

Planète Santé

N10

— DU MÉDECIN AU PATIENT

INTERVIEW

Isabelle Caillat
face à son médecin

SANTÉ

Comprendre
l'addiction au jeu



HÔPITAUX
La révolution
silencieuse

HÔPITAUX: LA RÉVOLUTION SILENCIEUSE



PAR MICHAEL BALAVOINE

En 2012, le réveil des fêtes de fin d'année risque d'être brutal pour les hôpitaux suisses. Pour une fois, ce ne sera pas seulement à cause des excès de boissons de la Saint-Sylvestre. Au 1^{er} janvier, les hôpitaux introduisent en effet un nouveau système de facturation, barbaquement nommé Swiss Diagnosis related groups (SwissDRG).

Une fois n'est donc pas coutume: la Suisse s'anglo-saxonise. Après les réseaux soins, voici venu le temps des DRG ou «forfaits par cas». En résumé, il s'agit de remplacer le financement des établissements hospitaliers - aujourd'hui assuré par des tarifs journaliers - par un forfait lié au type et à la gravité de la maladie.

Vu de loin, cela ne dit probablement rien au simple pékin. Et ce n'est pas le traitement démocratique qui a été infligé à cette question qui aurait pu l'éclairer. Trop compliqués et indigestes pour de simples mortels, les débats autour de ce qu'on annonce comme «la» énième révolution se sont déroulés dans les salons et couloirs bernois, à l'abri des regards indiscrets.

Et pourtant, comme d'habitude en matière de santé, les enjeux sont colossaux. Certaines cliniques privées toucheront une partie des millions dépensés par l'assurance obligatoire de soins. Le personnel soignant, pressurisé, tire la sonnette d'alarme. Les médecins et les juristes annoncent rien de moins que la fin du secret médical. Les hôpitaux et les assureurs sont en profond désaccord sur l'introduction des DRG. Mais rien n'y fait: le Conseil fédéral a tranché et a imposé, par voie d'ordonnance, les dispositions permettant le lancement de la réforme. En attendant qu'on veuille bien l'informer, le patient, lui, ignore à quelle sauce il sera mangé. Pour les principaux intéressés que sont les malades, la révolution aura donc été, une fois de plus, toute silencieuse. ■

PUBLICITÉ



Pour une meilleure qualité de vie.

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

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



Pour savourer sans les effets secondaires.

coop

Pour moi et pour toi.

POLITIQUE DE SANTÉ

- 4** Relations de travail
un rôle central pour le médecin de proximité
- 6** Priminfo.ch remet les pendules à l'heure
dans les comparatifs de primes
- 8** Assureurs et soignants se disputent
le détail de votre facture d'hôpital
- 10** Genève teste le dossier patient en ligne

**LES MÉTIERS DE LA MÉDECINE****Médecin S.M.U.R.****REPORTAGE**

- 18** Centre de nutrition infantile
du CHUV: un nuage de lait

PEOPLE

- 22** Isabelle Caillat:
« Il faut laisser le corps exprimer ce qui ne va pas »

SANTÉ

- 24** Soigner le jeu pathologique
- 26** Bien dormir malgré la douleur
- 28** Prévention des maladies cardiovasculaires:
comment arrêter de fumer?

**ÉCLAIRAGE JURIDIQUE:**

- 30** Quand le médecin devient l'auxiliaire de l'État

**Planète
Santé****IMPRESSUM****Rédaction**

Rédacteur en chef
Michael Balavoine

Rédacteurs

Philippe Barraud
Elodie Lavigne
Benoît Perrier

Éditeur

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

Publicité

HP media SA
Av de Chamonix 7 - 1207 Genève
Tél 022 786 70 00
Fax 022 786 70 13
info@hpmedia.ch
Aline Hostettler 022 786 70 00
Antoine Egli 043 211 30 27

Graphisme / illustration

Bruno Charbonnaz
www.atelier-giganto.ch

Photographie

Romain Graf

Comité de rédaction

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

Collaborations

Planète Santé est soutenu par:

- la Société vaudoise de médecine
- l'Association des médecins du canton de Genève
- la Société médicale du Valais
- la Société neuchâteloise de médecine
- la Société médicale du canton du Jura

Abonnements

Version électronique: gratuite
Abonnement papier: 12 CHF/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
2 fois par an
Disponible dans les cabinets médicaux

RELATIONS DE TRAVAIL

Un rôle central pour le médecin de proximité

TEXTE : PHILIPPE BARRAUD

Sans aller jusqu'à dire que le travail rend malade, on sait que de nombreuses pathologies peuvent survenir surtout lorsque les conditions ne sont pas bonnes. Marc-Henri Gauchat, président de la Société médicale du Valais et excellent connaisseur de la médecine du travail, indique quelques pistes pour améliorer les choses.

Marc-Henri Gauchat: Près d'un quart des coûts de la santé seraient consécutifs à l'influence du travail. Historiquement, on a connu les dégâts causés par une exposition à des produits toxiques, mais on voit apparaître aujourd'hui toute une série de problèmes dont l'origine se situe dans la sphère des rapports humains dans le travail, tels la surcharge de travail, le *mobbing*, le *burnout*...

Pourquoi les choses se sont-elles dégradées ?

Probablement, depuis qu'on demande une productivité accrue aux employés. Donner un coup de collier pendant un certain temps, c'est possible, mais lorsque c'est une demande constante, telle que l'exige la productivité actuelle, alors ça ne va plus. De plus, cela présume que les gens sont en parfaite santé, physique et mentale, en permanence; par conséquent, lorsqu'un salarié éprouve une faiblesse passagère, soit en raison d'un problème de santé physique, soit à cause d'une mauvaise passe sur le plan psychique, cela se voit tout de suite et il n'entre plus dans le moule, et donc se fait écarter.

L'employé malade n'a-t-il pas les moyens de se faire comprendre ?

Dans les entreprises, on remarque qu'il n'y a aucune compréhension, non pas tant de la part des dirigeants qui sont tout en haut de



la hiérarchie, mais de la part des supérieurs directs, ceux qu'on appelle les « petits chefs ».

Comment expliquer ces comportements des « petits chefs » ?

Il y a probablement une méconnaissance des conséquences de leurs décisions, et aussi le stress de ne pas répondre à ce qu'on attend d'eux. Donc, si la hiérarchie ne va pas au fond des choses et ne se donne pas la peine de voir ce qui se passe, des dérives peuvent lui échapper, qui sont extrêmement mal ressenties : si vous êtes sept ou huit heures par jour dans une mauvaise ambiance, la vie devient impossible.

Y compris pour les autres salariés ?

Le résultat, c'est une démotivation du personnel et ça, à mon avis, c'est la mort des entreprises. Car la démotivation des employés se ressent au niveau de la clientèle : difficile de faire un sourire commercial alors qu'on est mal payé, qu'on n'est pas considéré et qu'on s'est fait engueuler !

Comment les médecins peuvent-ils œuvrer à une meilleure gestion des incapacités de travail ?

Ici, en Valais, nous avons créé un partenariat entre le Groupe Mutuel, l'AI, la Haute école du Valais (pour le social), la SUVA et la société

On a connu les dégâts causés par une exposition à des produits toxiques. Aujourd'hui, avec le burnout et le mobbing, les problèmes apparaissent dans la sphère des rapports humains dans le travail.



médicale. C'est un forum dédié à la réadaptation et à la réinsertion, en dialogue avec les employeurs. Il faut admettre qu'il y a parfois des problèmes avec les incapacités de travail, qui pèsent sur le plan économique. L'idée est donc de mettre de l'huile dans les rouages. Par exemple, le médecin de proximité, avec l'accord du patient, pourrait prendre contact avec le responsable des ressources humaines, pour voir si certains conflits peuvent être résolus, ou si l'employé pourrait travailler à un autre poste ; d'un autre côté, l'employeur devrait être amené à s'intéresser au cas d'un employé en absence prolongée, plutôt que monter les tours... Il est aussi possible d'améliorer le certificat d'incapacité de travail, en y faisant figurer la possibilité pour le médecin d'avoir un entretien avec l'employeur. Au lieu d'être complètement incapable de travailler, le salarié pourrait effectuer un travail à temps partiel, éventuellement à une autre fonction. De la sorte, les gens restent dans l'entreprise.

C'est important pour la suite ?

Bien sûr ! Plus l'incapacité de travail se prolonge, plus la réinsertion dans l'entreprise est difficile : après une année, la reprise du travail est seulement de 50%.

Comment remettre sur les rails des patients mobbés ou en burnout ?

Les gens mobbés finissent pas perdre leur estime de soi, ils se sentent un peu coupables, moins que rien. Ceux qui subissent un *burnout* en sont d'ailleurs en partie responsables, parce qu'ils se sont mis des exigences personnelles trop élevées. Ce sont souvent des perfectionnistes.

Et que leur conseillez-vous ?

Je les invite à être plus réalistes quant à leurs capacités, à ne pas se mettre en situation d'échec, mais de créer des situations où l'on gagne.

En somme, le médecin du travail a un rôle éminent social ?

Disons que nous sommes vus comme des personnes de confiance, dans la mesure où tout ce qui se passe dans le cabinet ne sort pas du cabinet. Même à l'égard de la curiosité des familles ! ■

DIX ANS DE RÉINSERTION ACTIVE

Responsable du *CorporateCare* au Groupe Mutuel, Frédéric Abbet souligne les bénéfices d'une synergie active entre le monde médical, l'économie et les institutions sociales, des domaines encore encombrés de nombreuses barrières. Pour lui, le médecin de proximité joue un rôle central, un rôle d'intermédiaire entre l'employé malade, l'entreprise, l'assureur perte de gain et l'assurance-invalidité. En s'intéressant au poste de travail, en discutant avec les ressources humaines, il œuvre à rétablir une relation de confiance dégradée, qui est souvent à l'origine de l'incapacité de travail. Car pour l'employeur, affirme Frédéric Abbet, la confiance accordée est le meilleur moyen d'obtenir ce qu'il attend, à savoir, pour l'employeur, une réintégration rapide de son employé, et pour ce dernier, une reprise de son activité professionnelle dans un cadre responsable et tenant compte de ses difficultés. Le médecin représente donc une partie du mécanisme indispensable dans la réinsertion de son patient en collaborant de la sorte avec l'entreprise et les institutions.

PHB

PUBLICITÉ



Couches d'incontinence Euron®

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

Nos atouts qui nous différencient des autres marques :

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

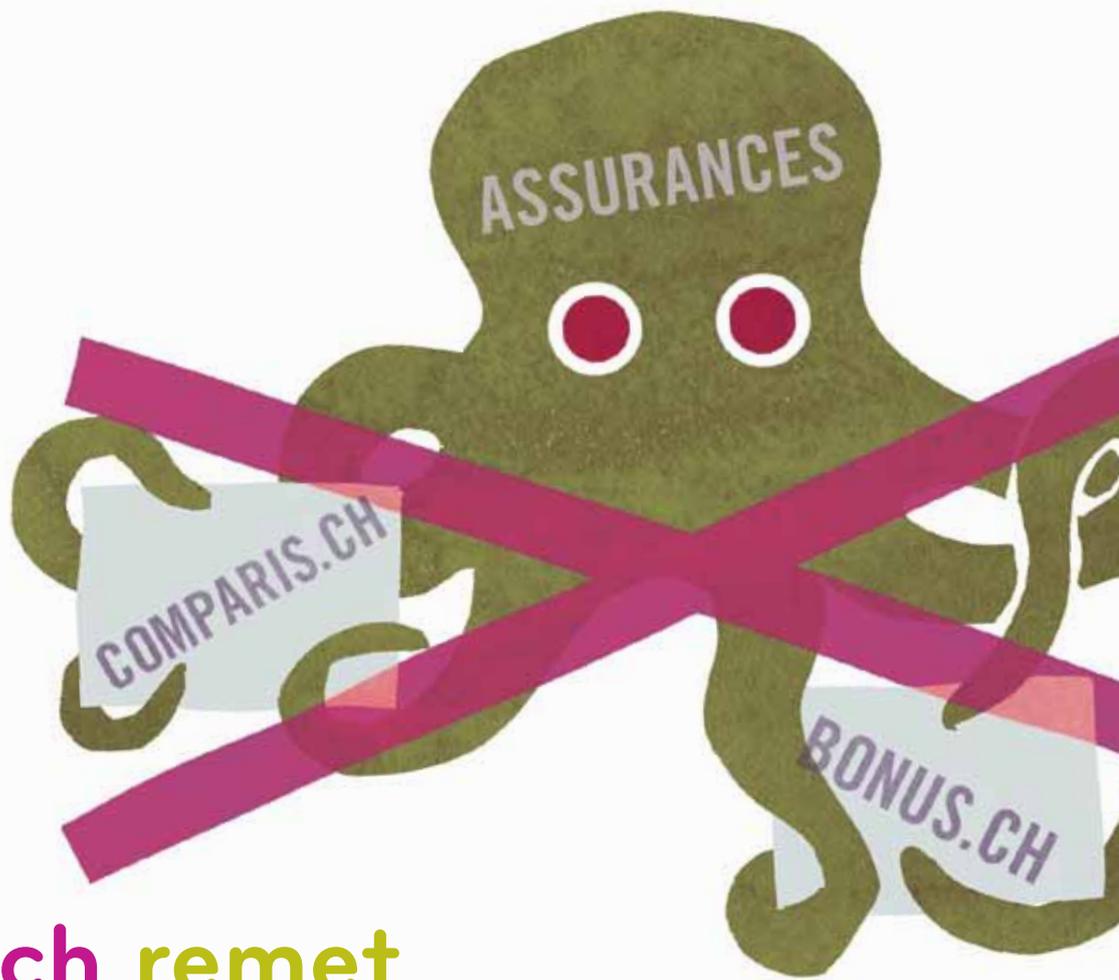
Notre gamme :

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



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

Le site de comparaison des primes d'assurance-maladie lancé par l'Office fédéral de la santé publique permet un accès sans restrictions aux données essentielles. Les comparatifs commerciaux, financés par les caisses, se sont déconsidérés en favorisant en cachette la chasse aux bons risques.



Priminfo.ch remet les pendules à l'heure dans les comparatifs de primes

TEXTE : PHILIPPE BARRAUD

Chaque automne, le même dilemme recommence – un stress dont on se passerait bien : combien vais-je payer pour mon assurance-maladie, étant entendu que cela sera davantage que l'année passée ? Est-ce qu'un changement de caisse me permettrait de limiter la casse ? Et voilà notre assuré replongé dans de fastidieuses comparaisons...

Pour ce faire il dispose certes de quelques outils, des comparateurs en ligne supposés lui permettre de découvrir la meilleure offre. Les plus connus sont Comparis.ch et Bonus.ch. Depuis le 28 septembre, un nouveau venu officiel, Priminfo.ch, élaboré par l'OFSP, est venu non seulement fournir un comparateur supplémentaire, mais aussi remettre les pendules à l'heure.

Pourquoi ? Parce qu'on s'est aperçu que les deux comparateurs mentionnés plus haut, non contents d'être financés par les caisses maladie pour un montant annuel de 16 millions (chiffre avancé par nos collègues de *Bon à savoir* et de *On en parle*), forcément prélevés sur vos primes, avaient mis en place des filtres pour permettre aux caisses d'optimiser la chasse aux bons risques, pratique occulte pour laquelle ils touchent des commissions supplémentaires !

Le procédé est détestable mais efficace. Sur les sites, les assurés peuvent demander des offres aux différentes caisses, qui selon la loi ont l'obligation d'accepter tout nouvel assuré. Mais curieusement, les personnes étiquetées comme mauvais risques (les femmes, les personnes âgées, celles qui demandent la franchise minimum) ne recevront pas d'offre de

la part de la caisse choisie, ou elles recevront une offre d'une caisse plus chère ! Cette astuce permet aux caisses de contourner l'obligation d'assurer tout le monde, avec la complicité rémunérée des sites comparatifs. Le directeur de Comparis, Richard Eisler, justifie ces combines par un argument dont chacun peut apprécier la subtilité : « Les assurances ont certes un devoir d'admission, mais pas un devoir d'offre... » Conclusion du magazine de consommation *Bon à Savoir* : « Il n'y a strictement plus aucune raison de se fier et donc de consulter ce type de comparateurs. »

C'est d'autant plus vrai que le site Priminfo.ch établit des comparaisons complètes et... sans filtre, ce qui les rend fiables et surtout utilisables par les assurés. Ce site ne touche évidemment pas de commissions de la part des caisses-maladie, et ne provoque pas de

La mise en service de Priminfo.ch est une excellente chose pour les assurés, qui sont sûrs d'avoir accès à toutes les offres.

coûts indirects que l'assuré pourrait devoir assumer. Le comparateur se suffit à lui-même, il n'est donc pas nécessaire, pour l'assuré, de demander une offre à la caisse la plus attractive, puisque de toute façon, elle est obligée de l'admettre en assurance de base!

Le fonctionnement du site est on ne peut plus simple: il suffit d'introduire la commune de domicile, l'année de naissance, le montant de la franchise souhaitée, et un éventuel modèle alternatif (HMO, médecin de famille). Les résultats s'affichent de différentes manières selon le but recherché: économies potentielles, hausse des primes en pourcents depuis cinq ans, ou comparaison des franchises. Ce dernier mode d'affichage est évidemment très utile, puisqu'il permet de comparer les primes mensuelles en fonction des six montants de franchise existants. A partir des données obtenues, l'assuré peut demander une offre gratuite. Le site précise que ce n'est pas nécessaire si l'on désire seulement l'assurance de base: il suffit de prendre contact par écrit avec la caisse, qui ne peut pas refuser. Priminfo.ch propose également une abondante documentation, et des modèles de lettre (par exemple: pour modifier le montant de la franchise).

EN ATTENDANT LA CAISSE UNIQUE ?

La mise en service de Priminfo.ch est une excellente chose pour les assurés, qui sont sûrs d'avoir accès à toutes les offres – et qui n'auront plus à financer indirectement des sites comparatifs non fiables.

Mais peut-être n'auront-ils bientôt plus du tout besoin de comparatifs pour l'assurance de base, pour peu que les électeurs soutiennent l'initiative des médecins, ou celle du parti socialiste, qui sont toutes deux en faveur d'une caisse unique pour l'assurance de base.



**CLINIQUE GENEVOISE
DE MONTANA**

**Pour votre santé,
prenez
de l'altitude**



**Parmi nos pôles d'excellence,
les traitements de:**

- médecine interne
- réadaptation post-opératoire
- maladies psychiques
(dépression, anxiété, addiction)
- maladies chroniques

Admissions sous 48h

www.cgm.ch

027/485 61 22 – contact-cgm@hcuge.ch

VOTRE PARTENAIRE SANTÉ AU CŒUR DES ALPES



REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE
Clinique genevoise de Montana
Impasse Clairmont 2
3963 Crans-Montana

Assureurs et soignants se disputent le détail de votre facture d'hôpital

TEXTE : BENOÎT PERRIER

ENQUÊTE Le nouveau financement hospitalier introduit la facturation par cas. Soignants et assureurs s'opposent sur la nature et l'étendue des données à échanger dans ce nouveau processus. Berne arbitre ces jours.

Premier janvier 2012, le big bang pour les hôpitaux suisses. A cette date, un nouveau financement hospitalier entre en application. Les cliniques privées peuvent désormais être remboursées par l'assurance de base, les assureurs participent maintenant aux dépenses d'infrastructures des hôpitaux. Surtout, la facturation se fait désormais selon le cas traité et non plus en fonction de la durée d'hospitalisation. Or, les données des patients qui permettent ces calculs sont au cœur d'une bataille qui oppose, ces jours-ci, intérêt économique et respect de la sphère privée. Le Conseil fédéral fait office d'arbitre et rendra bientôt son verdict. D'ici là, leçon de choses au pays des DRG.

UN DRG, DITES-VOUS ?

Oui, importé des Etats-Unis, ce code est un Groupe homogène de maladies (Diagnosis related groups). Comprenez qu'il permet de rassembler des cas qui présentent des diagnostics similaires, des risques similaires et que l'on

traite de manière analogue. Par exemple, une hospitalisation pour une bronchite pourrait vous faire « appartenir », suivant sa gravité et votre âge, au DRG E69F. Quel que soit ensuite l'endroit où vous serez soigné, ce code DRG détermine le prix que l'assurance paiera à l'hôpital pour votre séjour. L'établissement de ces codes est réalisé par un logiciel, le groupeur, explique Alexandre Weber, employé de SwissDRG, la société qui produit le catalogue de DRG suisses. En 2012, année de l'introduction du système à l'échelle du pays, il y en aura 1052, déterminés par plusieurs facteurs, au nombre desquels on

trouve la classification internationale des maladies (CIM-10) et la classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP). Ce catalogue sera révisé tous les ans en fonction des statistiques sur les traitements que fourniront les hôpitaux ainsi que de leur comptabilité analytique.

PRIME À L'EFFICIENCE

Ce nouvel outil fera-t-il baisser les coûts de la santé ? Non, répond catégoriquement Bernhard Wegmüller, directeur de H+, l'association qui représente les hôpitaux suisses. Cette augmentation est gouvernée par « l'innovation et le vieillissement de la population ». Il juge néanmoins que les DRG constituent

« un incitatif pour fournir le meilleur traitement possible au meilleur coût possible ». Là est bien l'idée du système : mis en concurrence, les hôpitaux doivent assurer, par cas, la prestation la plus économique possible s'ils veulent assurer leur équilibre financier. Malgré une pondération à la durée d'hospitalisation, l'établissement de soins touche quasiment le même forfait, quel que soit le temps qu'il prenne pour vous soigner. Pour être efficace, cela implique cependant que les hôpitaux déclarent correctement les prestations qu'ils facturent. A savoir qu'ils aient effectué les actes qu'ils ont déclarés, que la pathologie annoncée soit



Vu le projet qui a été mis en circulation, les patients n'auront pas gain de cause et n'obtiendront pas la création d'une agence dédiée.

bien celle du patient et qu'ils n'oublient aucune procédure. La bataille actuelle entre assureurs, soignants et patients se joue sur les données qui permettent de contrôler ces différents éléments.

TRANSMISSION AUTOMATIQUE

Le 15 août, la nouvelle faisait l'effet d'une bombe. Les hôpitaux membres de H+ refusaient l'accord que l'association avait négocié avec santésuisse, le représentant des assureurs-maladie. L'un des points litigieux concernait la transmission des données nécessaires au contrôle des factures. Les assureurs voulaient en effet obtenir automatiquement les éléments du dossier des patients pertinents pour cette opération. « Toute livraison systématique des données est inadmissible », rétorque Pierre-François Cuénoud, le représentant de la Fédération des médecins helvétiques (FMH) au conseil d'administration de SwissDRG. Se félicitant que H+ ait refusé de signer avec santésuisse, il préconise plutôt que le codage soit vérifié par pointages sur des dossiers anonymisés. Il poursuit en précisant qu'une telle méthode est commune à de nombreuses mises en œuvre de la facturation par cas. Et le Séduinois d'ajouter qu'en Valais, où, comme dans tous les cantons romands, un système de DRG est employé, le codage est adéquat dans 99,7% des cas après vérification. Pourquoi les assureurs insistent-ils donc, quand bien même ce qu'ils exigent viole le principe de proportionnalité selon Privatim, l'association des commissaires

suisse à la protection des données. Sans compter qu'une telle demande a déjà été explicitement rejetée par le Conseil national.

UN OUTIL DÉTOURNÉ

Les données intégrales « ne sont pas utiles pour la vérification des coûts, mais elles sont utiles pour la sélection des risques », suggère le conseiller national Jean-François Steiert (PS/FR), vice-président de la Fédération suisse des patients. Yves Théraulaz, le président de l'Association suisse des infirmiers renchérit : « si les assureurs concernés ne proposaient que l'assurance de base, transmettre ces données n'aurait pas un caractère dangereux. Mais avec leur double casquette actuelle (les assureurs proposent simultanément l'assurance de base obligatoire et des complémentaires, ndlr), c'est inacceptable ». Autrement dit, sous couvert de permettre la mesure des prestations fournies par les hôpitaux, la communication des données servirait aussi de « catalogue » où les assurances puiseraient les futurs clients de leurs complémentaires, en choisissant naturellement les « bons risques ». Du côté de santésuisse, le porte-parole Michel Reichenbach répond que les « assureurs maladie ont seulement besoin des informations nécessaires et suffisantes pour effectuer le contrôle des factures inscrit dans la loi ». Quelle solution adopter ? Les représentants des patients demandent la création d'une agence publique qui recueillerait toutes les données des hôpitaux et les transmettrait, anonymisées, aux assureurs qui en font la demande. Bénéfice secondaire, ces « données consolidées » permettrait d'alimenter la recherche sur la qualité des soins. La FMH, par la voix de Pierre-François Cuénoud réclame, elle aussi, « une instance de révision en qui on puisse avoir toute confiance. Soit une instance paritaire, soit une instance indépendante. » Après le refus de H+, le département fédéral de l'Intérieur a

annoncé que le Conseil fédéral réglerait la question par voie d'ordonnance, avec pour objectif une application au premier novembre déjà. Dans sa réponse écrite à nos questions, Michel Reichenbach précise que « santésuisse a demandé au Conseil fédéral de reprendre les éléments essentiels de l'accord (refusé par H+), de manière à éviter une situation chaotique et dommageable pour les assurés payeurs de prime ».

Vu le projet qui a été mis en circulation, les patients n'auront pas gain de cause et n'obtiendront pas la création d'une agence dédiée. Les hôpitaux et les soignants semblent cependant tirer leur épingle du jeu en obtenant que soit dénoncée la transmission automatique des données (cf. ci-dessous). A Berne, la partie serrée de lobbying débutée cet été se poursuit ces jours-ci. ■

L'ORDONNANCE NE CONVAINC PAS

Mi-septembre, le Conseil fédéral présentait un projet d'ordonnance sur l'assurance-maladie. Celui-ci doit régler la question de la transmission des données médicales des patients dans le cadre de la vérification de la facturation par cas. Mis en consultation par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) jusqu'à la fin octobre, ce texte additionne des victoires pour l'une et l'autre faction, mais certaines ne sont qu'apparentes.

Il maintient ainsi le principe de la transmission systématique des données mais lui adjoint deux garde-fous. D'une part, les données médicales sont cryptées, de l'autre, elles sont liées à un pseudonyme et n'indiquent donc pas le nom du patient. En cas de doute sur la facturation, le médecin-conseil est habilité à faire lever en premier lieu le cryptage des éléments médicaux et, s'il en a besoin en second lieu, la pseudonymisation du dossier.

Dans sa réponse à la consultation, santésuisse applaudit le principe de transmission automatique, argue que le cryptage des données médicales est superflu et demande des clarifications sur les conditions de la levée de la pseudonymisation.

La FMH relève également ce point mais souhaite aussi des précisions sur les modalités du décryptage. Les médecins maintiennent cependant avec force leur opposition à une transmission systématique (rejoints en cela par les commissaires à la protection des données).

Plus, la FMH remarque que le projet d'ordonnance fait cohabiter données médicales et données administratives sur une même facture envoyée à l'assurance, ce qu'il désapprouve fortement. L'association des médecins remarque que, du fait de cette juxtaposition, la pseudonymisation est rendue inopérante dès lors que le contenu médical a été décrypté. Enfin, elle demande que les privilèges d'accès accordés au médecin-conseil ne soient pas étendus à son service et à ses collaborateurs.

En l'état actuel, le projet fait des concessions aux deux camps. Certes, un colossal flux de données atteindra les ordinateurs des assureurs ; mais celui-ci ne sera décodable que sur intervention du médecin-conseil. Le Conseil fédéral maintiendra-t-il cet inconfortable statu quo ? Réponse en novembre.

B. P.

GENÈVE TESTE LE DOSSIER PATIENT EN LIGNE

TEXTE : BENOÎT PERRIER

CYBERSANTÉ E-toile est un système de partage de données médicales actuellement en test à Genève. Novateur en termes de sécurité, il met le patient au centre et est toujours plus attrayant pour les praticiens.



« Spectaculaire », le mot revient à plusieurs reprises dans la conversation que nous avons avec Adrien Bron, directeur générale de la direction générale de la santé à Genève. Il est vrai que le système de cybersanté e-toile, en test grandeur nature dans les communes d'Onex, Lancy, Bernex et Confignon, impressionne. Son idée est simple : partager un dossier médical informatisé entre prestataires de soins réunis autour d'un patient. Et ce, en toute sécurité pour ses données, celles-ci n'étant que « réunies temporairement lors d'un accès authentifié ». Braquons un télescope sur un projet pilote que ses promoteurs espèrent voir, *in fine* adopté également par les cantons de Vaud, du Valais et du Tessin.

En quoi e-toile se distingue-t-il d'autres programmes de cybersanté ?

Adrien Bron : Le patient est mis au centre du projet ; et il ne s'agit pas d'un slogan, c'est une réalité qui se traduit dans la conceptualisation du système et de ses processus. C'est le patient qui détermine les droits d'accès à son dossier dont disposeront les prestataires de soins. Autre particularité, e-toile est porté et défini par tous les partenaires du réseau de soins à Genève. Cela n'émane pas du Service de santé publique ou de l'industrie mais bien des usagers, un point cardinal pour la qualité du projet.

Où en est-il à l'heure actuelle ?

Le système est en production depuis la fin de l'hiver dernier. Les prestataires de soins qui ont

participé à cette première phase de test nous ont permis d'essayer les plâtres. L'ergonomie, par exemple, a fait d'énormes progrès. Aujourd'hui, e-toile est intégré pour les pharmaciens dans leur système OFAC (La coopérative de services des pharmaciens). Ils n'ont pas besoin de sortir de leur environnement informatique habituel. Même chose pour nombre de médecins en cabinet comme pour la publication des documents issus des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Ce sera enfin également le cas d'ici la fin de l'année pour la FSASD (soins à domicile).

Quel intérêt représente e-toile pour un médecin de ville ?

Désormais, quand il enregistre en tant que médecin de confiance un patient e-toile, il

reçoit tout le dossier médical des HUG. Il voit également tout ce qui a été prescrit et distribué en pharmacie, les dossiers médicaux établis par les utilisateurs de Mediway (tout le groupe médical d'Onex, notamment) et bientôt la fiche de validation des soins à domicile. Le niveau d'intégration atteint nous permettra d'entrer au début de 2012 dans une phase beaucoup plus active de recrutement des patients.

Les patients, justement, qu'en pensent-ils ?

Il y en a pour l'instant très peu. Nous attendons d'avoir bien stabilisé le système avant d'ouvrir plus grand les portes.

Leurs données sont-elles à l'abri de tout piratage ?

La priorité numéro un du



C'est le patient qui détermine les droits d'accès à son dossier dont disposeront les prestataires de soin.

système est leur sécurisation : ce sont à l'évidence des données sensibles selon la loi sur la protection des données. Le système est donc décentralisé, ce qui donne la garantie qu'un dossier complet ne peut pas être constitué en un point unique. Il n'est constitué que virtuellement au moment de la consultation. Cette voie garantit aussi que chaque prestataire de soins reste le propriétaire du dossier qu'il détient.

Et les assureurs, pas d'accès pour eux ?

Non, selon la loi, les assureurs ne sont pas des acteurs e-toile, donc ils ne pourront pas y accéder. De plus, tout accès à vos données est traçable et automatiquement consigné.

Mais cette certitude d'impénétrabilité, vous pouvez la fonder ?

Oui, le système a d'abord été validé en interne avec notre partenaire, la Poste. Puis des sociétés externes ont réalisé des tests d'intrusion indépendants.

Dans le système e-toile, le médecin de confiance a accès à la majorité du dossier du

patient et aide ce dernier à régler les autorisations d'accès. Une telle gestion n'est-elle pas désarmante pour le malade lambda ?

C'est en fait très simple. Sur l'écran d'e-toile, vous voyez des prestataires de soins. Vous pouvez choisir s'ils sont médecins de confiance, leur interdire tout accès à vos données, même administratives, et enfin déterminer s'ils peuvent avoir accès à votre dossier en votre absence. Pour aller voir un spécialiste, par exemple, vous pouvez lui accorder un droit d'accès temporaire qui s'éteindra un jour, une semaine ou un mois après.

Et dans un futur proche, quelles améliorations voulez-vous mettre en place ?

Nous voulons avoir un plan de traitement collaboratif où l'on aura une vision globale de tout ce qui a été prescrit à un patient. Un document toujours actualisé qui permettra de générer et de mettre à jour électroniquement des ordonnances. Quand cela sera à disposition, la plateforme e-toile sera vraiment très attrayante, notamment pour les médecins en cabinet. ■

LA CONFÉDÉRATION DOIT FAIRE PLUS

Comment s'explique le retard de la Suisse en matière de cybersanté ?

Adrien Bron : Il faut rester mesuré : déployer la cybersanté n'est simple dans aucun pays. Mais c'est vrai que les structures fédéralistes ne nous facilitent pas la tâche en Suisse, où toutes les améliorations du réseau de soins sont compliquées car la LAMal ne laisse que très peu de marge de manœuvre aux cantons. Il serait souhaitable que nous possédions des directives nationales et elles doivent venir, à l'évidence, de la Confédération. Ça commence modestement à se faire.

Notamment à travers la stratégie nationale de cybersanté...

Oui, c'est bien, mais l'Office fédéral de la Santé publique (OFSP) n'a jusqu'à présent pas mis la main au porte-monnaie. Je crois qu'on est à un tournant. Il faut maintenant que la Confédération investisse, que

les cantons investissent, sinon il ne se passera rien.

Le tableau est-il si noir ?

Non, il y a aujourd'hui un projet de loi fédérale sur le dossier médical électronique qui est mis en consultation. C'est une très bonne chose et c'est un bon projet. Là, il faut d'ailleurs bomber le torse puisqu'il a énormément bénéficié d'e-toile et de son expérience. Les concepts de droits d'accès sont des copié-collé de la loi genevoise. Comme e-toile, l'architecture nationale prévoit une décentralisation avec accès par double identification sécurisée. Autre point important, nous nous sommes mis d'accord sur des standards d'interopérabilité en Suisse. Ce qui est déjà énorme : on pourra tous comprendre les données les uns des autres. Il ne faut néanmoins pas que ce progrès tourne au scénario du pire : soit une incitation à développer 26 systèmes différents.

B.P.

CARTE D'ASSURÉ : DÉFICIENCE DE L'OFSP

Un élément qui explique pourquoi e-toile a démarré lentement est que nous n'avons pas pu bénéficier de la carte d'assuré pour identifier les patients. L'Office fédéral de la Santé publique (OFSP) nous a d'abord obligés à intégrer la carte d'assuré pour bénéficier de son soutien, puisqu'elle a été conçue pour les projets pilote cantonaux. Mais il a laissé produire deux cartes d'assuré différentes dont une carte majoritaire qui ne sert à rien pour la cybersanté.

Il y a eu un problème de compétence à l'OFSP dans un premier temps puis de la faiblesse face aux assureurs. Ces derniers ne s'intéressaient à la carte d'assuré que dans la mesure où elle aurait pu servir leurs propres processus – à la sélection des

bons risques et au contrôle de la solvabilité, notamment. Dès lors que ça permettait d'être « intelligent » sans eux, ils ont fait tout ce qu'ils pouvaient pour que cela reste quelque chose d'inutile pour l'amélioration de la prise en charge médicale, à l'exception notable d'Helsana, qui a compris l'importance de la cybersanté pour la qualité des soins.

Nous nous sommes ensuite rabattus sur la SuisseID (*la carte électronique d'identification personnelle suisse*, ndlr) mais le processus d'enregistrement était trop compliqué. Nous avons donc fini par créer notre propre carte e-toile que nous diffuserons en nombre chez les prestataires de soins.

B.P.

MÉDECIN S.M.U.R.

TEXTES & IMAGES : ROMAIN GRAF

Le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation, S.M.U.R. ou Cardiomobile pour les Genevois, intervient plus de 3500 fois par an, rien que dans le canton de Genève où j'ai pu suivre en intervention le médecin **Eléonore Marchon et le paramédic **Ely Braun**.
Accrochez vos ceintures!**

1. Tout débute à la centrale d'appel du 144 avec un questionnaire de base effectué par un ancien ambulancier afin d'aiguiller l'appel de manière optimale. Une voiture du S.M.U.R. n'est envoyée en complément d'une ambulance qu'en cas d'urgence vitale suspectée - détresse respiratoire, polytraumatologie, accouchement, arrêt cardiaque ou encore problèmes psychiatriques - la présence d'un médecin est alors nécessaire.

Pour un patient qui se serait cassé la jambe, l'ambulance suffirait!





2

2. Le téléphone de la centrale Cardiomobile retentit, nous partons pour Meyrin où une femme se plaint de troubles de conscience. Il est parfois difficile de trouver la bonne porte.



3

3. Chez elle, le docteur est attentif aux informations que lui apporte l'entourage familial de la patiente. C'est ainsi qu'elle apprend sa tendance dépressive. Son état nécessite un bilan aux HUG.

Les coûts qu'engendrent l'intervention d'une ambulance assortie d'une voiture du S.M.U.R. préoccupent souvent les patients, notamment âgés. Les assurances-maladie ne remboursent les frais qu'en cas d'intervention de « sauvetage », terme très fréquemment soumis à négociation quand il s'agit de rembourser. Conscientes du problème, beaucoup de personnes âgées renoncent à appeler le 144 et mettent ainsi leur vie en danger.



4. Un accident frontal vient de se produire sur une route de la campagne genevoise. Pompiers et ambulances sont déjà sur place, nous arrivons à deux Cardiomobiles. Les pompiers sont en pleine opération de désincarcération sur chaque véhicule simultanément. Les conducteurs sont en vie. Ils avaient attaché leurs ceintures de sécurité et leurs airbags respectifs se sont déployés.

5. Un homme âgé est prudemment sorti de la voiture sur une civière. Le docteur Marchon l'examine avec le concours de sa cheffe, le docteur Hausser qui supervise les opérations dans les cas graves. En effet, le passage d'un jeune médecin au S.M.U.R. est avant tout une période de formation.

6-7. Dans l'ambulance, le docteur Marchon découpe les vêtements du patient et l'ausculte de manière plus approfondie. C'est également le moment de recueillir des informations importantes sur le patient et l'accident: antécédents, médicaments ou encore degré de douleur sur une échelle de 1 à 10.



8. Aux urgences, on bascule prudemment le patient sur le côté pour examiner son dos.



9. Le docteur Marchon étudie le scanner du patient afin de vérifier qu'il n'y a pas d'hémorragie cérébrale.





10

10. Dans un EMS de la région genevoise, une résidente a brièvement perdu connaissance, probablement en raison d'un rythme cardiaque trop bas. L'équipe opte pour la pose d'un pacemaker extérieur.



11

11. L'Etat du cœur de la résidente nécessite un transfert à l'hôpital cantonal. Première étape toujours délicate: le déplacement sur civière.

Un très grand nombre d'interventions se déroulent en EMS, le personnel soignant a l'habitude et assiste les équipes dans leur travail.



12



12. Sur le parking, la résidente est placée dans l'ambulance. Feux bleus et sirènes enclenchées, le Cardiomobile suivra l'ambulance jusqu'à l'hôpital.

13. Arrivée aux urgences. Le docteur Marchon et l'ambulancier sont soucieux de la stabilité de l'état de santé de la patiente.



14. La transmission de données est une phase clé du bon fonctionnement de la prise en charge.



15. En début de soirée, le docteur Siebing prend le relais. Les médecins interviennent 24 heures sur 24. La nuit s'annonce mouvementée...





Centre de nutrition infantile du CHUV

UN NUAGE DE LAIT DANS L'HÔPITAL

Véritable plaque tournante du lait, le Centre de nutrition infantile (CNI) est une unité méconnue, pour ne pas dire insoupçonnée, du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV). Au rez-de-chaussée de la maternité, trois infirmières en pédiatrie et une aide-infirmière préparent et conditionnent avec le plus grand soin le lait pour les plus jeunes patients de la Maternité et du Département de pédiatrie (Services de néonatalogie, Hôpital de l'enfance, Soins intensifs et continus, Hospitalisation). Les infirmières nourricières diluent, mélangent, agitent et transvasent cet or blanc, si précieux lors des premiers mois de vie.

TEXTE : ÉLODIE LAVIGNE
PHOTOS : ROMAIN GRAF

Chaque jour, pas moins de quatre à cinq cents biberons sont livrés dans ces différents services, soit 140 000 biberons par an en moyenne. Au CHUV, comme l'explique Joachim Rapin, l'Infirmier et chef de service du Département médico-chirurgical de pédiatrie et responsable du CNI: «L'allaitement est privilégié, conformément aux directives de l'OMS, mais on respecte le libre choix des mères». Cela dit, il est parfois compromis en raison de médications ou de problèmes de toxicomanie chez la mère tandis que d'autres font simplement le choix de ne pas allaiter. Elles ont alors recours au lait maternisé, directement préparé par le Centre de nutrition. Aussi, pour diverses raisons, l'allaitement direct n'est parfois pas possible. Les mères peuvent toutefois tirer leur lait, qui sera conservé dans cette unité. En témoigne cette maman d'un petit garçon de 4 mois, qui dé-



Joachim Rapin, Infirmier et chef de service du Département médico-chirurgical de pédiatrie et responsable du CNI est fier du travail précieux de ces infirmières de l'ombre.

“Pas moins de quatre à cinq cents biberons par jour sont livrés dans les différents services du CHUV.”

barque avec un sac thermique au bras, rempli de six biberons de son lait. Elle ne peut pas le nourrir au sein, parce qu'il est en couveuse. L'absence de coordination succion-déglutition-respiration chez les prématurés rend la tétée directe impossible, voire risquée. On les nourrit alors avec une sonde de lait maternel ou maternisé jusqu'à ce qu'ils acquièrent cette maturité. Cette jeune maman confie alors son lait à l'infirmière du CNI pour qu'il soit conservé, voire congelé, pour des jours meilleurs. Car s'il n'est pas recueilli, le lait risque de se tarir...

RESPECT DE LA CHAÎNE DU FROID

C'est comme ça que, chaque matin, un transporteur longe les couloirs de l'hôpital pour récolter le lait des mamans dans de petits flacons. Ce jour-là, à 8 heures, M. Da Costa fait sa tournée, passant d'un service à l'autre, avec son chariot frigorifique. Devant le CNI, Janine Loup, infirmière, réceptionne le tout. Elle vérifie la température du frigo, puis celle du lait, avant de mettre les flacons étiquetés au frais : « Je les classe par nom et je les range par date. Je fais très attention à ne pas les mélanger ». Le lait pourra ainsi être conservé 48 heures au frigo ou deux mois au congélateur, en attendant d'être conditionné.

Les mères ont aussi la possibilité de venir déposer leur lait à leur guise, dans un frigo mis sous clé devant l'entrée du Centre de nutrition. « Je m'absente de l'hôpital le temps d'un week-end, comment dois-je faire avec mon



1. Chaque matin, un transporteur parcourt les couloirs de l'hôpital pour faire sa tournée du lait. **2.** M. Da Costa, transporteur, récolte le lait maternel dans les frigos des unités. **3.** Janine Loup, infirmière au CNI, prend en charge les biberons de lait maternel.



Consultation en lactation. Le jeune papa prépare le premier biberon de lait sous les yeux attentifs de son épouse et de l'infirmière



Janine Loup étiquette les seringues avant de les remplir de lait.

lait?» demande une maman de passage à l'une des infirmières.

L'ART DU BIBERON

Conseiller et informer fait effectivement partie de la mission de ces infirmières, qui ont la particularité de ne pas être au chevet des patients et de ne jamais rencontrer les petites bouches pour lesquelles elles préparent les repas. La plupart du temps, elles ne connaissent que leur nom, leur date de naissance, leur poids et leur type d'alimentation. Malgré tout, elles s'attachent à ces destins: «Au fil des jours, en lisant les étiquettes, on suit l'évolution des enfants. Ils mangent de plus en plus, prennent du poids, ça fait plaisir!», raconte Janine avec satisfaction.

Mais, elles ont quand même l'occasion de rencontrer des mamans avant leur retour à la maison, dans le cadre de consultations en lactation, où l'on parle allaitement et lait en poudre. «Préparer un biberon, ce n'est

pas sorcier mais quand on est toute jeune maman, cela peut paraître une montagne!» confie Janine. Aux alentours de 10 heures, un couple de Valaisans sonne au CNI pour recevoir les précieux conseils de la spécialiste. Pas à pas, elle explique l'art du biberon: «Il faut toujours se laver les mains et travailler sur une surface propre. Utilisez de l'eau du robinet, que vous ferez bouillir, puis tiédir. Sur le paquet, on vous indique les quantités exactes de poudre et d'eau nécessaires pour un biberon d'une quantité donnée. Attention, la poudre gonfle et fait augmenter le volume du liquide». Rapidement, devant la mère visiblement fatiguée, elle décide de mettre le papa à contribution: «Faites une mesurette de poudre bien rase, sans l'écraser. Comptez-les bien, il ne faut pas se tromper!» On ferme le biberon, on le secoue et le tour est joué. Pour la conservation aussi, les consignes sont précises: «Un biberon se garde 24 heures au frigo. Une fois entamé, il doit être bu dans l'heure. Renoncez au micro-onde, à cause du



1. La préparation de lait maternisé se fait avec le plus grand soin possible. 2. Propreté et rapidité sont de mise dans la préparation du lait. 3. Après avoir mis la poudre, on fouette pour obtenir un liquide homogène. 4. Le repas d'un nourrisson peut ne pas excéder quelques millilitres de lait seulement.

Préparer un biberon, ce n'est pas sorcier mais quand on est toute jeune maman, cela peut paraître une montagne !

risque de brûlure. Et puis, cela détériore la qualité du lait», ajoute-t-elle.

Pendant ce temps, son inlassable collègue, au Centre de nutrition depuis vingt-trois ans, prépare le lait pour la maternité: «J'aime mon travail. Le lait est central pour le bébé, et puis c'est une systématique qui me plaît», confie Elisabeth Chardonens.

DES PRÉPARATIONS POINTUES

Dans ce local gris et frais, le son de la radio se superpose au bruit des frigos et des congélateurs. L'atmosphère est à la fois joyeuse et

concentrée: «Les préparations sont de plus en plus pointues. On travaille à la calorie près, cette exigence de précision justifie le statut d'infirmière. On doit avoir pleinement conscience de ce qu'on fait, à chaque instant. On n'hésite pas, pour les diètes spéciales par exemple, à procéder au double contrôle avec la collègue présente. L'idée qu'on puisse se tromper est très perturbant pour les unités», justifie Janine. Seringues violette, tétines orange ou bleue: pendant ce temps, cette dernière prépare les contenants qui seront remplis l'après-midi. Elle étiquette soigneusement quelque deux cents seringues, qu'elle place ensuite dans des sacs plastiques par enfant. Il ne faut pas chômer, tout doit être prêt avant 16 heures !

Les gestes, répétitifs et rapides, s'enchaînent. «Il faut travailler le plus vite et le plus proprement possible». On évite d'en perdre une goutte. Le lait, aliment intime, garde une dimension sacrée: «Dans le monde, il y a des enfants qui ont faim. Ça me fait de la

peine de jeter du lait», poursuit-elle. L'eau, bouillie, refroidit dans une immense marmite de 40 litres. Plus loin, sur le plan de travail, on pèse, on mesure, on fouette, on transvase, on contrôle. D'une main assurée, Janine remplit les seringues de quelques millilitres seulement. «La quantité de lait dépend de plusieurs facteurs: naissance à terme ou non, le poids, la présence d'une pathologie, la capacité d'absorption. Ce sont les médecins qui en décident.» A 15h45, le transporteur récupère biberons et seringues pour sa livraison du soir. Pour l'Hôpital de l'enfance, situé au centre-ville de Lausanne, c'est un taxi qui s'en charge.

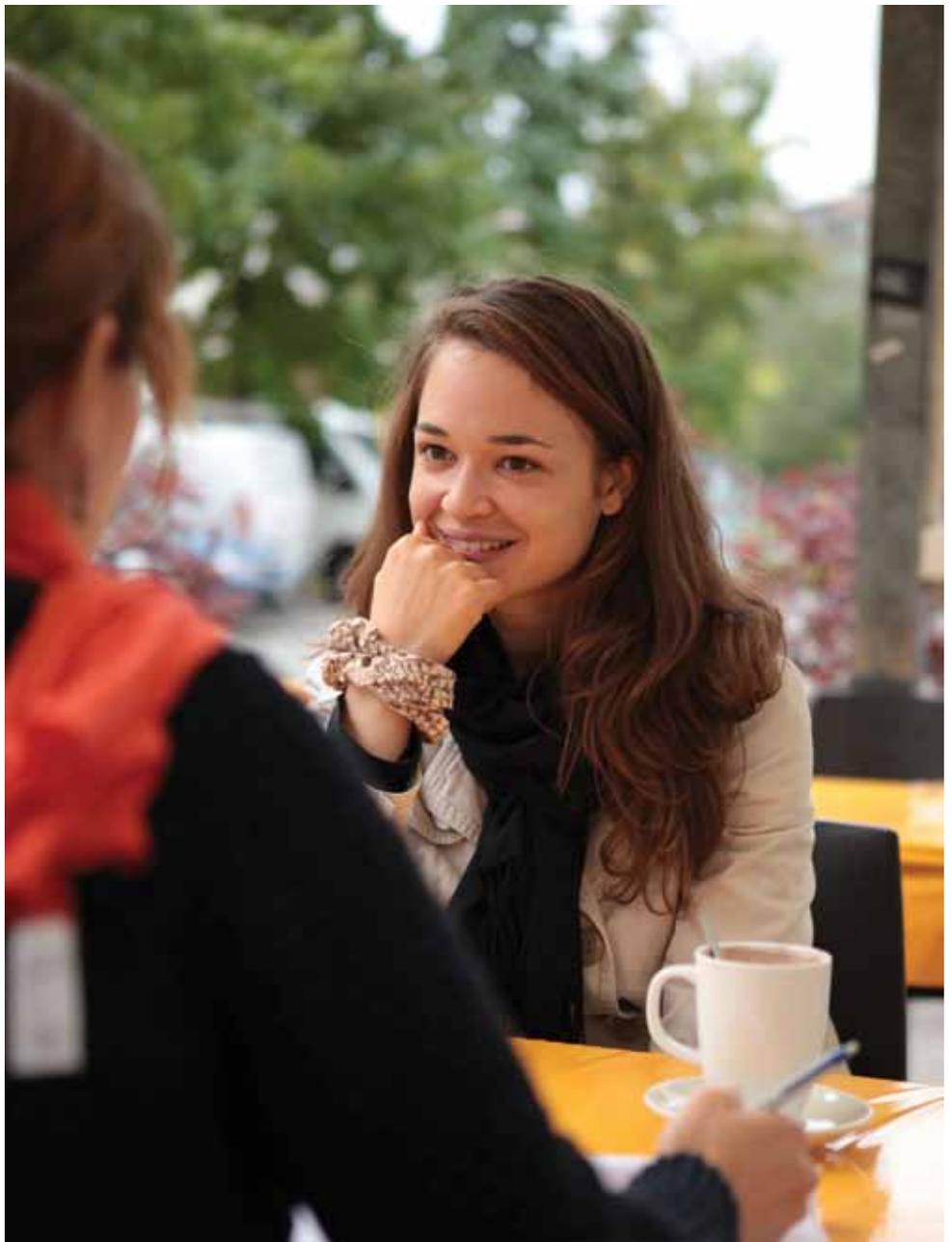
Nettoyages et commandes complètent la journée de ces infirmières de l'ombre. Chaque soir, c'est un agréable sentiment de travail accompli qui les envahit: «J'aime bien voir ces biberons partir, cela veut dire que plein d'enfants vont être nourris», conclut Janine. ■

ISABELLE CAILLAT

« Il faut laisser le corps exprimer ce qui ne va pas »

Révélation de la série «T'es pas la seule», diffusée cet été sur la TSR, Isabelle Caillat revient sur les écrans romands dans «All that remains», film suisse qui lui a valu le prix de la meilleure interprétation féminine aux Quartz 2011. Elle nous parle de son rôle, mais aussi de la maladie et de la santé. Rencontre avec une jeune femme fraîche et naturelle.

PROPOS RECUEILLIS PAR ÉLODIE LAVIGNE



Dans *All that remains*, sur les écrans depuis le 26 octobre, vous campez le rôle d'une jeune femme frappée par la maladie. Racontez-nous ...

Cette jeune femme, atteinte d'un cancer, décide d'arrêter son traitement, devenu trop lourd. Elle se croit condamnée et n'y voit plus d'intérêt. Elle fait une rencontre du hasard, un homme, avec qui elle va faire tout un voyage de Tokyo jusqu'à la mer. Sans vraiment connaître la vie de l'autre, ils vont se comprendre et se lier d'amitié. Au fil de la route, chacun arrive à opérer ce passage d'un état de conflit avec soi-même, de deuil à l'acceptation. Ils vont trouver comment réussir à vivre avec une grande faille à l'intérieur d'eux-mêmes. Pour mon personnage, il s'agit de pouvoir continuer à vivre avec la souffrance et la conscience de la mort.

Comment avez-vous appréhendé ce rôle difficile et qu'en avez-vous retiré ?

Il y a eu un très grand travail en amont avec les deux réalisateurs pour parler des personnages, faire le lien avec nous-mêmes. Nous avons aussi rencontré le père de l'un d'eux, qui est oncologue. Il a évoqué des choses très concrètes à propos des malades. Être le plus juste possible dans la façon qu'a la maladie de s'exprimer physiquement était une grande préoccupation pour nous. C'est un sujet grave qui touche de vraies personnes. Il était absolument nécessaire d'être pudique et de ne pas trahir la réalité tout en restant dans la fiction. A travers ce rôle, j'ai pu entrevoir ce que la maladie peut représenter en termes de pertes, de douleurs pour les siens, pour autant qu'on puisse se l'imaginer. Ce qui m'a le plus marquée : l'idée de devoir apprendre à renoncer, de penser à ce qu'on va laisser derrière soi...

Qu'est-ce que la maladie en général vous évoque ?

Je n'ai pas tellement peur de la maladie. Je suis un peu fataliste. On peut mettre en place une hygiène de vie quotidienne, mais en même temps le fait d'être malade ou pas nous échappe en grande partie, me semble-t-il.

Vous donnez l'image d'une fille saine et naturelle, quels sont vos gestes santé ?

Je fais passablement attention à ce que je mange, mais je suis quand même très gourmande. Je fais en sorte de manger cinq fruits et légumes par jour, des protéines et des féculents chaque jour, de boire beaucoup d'eau, du thé vert, des tisanes. J'évite le sucre avant de jouer, parce que ça me rend fébrile. J'essaie

de dormir assez, parce que c'est essentiel pour la concentration, mais c'est une lutte. Sinon, je fais de l'exercice physique, du yoga, des étirements, des exercices d'alignement.

Êtes-vous plutôt médecine classique ou médecines douces ?

Je n'ai pas de position très radicale là-dessus, mais je suis de plus en plus convaincue qu'il faut essayer de passer par des gestes naturels pour gérer sa santé. Si je suis vraiment malade, je vais prendre des médicaments, sinon j'évite. Je pense aussi qu'il faut laisser le corps exprimer ce qui ne va pas, et ne pas vouloir le faire taire absolument, tant que c'est supportable du moins.

Être le plus juste possible dans la façon qu'a la maladie de s'exprimer physiquement était une grande préoccupation pour nous.

Quelle relation entretenez-vous avec votre médecin ?

Je suis fidèle à mon médecin, qui me suit depuis que je ne suis plus en âge d'aller chez le pédiatre. Je l'aime beaucoup, on s'entend bien et j'apprécie sa manière de faire. Pour elle, la parole a beaucoup d'importance. Elle est ouverte à tout, mais pense d'abord aux moyens qu'on a entre nos mains avant de recourir à autre chose. La relation avec son

médecin touche à l'intime, on se dévoile, il faut pouvoir parler librement et pour moi c'est plus facile de le faire avec une femme.

Quand on est comédienne, est-on plutôt ancré dans le physique ou le mental ?

C'est un ensemble des deux. Sur un tournage ou sur les planches, c'est très physique. Le jeu mobilise beaucoup le corps. Il y a une sorte d'énergie à la fois physique, émotionnelle, mais psychique aussi car on est amené à explorer des mondes intérieurs qui ne sont pas les nôtres. Jouer est une rencontre entre autre chose et soi-même.

On vit dans une société très psychologisante. Que pensez-vous de cette mode du « Tout psy » ?

La présence des psys est importante et nécessaire. Faire un travail sur soi donne des outils pour la vie d'une grande valeur. A mon avis, beaucoup de choses se vivent au niveau psychologique, au sens large du terme : dans notre rapport à nous-mêmes, dans l'équilibre entre ce qui est là, ce qu'on est, ce qu'on veut être. Il y a des choses qu'il faut accepter, d'autres dont on doit se débarrasser, guérir... Il faut parfois être guidé pour les explorer et vivre avec, car c'est vertigineux.

Vous avez prêté votre voix et votre image à Caritas, qu'est-ce qui vous a touchée dans cette cause ?

Caritas fait des actions très importantes. J'ai beaucoup d'estime pour les gens qui s'en occupent. C'était une manière d'apporter une modeste contribution. Et le projet m'a plu d'un point de vue artistique. ■

Isabelle Caillat est à l'affiche dans :

All that remains

Isabelle Caillat est à l'affiche de « All that remains » de Pierre-Adrian Irlé et Valentin Rotelli. Sortie le 26 octobre sur les écrans romands.

Synopsis : Quatre individus – liés par l'expérience commune d'une perte profondément personnelle – prennent la route à un carrefour de leur vie, dans l'espoir d'un nouveau départ. En voyage, leurs chemins se croisent, ce qui changera à jamais leur rapport à la fraternité, l'amitié et l'amour.
www.allthatremains-movie.com

Campagne de Caritas

www.caritas-melodies.ch



SOIGNER LE JEU PATHOLOGIQUE

Le jeu pathologique est une réelle addiction, au même titre que la dépendance à l'alcool ou à la cocaïne. C'est la poursuite des conduites malgré leurs conséquences négatives et la perte du contrôle qui font de ce comportement un véritable trouble psychiatrique, pouvant même être associé à une conduite suicidaire. Il est d'ailleurs inscrit dans le *Manuel de référence diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-IV*, décrit comme un trouble du contrôle des impulsions.

ADAPTATION* : ÉLODIE LAVIGNE

MÉCANISMES À L'ŒUVRE

Différents mécanismes sont impliqués dans le maintien du jeu excessif. Ce sont des pensées, des émotions et des sensations physiques qui vont conditionner le joueur : passer devant un casino peut par exemple suffire à déclencher l'envie irrésistible de jouer. L'idée de pouvoir soulager une tension, de ressentir une excitation ou d'éviter les problèmes quotidiens forceront également le passage à l'acte. Toutes sortes de croyances sur le jeu telles que « En jouant souvent, on est sûr de gagner »

entretiennent parallèlement ces conduites. Les joueurs invétérés sont aussi fréquemment pénétrés de superstitions du type « Si je vois des chiffres en rêve, c'est que je dois les jouer » et ont tendance à surestimer leurs chances. Aussi, il n'est pas rare qu'ils aient l'illusion de pouvoir contrôler les événements : ils pourront choisir une machine en fonction des résultats précédents pour que ça leur porte chance. Ils nourrissent par ailleurs de fortes attentes à l'égard du gain espéré, perçu comme une solution à tous les problèmes. Malgré la fréquence du jeu

Malgré la fréquence du jeu pathologique dans la population générale, seule une faible proportion de joueurs a finalement accès aux soins.

pathologique ou d'un rapport problématique au jeu dans la population générale et en dépit de la gravité des conséquences pour les personnes touchées et leur entourage, seule une faible proportion de joueurs a finalement accès aux soins ou en émet le désir. Selon les estimations en effet, moins de 10% des joueurs problématiques et 29% des cas pathologiques se soignent. Les spécialistes constatent qu'une telle demande survient le plus souvent lors de crises majeures, après plusieurs années d'évolution de la maladie. La honte, la stigmatisation, le déni, les tentatives de se refaire ou de contrôler par soi-même le jeu, la méconnaissance des traitements et de leurs coûts en sont les principaux obstacles. Parmi les personnes qui franchissent le pas, près d'un tiers arrêteront le traitement avant même de l'avoir commencé. Un dépistage systématique des personnes en proie au jeu, au moyen d'un questionnaire, pourrait sensiblement améliorer la situation.

TRAITEMENTS

Durant ces dix dernières années, de plus en plus d'études se sont intéressées à l'utilité de l'intervention brève, à l'entretien motivationnel et aux thérapies cognitivo-comportementales

(TCC) comme traitements du jeu excessif.

Dans l'intervention brève, une approche qui a clairement montré son intérêt, le médecin fera le point avec le patient sur sa relation au jeu par rapport au reste de la population. Il tentera ensuite de le responsabiliser face à sa conduite, en soulignant que modifier son comportement est une décision qui lui appartient. Il l'informerait clairement des bénéfices d'un changement et des moyens possibles pour y parvenir. Il s'appliquera à renforcer son aptitude à évoluer.

LES TCC AU SECOURS DU JEU EXCESSIF

Les approches motivationnelles et les TCC sont fréquemment associées dans la clinique quotidienne pour soigner le jeu pathologique. Un effet favorable de ces traitements, dans des séances individuelles ou de groupe, a été démontrés par des études.

Le rapport qu'entretient le patient avec ses pratiques de jeu, sa motivation, sa confiance face à un éventuel changement seront explorés, en vue de déterminer la suite du traitement. Un entretien motivationnel pourra être conduit en cas d'ambivalence quant au désir de changer. Les questions et l'écoute apportées par le spécialiste permettront au patient de mieux comprendre et de mieux gérer cette hésitation.

Les autres stratégies thérapeutiques développées seront centrées sur le changement lui-même et son maintien. Le patient sera encouragé à cerner avec précision les contextes, les émotions, les pensées et les comportements en lien avec les

différentes phases du jeu. Le moment de jeu lui-même sera décrypté : position du joueur, repérage des signes annonciateurs d'un gain, choix des mises, actions ou pensées réalisées dans le but de gagner, etc.

Le patient sera aussi sensibilisé à l'existence de différentes options et attitudes possibles devant une situation à risque : on peut l'éviter, adopter un nouveau comportement, se mettre à l'abri en remettant à autrui ses cartes de crédit ou en se faisant interdire de casino, par exemple.

Tout un travail cognitif sera parallèlement mis en œuvre dans le but de déconstruire les croyances qui entretiennent le jeu excessif. L'un des objectifs est d'amener le patient à découvrir qu'il est impossible de prévoir ce qui va se passer dans le jeu, puisqu'il ne s'agit pas d'adresse, mais de hasard. Des mises à l'épreuve sur le terrain, avec anticipation des obstacles éventuels et évocation des solutions pour y faire face, permettront au patient d'éprouver ces nouvelles réalités. Internet, dangereux pour les joueurs invétérés, pourrait contre toute attente constituer une aide précieuse. Une récente étude a démontré qu'une approche motivationnelle et une TCC en ligne, associées à un appel téléphonique hebdomadaire, a un impact positif sur ces conduites. Une perspective nouvelle à explorer. ■

* Source : « Approches psychothérapeutiques du jeu pathologique », Khazaal. Y. Rev Med Suisse 2010 ; 6 : 1756-9.
Contact : yasser.khazaal@hcuge.ch

PUBLICITÉ

snortec

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

www.snortec.ch

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

BIEN DORMIR MALGRÉ LA DOULEUR

Désagréable le jour, la douleur persiste bien souvent la nuit et perturbe le sommeil. Les personnes souffrant de douleurs chroniques le savent bien : entre 50 et 70% d'entre elles sont victimes de troubles du sommeil.

ADAPTATION* : ÉLODIE LAVIGNE

De même, une mauvaise nuit aura une réelle incidence sur le ressenti de la douleur durant la journée. Des expériences tant chez l'animal que chez l'homme ont clairement démontré que la privation de sommeil abaisse significativement le seuil de tolérance à la douleur, tant subjectivement qu'objectivement. C'est ce que confirme une étude récente dans laquelle une vingtaine de femmes victimes de douleurs chroniques étaient impliquées : les nuits avec mauvais sommeil sont suivies d'une augmentation de la douleur le lendemain. Inversement, une journée douloureuse est suivie par une mauvaise nuit. Concrètement, les conséquences sont les suivantes : allongement du temps d'endormissement, fragmentation du sommeil, moins efficace, et augmentation du sommeil léger aux dépens de sommeil lent profond, considéré comme le plus réparateur. Cette interaction étroite entre sommeil

et douleur peut même laisser naître un symptôme dépressif.

Sortir du cercle vicieux qui s'installe insidieusement entre ces deux symptômes est compliqué, d'autant plus que les connaissances de leurs interactions sont encore lacunaires. Une prise en charge globale du patient, considérant à la fois les aspects biologiques et psychosociaux de sa personne, est alors recommandée.

L'APPROCHE MÉDICAMENTEUSE

Une approche pharmacologique peut être envisagée pour aider ces patients. Le traitement idéal doit agir dans les deux directions, soit diminuer la douleur et améliorer le sommeil. Pour cela, la combinaison de différents types de molécules peut être nécessaire. Rares sont les études concernant les antidouleurs qui s'intéressent à la fois à ces deux aspects,

à l'exception peut-être des recherches sur la fibromyalgie, une maladie qui se définit justement par des douleurs chroniques diffuses associées à des perturbations du sommeil.

Certains antidépresseurs ont des propriétés à la fois sédatives et antalgiques. Par exemple, l'amitriptyline, une molécule utilisée depuis de nombreuses années pour les douleurs chroniques, induit le sommeil, déjà à faible dose. C'est le cas aussi d'une autre molécule, du nom de mirtazapine. La trazodone augmente la durée du sommeil lent profond et diminue la fréquence des réveils nocturnes. En plus d'améliorer la qualité (subjective) du sommeil, une étude a montré qu'elle avait des effets positifs sur l'anxiété et la dépression des patients atteints de fibromyalgie.

Les opioïdes ayant une durée d'action prolongée améliorent eux aussi le sommeil (subjectif et objectif) et la qualité de vie, en particulier chez des patients souffrant de



La privation de sommeil abaisse significativement le seuil de tolérance à la douleur, tant subjectivement qu'objectivement.

douleurs ostéoarticulaires. Mais un usage chronique de ces médicaments peut entraîner des problèmes d'apnées centrales et une dépendance. Les antiépileptiques également ont montré leur efficacité chez plus de deux milles patients atteints de douleurs interférant avec le sommeil. Un effet analgésique et régulateur du sommeil se produit à des doses variant entre 150 et 600 mg par jour. De même, l'oxybate de sodium, une autre molécule utilisée dans le traitement de la narcolepsie avec cataplexie, augmente le sommeil lent profond et améliore la qualité des nuits des patients atteints de fibromyalgie, en même temps qu'elle atténue la fatigue chronique et les douleurs diffuses. La mélatonine, souvent citée en rapport avec le sommeil, le régule. Par contre, des études manquent encore pour prouver ses propriétés antalgiques. Le THC, présent dans le cannabis, faciliterait le sommeil chez l'animal et pourrait avoir un effet modeste, mais réel, sur les douleurs chroniques chez l'homme.

UNE BONNE HYGIÈNE DU SOMMEIL

En plus des médicaments, une bonne stratégie thérapeutique doit tenir compte de l'hygiène de vie et du sommeil du patient. Cela passe par une évaluation précise des rythmes de veille-sommeil au moyen d'un agenda, des périodes de douleur, du style de vie, de son environnement professionnel et familial, de son équilibre alimentaire ou encore de la pratique d'une activité physique. Il est reconnu

que ces différents aspects ont une incidence certaine sur le déroulement des nuits. Une marche de trente minutes trois fois par semaine durant huit semaines suffit à améliorer la qualité subjective du sommeil et à diminuer les douleurs chez des cancéreux. Cet effet s'explique probablement par l'augmentation du taux de sommeil lent profond, qui peut être généré par la pratique sportive.

LES THÉRAPIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES

Une autre piste pour aider ces patients réside dans les thérapies cognitivo-comportementales. La prise en charge donne une grande satisfaction aux victimes de douleurs chroniques. C'est du moins ce qui a été observé dans le programme mené aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) depuis 1997. Les troubles du sommeil n'y sont pas spécifiquement abordés, mais deux études récentes - l'une incluant des sujets souffrant de maux de nuque ou de dos, l'autre des sujets âgés touchés par l'arthrose - l'ont prouvé. Huit séances hebdomadaires de TCC, basée essentiellement sur la restriction du temps passé au lit, le contrôle de stimuli et une restructuration cognitive, ont permis d'améliorer subjectivement leur sommeil et de diminuer durablement les douleurs. ■

*Source : « Trouble du sommeil et douleur : le bon hypnotique? », Perrig S., Espa-Cervena K., Pépin. JL. Rev Med Suisse 2011 ; 7 : 1414-20.

PUBLICITÉ



Votre laboratoire pour la Vie

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

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



Prévention des maladies cardiovasculaires

COMMENT ARRÊTER DE FUMER ?

ADAPTATION* : ÉLODIE LAVIGNE



En Suisse, 50 % à 70 % des fumeurs désirent, à des degrés divers, cesser de fumer et un tiers essaie chaque année. Mais c'est un chemin long et difficile ! Seule une minorité des tentatives d'arrêt entraîne une abstinence prolongée car la rechute est la règle. Le fumeur poursuit une évolution cyclique arrêt/reprise avec en moyenne trois à six tentatives avant de devenir, enfin, un ancien fumeur.

Le tabac est à l'origine de plus de 90% des cancers du poumon, d'un tiers des décès par accident vasculaire cérébral et par maladies cardiaques (cardiopathies ischémiques). Le tabagisme favorise également la pneumonie, l'ulcère peptique, la cataracte, la dégénérescence maculaire sénile, la tuberculose, l'ostéoporose et les fractures vertébrales et de la hanche. Le tabagisme augmente également le risque de cancer du sein. Le tabac est nocif pour le fœtus et le nouveau-né d'une mère fumeuse, car de nombreux toxiques passent la barrière placentaire. Le tabagisme maternel augmente notamment le risque de fausse couche, de retard de croissance intra-utérin du fœtus ainsi que de la mort subite du nourrisson.

COCKTAIL TOXIQUE

La fumée de cigarettes comprend plusieurs milliers de substances toxiques, dont de nom-

breux cancérigènes. Le tabac favorise l'apparition des maladies cardiovasculaires par une accélération de l'athérosclérose (obstruction progressive des artères), la promotion des phénomènes thrombotiques, la privation des cellules en oxygène (hypoxie), la survenue de spasmes artériels et la génération d'arythmies ventriculaires (troubles du rythme cardiaque).

L'utilisation de cigarettes « légères » à plus faible teneur en goudron et/ou en nicotine n'entraîne qu'une réduction minimale des risques de maladies et de mortalité dues au tabac. En effet, afin d'obtenir la quantité souhaitée de nicotine, ces consommateurs inhalent la fumée plus fréquemment et plus profondément, et bloquent souvent les orifices d'aération des filtres ; les fumeurs de cigarettes légères absorbent donc des quantités de substances toxiques très semblables aux cigarettes « normales ».

L'utilisation de cigarettes « légères » à plus faible teneur en goudron et/ou en nicotine n'entraîne qu'une réduction minime des risques de maladies et de mortalité dues au tabac.

CINQ ÉTAPES POUR S'EN SORTIR

Un fumeur traverse souvent cinq stades de motivation à cesser de fumer, avec une probabilité croissante de devenir un ex-fumeur.

L'indétermination. Le fumeur n'envisage pas sérieusement d'arrêter de fumer, les avantages de la cigarette l'emportent sur les risques, les messages de prévention ne l'atteignent pas. **L'intention.** Le fumeur envisage d'arrêter de fumer dans les six mois, mais pas tout de suite. Il reste ambivalent quant aux bénéfices et aux inconvénients de l'arrêt, mais commence à entendre les messages de prévention et les conseils.

La préparation. Ça y est, le fumeur est fermement décidé à arrêter de fumer dans les 30 jours. Les bénéfices l'emportent sur les inconvénients, il recherche de l'aide ou des conseils. **L'action.** Le fumeur a cessé de fumer depuis moins de six mois. Les risques de rechute sont importants, mais il fait des efforts actifs pour rester non-fumeur.

La consolidation. Le fumeur a cessé de fumer depuis plus de six mois, les risques de rechute diminuent, il fait moins d'efforts actifs pour rester non-fumeur.

LE CAP DU SEVRAGE

Après une exposition répétée et prolongée à la nicotine, une accoutumance s'est installée. Aussi, lorsque le taux de nicotine s'abaisse brutalement, des symptômes de sevrage apparaissent et exercent un renforcement négatif, car l'individu fume pour éviter l'état de manque typique de la dépendance physique à la nicotine. En cas d'arrêt de la consommation de tabac, les symptômes de sevrage (envie irrésistible de fumer, manque de concentration, irritabilité, troubles du sommeil, fatigue, maux de tête) apparaissent en moins de 24 heures, sont maximaux entre 48 et 72 heures et s'atténuent progressivement en quelques semaines.

DES MÉDICAMENTS POUR ARRÊTER DE FUMER

1. Les substituts de nicotine

La substitution en nicotine, qui fournit entre un et deux tiers de la nicotine absorbée en fumant, facilite la désaccoutumance tabagique en réduisant les symptômes de sevrage. Cinq formes sont actuellement disponibles en Suisse : gomme à mâcher, patch transdermique, inhalateur, comprimé sublingual et comprimé à sucer. Il n'y a pas de différence significative d'efficacité entre les différentes formes de substitution nicotinique.

2. Le bupropion et la varénicline

Parmi les autres traitements pharmacologiques, un antidépresseur, le bupropion, est efficace dans l'arrêt du tabagisme, même chez les fumeurs non dépressifs. Le traitement dure de sept à neuf semaines.

L'arrêt du tabac est programmé entre le huitième et le treizième jour du traitement. La varénicline est un traitement récemment admis dans les pays occidentaux pour le sevrage du tabagisme. Elle reproduit partiellement les effets de la nicotine, sans toutefois engendrer la sensation de plaisir que provoquerait la prise d'une cigarette. Elle a la particularité de bloquer l'effet de la nicotine, ce qui atténue les symptômes de sevrage et prévient les rechutes. Le traitement dure en principe douze semaines.

AUTRES INTERVENTIONS

D'autres méthodes de désaccoutumance au tabac sont efficaces, telles que les programmes comportementaux en groupe, un traitement comportemental individuel, des « Méthodes d'arrêt par soi-même » (« self-help ») avec messages personnalisés, comme le nouveau programme suisse, « Stop-Tab@c », qui donne par courrier ou par internet des conseils personnalisés. L'acupuncture et l'hypnose sont statistiquement inefficaces, avec des taux d'arrêt semblables à ceux des groupes sans intervention ou placebo (acupuncture factice). ■

*Source : Prof. Jacques Cornuz, dans *Prévention cardiovasculaire à l'usage des praticiens*, Editions Médecine & Hygiène.

Article rédigé en collaboration avec la **Ligue vaudoise contre les maladies cardiovasculaires**



PUBLICITÉ

reactiv
le fitness pour femmes

mincir · muscler · raffermir

Pour un hiver en pleine forme!



Reactiv c'est un centre de **remise en forme** personnalisé, exclusivement **réservé aux femmes**, avec un circuit-training qui allie exercices de tonification musculaire et cardiovasculaire, qui permettront de brûler des calories, tonifier la musculature, affiner la silhouette et surtout, renforcer le cœur et relancer la circulation sanguine et lymphatique pour un résultat **100 % forme et santé.**

Nous vous proposons aussi un **bilan corporel complet** et des **conseils nutritionnels** sur mesure.

Envie de rebouster votre moral pendant l'hiver et de **préparer votre corps** pour le futur ? Alors plus une minute à perdre, appelez-nous vite pour **votre essai gratuit.**

www.reactivgeneve.ch

Quand le médecin devient l'auxiliaire de l'Etat

TEXTE : PHILIPPE BARRAUD

La relation entre le patient et son médecin se caractérise par le fait que rien de ce qui relève de l'intimité du patient ne doit sortir du cabinet. C'est l'essence du secret médical, sur lequel se construit la confiance indispensable à une bonne relation thérapeutique. Il arrive pourtant que le secret médical soit remis en cause, lorsque l'intérêt de la société l'exige. Dans de telles circonstances, le médecin doit se faire l'auxiliaire de l'Etat, dans des conditions qui posent beaucoup de questions.

Les circonstances dans lesquelles un médecin peut être appelé à collaborer avec les institutions sont nombreuses :

Les maladies transmissibles font l'objet d'une déclaration obligatoire.

Des mesures d'isolement d'un patient atteint de maladie contagieuse peuvent être exigées, l'intérêt général étant prépondérant.

Lors de maltraitances infligées soit par des soignants, soit par d'autres individus, le médecin peut être tenu de les annoncer au médecin cantonal.

En matière pénale, le médecin peut être amené à collaborer dans plusieurs domaines : examen médical des victimes, fouilles corporelles, prises de sang, expertises psychiatriques, soins en détention, internement, déclaration de morts suspectes... Dans certains cantons, le médecin doit dénoncer les infractions pénales graves dont il a connaissance, et signaler la dangerosité d'un individu.

En matière de circulation routière, le médecin est appelé à effectuer des examens médi-



caux (conducteurs âgés de plus de 70 ans), à signaler des comportements ou des maladies qui empêchent un individu de conduire en sécurité.

La toxicodépendance d'un patient peut être déclarée, si le médecin l'estime nécessaire.

Dans le domaine de la protection des mineurs, le médecin, et les professionnels de la santé en général, peuvent être tenus d'annoncer les infractions qu'ils constatent.

A l'égard de l'assurance-invalidité (AI), le médecin doit annoncer les maladies de

longue durée, potentiellement susceptibles de conduire à une invalidité.

Toutes ces missions, dans lesquelles le médecin sort de son cadre traditionnel, sont autant de brèches dans le secret médical. Si celui-ci reste solidement établi, le Code pénal suisse prévoit trois exceptions : lorsque le patient consent à la transmission de données ; lorsque l'autorité compétente autorise la divulgation d'informations et lorsqu'une disposition légale autorise ou impose la divulgation.

UNE MISE SOUS TUTELLE DES MÉDECINS?

Pour l'avocate Odile Pelet, spécialiste du droit de la santé, «les levées facultatives du secret, qui conservent au praticien sa liberté de choix, constituent un affaiblissement majeur de la relation médecin-patient. Ce dernier est contraint de composer avec le fait que, dans un nombre incalculable de situations, son médecin est susceptible de le signaler à une autorité sans recueillir son consentement préalable, voire sans l'aviser.»

L'avocate vaudoise n'est pas plus tendre avec les obligations d'annonce, qui constituent à ses yeux «une véritable mise sous tutelle du praticien.»

DONNÉES MÉDICALES EN DANGER

Pour le Pr Dominique Sprumont, directeur-adjoint de l'Institut de droit de la santé de l'Université de Neuchâtel, il se crée des ten-

sions liées au rôle et aux compétences des uns et des autres: les médecins peuvent-ils refuser de suivre les directives de l'autorité? Ou est-ce l'administration qui outrepassa ses prérogatives, «lorsqu'elle dicte aux médecins l'obligation d'appliquer certains traitements contre la volonté d'un patient ou en violation des règles de l'art médical?»

Il est salubre que les médecins résistent, car le rapport de confiance patient-médecin doit être préservé.

On voit que le terrain est miné, et on comprend que l'éthique médicale soit devenue de plus en plus critique face à l'autorité. «Ce qui nous inquiète, explique Dominique Sprumont, c'est la facilité avec laquelle le

législateur fait sauter le verrou des données médicales; certains projets de lois remettent fondamentalement en cause le secret médical. Il est salubre que les médecins résistent, car le rapport de confiance patient-médecin doit être préservé. Seul le médecin est là pour protéger le patient, et par là la confiance de la population envers les médecins. Si le patient perd confiance, cela signifie une mise en danger de lui-même et de sa prise en charge, et une mise en danger de la santé publique.»

Pour le spécialiste, le secret médical est toujours bien réel, mais les attaques pernicieuses se multiplient. Au patient-citoyen-électeur d'être vigilant! ■

Cette question a été abordée lors de la 18^{ème} Journée de droit de la santé qui s'est tenue à Neuchâtel le 30 septembre 2011 sur le thème «Rapports entre médecins et autorités: indépendance ou collaboration?». Les Actes du colloque sont déjà publiés (www2.unine.ch/ids/rapports_IDS)

PUBLICITÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

Pour de plus amples informations: www.unilabs.ch

BioCheck UP



Kamillosan®

Une façon naturelle de guérir

La camomille fait non seulement partie des plantes médicinales les plus connues mais elle est aussi l'une des mieux étudiées. La camomille manzana® est une variété spécifique fournissant la matière première nécessaire à l'élaboration de Kamillosan®. De par sa teneur en principes actifs et grâce à son faible potentiel allergisant, elle dépasse nettement la variété de camomille entrant dans la composition d'autres préparations du même type.

Kamillosan® soulage par son action fiable et multiple comme pratiquement aucun autre médicament naturel. Kamillosan® est un remède anti-inflammatoire, analgésique, apaisant les démangeaisons, cicatrisant, possédant des propriétés apaisantes, légèrement désinfectantes et désodorisantes.

Ainsi, à une époque où dominent les principes actifs de nature synthétique, la force naturelle et concentrée de la camomille trouve une place de choix dans le traitement des affections de la peau et des muqueuses. Et cette place est méritée: Kamillosan® a peu d'effets indésirables et est si doux qu'il peut être également utilisé chez les enfants.



MEDA Pharma,
8602 Wangen-Brüttisellen
www.medapharma.ch

MEDA