'Exit, qui permettait simplement l'accès à l'assistance dans les EMS, moyennant les vérifications habituelles. Si le peuple vaudois a préféré le contre-projet, c'est sans doute qu'il avait une certaine méfiance à l'égard de cette vérification, habituellement faite par les associations d'aide au suicide elles-mêmes. Cette méfiance est regrettable mais du coup, davantage de vérifications sont requises, ce qui introduira plus de lourdeur que ce qui serait nécessaire.

**Le texte du contre-projet vaudois est très long, comme si l'on avait voulu maîtriser les moindres détails. Est-ce un travers local que de vouloir tout réglementer, jusque dans le suicide assisté ?**

C'est une manie qui n'est pas que vaudoise! Elle a été commentée par la philosophe anglaise Onora O'Neill. Selon elle, on cherche par là à protéger la confiance qui a pu s'établir entre deux personnes. Mais si on a des doutes à cet égard, alors on ajoute des vérifications, des audits, de la bureaucratie. C'est un phénomène général dans la société. Le problème est que ces vérifications redondantes, loin de renforcer la confiance, la détruisent au contraire.

**Ce souci réglementaire ne risque-t-il pas de compromettre cette zone grise, qu'on pourrait appeler euthanasie passive, qui consiste par exemple à donner une surdose de morphine, pour que le patient ne se réveille pas? Nous avons tous fait l'expérience de proche partis ainsi paisiblement.**

Je ne pense pas. Il y a deux choses différentes. D'une part ce qu'on appelait par le passé l'«euthanasie passive», qui consiste finalement à renoncer à l'acharnement thérapeutique. Cela est très bien établi et fait désormais partie des règles de l'art. D'autre part, il y a l'administration de médicaments destinés à pallier les symptômes en prenant peut-être le risque de hâter la fin de vie. L'importance de combattre la souffrance fait que cela aussi fait désormais partie des règles de l'art, en tout cas en Suisse. Je ne pense donc pas que la réglementation de l'aide au suicide porte atteinte à ces deux types de situations.

**A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013, les directives anticipées des patients (voir l'article en page 46) deviendront contraignantes pour le personnel soignant. Est-ce qu'un renforcement de la réglementation de l'aide au suicide ne les rendent pas d'autant plus nécessaires ?**

Je ne le pense pas. Ces directives ne s'appliquent qu'au moment où le patient n'est plus capable de discernement. Ce point là exclut de *facto* toute assistance au suicide, puisqu'il faut être capable de discernement au moment de l'acte pour pouvoir en bénéficier. On ne peut donc pas demander l'assistance au suicide dans des directives anticipées, car ces dispositions sont mutuellement exclusives. +

*"L'assistance au suicide en EMS pose des questions déontologiques cruciales, notamment de savoir comment un médecin peut signer une ordonnance pour un produit qui va tuer le patient."*

rappelait qu'on avait le devoir d'apporter à manger aux femmes qui viennent de se faire avorter... Rien que le fait qu'on ait dû l'écrire fait froid dans le dos! Cela veut dire que des gens refusaient d'apporter à manger, pour ne pas se rendre complice par la simple proximité physique.

**Le président d'Exit estime que le rôle assigné au médecin est une forme d'abus de pouvoir ou de paternalisme. Selon lui, ce serait au médecin de prouver que le patient n'est pas capable de discernement, plutôt que d'exiger du patient qu'il démontre sa capacité de discernement, en une sorte de renversement du fardeau de la preuve...**

On peut comprendre que les choses soient perçues ainsi. En Suisse, la capacité de discernement est présumée chez les personnes majeures. Mais, en pratique, dans les cas dont on parle, elle est souvent évaluée. Il y a là une zone de flou. Lorsqu'une maladie mentale induit un souhait de mourir, l'évaluation de la capacité de discernement est même particulièrement importante. Du reste, ce n'est pas une intervention très

# L'Antidote anime la santé

**Télévision** Toutes les semaines sur Canal9, l'émission L'Antidote propose une enquête sur une thématique de santé. Son producteur-réalisateur nous fait faire le tour du plateau.

TEXTE BENOÎT PERRIER



Un rendez-vous santé hebdomadaire le lundi soir sur la chaîne valaisanne Canal9, c'est le rôle que joue depuis 2007 l'émission L'Antidote. En 136 épisodes à ce jour, elle a traité des thèmes aussi variés que l'arrivée d'un bébé, la chirurgie plastique ou la dépression saisonnière. A l'heure où elle démarre sa sixième saison, son producteur-réalisateur Stéphane Wicky dévoile les coulisses de ce programme dont les numéros sont visibles sur les sites de canal9.ch et planetesante.ch.

## Un jonglage permanent

Loin des effectifs pléthoriques que l'on imagine parfois être la norme à la télévision, quatre personnes seulement constituent l'équipe de l'émission: le réalisateur-producteur Stéphane Wicky, deux réalisateurs-monteurs à temps partiel et la journaliste Marianne Tremblay (qui a succédé à Pierre-Armand Dussex en 2011). Leur rythme de travail? «Les émissions ne sont pas l'une après l'autre, détaille Stéphane Wicky. Au contraire, nous en avons toujours entre quatre et six 'sur le feu'. Nous passons de l'une à l'autre selon les disponibilités de nos intervenants et celles des lieux de tournage.» Mis bout à bout, compter trois semaines pour mettre un numéro de L'Antidote en boîte. Dans la nouvelle formule du magazine, lancée l'an dernier, l'émission prend la

forme d'une enquête, les témoignages de personnes touchées par le sujet tenant néanmoins une place importante. Est-il difficile de trouver à chaque numéro un nouveau thème de santé? «Pas du tout, répond Stéphane Wicky. Plusieurs fois par an, nous réunissons un collège avec des acteurs de la santé en Valais et de nombreux thèmes y sont proposés.»

## La prévention au cœur

L'Antidote traite les problématiques de santé sous l'angle de la prévention, nous détaille-t-il encore. Un axe clair motivé par le fait que les financeurs du programme sont le Service cantonal valaisan de la santé, Addiction Valais et Promotion santé Valais. Si le sujet abordé ne se prête pas à des informations préventives, L'Antidote mettra l'accent sur les ressources pour être aidé.

Dans son travail de vulgarisation, l'équipe de L'Antidote doit relever deux défis. Tout d'abord, la contrainte de mettre en image les sujets. Il faut ainsi trouver des environnements pour filmer les témoignages. Pour une émission sur la pollution par les

ondes, l'entretien a ainsi eu lieu dans un train, un lieu que l'électrosmog n'épargne pas.

Enfin, la matière médicale peut être «très technique» admet Stéphane Wicky. «Nous nous efforçons d'expliquer les choses simplement et pour ce faire nous rencontrons toujours les spécialistes avant de tourner leur intervention. Nous avons une manière spécifique d'aborder les interviews. Autant que possible, nous nous mettons dans la peau du téléspectateur.» Preuve que L'Antidote y parvient, elle a reçu en 2010 un prix de journalisme pour un numéro consacré à l'obésité chez les jeunes. +

**L'antidote est l'émission santé et prévention, produite avec le Service Cantonal de la Santé Publique du canton du Valais, Addiction Valais et Promotion Santé Valais. Plus d'information sur [www.canal9.ch](http://www.canal9.ch)**

**Retrouvez les émissions sur [www.canal9.ch](http://www.canal9.ch) et [www.planetesante.ch](http://www.planetesante.ch)**



**Sport** A Genève, une unité rééduque et examine les sportifs, qu'ils soient stars du ski ou joggeurs du dimanche.

IMAGES ROMAIN GRAF / TEXTE BENOÎT PERRIER



Le docteur Stéphane Borloz et la physiothérapeute Suzanne Gard.

# Mécaniciens sur sportifs



Un cercle gradué pour mesurer la récupération.

Une salle en longueur, claire et ensoleillée, nous sommes à Cressy Santé, dans l'Unité d'orthopédie et traumatologie du sport (UOTS) des Hôpitaux universitaires de Genève. Le docteur Stéphane Borloz et la physiothérapeute Suzanne Gard y accueillent ce matin un sportif pour une séance de rééducation. «La collaboration est la pierre angulaire de l'activité de la médecine physique et de réadaptation, explique le médecin. Nous formons un cercle autour du patient avec des physiothérapeutes, des physiologistes du sport, des chirurgiens orthopédistes, des cardiologues, des nutritionnistes, des ergothérapeutes et autres spécialistes.»

L'UOTS a beau passer en revue la santé des joueurs du Genève Servette Hockey Club chaque année, neuf personnes sur dix qui la consultent sont des sportifs

amateurs. Ils viennent ici faire un bilan médicosportif (en vue d'un objectif précis comme un marathon ou avant de se remettre au sport), bénéficier d'une consultation médicale spécialisée ou accomplir une rééducation après une blessure.

C'est le cas de Yannick Bertrand, 32 ans. Descendeur dans l'équipe de France de ski, il s'est déchiré les ligaments croisés du genou gauche en fin de saison. Opéré il y a quatre mois, il a pu très progressivement réutiliser son articulation et commencer une rééducation spécifique.

Au début de la séance, on le retrouve debout sur un pied. Il étend son autre jambe dans toutes les directions sur un cercle gradué. Une manière de «mesurer» sa récupération, tant physique que psychologique. Stable, «le genou ne part pas aux fraises». Le docteur Borloz apprécie l'évolution.





Le descendeur  
Yannick Bertrand

En équilibre sur un gros ballon, Yannick Bertrand fait passer un *medicine ball* de 4 kg de chaque côté de son torse. L'exercice impressionne: pour ne pas tomber, il exige une maîtrise de chaque muscle et une parfaite conscience de la position de son corps.

« Les sportifs professionnels se connaissent si bien qu'ils travaillent seuls selon un programme préétabli, en dehors des séances », explique Suzanne Gard. Pour autant, des bilans réguliers per-

mettent d'une part de mesurer les progrès de la rééducation, et d'autre part de « montrer à l'athlète ses limites actuelles. Cela permet d'éviter une reprise trop précoce et le risque d'une nouvelle blessure », insiste le Docteur Borloz. D'expérience, la plupart des pros respectent le plan de traitement établi, ce qui n'est pas toujours le cas des amateurs. Après son opération, Yannick Bertrand n'a pas posé le pied gauche par terre pendant un mois à la demande de son chirurgien.



Une traversée  
en constant équilibre

Le sportif continue les exercices. Après un passage en équilibre sur un plan instable (ci-contre), il doit, en sautant sur un seul pied et sans toucher le sol passer d'une structure vacillante à une autre (ci-dessus). Un redoutable test de la confiance qu'il porte dans son genou opéré. L'occasion aussi d'observations précises de la récupération pour le médecin. Qui les compare ensuite au ressenti du patient. «La perception que l'on a de son corps peut être faussée après un traumatisme. Le cas échéant, il faudra la travailler.»

En l'occurrence, après quatre mois, le genou du skieur est presque remis, tout au plus faudra-t-il remuscler sa jambe. Pour autant, l'idée que les champions guérissent plus vite que les simples mortels est fautive. Certes, on peut suivre des protocoles de rééducation dit «accélérés», mais c'est en prenant appui sur le travail de musculation effectué avant la blessure et, surtout, en capitalisant sur les exercices quotidiens qu'effectuera le sportif de haut niveau dont l'entraînement est l'activité principale.

A Cressy,  
des locaux lumineux





Yannick Bertrand entend être au départ à Lake Louise, fin novembre.

Le jour où a lieu la séance, Suzanne Gard revient tout juste des Jeux Olympiques de Londres où elle a travaillé à la Polyclinique, un hôpital temporaire pour les athlètes. Les exercices d'étirement et de mobilisation qu'elle réalise avec Yannick Bertrand permettent de cibler des muscles bien précis. Au prix, parfois, d'une certaine douleur.

Le plan d'éducation comporte toujours un objectif. Ici, il s'agit de débiter la saison de ski fin novembre à Lake

Louise au Canada. Pour le moment, il est encore trop tôt pour remonter sur des skis mais tout est mis en œuvre pour que le Français parvienne à son but. Nous le quittons pour poursuivre la visite du centre de Cressy (qui accueille aussi des bains ouverts au public). Une heure plus tard, nous recroisons le skieur qui pratique des exercices conseillés lors de la séance. Après quarante minutes de vélo, « pour se délasser ». +



# A la rescousse des bébés

**Naissance** Petits et fragiles, les nouveau-nés en détresse doivent rapidement être pris en charge dans une unité de néonatalogie. Des convois spéciaux sont prévus pour les transférer sous haute sécurité. Zoom sur ces isolettes high-tech qui sauvent des vies.

TEXTE ÉLODIE LAVIGNE





Le trajet de la maternité à la maison est souvent le tout premier voyage que font les nouveau-nés, sous la bienveillance de leurs parents. Mais avant le jour J, il arrive qu'un transfert médicalisé s'impose d'une unité ou d'un hôpital à l'autre. Ces patients pas comme les autres sont alors transportés avec le plus grand soin dans des incubateurs spécialement prévus à cet effet, qui leur assurent un environnement adéquat le temps du trajet. Plus qu'une simple mesure de précaution, ces isolettes high-tech sauvent chaque année des vies et diminuent considérablement les risques de mortalité.

Les situations qui l'exigent sont diverses, comme l'explique le Dr Roberta de Luca, cheffe de clinique en néonatalogie aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG): « Un bébé, né prématurément ou à terme, qui présente d'importants problèmes de santé (prématurité, infections, pathologies respiratoire ou cardiaque par exemple) à la naissance, devra être pris en charge dans une unité de néonatalogie équipée, comme aux HUG par exemple. Selon la situation, il sera véhiculé par hélicoptère, en ambulance, voire exceptionnellement en avion ». Une fois que la santé de l'enfant est stable, un transfert dans un hôpital régional, proche du domicile des parents, pourra être organisé.

Plus qu'une simple unité de transport, ce type d'incubateur, véritable concentré de technologies, est aussi une station de réanimation (lire page suivante). Les HUG, qui collaborent étroitement avec la REGA et une société d'ambulances genevoise pour ces missions, en possèdent trois. Chaque année à Genève, environ nonante transports extra-hospitaliers sont effectués grâce à cet appareil. +

L'incubateur est un véritable concentré de technologie



Dr Roberta de Luca, cheffe de clinique en néonatalogie aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)

Voir photo page suivante →

### LA VALISE D'URGENCE

Le médecin ne part pas en mission sans elle. On y trouve des médicaments d'urgence, du matériel pour la prise en charge des systèmes respiratoire, cardiovasculaire et digestif de l'enfant ainsi que des couvertures thermiques.

### LA BATTERIE

Elle assure l'autonomie de l'incubateur, qui peut également être branché par l'électricité en milieu hospitalier, par exemple.

### LE SYSTÈME VENTILATOIRE

L'incubateur offre une assistance respiratoire en cas de déficiences de l'enfant, dues à son âge ou à une pathologie. L'administration de l'air peut se faire à l'aide d'un masque qu'on place sur le nez (mode CPAP, en anglais « Continuous Positive Airway Pressure ») ou à l'aide d'un tuyau que le médecin place dans la bouche de l'enfant (mode de ventilation mécanique). Dans les deux cas, l'air est livré par un système de tuyaux reliés à une bonbonne d'air et une d'oxygène, qui assurent l'autonomie de l'incubateur. Les ambulances, les hélicoptères, les hôpitaux périphériques sont également équipés avec des sources d'air et oxygène. Un capteur placé autour du doigt du bébé et relié au moniteur, permet de définir avec finesse ses besoins en oxygène.

### LES PERFUSIONS

Un système de « pousse-seringue » permet d'administrer des médicaments ou du glucose pour un apport en énergie. Pour éviter tout risque de vomissement, l'enfant n'est pas nourri durant le voyage.



### LE MONITEUR

Il permet de surveiller les paramètres vitaux de l'enfant : la tension artérielle, le rythme cardiaque, la saturation d'oxygène dans le sang et la fréquence respiratoire. Une alarme retentit en cas de perturbation d'une de ces constantes.

### LE SYSTÈME DE TRANSPORT

Destiné au transport en ambulance, en hélicoptère et en avion, cet incubateur diffère, dans ses fonctionnalités, d'une couveuse classique qui accueille les bébés prématurés. Il sert à la fois de lit de transport, de soins et de station de réanimation. Son prix : environ 100 000 francs. Malgré son poids non négligeable de 175 kg, le dispositif, monté sur quatre roues, est conçu pour être véhiculé par une ou deux personnes. Dans la pratique, un médecin expérimenté et une infirmière spécialisée en néonatalogie constituent l'équipage. Pour les transports simples, lorsque l'enfant est conduit dans un établissement hospitalier proche de son domicile, une infirmière spécialisée accompagne seule le convoi.

### LES HUBLOTS

Grâce à ces ouvertures, le médecin et l'infirmière peuvent prodiguer des soins à l'enfant. Leur taille réduite permet de limiter la déperdition de chaleur et d'humidité. Une ouverture plus large est possible sur le côté ou au niveau de la tête. Un éclairage est prévu pour plus de visibilité, lors des soins ou pour le contact avec les parents.

### L'INCUBATEUR

Cet espace assure au nouveau-né un environnement thermique conforme à ses besoins. La température peut être réglée selon deux modes : « air » et « peau », selon si l'on souhaite la réguler en fonction de la température corporelle du bébé ou non. Une pastille, fixée sur son thorax et reliée à la machine par une sonde, permet de la mesurer en permanence. Le nouveau-né y est couché sur un matelas, entouré d'un coussin de positionnement pour réduire le sentiment d'espace. Par sécurité, on le maintient avec des attaches et on lui met des cache-oreilles aussi bien en ambulance qu'en hélicoptère.

# « D'une vie à l'autre,

**Transplantation** Entre le moment où un organe est prélevé et celui où il est greffé, c'est toute une succession de décisions qui sont gérées par les équipes de coordination de greffe. Sur la route d'un organe, ou comment une personne décédée peut donner la vie.

TEXTE WINNIE COVO



1

Mort cérébrale d'un patient donneur potentiel d'organes quelque part en Suisse. Le coordinateur recueille toutes les informations nécessaires (âge, sexe, situation de santé, antécédents, etc.), puis entre les informations dans un logiciel visible par tous les centres de transplantation suisses.



6

Le receveur est amené au bloc pour être préparé à la transplantation. C'est à ce moment-là, une fois que le médecin a vu « in situ », que la transplantation est confirmée. Au même moment, les organes du donneur sont prélevés. Chacun d'entre eux est alors enveloppé dans un sac stérile entouré de liquide, lui-même enveloppé dans un deuxième sac fermé, plongé dans de l'eau froide stérile, qui sera enveloppé dans un troisième sac avec de la glace pilée. Ce dernier sera installé dans une petite boîte en forme de glacière, qui sera finalement enfermée dans une seconde boîte qui ne quittera pas le médecin durant son « trajet » entre le donneur et le receveur.



5

Swisstransplant entre en contact avec chaque coordinateur de chaque hôpital. Ils organisent alors le transport de chaque organe (voiture, hélicoptère, ambulance).



7

L'organe arrive chez le receveur. Il est transplanté.



# le chemin d'un organe »



2

Allocation des organes: Swisstransplant propose le cœur, les reins, les poumons, le pancréas et le foie, à destination des receveurs inscrits en liste d'attente dans les centres de transplantation selon des critères d'attribution préétablis.

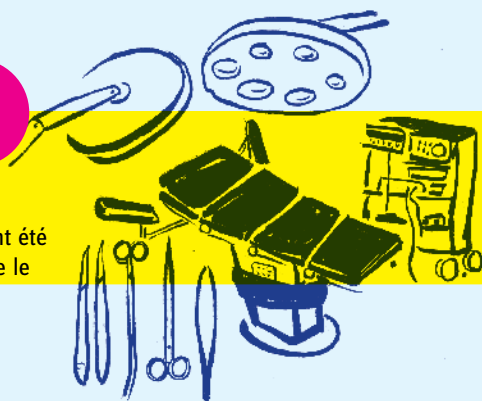


3

Chaque centre a une heure pour prendre sa décision. Durant ce laps de temps, le coordinateur appelle le médecin référent du receveur potentiel. Celui-ci dira oui, non, ou «sous réserve» (il peut réclamer des examens supplémentaires). Puis le médecin, ou le coordinateur, appelle le patient pour s'assurer qu'il est disponible, en bonne santé (qu'il n'a pas de fièvre) et qu'il peut arriver assez vite à l'hôpital (son transport peut être organisé par la coordination de transplantation)

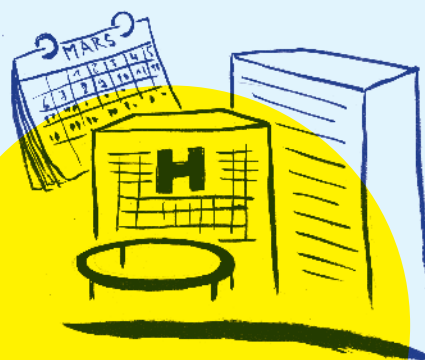
4

Là où les organes ont été acceptés, on prépare le bloc opératoire.



8

En salle d'opération, on vérifie l'état du greffon et la reprise de fonction.



9

Le patient restera environ trois semaines à l'hôpital, puis aura droit à un suivi régulier et sera contraint à prendre des médicaments toute sa vie.

# Chien(-ne) de thérapie, c'est un métier

**Psychologie** Un chien de thérapie. Voilà le métier de Max, le chien de Rachel Lehotkay, Docteur en psychologie, spécialisée en zoothérapie. Il y a aussi Louise, chienne de thérapie, et deux chats qui travaillent avec la psychologue depuis plusieurs années.

TEXTE CÉCILE AUBERT

Une thérapie assistée par l'animal. C'est l'idée de la zoothérapie. «L'animal fait partie du monde spirituel et physique des humains depuis des millénaires», explique Rachel Lehotkay, psychologue-zoothérapeute aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Certes, mais pourquoi le chien? «C'est le premier animal à avoir été domestiqué, au début, c'était d'ailleurs plus pour l'affection que pour la chasse.» Et les chiens sont plus sociables que les félins, qui sont solitaires. Max est un Labrador, «une race connue

pour être calme et aimer tout le monde.» Pour être thérapeute, un chien doit être évalué et éduqué. «J'ai suivi quatre ans d'éducation canine avec Max», précise la psychologue. Qui ajoute : «On s'attache aux animaux de compagnie, ce sont comme des enfants. Je dirais même que l'animal est un enfant perpétuel, un stimulus de l'attachement. C'est un animal social, on peut projeter sur lui et il provoque un comportement maternel. Qui permet aussi de recevoir et d'exprimer de l'attention.»

## Médiation via l'animal

Comment un chien devient-il thérapeutique? On l'utilise pour des thérapies complémentaires, de médiation. L'animal devient alors un auxiliaire qui facilite le lien thérapeutique. Un intermédiaire, un médiateur entre patient et thérapeute. Concernant cette création du lien thérapeutique, la psychologue précise que «les patients veulent voir Max» et qu'elle n'est elle-même que celle qui tient la laisse. C'est le chien qui prime.





Mais l'animal reste un adjuvant thérapeutique, il ne remplace pas la relation entre deux humains.

Aux HUG, cette thérapie est surtout utilisée chez des adultes avec un handicap mental. « Ces gens souffrent de troubles du comportement liés à des difficultés de communication et à de l'isolement. La thérapie à médiation animale permet de réduire ces troubles. Ces patients sont des personnes non verbales pour qui l'aspect lien et communication est important. Le chien est une source de motivation sensorielle, motivationnelle, socialisante. Promener Max, cela suscite contacts et activités. Et le stimulus est positif car multisensoriel: sons, odeurs, vision (un chien attire l'attention), toucher (la fourrure est agréable à caresser). On peut vraiment parler d'effets bénéfiques tant physiologiques que psychologiques liés à la compagnie des animaux. »

### **Autisme et zoothérapie**

La zoothérapie est aussi utilisée pour l'autisme. Pour Rachel Lehotkay, « dans

cette pathologie, l'importance de la stimulation sensorielle n'est plus à démontrer car le patient souffre de repli sur soi. Le chien permet donc de l'aider à se tourner vers l'extérieur, d'appivoiser le contact physique et de développer des aptitudes sociales. La zoothérapie permet

*“L'animal fait partie du monde spirituel et physique des humains depuis des millénaires”*

la médiation entre le rejet des contacts sociaux et l'acceptation des relations interpersonnelles. Ce qui permet de diminuer la tendance au retrait des autistes et les comportements inappropriés, comme les automutilations, les mouvements stéréotypés tout en augmentant les comportements sociaux appropriés grâce au contact visuel, à l'imitation des gestes. »

Comment se passent les séances? Elles sont hebdomadaires, de 30 min ou d'une heure, en groupe ou individuelles. « Dans mon groupe d'autistes avec retard modéré, je place mon chien Max au centre de la pièce sur un tapis rouge pour qu'il focalise l'attention. Au fil des séances, les patients ressentent un sentiment d'utilité et de responsabilité quand ils promènent Max. Et pour un enfant mutique qui va parler au chien, cela lui permet de restaurer une connexion saine via une relation avec

des animaux. Le chien fait office d'objet transitionnel: quand ils disent « Max est triste », les patients parlent d'eux via le chien, c'est un moyen de faire sortir l'émotion. En outre, ce sont souvent des patients très médicalisés, qui voient beaucoup de médecins. Leur proposer le chien, c'est différent! », conclut la zoothérapeute. +

# Neuro-imagerie de l'amour : au-delà du simple sentiment

**Couple** L'amour n'est pas qu'une émotion. En présence du sentiment amoureux, ce sont de multiples zones de notre cerveau qui s'éveillent... même les plus évoluées.

TEXTE WINNIE COVO

Plus qu'une simple émotion, telle que la joie, la tristesse ou le mépris, l'amour est une « fonction supérieure » avance le Dr Francesco Bianchi-Demicheli, psychiatre sexologue, travaillant au Département de gynécologie et obstétrique, aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). En collaboration avec Stéphanie Ortigue, chercheuse à l'Université de Syracuse, à New York, il est parvenu à mettre en lumière la sublime fonction de l'amour grâce à ce qu'ils appellent la neuro-imagerie de l'amour, soit l'analyse des réactions du cerveau face au sentiment amoureux.

Le fait d'aimer en appellerait selon eux bien au-delà des simples aires émotionnelles du cerveau. Lorsque l'amour apparaît, c'est en effet presque sa totalité qui s'agite. « Il est bien entendu que les aires émotionnelles se réveillent, mais la neuro-imagerie a pu démontrer que les aires les plus évoluées du cerveau, là où se font les processus cérébraux les plus

complexes, s'éveillent également, explique le spécialiste. L'amour n'est donc pas qu'une émotion, c'est bien plus que cela ».

Pour mener à bien leur étude, qui s'insère dans une ligne de recherche et une collaboration scientifique entre Genève et les Etats-Unis, le Dr Bianchi-Demicheli et sa collègue se sont intéressés au cerveau de 36 femmes, âgées en moyenne de vingt ans, et amoureuses. Un amour qui a pu être défini grâce à une échelle très précise : l'échelle de la passion Hatfield & Spracher qui permet, selon différents critères, de comprendre si l'on est en présence d'amour passionnel ou d'un amour « compagnon ». « Nous avons alors pris des personnes passionnément amoureuses contre des personnes qui avaient un amour « compagnon », que l'on peut définir par un attachement, un lien de confiance, ou de l'amitié, explique le sexologue. Nous avons alors envoyé des stimuli liés à la personne aimée

de manières aléatoire et randomisée. A l'apparition de celle-ci on pouvait constater l'activation de certaines zones du cerveau, les mêmes pour tout le monde. Nous avons tenté la même expérience avec des mots en lien avec l'être aimé et le résultat était le même. En faisant des stimulations très rapides, même si concrètement la personne ne voyait pas distinctement les images qui lui était proposées, son cerveau quant à lui réagissait, et ce de manière bilatérale. Nous avons donc pu construire notre étude sur la base de ces résultats ».





Les zones du cerveau liées à la peur ou à l'agressivité se désactivent sous l'effet de l'amour.

### *“Lorsque l'amour apparaît, c'est presque la totalité du cerveau qui s'agite”*

En opérant des activations corticales, ils ont ainsi pu déceler qu'en tout une douzaine d'aires du cerveau était activée sous l'effet de l'amour. Considérer alors l'amour comme un simple sentiment, reviendrait à ignorer tout ce que l'état amoureux fait sur notre cerveau. «L'amour est un réseau distribué dans

l'individu, les aires liées à la motivation et à la récompense, ainsi que celles impliquées dans la cognition sociale, soit la capacité qu'à un individu à socialiser. En parallèle, il a été noté que les aires connues pour être en lien avec la peur ou à l'agressivité se désactivent sous l'effet de l'amour. Le réseau de l'attention

le cerveau, surenchérit le Dr Bianchi-Demicheli. C'est un phénomène dynamique!» Parmi les aires touchées, l'amour va mettre en mouvement le système cognitif de

et surtout l'air du «self» sont également très actives. Enfin, le gyrus angulaire compris dans les compilations mathématiques les plus complexes et impliqué dans des fonctions langagières très avancées, telles que la sémantique, se réveille lui aussi.

L'amour devient alors un concept très complexe que le cerveau traite à partir de sensation physiologique, psychique, du vécu d'un individu, de concepts culturels, ou d'une expérience personnelle ancrée dans la mémoire. +

# Les ados doivent se reposer...

**Stress** En cette période de rentrée, les adolescents sont souvent paniqués à l'idée de retourner à l'école. Si certains s'en réjouissent, d'autres doivent gérer un stress, parfois lourd à porter. Le Dr Daniel Schechter, pédopsychiatre aux HUG, nous en explique les effets.

TEXTE WINNIE COVO

## La rentrée scolaire est-elle un réel facteur de stress chez les adolescents ?

**Dr Daniel Schechter :** Le retour à l'école, après les vacances, est toujours une période mitigée pour les jeunes. D'un côté, il y a la joie de revoir leurs amis, de se raconter leurs histoires. C'est également le moment de faire de nouvelles rencontres, etc. Mais de l'autre, le fait de devoir reprendre une vie réglée, de se réveiller à l'heure, de devoir faire leurs devoirs, faire face aux évaluations, d'entrer en concurrence avec leurs camarades, tout cela est facteur de stress.

## Des situations particulières sont-elles plus enclines à stresser un enfant au sein de l'école ?

Tout cela dépend en réalité de chaque individu. Pour les adolescents qui sont généralement mal à l'aise socialement, le rapport avec les autres ou les nouvelles rencontres pourront être difficiles. Tandis que pour d'autres, ce sont les attentes de leur famille sur leurs performances qui pourront les stresser, par exemple.

## A partir de quand doit-on prendre au sérieux le stress chez un adolescent ?

Il ne faut tout d'abord pas complètement dénigrer le stress. Il peut en effet être positif en agissant comme un stimu-

lant lors de l'apprentissage. Il force également la concentration et donne à certaines personnes le désir de se dépasser. En revanche, lorsque celui-ci devient trop fort et qu'il place les adolescents en souffrance, plusieurs symptômes doivent nous alerter : des troubles du sommeil ou de l'alimentation, des pleurs répétés, de gros problèmes de concentration, l'ennui jour après jour, l'irritabilité fréquente, une anxiété importante, voire le basculement dans la dépression ou la phobie scolaire. Les adolescents ayant une ten-

*"Les parents doivent tout simplement communiquer avec leurs enfants"*

dance à consommer toutes sortes de stupéfiants auront tendance à en augmenter la prise sous l'effet du stress.

## Comment les parents peuvent-ils venir en aide à leur enfant ?

Ils doivent avant tout se montrer disponibles et prendre le temps d'observer le comportement de leur adolescent. Même si leurs enfants sont à l'âge où ils ont en-

vie de se débrouiller seuls, les parents ne doivent pas pour autant lâcher leur attention. Prudence tout de même à ne pas devenir intrusif. Les parents doivent tout simplement communiquer avec leur progéniture, essayer de savoir s'ils ont un problème. Par contre, si un enfant ne va vraiment pas bien, qu'il se dispute beaucoup avec ses parents, ceux-ci doivent alors essayer d'en comprendre

les raisons en prenant du recul par rapport à la situation. Enfin, les parents ont toujours la possibilité de s'adresser à des professionnels. Le pédiatre dans un premier temps, puis des spécialistes.

## Les professeurs ont-ils eux aussi un rôle à jouer ?

C'est aux parents tout d'abord de s'attacher à rester en communication avec



le professeur de leur enfant, son coach sportif, où son répétiteur de piano, par exemple. On ne sait pas toujours en effet si le dialogue est vraiment ouvert entre l'enfant et ses éducateurs. En s'assurant que cela soit le cas, les différents partis pourront alors plus facilement discuter en cas de conflit. C'est une situation difficile à gérer pour les professeurs qui doivent à la fois vérifier l'évolution scolaire d'un élève, ainsi que son bien-être en général. Et s'ils font face à une situation où les parents ne souhaitent pas collaborer, ils peuvent toujours se tourner vers différents réseaux, tel que l'Office médico-pédagogique à Genève par exemple, pour parler de leurs problèmes.

#### **Un adolescent peut-il se rendre réellement malade à cause du stress ?**

Le stress peut en effet souvent créer des plaintes somatiques. Un enfant qui a

tendance à avoir des maux de tête ou des problèmes digestifs, pourra voir ces troubles s'aggraver. De même, s'il est asthmatique, enclin à des allergies ou à de l'eczéma, il pourra faire des crises plus poussées.

#### **La société dans laquelle on vit est-elle un terreau à enfants stressés ?**

Nous vivons une époque où tout va de plus en plus vite. Entre les médias, l'échange d'informations, Facebook, les jeux-vidéo ou les emails, les adolescents n'ont plus vraiment le temps de se poser un moment pour réfléchir, être créatif ou trouver le goût de divertissements normaux pour leur âge. Tout est désormais organisé, et cela s'ajoute à une crise économique qui pèse sur leurs parents et qui génère une certaine dose de stress qui se répercutera sur les enfants. +

**"Même si leurs enfants ont envie de se débrouiller seuls, les parents ne doivent pas lâcher leur attention."**



**Retrouvez notre page facebook pour gérer la rentrée en santé.**

# Jeûne et santé font-ils bon ménage ?

**Thérapie** Le médicament est-il l'unique solution ? On en consomme certes de plus en plus mais, en parallèle, la méfiance grandit face au culte du tout chimique et aux effets secondaires qui y sont liés. Alors, une question se pose : existe-t-il une autre voie thérapeutique ? Pour certains, le jeûne est la réponse. Le point sur une approche alternative de la maladie et du soin.

TEXTE CÉCILE AUBERT

Jeûner, c'est rebooster son corps. Depuis 50 ans, d'abord en ex-URSS, puis en Allemagne et aux Etats-Unis, des médecins et des biologistes explorent les effets de la restriction calorique sur l'organisme et son influence sur certaines maladies. Une approche complémentaire aux perspectives inattendues. C'est ce que le documentaire de Sylvie Gilman et Thierry de Lestrade, diffusé récemment sur Arte, a mis en lumière. Le jeûne thérapeutique a ses adeptes et ses détracteurs. Récit d'une controverse.

## Sibérie et Allemagne à la diète

En Sibérie, la diète est un élément central de la politique de santé publique. Un sanatorium propose même depuis 1995 un centre de jeûne où les patients ne boivent que de l'eau, et ce pendant une dizaine de jours. En quinze ans, 10 000 patients y ont fait une cure pour des problèmes de diabète, d'asthme, d'hypertension, d'allergies ou de rhumatismes. Cette pra-

tique thérapeutique est le fruit de 40 ans d'expériences scientifiques pratiquées par des chercheurs soviétiques, d'abord sur des malades psychiatriques. Selon ces études, qui n'ont jamais franchi le mur de Berlin, autant un psychisme défaillant que des maladies somatiques seraient traités par le jeûne.

Mais comme sanatorium sibérien et hôpitaux psychiatriques d'URSS n'inspirent pas vraiment spontanément une grande confiance en matière de science et de médecine, regardons ce qui se fait sous des latitudes plus proches. En Allemagne, par exemple, 15 à 20% de la population affirment avoir jeûné et un centre de





"La phase de jeûne chez les manchots dure 100 jours"

jeûne renommé existe aux bords du lac de Constance depuis 60 ans: la clinique Buchinger. Le menu y est un peu plus riant que dans les steppes sibériennes: soupe légère ou jus de fruits. Les patients viennent y suivre des cures d'une à trois semaines, par exemple: pour soulager leurs rhumatismes ou retrouver un foie de taille normale.

### *"Jeûner de manière extrême peut modifier le fonctionnement du cerveau"*

A Berlin aussi, la diète est à la mode. Puisqu'on jeûne même à l'intérieur du plus grand hôpital public d'Europe, la Charité. En effet, dans une annexe de cette institution, un bâtiment réserve un étage aux patients qui y jeûnent selon la méthode Buchinger. Des gens qui souffrent principalement de syndrome métabolique, de problèmes cardiaques ou de rhumatismes.

#### **Jeûner pour le fun**

En France et en Suisse, il existe des stages de jeûne, mais, nuance, ils sont destinés aux gens ... en bonne santé. Il s'agit es-

sentiellement de boire des tisanes pendant une semaine. Une cure de bien-être destinée à remettre les compteurs à zéro et à éveiller l'esprit, sur un modèle importé d'Allemagne. Pas un gramme de nourriture solide, mais des aliments liquides.

On ne se contente pas d'amour et d'eau fraîche, mais on consomme quelques tisanes et bouillons. Le reste du temps, c'est randonnées et rencontres avec des naturopathes, ou alors yoga et débats sur la nutrition. Une parenthèse consacrée



à son corps et son alimentation, conçue comme un séjour de vacances.

Outre ces cures new age et hormis le cadre religieux (carême ou ramadan), le jeûne n'est pas pratiqué fréquemment

sous nos latitudes. Et il provoque même souvent une certaine méfiance car on l'associe parfois à des dérives sectaires ou aux gourous et autres charlatans qui promettent la guérison par l'ascèse. Sur-

tout que jeûner de manière extrême peut modifier le fonctionnement du cerveau. Pour le plus grand bonheur des sectes, avertissent les détracteurs de la diète forcée. +

## Comment le corps réagit-il à la privation de nourriture ?

Un jeûne thérapeutique suivi par une personne malade doit se faire sous supervision médicale. Il est conseillé de ne pas se lancer seul dans une diète prolongée. Quelles sont les étapes que le corps franchit si on le prive de nourriture ? Quand on ne mange plus, les vitamines baissent mais ce ne sont pas des pertes critiques. Après 24 heures de jeûne, les stocks de glucose (glycogène) sont épuisés. Puis, pendant les dix jours qui suivent, l'organisme s'attaque à ses réserves protéiques, issues prioritairement des muscles. Enfin, pour économiser ses protéines, il va puiser dans ses lipides. A noter que cette phase peut atteindre 100 jours chez les manchots, donc presque quatre mois. Certes, l'homme n'est pas un manchot. Mais l'on sait bien que selon certains scientifiques, hommes et animaux connaissent quelques similitudes. En effet, un adulte d'1m70 et 70 kg compte 15 kg de réserves de graisse, donc il pourrait tenir 40 jours sans manger. «L'avis de ces biologistes qui étudient les pingouins, précise le Dr Dimitrios Samaras, chef de clinique à l'Unité nutrition des HUG, c'est que le jeûne n'est pas dangereux. Mais qu'au contraire, c'est un événement auquel les animaux ont dû s'adapter avec le temps. Ils affirment également que dans l'évolution de l'être humain, la survie dans la nature a toujours rimé avec des périodes de jeûne plus ou moins prolongées, et que si notre espèce a pu survivre dans le temps, c'est parce qu'elle a pu développer des mécanismes adaptatifs pour les périodes sans nourriture.»

Mais revenons à nos étapes. Pour pallier le glucose manquant, le corps fabrique un substitut, grâce aux protéines et aux

lipides: les corps cétoniques, appelés aussi le carburant du jeûne. Et à cause de ce changement de mode d'alimentation, le taux d'acidité dans le sang augmente. Le corps doit apprendre à vivre de

*“Deux tiers des patients qui jeûnent disent se sentir mieux”*

ses réserves, l'organisme doit s'habituer. Selon les adeptes de la diète, le plus dur ce n'est pas la sensation de faim, qui disparaît peu à peu, mais cette crise d'acidose, qui peut causer nausées, maux de tête, douleurs abdominales, crampes et faiblesse générale.

Comment le jeûne agit-il sur la santé ?

Là, c'est un peu plus mystérieux, et plusieurs médecins avouent ne pas comprendre très bien l'effet du jeûne sur certaines affections. On pense que jeûner provoque un stress et relance les mécanismes d'autorégulation du corps, ce qui aurait des effets thérapeutiques. Le jeûne aiguise également les forces curatives de l'organisme et agirait en stimulant les organes d'élimination. On pense aussi que les hormones mobiliseraient les réserves du corps et auraient un effet anti-inflammatoire. Des études allemandes sont en cours sur les mécanismes reliant privation de nourriture et maladies comme le diabète, l'hypertension ou les rhumatismes.

Les adversaires du jeûne thérapeutique insistent, eux, sur le danger de trop puiser dans les protéines, donc dans les muscles. Et d'autres avertissent que jeûner de manière extrême peut modifier le

fonctionnement du cerveau et affaiblir la capacité de jugement d'une personne.

«Quand on s'interroge sur le rôle du jeûne dans la maladie, il faut se souvenir qu'avoir un frigo bien rempli est une habitude tout à fait récente dans l'histoire de l'humanité et a peu participé à la pérennisation de l'espèce humaine, relève le

Dr Samaras. A quel degré notre organisme supporte-t-il mieux la carence de nourriture que son excès, c'est une question complexe. La nature nous a peut-être doté de mécanismes pour supporter la famine, mais elle n'a pas prévu qu'on vive jusqu'à l'âge de 90 ans et qu'on ait ainsi le temps de développer toutes les maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète, cancer etc.) qui frappent actuellement les sociétés des pays développés. Je dirais que ces mécanismes ont peut-être bien marché pendant le laps de temps que la nature nous octroie pour procréer, mais est-ce qu'ils sont toujours bénéfiques dans le monde actuel? »

### Jeûne et psychisme

Et le psychisme, comment s'adapte-t-il au jeûne ? « Contrairement aux diètes restrictives, où la faim persiste et des symptômes tels qu'apathie, fatigue et irritabilité sont au premier plan, le jeûne total se traduit plutôt par une perte d'appétit dans les premiers un à quatre jours, à cause de l'augmentation progressive des corps cétoniques, explique le Dr Samaras. Et une sensation de bien-être est très souvent rapportée par les patients. Le mécanisme sous-jacent n'est pas très clair. Selon certains, cette sen-

sation pourrait être due à l'acide acétoacétique (un type de corps cétonique) qui a un effet sur le cerveau semblable à celui de l'alcool. D'autres mettent en avant plutôt la sécrétion par le corps lui-même de substances identiques à la morphine. Un effet placebo ou l'effet euphorisant de la perte pondérale, surtout pour les patients en surpoids, est également possible.»

Quoi qu'il en soit, le fait est que deux tiers des patients qui jeûnent disent se sentir mieux. « En résumé, conclut le spécialiste de la nutrition, le jeûne est une pratique utilisée depuis la nuit des temps. Son effet de bien-être pourrait expliquer en partie le rôle du jeûne dans des rituels spirituels ou des pratiques religieuses à travers les siècles. Ses effets potentiellement favorables sur la san-

té de l'individu ont commencé à être explorés depuis environ 150 ans mais la littérature sur le jeûne thérapeutique de l'homme est relativement limitée et loin d'être concluante. En plus, les complications d'une telle épreuve n'étant pas négligeables, la décision ne devrait pas être prise à la légère, ni avant de s'être assuré d'un suivi médical.» +

C. A.

## Jeûner pour soulager les articulations

Quand on parle de jeûne thérapeutique, l'une des affections pour lesquelles les patients se mettent à la diète pure et simple, ce sont celles qui touchent les articulations, comme les rhumatismes ou l'arthrose. L'avis d'un rhumatologue.

Des anti-inflammatoires à haute dose, c'est se confronter à des effets secondaires parfois bien désagréables. Voilà pourquoi certains patients préfèrent se mettre régulièrement à l'eau ou à la soupe une semaine ou deux. Et diminuer ainsi la prise de médicaments.

Pour le Dr Christophe Deluze, rhumatologue et allergologue à Genève, le jeûne thérapeutique peut certes apporter un répit, mais il n'est que momentané: « Je l'ai observé moi-même chez certains patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde en poussées, la plus fréquente des diverses formes de rhumatismes inflammatoires chroniques. D'une manière inexplicable et spectaculaire, il est vrai

que si le patient jeûne, cela juggle les poussées.»

Il existe donc certainement un lien entre système digestif et système immunitaire car rappelons que les rhumatismes sont une forme de maladie auto-immune, puisque des cellules du système immuni-

*“Il existe un lien entre système digestif et système immunitaire”*

taire s'attaquent aux articulations. « Mais le problème est double, poursuit le spécialiste: on ne peut tout simplement pas rester à jeun pour toujours, d'une part, et, d'autre part, même si on prolonge le jeûne, l'activité rhumatismale revient, après dix jours environ. La récurrence est même assez méchante. Donc oui, le jeûne a un effet positif sur le système im-

munitaire, mais uniquement momentanément. Ce n'est qu'un soulagement temporaire. Des naturopathes recommandent cette technique mais elle ne prévient pas les rechutes. Et attention aux thérapeutes qui vous promettent le remède miracle qui consiste à se mettre à l'eau

et à arrêter de manger, c'est un peu limité. Cependant je ne nie pas qu'il est vrai que si l'on met le système digestif au repos, cela a un effet sur le reste

du corps. C'est peut-être pour cela que les yogi jeûnent régulièrement. Quant à l'asthme ou aux allergies, vu que je suis également allergologue, je n'ai jamais rien observé chez mes patients en lien avec le jeûne.» +

C. A.

PUBLICITÉ

**snortec**

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

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

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

# L'accident vasculaire cérébral (AVC)

**Maladie** L'AVC, ou « attaque cérébrale », est la conséquence d'un manque d'apport de sang dans le cerveau (obstruction ou rupture d'un vaisseau). Les symptômes ne sont pas toujours réversibles.

TEXTE DR ROMAN SZTAJZEL

ADAPTATION DR CATHERINE RITTER, DR PIERRE-ALAIN PLAN

## Brève description

En Suisse, l'accident vasculaire cérébral (AVC) est la troisième cause de mortalité, après le cancer et les maladies cardiaques. Il représente la première cause d'invalidité acquise après l'âge de 60 ans. Environ 60% des personnes qui ont eu un AVC ne récupèrent pas totalement et un certain degré d'invalidité peut persister (paralysie, troubles de la sensibilité, de la mémoire, du langage ou de la vision). Un AVC peut aussi entraîner une dépression ou d'autres troubles psychiques.

Un AVC est la conséquence de l'interruption ou de la diminution subite de la circulation sanguine au niveau d'une région du cerveau. Cette région mal irriguée ne reçoit alors plus assez de sang et manque donc d'oxygène. Le plus souvent (80%), l'accident vasculaire cérébral est le résultat de l'obstruction d'un vaisseau sanguin par un caillot (AVC ischémique). Plus rarement (20%), il est provoqué par la rupture d'un vaisseau; on parle alors d'hémorragie cérébrale (AVC hémorragique).

Lors d'un AVC, les symptômes persistent et une lésion cérébrale est le plus souvent visible sur les images radiologiques (scanner, imagerie par résonance magnétique (IRM)).

Une attaque cérébrale peut cependant aussi être transitoire; on parle alors d'accident ischémique transitoire (AIT). Il s'agit d'un épisode bref de troubles neurologiques également causés par un caillot qui obstrue une artère du cerveau. Toutefois, ce caillot se dissout rapidement de lui-même et l'épisode ne dure en général que quelques minutes ou, plus rarement, quelques heures. Aucune lésion cérébrale n'est alors visible sur les images radiologiques.

Après un AIT, le risque d'avoir un accident vasculaire constitué

(non transitoire, avec une lésion visible au scanner ou à l'IRM) est particulièrement important durant les premières semaines qui suivent l'AIT.

## Symptômes

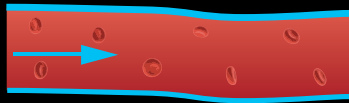
**Le début d'une attaque cérébrale (AVC ou AIT) est brutal. Les symptômes apparaissent le plus souvent en quelques secondes ou minutes, plus rarement sur quelques heures. L'AVC ou l'AIT provoque des troubles qui diffèrent selon la région du cerveau qui est touchée. Il peut par exemple s'agir de :**

- troubles moteurs (hémiplégie): faiblesse musculaire d'une moitié du corps (visage, bras, jambe);
- troubles de la sensibilité: sensation d'engourdissement, d'endormissement ou de picotements d'une moitié du corps (visage, bras, jambe);
- difficultés de langage (élocution ou compréhension): difficulté à trouver, former ou articuler les mots (qui peuvent être incompréhensibles pour l'entourage), incapacité à comprendre même des questions ou des phrases simples, incapacité ou difficulté à lire et/ou à écrire;
- difficulté à avaler: ce symptôme est rarement isolé, le plus souvent il est associé à d'autres troubles neurologiques;
- troubles visuels: perte complète de la vision d'un œil (de très courte durée ou persistante dans le temps), vision double ou perte de la moitié du champ visuel, (la personne ne voit que la moitié gauche ou droite d'une image);
- troubles de l'équilibre: sensation de vertiges et surtout de tangage (impression d'être sur un bateau);
- maux de tête inhabituels (qui touchent toute la tête ou une



# L'accident vasculaire cérébral (AVC)

## Situation normale



En circulant à travers les vaisseaux sanguins, le sang permet au cerveau de recevoir l'oxygène et les nutriments dont il a besoin pour pouvoir fonctionner correctement.

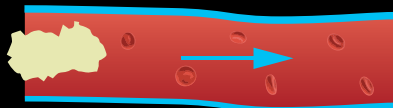


## Principaux symptômes

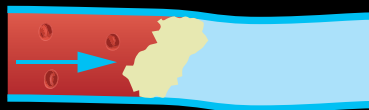
- Début brutal, symptômes en quelques secondes ou minutes
- Diffère selon la zone du cerveau touchée
- Troubles moteurs (paralysie)
- Troubles de la sensibilité (endormissement)
- Troubles du langage (élocution ou compréhension)

## L'AVC ischémique / 80% des cas

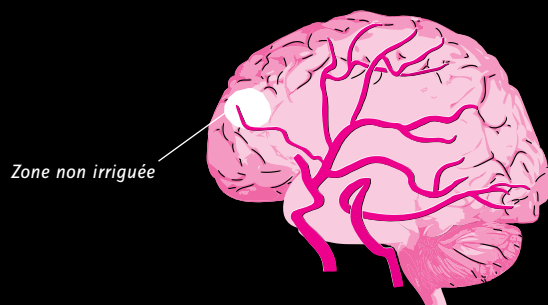
La rupture d'une plaque d'athérosclérose (dépôt de graisse calcifié dans la paroi des artères) provoque la formation d'un caillot sur place ou qui va migrer plus loin dans la circulation avant de provoquer une obstruction



Un trouble du rythme cardiaque (par exemple : fibrillation auriculaire) peut aussi être à l'origine de la formation du caillot.



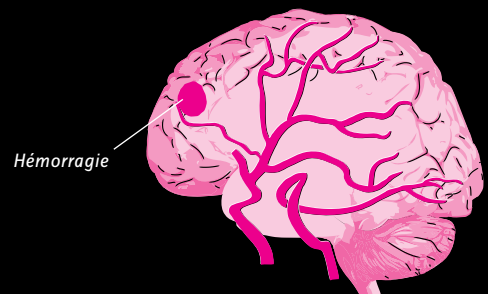
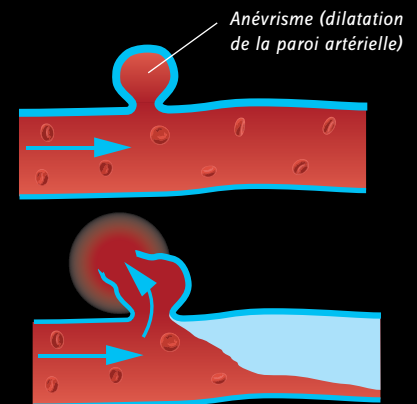
Le caillot provoque le blocage de la circulation sanguine.



Privé de sang, le cerveau ne fonctionne plus correctement. Constitution d'un infarctus cérébral.

## L'AVC hémorragique / 20% des cas

Un vaisseau sanguin affaibli ou endommagé se rompt et le sang se répand à l'intérieur du cerveau.



Même si il est plus rare que l'AVC ischémique, ce type d'accident cérébral peut aussi provoquer des handicaps importants à long terme.

**En cas de suspicion : Appelez le 144**

moitié seulement) : ces maux de tête sont persistants et ne répondent pas au traitement. Parfois ils peuvent précéder de quelques jours la survenue d'une attaque cérébrale.

### Causes

**Les principales causes de l'attaque cérébrale (environ un tiers chacune) sont :**

- la diminution du calibre des gros vaisseaux cérébraux (artères carotides et vertébrales) : la formation de plaques (essentiellement par accumulation de cholestérol) au niveau de la paroi des artères (athérosclérose), qui réduit leur diamètre et par conséquent le débit sanguin dans ces grosses artères. Il arrive parfois que la surface d'une plaque se rompe, favorisant la formation d'un caillot qui peut ensuite migrer dans une artère du cerveau de plus petit calibre et l'obstruer totalement ;
- la diminution du calibre des petits vaisseaux à l'intérieur du cerveau : cette réduction de calibre est aussi due à l'athérosclérose qui peut provoquer une obstruction complète du vaisseau ;
- des problèmes cardiaques : le trouble cardiaque le plus fréquemment responsable de la survenue d'un AVC est une arythmie que l'on appelle fibrillation auriculaire. Cette dernière peut se manifester sous la forme de palpitations, mais elle peut aussi passer complètement inaperçue ;

### Facteurs de risque

**Les principaux facteurs de risque favorisant la survenue d'une attaque cérébrale sont :**

- une histoire familiale positive (un ou plusieurs membres de la famille ont eu un AVC) ;
- le sexe masculin ;
- une hypertension artérielle (définie par des valeurs supérieures à 140/90 mmHg) ;
- un excès de cholestérol dans le sang (hypercholestérolémie, avec un cholestérol-LDL (mauvais cholestérol) élevé et cholestérol-HDL (bon cholestérol) bas) ;
- un diabète ;
- le tabagisme ;
- la sédentarité (activité physique insuffisante et pas assez régulière) ;
- un excès pondéral (index de masse corporelle (IMC) supérieur à 25) ou un périmètre abdominal supérieur à 102 cm chez l'homme et à 88 cm chez la femme.

### Traitement

**Traitement de l'attaque cérébrale en phase aiguë :**

Un médicament puissant peut être administré durant les six premières heures après le début des symptômes ; il permet de dissoudre le caillot et d'améliorer les symptômes chez environ 40% des personnes. Ce traitement se nomme thrombolyse et peut-être administré soit par la veine, soit au moyen d'un petit cathéter (petit tuyau en plastique) introduit dans l'artère fémorale (au pli de l'aîne) et guidé jusqu'au caillot qui obstrue le vaisseau dans le cerveau.

Etant donné que ce traitement ne peut être administré que durant un intervalle de six heures après le début de l'AVC, il est indispensable de se rendre à l'hôpital le plus rapidement possible, dès les premiers symptômes !

Rarement, le médicament utilisé pour la thrombolyse peut avoir

comme effet secondaire un saignement au niveau du cerveau. Le risque est faible, environ 5%, voire moins encore lorsque le traitement est administré précocement après l'AVC.

A l'hôpital, durant les premiers jours suivant l'AVC, la surveillance attentive de plusieurs paramètres (pression artérielle, taux de sucre dans le sang et oxygénation du sang) facilite la récupération des fonctions qui ont été touchées.

La rééducation (physiothérapie, ergothérapie, logopédie) est ensuite rapidement débutée. Elle permet d'accélérer le processus de récupération. Pour un certain nombre de personnes chez lesquelles persiste un déficit neurologique important, la rééducation se poursuit en général dans des centres spécialisés.

### Evolution et complications possibles

**Durant les premiers jours suivant une attaque cérébrale, des complications peuvent se produire comme par exemple :**

- une aggravation des troubles neurologiques ;
- la survenue d'une nouvelle attaque cérébrale (récidive) ;
- un saignement (hémorragie) au niveau de la lésion cérébrale (en particulier lorsque la pression artérielle ou le taux de sucre sanguin ne sont pas suffisamment bien contrôlés).

Ces complications peuvent être en grande partie évitées par une surveillance attentive et un contrôle strict de ces paramètres à l'hôpital.

La complication la plus importante de l'AVC est une persistance du déficit neurologique qui entraîne un handicap pour les activités quotidiennes. Un certain degré d'invalidité persiste chez un peu plus de la moitié des personnes victimes d'un AVC.

### Prévention

Si aucune mesure (prévention primaire) n'est prise en présence d'un ou de plusieurs facteurs de risque, la probabilité de survenue d'une première attaque cérébrale est clairement augmentée par rapport aux personnes sans facteur de risque.

De même, si un AVC s'est déjà produit et qu'aucun traitement n'est entrepris (modification de l'hygiène de vie, prévention secondaire), le risque de récurrence est important.

En revanche, le risque de survenue d'une première attaque cérébrale ou d'une récurrence sera notablement réduit si des mesures de prévention adéquates sont mises en place.

**Mesures destinées à prévenir l'apparition d'une première attaque cérébrale :**

- amélioration de l'hygiène de vie (activité physique régulière, alimentation avec fruits et légumes) ;
- si nécessaire, prescription de traitements qui visent à diminuer le plus possible les facteurs de risque (médicaments antihypertenseurs, antidiabétiques, pour abaisser le cholestérol).

**Mesures destinées à prévenir l'apparition de nouvelles attaques cérébrales :**

- traitement antiagrégant plaquettaire (aspirine) pour empêcher la formation de caillots au niveau des plaques d'athérosclérose ou un traitement anticoagulant (Sintrom) pour empêcher la formation des caillots au niveau du cœur (en cas de fibrillation auriculaire) ;
- intervention chirurgicale si le traitement médicamenteux est insuffisant, surtout en présence d'un rétrécissement des

artères qui irriguent le cerveau, en particulier des artères carotides;

- prescription de traitements qui visent à diminuer le plus possible certains facteurs de risque (médicaments anti-hypertenseurs, antidiabétiques, pour abaisser le cholestérol)

### Informations utiles au médecin

**En cas d'attaque cérébrale (AVC ou AIT) le médecin s'intéressera en particulier:**

- au type de symptômes (difficulté à parler, faiblesse d'une moitié du corps, perte de la vision d'un côté);
- à la durée des symptômes, en particulier s'ils ont été transitoires;
- à la manière dont les symptômes sont apparus (de manière brusque ou plutôt progressivement);
- à savoir si des symptômes similaires se sont déjà produits précédemment;
- à l'existence de facteurs de risque (maladies cardiovasculaires dans la famille, hypertension artérielle, diabète, hypercholestérolémie, tabagisme).

### Examens

**Le bilan médical effectué par le médecin sert à confirmer le diagnostic d'attaque cérébrale et à déterminer sa cause. Il comprend en général:**

- un bilan sanguin (taux de sucre, de cholestérol et d'autres graisses dans le sang);
- un électrocardiogramme (ECG);
- un bilan radiologique (scanner ou IRM, en utilisant une technique particulière pour visualiser les vaisseaux);
- un examen par ultrasons (écho-Doppler) carotidien et vertébral; éventuellement un examen Doppler des vaisseaux intracérébraux;
- un examen du cœur par ultrason (échographie cardiaque);
- un enregistrement du rythme cardiaque pendant 24 heures (Holter) ou mieux encore pendant sept jours (R-test). +

H. Mattle. L'accident vasculaire cérébral. Groupe suisse de travail pour les maladies cérébrovasculaires. Bulletin des médecins suisses 2000;81: Nr 32/33 ([www.saez.ch/pdf/2000/2000-33/2000-33-815.PDF](http://www.saez.ch/pdf/2000/2000-33/2000-33-815.PDF)).



Retrouvez le descriptif de 100 autres maladies sur [www.planetesante.ch](http://www.planetesante.ch)

PUBLICITÉ



## Pour une meilleure qualité de vie.

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

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



Pour savourer sans les effets secondaires.

**coop**

Pour moi et pour toi.

# Pourquoi des brevets sur le vivant ?



**ADN** L'idée que l'on puisse breveter le vivant provoque souvent des réactions hostiles. Pourtant, aucune loi ne s'y oppose, et des règles claires limitent la portée de telles protections. De plus, ces brevets jouent un rôle incitatif important pour la recherche, médicale notamment.

ADAPTATION PHILIPPE BARRAUD



Philippe Ducor,  
avocat

Qu'est-ce qu'un brevet ? Il s'agit d'un titre de propriété intellectuelle accordé au titulaire d'une invention, lui permettant d'interdire aux tiers de l'utiliser à titre professionnel, et donc à des fins commerciales. Cette protection est limitée dans le temps (vingt ans au maximum depuis le dépôt de la demande), et n'est valable que dans les pays où elle a été demandée.

On comprend bien ce que cela veut dire pour une machine, une technique ou un logiciel, mais pour le vivant ? C'est dans les années septante que la recherche a commencé à s'intéresser à ce que l'on appelle l'ADN recombinant, et que l'idée s'imposa que des inventions dans le domaine du vivant pouvaient faire l'objet d'une protection légale, autrement dit d'un brevet. On comprenait mieux la mécanique du vivant ! L'ADN recom-

binant est une technique permettant de transférer d'un organisme à un autre l'information génétique contenue dans un gène présentant un intérêt dans un domaine précis. Cette technique permet par exemple de transférer le gène de l'hormone de croissance humaine dans une bactérie, une levure, une lignée cellulaire ou tout autre système d'expression susceptible de produire de façon industrielle, à l'infini, la protéine codée par ce gène. Celle-ci peut ensuite être administrée à titre de médicament à des patients qui en ont besoin.

Mais un chercheur qui révèle l'existence d'un gène dans l'organisme humain réalise-t-il une authentique invention, qui est digne de protection, ou seulement une découverte ? Après tout, ce gène était là bien avant que le chercheur ne soupçonne, puis ne révèle son existence !

## L'aspirine et le bouleau

Cette même question s'est posée lorsque, au début du XX<sup>e</sup> siècle, la recherche médicale a permis d'identifier, de caractériser, et d'extraire certains produits naturels, voire de les produire de manière synthétique. Nous connaissons ces substances sous la forme d'hormones, de vitamines ou d'antibiotiques, qui sont des produits naturels largement utilisés en médecine. Ces produits sont-ils brevetables ? Oui, mais seulement dans la mesure où la protection s'exerce envers ces produits sous une forme distincte, et non sous la forme générale qui est librement disponible dans la nature : on a pu bre-





*“En attribuant pour la première fois une fonction précise à un gène humain, l'inventeur met à la disposition de la société un produit permettant de coder pour une protéine utile.”*

veter l'aspirine, mais pas le bouleau dont elle est tirée!

En d'autres termes, ce n'est pas l'origine, naturelle ou non, du produit, qui importe, mais la contribution de l'inventeur, qui met à la disposition de la société un produit dont l'utilité pratique est distincte de celui directement disponible dans la nature.

Le raisonnement est le même, s'agissant de savoir si l'on peut breveter des gènes humains. En attribuant pour la première fois une fonction précise à un gène humain, l'inventeur met à la disposition de la société un produit permettant de coder pour une protéine utile, voire de diagnostiquer une maladie génétique déterminée. C'est une solution technique (la séquence du gène) à un problème technique (la production d'une protéine re-

combinante, ou le diagnostic d'une maladie) qui mérite la protection du brevet.

#### Des règles et des limites

L'attribution d'un brevet obéit toutefois à des règles strictes. Les inventions qui sont contraires à l'ordre public et aux bonnes mœurs, ou qui portent atteinte à la dignité humaine, ne peuvent pas être brevetées. Il pourrait s'agir par exemple du clonage humain, de la création de chimères et hybrides humain-animal, d'utilisation d'embryons humains à des fins non médicales, de parthénogenèse humaine, etc.

En outre, l'existence d'un brevet n'interdit pas l'utilisation de l'invention à des fins privées, non commerciales, et cela même sans le consentement du détenteur du brevet. Une autre exception est

ce qu'on appelle «l'exception expérimentale», qui permet à quiconque d'utiliser l'invention protégée pour obtenir des connaissances sur l'objet même de l'invention. Par exemple, il est possible qu'un concurrent fasse usage d'un gène humain breveté pour lui découvrir des fonctions ou des effets utiles différents de ceux couverts par le brevet: le gène en tant que tel reste entièrement disponible pour la recherche, et le détenteur du brevet ne peut pas prétendre contrôler l'ensemble des applications futures du gène. Le fait de pouvoir breveter le vivant est ainsi un encouragement à la recherche médicale, puisque les brevets, en raison des droits exclusifs qu'ils confèrent, jouent un rôle incitatif important dans le développement de réalisations nouvelles, utiles à l'ensemble de la société. +

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



# Les directives anticipées, un outil pour le patient

**Fin de vie** Comment serons-nous médicalement pris en charge, si nous devons devenir incapables de discernement ?

ADAPTATION PHILIPPE BARRAUD

**A**u 1<sup>er</sup> janvier 2013, une importante réforme du Code civil entrera en vigueur, au chapitre du droit de la protection de l'adulte : elle fixe au niveau fédéral les conditions auxquelles tout patient peut adopter des *Directives anticipées*, pour le cas où il deviendrait incapable de discernement, et les effets juridiques de telles directives. Jusqu'ici, des dispositions de droit cantonal régissaient, de façon disparate, cette question.

Lorsqu'on parle de capacité de discernement, on pense en premier lieu aux maladies dégénératives, comme la démence sénile ou la maladie d'Alzheimer ; mais cette situation peut aussi survenir brusquement, à la suite d'un accident de la route, ou d'une attaque cérébrale, par

Marc Balavoine,  
avocat

exemple. Il est donc important que chacun puisse, préalablement, dire à quels traitements médicaux il consent ou non, si une telle situation devait se présenter. Pour les patients, les *Directives anticipées* apportent une sérénité certaine, sachant que, si telle est leur volonté, on renoncera à des traitements lourds pour une qualité de vie très dégradée.

Pour les médecins, la situation changera passablement par rapport à aujourd'hui. En effet, ils auront l'obligation non seulement de consulter les directives établies par le patient, mais aussi de les respec-

ter – sauf exceptions dûment précisées par la loi.

Outre les directives, détaillées ou générales que le patient peut donner, il a aussi la possibilité de désigner une personne qui, le cas échéant, sera chargée de le représenter auprès du médecin, et de discuter des soins à lui apporter.

**Des directives impératives pour le médecin et pour les proches**

Les *Directives anticipées* doivent être rédigées par écrit, et signées de la main du patient. Il est en outre important qu'elles



*“En cas de perte brutale et rapide de ses facultés de discernement, il est important pour chacun d'avoir défini à l'avance à quels traitements médicamenteux il consent.”*

soient rapidement accessibles, afin que le médecin puisse agir dans le cadre souhaité. Ces directives peuvent être déposées chez le médecin traitant, ou portées sur soi, ou encore être confiées à la personne de confiance que le patient a désignée pour le représenter. Une bonne solution consiste à indiquer, sur la carte d'assuré, le lieu où les directives sont déposées.

Les directives peuvent être faites de manière détaillée, ou succincte, mais fondamentalement, elles doivent permettre de répondre à la question de savoir ce

qu'il faut faire si le patient est, momentanément ou durablement, incapable de discernement. Dès lors, la directive peut par exemple exiger que, suite à un événement inattendu tel qu'un infarctus provoquant une incapacité de discernement jugée irréversible, l'on renonce à toutes les mesures dont la seule conséquence serait de prolonger la vie et les souffrances du patient. Le patient peut aussi dire s'il tient à ce que l'on soigne activement les douleurs et autres symptômes accablants, ou s'il faut au contraire y renoncer et se limiter à maintenir un état de vigilance et la capacité de communiquer du patient.

Le patient peut encore décider s'il autorise une alimentation artificielle, ou une réanimation en cas d'arrêt cardio-circulatoire et/ou respiratoire. Le patient peut stipuler expressément qu'il autorise le prélèvement d'organes, ou de certains organes, de son corps, de même qu'une autopsie.

Les directives relatives au don d'organes ont le mérite de libérer les proches de cette décision, souvent très difficiles à prendre lorsque le décès vient de survenir.

En contrepartie, il faut être conscient que les *Directives anticipées* sont, en principe, impératives, aussi bien pour le médecin que pour les proches. Autrement dit, l'entourage familial en général, le conjoint ou les parents directs en parti-

culier, ne pourront pas s'y opposer.

La précision est importante, car si les directives n'étaient pas impératives, le risque serait grand que les tiers prennent les décisions en fonction de leurs propres valeurs, et les imposent au patient, désormais incapable de faire valoir sa volonté.

La loi prévoit trois cas dans lesquels il peut être dérogé aux *Directives anticipées*: elles sont contraires aux prescriptions légales (demande d'euthanasie active, par laquelle le patient demande à ce que l'on mette fin à sa vie); on a des doutes, fondés sur des éléments concrets, quant à savoir si les directives correspondent toujours à la volonté du patient; on soupçonne, sur la base d'éléments concrets, que les directives n'ont pas été rédigées librement par le patient. Si le médecin déroge aux *Directives anticipées*, il devra le consigner dans le dossier du patient, et sa décision pourra faire l'objet d'un recours.

Les *Directives anticipées* permettent donc au patient de prévoir le pire. Mais, à l'image d'un testament, elles doivent être révisées périodiquement, en fonction de l'évolution de la personne et de ses valeurs, et aussi en fonction de l'évolution de l'art médical.

Les formulaires de *Directives anticipées*, en version détaillée ou courte, peuvent être téléchargés notamment sur le site de la FMH. +

# “Le bonheur, C'est bon pour la

**Humour** Benjamin Cuche, fidèle partenaire de Jean-Luc Barbezat à la scène, nous parle de santé, de rire et de sa famille.

TEXTE WINNIE COVO

**Lorsque l'on dit «l'essentiel c'est la santé», qu'est-ce que cela vous inspire ?**

**Benjamin Cuche :** C'est tellement juste ! La santé est ce que l'être humain a de plus précieux. On peut tout avoir mais sans la santé... Imaginez-vous en soirée avec une fille magnifique que vous draguez depuis longtemps, et c'est justement ce soir-là que débarque un horrible mal de dos, et bien c'est une soirée de fichue !

**Vous prenez donc soin de vous ?**

Non, je ne fais pas suffisamment attention à ma santé. Je mange quand j'ai faim et je dors quand j'ai sommeil ! Même si j'avoue que depuis que j'ai une famille c'est un peu plus compliqué pour le sommeil.

**Quel rapport entretenez-vous avec votre médecin ?**

Une chose est sûre, je ne suis pas un bon client pour mon assurance-maladie. Du haut de mes 45 ans, je ne suis plus tout jeune et je vais donc plus souvent chez le docteur qu'avant. Je dois lui rendre visite une fois par an, en tout cas.

**Le rire est-il bon pour la santé ?**

C'est évident ! Le bonheur en général





"En rigolant sur scène, c'est comme si je m'automédicamentais."

# santé !”

*“Malheureux oui, mais pas plus de trois jours”*

c'est bon pour nous et le rire fait partie de tout cela. En rigolant sur scène ou ailleurs, c'est comme si je m'automédicamentais sans prendre de produit. Le plaisir fait partie du bien-être, il nous permet d'éviter le stress, de relativiser, et de comprendre que certaines choses ne sont pas si graves.

## **Etes-vous un grand consommateur de médicaments ?**

Je m'automédicamente quand j'ai mal à la tête uniquement. Je prends parfois des «granules», comme on dit: «Tu prends de l'arnica et si ça va pas mieux, on ira à l'hôpital!»

## **Monter sur scène vous demande une préparation physique particulière ?**

Je ne me chauffe ni la voix, ni vraiment le corps. Je fais peut-être deux ou trois étirements, mais rien de plus. Par contre, j'ai remarqué que plus je jouais plus j'avais la forme. D'ailleurs, lorsque Jean-Luc Barbezat et moi ne foulons la scène pendant un bon moment et qu'on s'y remet, au début on se sent plus fatigué. En plus, quand je m'empâte, je me réjouis toujours de remonter un spectacle parce que je sais que je vais brûler quelques calories!

## **Faites-vous du sport ?**

Je ne fais ni d'entraînement, ni de jogging matinal, mais par contre je fais du train! Car comme je suis toujours en retard, je dois courir pour l'attraper.

## **A 45 ans, vous dites être déjà vieux, avez-vous peur du temps qui passe ?**

Je ne suis pas inquiet à l'idée de vieillir, mais j'ai bien conscience que cela va m'arriver. Mes parents, eux, sont déjà vieux et je trouve qu'ils n'ont malheureusement pas su bien préparer leur vieillesse et qu'elle leur est tombée dessus.

S'ils avaient anticipé quand ils étaient encore en forme, il serait aujourd'hui en meilleure santé.

## **Qu'est-ce qui vous fait peur dans la maladie ?**

Ce que je redoute le plus est partir avant mes parents ou que mes enfants partent avant moi. Mon père souffre d'Alzheimer, une maladie difficile à vivre pour lui-même et son entourage. Pourtant, le côté positif, c'est qu'il vit dans sa propre



réalité, et ne subit pas de douleur particulière, car c'est bien la douleur qui en général est le plus insupportable. Mais n'oublions pas qu'en Suisse, nous sommes extrêmement privilégiés et que même quand ça fait mal, les professionnels de la santé font un travail formidable pour nous soulager.

**Etes-vous du genre douillet ?**

Quand je me fais mal, je hurle un bon coup et m'en prend à mon armoire, ou ma porte, en toute mauvaise foi, sachant parfaitement que je suis le seul responsable. Sinon, je ne suis pas du genre à dramatiser, j'attends toujours cinq minutes avant de dire que je vais mourir ! Et selon ma masseuse, j'ai un seuil de tolérance à la douleur assez élevé... Maintenant, il est clair que je ne suis pas fan de la douleur, mais je me rends bien compte du côté psychologique de la chose. J'essaie donc de ne pas me laisser guider par

mes émotions, avec un credo : « Malheureux oui, mais pas plus de trois jours ».

**Fumez-vous ?**

J'ai commencé à fumer très tard et j'ai arrêté très tôt. Quand j'étais jeune, on m'a toujours dit que ce n'était pas bien et que

*"Je ne suis pas inquiet à l'idée de vieillir"*

ça ne servait à rien. Puis à 28 ans, j'ai commencé à fumer un paquet par jour. J'ai adoré ça jusqu'au jour où je me suis levé au milieu de la nuit pour aller me chercher un paquet de cigarettes. C'est à ce moment-là que j'ai réalisé que j'étais allé trop loin. Je ne supportais pas cette idée de dépendance, d'être guidé par la cigarette. J'ai donc arrêté peu après.

**Comment s'annonce la rentrée pour le duo Cuche et Barbezat ?**

Nous sommes en tournée avec Marie-Thérèse Porchet qui fête ses vingt ans de carrière, ainsi que sur demande avec notre spectacle best of. Par ailleurs, nous commençons tout juste à écrire notre nouveau spectacle qui s'intitulera « Cuche et Barbezat rallument le sapin ! ». On a choisi ce titre parce qu'on avait envie de repartir en bringue, comme on dit ! Et puis rallumer le sapin est aussi une expression que l'on utilise pour parler d'un couple, lui et moi allons donc repartir de plus belle, pour rire... beaucoup! +

PUBLICITÉ

**NOUVEAU**

**CB12**

Maniféste für absolute  
Süßigkeit (plus) ohne Kalorien  
Chlorid-Natrium-Salz mit Süßholzwurzel

Verhindert schlechten Atem  
Préviene la mauvaise haleine  
Previene l'alito cattivo

12 Stunden  
Nachbehandlung 12 Stunden

100% Menthol

**Une haleine sûre pendant 12 heures**

Disponible dans votre pharmacie et droguerie!

**MEDA**

MEDA Pharma GmbH  
8602 Wangen-Brüttisellen  
www.cb12.ch  
www.medapharma.ch



# HANCHE ET GENOUX TOUT NEUFS POUR UNE VIE MEILLEURE



*Eric Staehli (66) a souffert chaque jour durant presque toute sa vie. Depuis un grave accident de moto, en 1966 alors qu'il était à l'école de recrues, un mal de dos chronique le tourmentait, et il boitait fortement. Vivre une vie normale lui était alors à peine possible. 45 ans plus tard, deux prothèses articulaires (au genou et à la hanche) lui rendent enfin sa qualité de vie.*

Eric Staehli se souvient: «Après l'accident, je souffrais de vifs maux de dos. Les officiers pensaient que je simulais». Il a toutefois tenu bon durant ses deux derniers mois d'école de recrues, ce n'est qu'une fois rentré que l'épopée a vraiment commencé.

## L'omniprésence de la douleur

Il est passé de médecins en médecins mais aucun n'a réellement pu l'aider. Parfois, M. Staehli était presque paralysé ou alors il boitait beaucoup. Il a tout essayé pour venir à bout de ses douleurs, de la médecine chinoise à l'acupuncture en passant par diverses cures. Si la physiothérapie et la chiropratique l'ont quelque peu soulagé, il ne pouvait se passer d'antidouleurs. Mais pour neutraliser les nombreux effets secondaires, M. Staehli devait prendre d'autres médicaments.

## Et puis le diagnostic

Il a fallu 40 ans pour qu'enfin un médecin de Nyon établisse le bon diagnostic: ses forts maux de dos avaient

engendré une subluxation chronique. Pour soulager ses douleurs, M. Staehli se positionnait toujours de manière à ce que son poids soit réparti d'un seul côté. Son embonpoint n'aidant pas, les articulations de la hanche et du genou ont été mises à si forte contribution qu'une prothèse restait alors l'unique alternative.

## L'opération de délivrance

M. Staehli: «Quand le diagnostic est enfin tombé, tout est allé très vite». On lui pose une prothèse à la hanche en mars 2011 et une au genou l'automne de la même année. Il ajoute: «Je n'avais pas peur. Mon orthopédiste m'avait bien informé sur l'opération et sur la vie avec des prothèses». Sous certificat médical pour deux mois après son opération, il est retourné travailler après juste une semaine. «Je suis mon propre patron ça peut l'expliquer aussi», plaisante ce directeur de fiduciaire.

## Une vie nouvelle

Aujourd'hui, Eric Staehli a perdu 20 kg et adore travailler dans son jardin. Il peut faire des mouvements qu'il n'imaginait même pas auparavant. Monter sur une échelle, s'agenouiller ou encore porter des objets lourds. Mais ce qu'il préfère c'est jouer dehors avec ses petits-enfants, sans douleur.





**milupa**

**Aptamil Junior**



## Vous protégez votre enfant de l'extérieur. Aptamil le soutient de l'intérieur.\*

De 1 à 3 ans, il est essentiel de continuer à soutenir votre enfant de l'intérieur en lui donnant un lait répondant à ses besoins nutritionnels spécifiques.

Aptamil Junior, un mélange unique de :

- › fibres GOS/FOS\*\* pour un effet positif sur la flore intestinale
- › fer pour prévenir les carences
- › calcium et vitamine D pour une bonne croissance des os\*

Pour une commande gratuite d'échantillons d'Aptamil Junior, ou en cas de questions, nos conseillères en nutrition vous renseignent volontiers au 0800 55 06 09 ou sur notre site : [www.milupa-aptamil.ch](http://www.milupa-aptamil.ch)

**Aptamil**  
Inspiré du modèle du lait maternel – confirmé par la science.

\* Le calcium et la vitamine D sont nécessaires pour la croissance et le développement normaux de l'os chez les enfants.

\*\* GOS/FOS : mélange breveté de fibres galacto- et fructo-oligosaccharides.

L'OMS recommande un allaitement exclusif jusqu'à 6 mois.