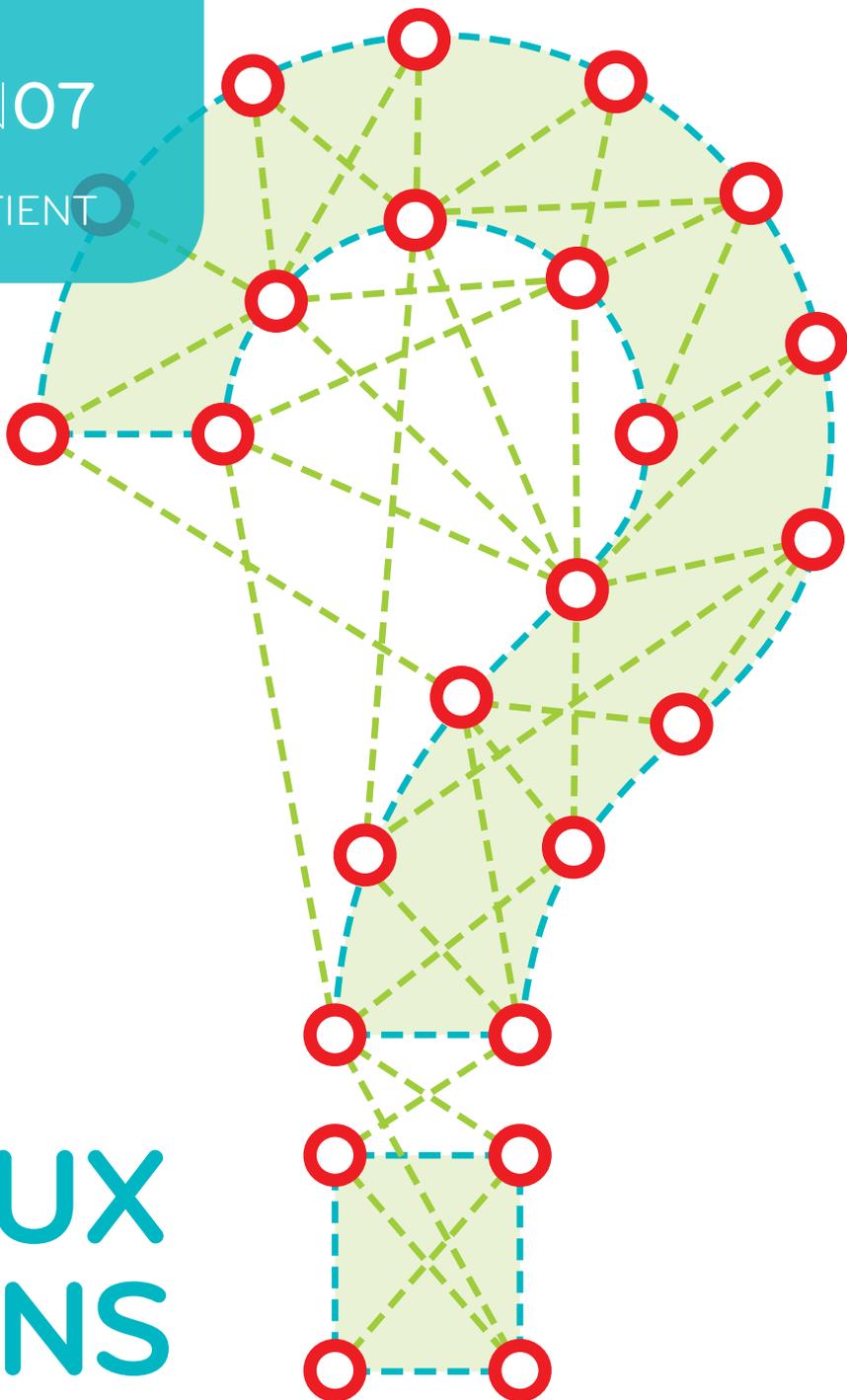


Planète Santé

N07

— DU MÉDECIN AU PATIENT



RÉSEAUX DE SOINS

UNE RÉVOLUTION POUR
LE SYSTÈME DE SANTÉ?

Planète Santé

IMPRESSUM

Rédaction

Rédacteur en chef

Michael Balavoine

Rédacteurs

Philippe Barraud

Elodie Lavigne

Malka Gouzer

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 Chamoni 7 - 1207 Genève

Tél 022 786 70 00

Fax 022 786 70 13

info@hpmedia.ch

Aline Hostettler 022 786 70 00

Werner Hostenstein 043 211 30 27

Graphisme / illustration

Bruno Charbonnaz

www.atelier-giganto.ch

Photographie

Romain Graf

Impression

Swissprinters Lausanne SA

Renens

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

3-12

DOSSIER: LES RÉSEAUX DE SOINS

- Interview de Thérèse Meyer Kaelin, Présidente de la Commission nationale de la sécurité sociale et de la santé publique
- Reportage sur le lancement d'un réseau à Neuchâtel
- Témoignages de médecins et de patients



PEOPLE

13 Darius Rochebin face à son médecin

REPORTAGE

14 Clinique de la Suva: Réapprendre le quotidien

POLITIQUE DE SANTÉ

18 Singapour: le succès du compte-épargne santé



LES MÉTIERS DE LA MÉDECINE

20 Médecin des addictions

SANTÉ

24 Garder la ligne après un régime

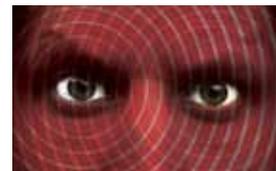
26 L'hypnose au secours de l'angoisse

À LIRE

28 Le petit lexique de la psychothérapie

DROIT

30 Privation de liberté à des fins d'assistance



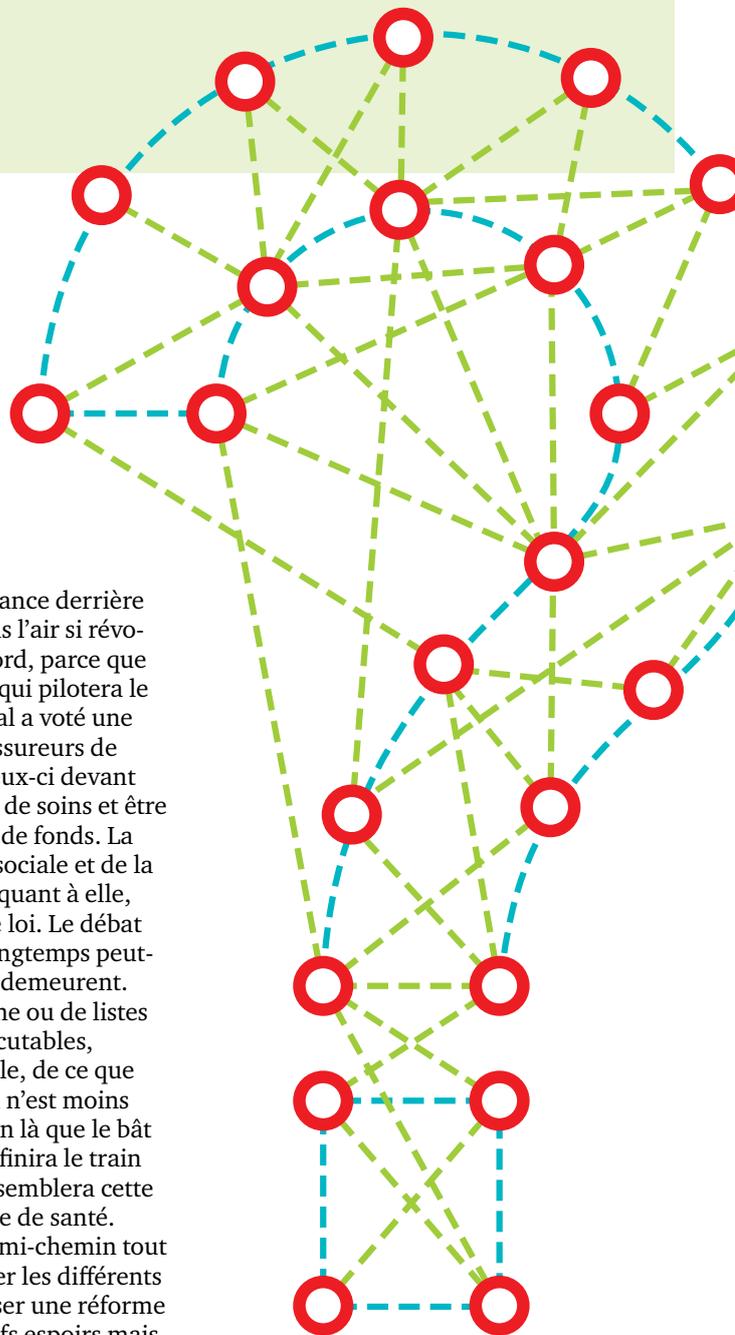
RÉSEAUX DE SOINS, NOUVELLE PARADE CONTRE LA HAUSSE DES COÛTS?

PAR MICHAEL BALAVOINE

Les réseaux de soins, voilà le nouveau remède à la mode pour lutter contre la hausse des coûts de la santé. De quoi s'agit-il? Très grossièrement: de remplacer le modèle du médecin seul dans son cabinet par un ensemble de professionnels travaillant de façon coordonnée pour optimiser le trajet du patient au cours de son traitement et offrir une prise en charge globale des maladies chroniques.

Efficienc*e*, tel est le maître mot. Chacun pourra choisir son médecin traitant. Ce dernier aura pour tâche, entre autres, de rediriger son patient vers des spécialistes du même réseau et même de lui faire consulter un confrère hors réseau si vraiment il l'estime nécessaire. Seule limitation qui sera probablement mise en place (en tout cas dans quelques formes de réseaux proposés, mais rien n'est sûr) : un malade ne pourra pas consulter plusieurs médecins pour recevoir la même prestation. A noter que certains modèles, comme celui de Neuchâtel, ne permettent pas au patient de se rendre de son propre chef chez un spécialiste à l'exception des gynécologues, des ophtalmologues et des pédiatres dont l'accès est garanti. En échange de ces restrictions, des avantages financiers seront mis en place : une franchise plus basse et une participation moins élevée.

Pourquoi alors tant de méfiance derrière une idée qui, de loin, n'a pas l'air si révolutionnaire que cela? D'abord, parce que personne ne sait, à ce jour, qui pilotera le système. Le Conseil National a voté une clause qui interdisait aux assureurs de créer leur propre réseau, ceux-ci devant appartenir aux prestataires de soins et être indépendants des bailleurs de fonds. La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique des États a, quant à elle, biffé ce point de la nouvelle loi. Le débat continuera donc. Encore longtemps peut-être, car d'autres questions demeurent. Les modèles de télémédecine ou de listes de médecins, tous deux discutables, feront-ils partie, par exemple, de ce que l'on appellera réseau? Rien n'est moins sûr. Car au final, et c'est bien là que le bât blesse, personne ne sait où finira le train qui a été lancé et à quoi ressemblera cette véritable refonte du système de santé. Autant d'incertitudes et de mi-chemin tout helvétique, qui, outre crisper les différents acteurs, risquent de paralyser une réforme qui suscite certes les plus vifs espoirs mais nourrit aussi des craintes légitimes. ■



THÉRÈSE MEYER-KAELIN

« Les réseaux doivent garantir la qualité des prestations au juste prix »

PROPOS RECUEILLIS PAR MICHAEL BALAVOINE

Après trente ans d'engagement politique, Thérèse Meyer-Kaelin ne se représentera pas aux élections fédérales de 2011. Le dernier combat de la Présidente de la Commission nationale de la sécurité sociale et de la santé publique aura été de taille : faire passer le projet de révision de la LAMal sur les réseaux de soins. Un an de travaux parlementaires plus tard, l'épineux dossier n'a toujours pas abouti. Entre maîtrise des coûts et liberté de contracter, les opinions des différents acteurs du milieu s'affrontent. A quels réseaux de soins intégrés auront droit les Suisses ? Et, surtout, quels en sont les enjeux ? Réponses de la députée nationale PDC, qui, à l'heure de la retraite, veut toujours y croire.

La loi de révision de la LAMal sur les réseaux de soins intégrés a reçu un fort soutien politique du conseiller fédéral Didier Burkhalter. Pourquoi ce projet intervient-il maintenant et avec autant de vigueur ?

Pour comprendre l'esprit de la nouvelle loi, il faut revenir sur l'histoire de la LAMal et les principes qui y sont associés. Lors de son introduction en 1996, la LAMal visait à offrir un accès aux soins à l'ensemble de la population quelle que soit sa condition et à imposer un principe de solidarité qui s'applique aujourd'hui par quatre milliards annuel de fonds publics affectés à la réductions des primes. Un autre objectif de la loi de 1996 était de maîtriser l'évolution des coûts. C'est ce dernier point qui n'apporte pas entière satisfaction et qui explique cette volonté politique d'instaurer, en Suisse, le modèle des réseaux de soins intégrés.

Comment un réseau de soins à la sauce helvétique est-il censé fonctionner ?

Le principe est assez simple : le patient choisit un médecin traitant auquel il fait confiance. En appartenant à un réseau, ce médecin sera chargé de piloter l'ensemble du traitement du malade. Mais attention : cela ne veut pas dire qu'un patient sera constamment obligé de passer par son médecin traitant pour consulter un spécialiste. Il pourra, par exemple, se rendre directement chez un ORL qui appartient au même réseau. D'autre part, si le médecin traitant le juge nécessaire, le patient pourra être dirigé vers un spécialiste qui n'appartient pas au réseau de soins. L'idée fondamentale est vraiment d'essayer de mieux coordonner le traitement du malade en facilitant les échanges entre les différents prestataires. Pour que cela fonctionne, il faut donc qu'un maximum de praticiens adhère au système des réseaux et que d'autres corps de métiers, comme les physiothérapeutes ou les pharmaciens, se joignent également au mouvement.

On associe souvent diminution des coûts et réseaux de soins. Peut-on conjuguer économies et qualité des soins ?

Il ne faut pas tout mélanger. Et surtout, garder les pieds sur terre ! Le but des réseaux de soins intégrés est de maîtriser les coûts et non de les diminuer. Ce nouveau système ne va arrêter ni le vieillissement de la population ni l'innovation technologique. Ce qu'il faut viser, c'est une meilleure efficacité sans rationnements, des prestations. En coordonnant mieux les soins, on pourra éviter des prestations redondantes.



Dans le système actuel, le patient peut en effet consulter plusieurs médecins sans véritable limite. Du coup, certaines prestations, qui n'apportent rien en termes de qualité du traitement, seront répétées et remboursées plusieurs fois. C'est cela qu'il faut tenter de juguler : un gaspillage qui n'apporte rien à la qualité des soins. En somme, garantir le traitement au juste prix.

La liberté du choix du médecin est très importante aux yeux de la population. Le système que vous décrivez n'est-il pas trop

contraignant sur cet aspect ?

Evidemment, les réseaux de soins demanderont certaines concessions au patient. Il choisira son médecin traitant et par la même occasion son réseau. Lorsqu'il devra consulter un cardiologue ou un chirurgien, le malade pourra choisir avec son médecin répondant le spécialiste qui lui convient au sein du réseau ou faire même appel à un externe au réseau si le médecin répondant le juge nécessaire. Au final, la situation ne sera pas bien différente de celle d'aujourd'hui. Si vous devez vous faire opérer

d'une appendicite, vous n'allez pas choisir nommément tous les intervenants. Donc je dirais que dans le système des réseaux, il s'agit de conserver une certaine marge tout en introduisant un peu de rigueur. En échange, le patient aura droit à une réduction de sa franchise et de sa participation financière.

Une autre préoccupation majeure pour les patients est celle des possibilités de changement de réseau. L'assuré ne risque-t-il pas de se trouver pris au piège ?

En adhérant à un réseau, le patient bénéficiera de certains avantages. Financiers certes, mais aussi en termes de prestations. L'assuré pourra bénéficier d'actes qui ne font pas forcément partie de l'assurance de base par exemple sans pour autant devoir disposer d'une complémentaire. Le corollaire de ces avantages est que le patient devra faire preuve d'une fidélité plus grande qu'aujourd'hui. La durée du

contrat sera au maximum de trois ans. Cela dit, les clauses de sortie ont été largement débattues et plusieurs solutions existeront. L'assuré pourra ainsi sortir de son réseau si l'augmentation de sa prime dépasse celle de la moyenne de son canton. Il pourra également changer de réseau si les formes d'assurance choisies sont similaires. Enfin, moyennant une prime de sortie non réhibitoire, l'assuré pourra mettre un terme à son contrat avant échéance. Toutes ces conditions feront partie

“Ce qu'il faut viser, c'est une meilleure efficience sans rationnement des prestations.”

intégrante de la loi. C'est très important, car, sinon, l'assuré pourrait se trouver face à une clientèle prisonnière et augmenter du même coup les primes

sans se soucier de leur justesse. **Aujourd'hui, les réseaux attirent les « bons risques » grâce à des incitatifs financiers attractifs. Comment éviter que les réseaux soient une nouvelle forme de sélection des risques ?**

Nous avons introduit dans la loi une nouvelle notion : la coresponsabilité budgétaire. Avant, un assureur allouait un budget à un réseau sans obligation de participer aux résultats. Avec la coresponsabilité, on cherche à rendre le financement évolutif. Si un réseau reçoit plus de cas dits « lourds », il faudra que l'assureur adapte son budget en conséquence. D'ailleurs, parallèlement à cette révision, on veut agir sur la compensation des risques qui doit être renforcée. Elle est basée aujourd'hui sur le nombre de jeunes et de femmes qui coûtent plus cher. Nous allons ajouter le nombre d'hospitalisations ainsi qu'un facteur de morbidité. Le but est clair : éviter que les assureurs soient tentés de limiter les

gros risques dans les réseaux qui lui sont affiliés.

La question de la propriété des réseaux pose aussi problème, le Conseil des États ayant introduit une clause plutôt inquiétante qui autorise les assureurs à créer leur propre réseau. Qu'en dites-vous ?

La Commission nationale, que je préside, souhaitait une forme de société ou de collaboration totalement indépendante des assureurs pour que les prestations de soins ne soient pas pilotées par les bailleurs de fonds. La commission des États en a décidé autrement. Pour l'instant. Les discussions ne sont pas terminées et cette proposition des États ne veut pas dire que cette forme sera acceptée. Bien au contraire. Pour que le système des réseaux puissent avoir une chance de fonctionner dans la réalité, la proposition du National me paraît plus adéquate. Les réseaux doivent appartenir, d'une manière ou d'une autre, aux prestataires de soins. ■



Le label de qualité des pharmaciens vaudois qui s'engagent pour votre santé!

OK Pharm regroupe près de 100 pharmacies dans le canton de Vaud.

Les pharmaciens OK Pharm vous aident à améliorer l'efficacité de vos traitements et à en réduire les risques.

Ils valident personnellement vos ordonnances.

Plus d'informations à propos de la charte des pharmaciens OK Pharm sur:

www.okpharm.ch
la qualité qui se voit





NEUCHÂTEL

Le réseau de soins démarre en douceur

TEXTE : PHILIPPE BARRAUD

Le réseau de soins du canton de Neuchâtel est désormais opérationnel, après trois ans de mise en place et de négociations avec deux caisses-maladie. Mais bien que deux tiers des médecins de premier recours du canton y aient souscrit, les assurés tardent à répondre présents.

« **D**e fait, explique Jean-Frédéric de Montmollin, président du réseau, il y a beaucoup moins d'assurés que nous ne l'espérions. » Les caisses partenaires, Groupe Mutuel et Helsana, avaient fait des projections probablement trop optimistes. Certes, ce petit nombre de patients affiliés – 1000 assurés pour 110 médecins – permet un rodage en douceur du réseau, mais il n'est pas très motivant pour les médecins.

Un réseau de soins, managed care en anglais (voir l'encadré), fait l'objet d'un contrat entre les médecins et les assureurs, qui se décline en trois éléments principaux :

La constitution de cercles de qualité, dont l'objectif principal est la formation continue des médecins, et qui permet par ailleurs aux praticiens de suivre, de discuter et d'optimiser le fonctionnement du réseau.

Les médecins sont entièrement responsables des coûts des soins. Pour mener à bien leur tâche, ils disposent d'une plateforme informatique centralisée, qui reçoit les données relatives aux coûts transmises par les assurances. Il leur incombe alors de contrôler toutes les données, y compris les coûts résultant du recours à des médecins spécialistes. Cet aspect du réseau implique un engagement important de la part des médecins.

L'établissement d'un budget global du réseau. Jusqu'ici, cela n'a pas été possible à Neuchâtel, en raison d'un nombre trop faible d'assurés.

LE POIDS DE DIDIER BURKHALTER

La situation neuchâteloise est un peu paradoxale. En Suisse alémanique, les réseaux de soins font partie du paysage depuis longtemps, et dans certains cantons, la plupart des assurés y sont affiliés. Situation identique à Genève, avec le réseau Delta (60 000 assurés, 160 médecins à Genève, 25 dans

le canton de Vaud), qui constitue une sorte d'exception romande. «Pour le moment», veut croire Jean-Frédéric de Montmollin, qui estime à deux à trois ans le temps nécessaire au décollage d'un réseau. Dans les cantons de Fribourg, du Valais et de Vaud, des initiatives sont prises pour développer ce modèle. Et il compte beaucoup sur les impulsions que ne manquera pas de donner le conseiller fédéral neuchâtelois Didier Burkhalter, qui croit beaucoup à l'avenir des réseaux de soins. Les gens vont certainement s'y intéresser.

L'un des grands intérêts des réseaux, estime Jean-Frédéric de Montmollin, c'est qu'ils permettent une bien meilleure connaissance des coûts. «Dans un réseau, on peut savoir ce que coûte chaque groupe de patients; on saura ce qu'ils ont payé, ce qu'ils ont coûté, et par conséquent on saura aussi si la prime qu'ils paient est justifiée, tout comme les hausses qui surviennent chaque année.»

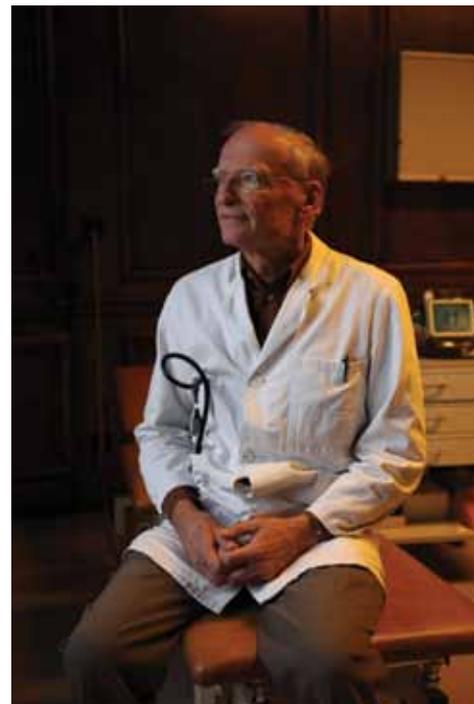
Pour Jean-Frédéric de Montmollin, le défi du réseau est de démontrer à la population neuchâteloise que la qualité des soins qu'ils reçoivent est aussi bonne dans le réseau de soins que dans le cadre traditionnel. «La majorité des médecins de Neuchâtel en fait

partie, c'est incontestablement un gage de qualité. Il est certain aussi que l'arrivée dans le réseau d'un des gros assureurs du canton donnerait un sérieux coup de pouce au modèle. Les choses pourraient donc bouger dans les années qui viennent.»

LE RÉSEAU DE SOINS NEUCHÂTELOIS: MODE D'EMPLOI

Pour la plupart des patients, le passage à un réseau ne se remarque même pas: il continue à se rendre chez son médecin de famille (pour peu qu'il soit affilié au réseau, naturellement), qui va se charger, comme avant, de poser un diagnostic et de proposer un traitement cas échéant. En cas de besoin, il l'adressera à un spécialiste, au moyen d'un bon de délégation. Ce que le patient ne peut plus faire, c'est se rendre de sa propre initiative chez un spécialiste, sans avoir passé par son médecin de famille du réseau. Une exception importante est toutefois prévue: le libre accès aux gynécologues, aux ophtalmologues, aux pédiatres et aux services d'urgences est garanti.

En échange de restrictions somme toute minimes, le patient bénéficie de primes d'assurance maladie avantageuses, ainsi que de l'assurance de recevoir des soins de qualité. ■



Jean-Frédéric de Montmollin



Le réseau de soins neuchâtelois: mode d'emploi

Le canton compte plusieurs réseaux qui respectent les contingences géographiques. Un à Neuchâtel, un à la Chaux-de-Fonds et d'autres encore qui assurent le système dans la périphérie des deux grandes villes. Le modèle de réseau qui a été choisi n'inclut pas les spécialistes. C'est donc un modèle de *gatekeeping* assez strict qui prévaut. Pour aller voir un spécialiste, le patient doit passer par son médecin traitant. Une exception importante est toutefois prévue: le libre accès aux gynécologues, aux ophtalmologues, aux pédiatres et aux services d'urgences est garanti. Bien que les spécialistes ne soient pas inclus dans les réseaux, les discussions ont été moins dures que prévu, au grand étonnement du Docteur Bilat. «Nous avons décidé de ne pas inclure les spécialistes, car nous avons peur que les patients papillonnent d'un médecin à l'autre. Mais, il faut bien le dire, cette situation a été possible ici car nous avons beaucoup moins de spécialistes qu'à Genève ou dans le canton de Vaud. Ils sont souvent surchargés et cela les arrange plutôt que nous assurions les cas simples.» En échange de ces restrictions, le patient bénéficie de primes d'assurance maladie avantageuses, ainsi que de l'assurance de recevoir des soins de qualité. Seul bémol: les psychiatres ont peur que leurs patients ne puissent pas faire partie du réseau, car ils pensent que les gens ne voudront pas faire savoir qu'ils sont suivis pour des raisons psychiatriques. Une entaille dans le modèle, mais pour une nouveauté de taille: les pédiatres neuchâtelois se sont également organisés en réseau. Et l'intégration des enfants est une première qui mérite d'être mentionnée. M.B.

Pierre-Yves Bilat :

« Les assureurs ne jouent pas le jeu »

PROPOS RECUEILLIS PAR MICHAEL BALAVOINE

Mille adhérents pour 160 000 assurés : autant dire que pour les efforts d'organisation consentis le résultat de la mise en place du réseau neuchâtelois a de quoi décevoir et surprendre. Pourquoi si peu d'enthousiasme ? Réponses de Pierre-Yves Bilat, Président de la Société neuchâteloise de médecine.

Le réseau de soins intégrés neuchâtelois a de la peine à démarrer. Comment l'expliquez-vous ?

L'affaire est claire : il n'y a que deux assureurs, Helsana et le Groupe Mutuel, qui ont décidé de collaborer avec notre réseau. Ce n'est évidemment pas suffisant pour couvrir les 160 000 assurés que nous avons dans le canton. Et ce n'est pas tout. Les deux assureurs en question n'ont adhéré que de façon très partielle à l'idée de réseau. Pratiquement aucune publicité ni explication n'ont accompagné le processus et c'est tout juste si les bureaux qui sont en charge de cela pour Neuchâtel sont au courant que ce modèle existe dans le canton.

Pourquoi les assureurs ne font-ils pas la promotion du modèle ?

En fait, les caisses persistent à proposer un nombre invraisemblable de modèles d'assurance. Les produits se concurrencent entre eux, ce qui est assez étonnant à vrai dire. Mais surtout, toutes les caisses proposent des types de contrat qui sont moins chers que le réseau, alors même que ce modèle devrait être le plus avantageux financièrement. Ils favorisent la télémédecine et les listes de médecins, deux façons de procéder qui sont discutables. Le premier système, celui de la télémédecine, force le patient à appeler une centrale qui appartient le plus souvent aux caisses avant de consulter, ce qui est éthiquement problématique étant donné que les assureurs deviennent à la fois juge et parti. Le second modèle, les listes de médecins, est proprement inadmissible. Les assureurs proposent une liste de professionnels à consulter sans que l'on sache pourquoi tel ou tel docteur y figure. Comble du comble : le médecin lui-même ne sait pas qu'il fait partie de ces listes et personne ne sait concrètement à quoi les gens ont droit en souscrivant à de telle assurance. Avouez que c'est fabuleux. Et tout cela est moins cher que le réseau !

On est dans le flou en somme ?

Exactement. Pour dire les choses crûment : comme Berne ne choisit pas clairement le type de réseau qui va être mis en place, les assureurs vont certainement réussir à faire accepter comme faisant partie du « managed care » les formules du type listes de médecins ou télémédecine. Ce n'est pas comme ça que l'on va changer le monde de la santé en Suisse ! Le réseau, dans sa philosophie, c'est tout autre chose. On le voit bien ici à Neuchâtel sur le millier de patients qui ont adhéré. Vous avez une vue d'ensemble des coûts que

“ Les caisses proposent des types de contrat qui sont moins chers que le réseau, alors même que ce modèle devrait être le plus avantageux financièrement. ”



gènèrent vos prestations et celles des hôpitaux. Du même coup, vous pouvez participer à une certaine forme d'économicité des soins tout en assurant la qualité.

La situation doit être difficile à comprendre pour les assurés qui ont choisi le réseau ?

C'est évident. Les patients n'ont reçu aucune information sur la nouvelle philosophie médicale à laquelle ils ont souscrit. Ils ne savent pas à quoi ils ont droit ni comment tout cela fonctionne. C'est dommage, car le réseau permet une meilleure qualité des soins, contrairement au modèle des assureurs. Prenez la télémédecine. On vous dit : consommez des génériques et demandez toujours un deuxième avis chirurgical. On ne parle pas de la qualité des soins, mais de rationnement.

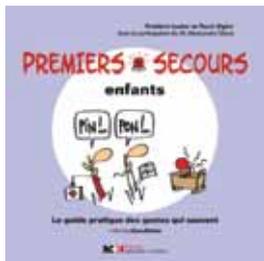
Comment réagissent les médecins face à ce manque de visibilité des réseaux ?

Ils sont désappointés. C'est difficile de mettre sur pied un réseau. Il y a de la crainte. Va-t-il y avoir concurrence entre les médecins adhérents au réseau et les autres ? D'autre part, c'est un nombre considérable de séances et de tentatives de conciliation. Sans parler de la mise en place du système informatisé qui doit centraliser l'ensemble des données des patients. Un boulot dingue. Au départ, l'investissement en temps, en énergie et en stress est donc important. Pour un but louable. Mais, évidemment, quand les efforts ne correspondent pas, et de loin, au résultat, c'est très décourageant. ■

COUP DE PROJECTEUR SUR LES CERCLES DE QUALITÉ

Qu'est-ce qu'un cercle de qualité ? Très grossièrement, des médecins appartenant à un réseau se rassemblent pour discuter de cas concrets et recevoir des informations sur les meilleures manières de pratiquer la médecine. De la formation continue obligatoire en somme. « Nous avons, au minimum, dix séances par année, dont une au moins doit être consacrée aux coûts, explique le Docteur Bilat. Le temps consacré est à ajouter au travail quotidien. Il n'y a pas de compensation, ni de rémunération. » Le but de ces cercles de qualité est donc d'améliorer la prise en charge globale des patients. « Il existe une dizaine de cercles à Neuchâtel, poursuit le médecin chaud-fonnier. Nous invitons des animateurs formés et des spécialistes pour mener les discussions. Cela nous oblige à changer certaines de nos habitudes et à nous remettre parfois en question. La qualité des soins devient meilleure, certes, mais les médecins devraient obtenir plus de reconnaissance de la part des patients et des assureurs pour cet investissement considérable. Aujourd'hui, tous ces efforts ne sont pas assez mis en valeur. » M.B.

Parents, ces livres vous sont destinés :
de l'enfance à l'adolescence,
**quatre ouvrages pour mieux
comprendre et soigner vos enfants.**

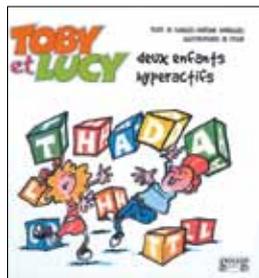


PREMIERS SECOURS ENFANT

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.-

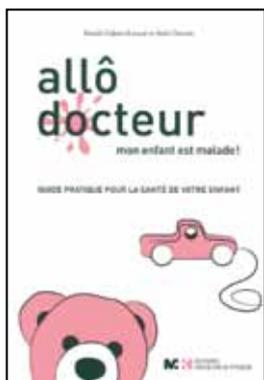


TOBY ET LUCY : DEUX ENFANTS HYPERACTIFS

CHARLES HAENGGELI

Ce livre explique ce qu'est le THADA – le trouble du
déficit de l'attention avec hyperactivité – et donne
des conseils à l'entourage de l'enfant pour mieux
vivre avec cette affection.

AVRIL 2003 • 96 PAGES • CHF 22.-

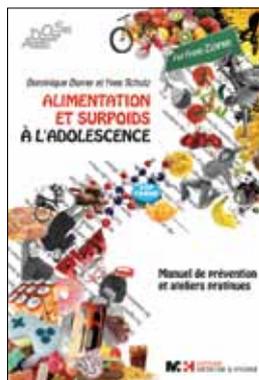


ALLO DOCTEUR... MON ENFANT EST MALADE

ANNICK GALETTO-LACOUR ET ALAIN GERVAIS

De la petite urgence aux maladies courantes de l'en-
fance – 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.-

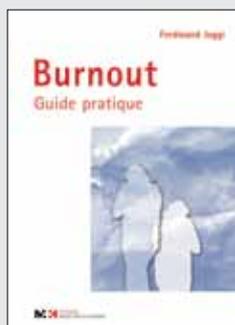


ALIMENTATION ET SURPOIDS À L'ADOLESCENCE

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.-



BURNOUT, GUIDE PRATIQUE

FERDINAND JAGGI

Troubles du sommeil ? Fatigue ? Le syndrome
d'épuisement professionnel peut prendre de nom-
breux 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 préven-
tion de la maladie.

JUIN 2008 • 46 PAGES • CHF 19.-

HISTOIRES DE VIH (VIES)

COLLECTIF

Puisse cet ouvrage de témoignages (récits et
peintures) vous émouvoir et servir à désarmer
les réactions négatives et discriminatoires
que le VIH inspire encore à certains.

NOVEMBRE 2010 • 68 PAGES • CHF 38.-



SOMMES-NOUS TOUS DES ABUSÉS ?

CORNELIA GAUTHIER

Comment comprendre et détecter les
abus ? Les soigner ? Ce livre propose
une nouvelle forme de traitement pour
sortir du cercle infernal de la relation
abuseur-abusé.

MAI 2008 • 238 PAGES • CHF 35.-

J'AI ENVIE DE COMPREN- DRE...LA DÉPENDANCE AU TABAC

SUZY SOUMAILLE

Connaitre les mécanismes, appréhender
les risques, trouver la motivation pour
arrêter... « Les fumeurs récidivistes n'ont
pas échoué, ils sont en train d'apprendre
à se passer de la cigarette ».

OCTOBRE 2003 • 160 PAGES • CHF 25.-

J'AI ENVIE DE COMPRENDRE... LA DÉPRESSION

SUZY SOUMAILLE

Comment comprendre la terrible expé-
rience de la dépression ? Comment en
expliquer les mécanismes complexes ?
Un ouvrage complet accessible à un très
large public.

JANVIER 2003 • 160 PAGES • CHF 25.-

J'AI ENVIE DE COMPREN- DRE...LES ALLERGIES

SUZY SOUMAILLE

Un livre pratique, original et facile à lire
qui répond à toutes les interrogations
sur les allergies : les symptômes, les
causes, les pratiques à éviter, les traite-
ments disponibles.

JANVIER 2000 • 176 PAGES • CHF 25.-

Réseaux : attention aux fausses bonnes idées !

DR JEAN-PIERRE GRILLET

FMH Dermatologie et allergologie, Président de la Société Suisse de dermatologie et vénéréologie, Membre du Conseil de l'AMG.

DR DIDIER CHATELAIN

FMH Médecine Générale, Président de « Médecins de famille – Genève », membre du Bureau et du Conseil de l'AMG.

DR MICHEL MATTER

FMH Ophtalmologie, Président de l'Association des Ophtalmologues de Genève, Membre du Bureau et du Conseil de l'AMG.

Le rapport qualité/prix des soins médicaux en Suisse est extrêmement favorable, contrairement à ce qu'en pensent certains médias et politiciens. La part du PIB consacrée à la maladie est inférieure à celle de la France et très légèrement supérieure à celle de l'Allemagne, où le système de soins est très insatisfaisant. Ce n'est sans doute pas un hasard si les médecins allemands viennent en nombre s'installer en Suisse. Ce qui pose problème en Suisse, c'est le financement. Or, ce problème est celui des assureurs qui préfèrent nettement, eux, que l'on s'intéresse aux coûts des prestations plutôt qu'à leur juste cuisine. Au total, une intervention sur les coûts n'aura qu'un effet très partiel sur le financement. Car il faut savoir que les primes d'assurance maladie ne couvrent pas, comme on le croit trop souvent, que les coûts des soins. Les primes servent à couvrir une administration pour près de 250 millions (bâtements luxueux et salaires confortables), des risques, des réserves (dont on ne sait jamais ce qu'elles deviennent, ni d'ailleurs les intérêts qu'elles génèrent !), etc. Rien que pour finan-

cer les changements de caisse-maladie, (qui rapportent sans doute gros aux assureurs), la Fédération romande des consommateurs estime qu'il en coûte au peuple près de 100 millions de francs, soit 250 médecins faisant 4000 consultations à CHF100.- par an !

Pour lutter contre le « fléau des coûts », voilà plus de dix ans que nos édiles tentent de découvrir une solution miracle, solution d'ailleurs impossible à trouver tant que la médecine et l'espérance de vie progressent simultanément. Alors, il y a eu cette idée de trouver de l'intérêt aux réseaux de soins. Lancée il y a une quinzaine d'années par des médecins convaincus, bien formés, passionnés et décidant de mettre leur savoir en commun, ce type d'expérience n'avait jamais été formalisé de la sorte. On découvre alors que l'on pourrait y trouver des soins de qualité avec des coûts inférieurs. Mais ceci n'est vrai que pour autant qu'une sélection des patients soit faite, patients motivés et le plus souvent en bonne santé. Pour le reste, les économies ne sont possibles qu'en limitant les accès aux spécialistes (puisque la règle du réseau est l'obligation de passer par le médecin de famille du patient), la prévention, les prescriptions de physiothérapie, les examens radiologiques, les examens de laboratoire, et bien sûr les salaires des employés des réseaux, médecins et personnel paramédical.

Le système a donc continué à se développer et l'on découvre que l'on peut créer plusieurs types de réseaux : ceux qui sont une association de médecins travaillant avec les assureurs pour limiter les coûts, sans enveloppe budgétaire, et ceux à coresponsabilité financière, c'est-à-dire des réseaux dans lesquels on estime à l'avance les coûts que

la maladie va engendrer dans le groupe de patients en question. Dans ce dernier type, il existe un réel commerce possible à travers les contrats qui lient les médecins aux assureurs. On partage les bénéfices et éventuellement les pertes. Et c'est alors que les assureurs s'aperçoivent de l'opportunité d'améliorer encore un peu plus leur position. Forts de leur représentation musclée au Parlement, ils proposent, au Conseil National de promouvoir le système des réseaux de soins dits « intégrés » en les affublant d'incitatifs qui suppriment le choix réseau ou non-réseau pour le patient tant la différence de prix entre les deux systèmes les rendent incomparables. Il n'existe par ailleurs aucun système de contrôle qui permette d'empêcher un transfert de sommes d'argent entre le système réseau au système non-réseau, système de vase-communiquants dans lequel les assureurs sont passés maîtres. Finalement, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats a encore ajouté dernièrement la possibilité pour les assureurs de pouvoir créer et piloter leurs propres réseaux de soins, ce qui annihile l'argument principal en faveur des réseaux, à savoir le pilotage des réseaux par les médecins. Au total, les risques pour les patients sont : des contrats d'assurance compliqués, exprimés dans un langage juridique difficilement compréhensible, affublés de contraintes souvent cachées.

Une perte de liberté de consulter le médecin (généraliste ou spécialiste) de leur choix.

L'entrée dans un système cloisonné dont on ne peut pas sortir pendant 3 ans !

Un rationnement des soins (Soins « au rabais » : trouver le moyen le moins cher au lieu du meilleur pour le patient, tel qu'on le



Maman prévoit tout !

Même le pire...

Si l'un de mes parents venait à disparaître ou devenait invalide, avec la rente FSMO je pourrais poursuivre mes projets d'avenir.

Rente jusqu'à 1000 frs par mois

Vous aussi, cotisez dès maintenant auprès de la Fondation FSMO.

orphelin.ch  **FSMO**
022 830 00 50

FONDATION DE SECOURS MUTUELS AUX ORPHELINS - SANS BUT LUCRATIF

connaît dans les Low-cost de l'aviation !). Le risque d'une augmentation massive des coûts des réseaux si ceux-ci sont obligés de prendre en charge les cas chroniques lourds. Des augmentations financières pénalisantes pour les assurés hors-réseaux (par exemple pour les patients fragiles ou les patients psychiatriques).

Une nouvelle organisation des soins avec notamment des infirmières et autres paramédicaux, qui assurent le suivi à la place des médecins.

Les réseaux auront le choix des patients. On risque donc d'avoir un accès aux réseaux limité

pour les patients avec des maladies chroniques. Cela revient à déplacer la chasse aux bons risques des assurances vers les réseaux. Que deviendra donc un patient récusé par les réseaux ? Au total, les médecins travaillent en réseau depuis toujours. Les réseaux de soins intégrés sont un système à but commercial, permettant de dégager des bénéfices, au prix d'une limitation des soins. Dans l'état actuel des décisions des Chambres fédérales, ils sont basés sur des incitatifs conduisant à une distorsion de la concurrence entre le système des réseaux et le système hors réseaux. Il est dès lors indispensable que les réseaux ne puissent accorder

que les rabais de primes équivalant aux économies effectivement réalisées, sous peine de voir un financement des patients des réseaux par les patients hors réseaux et il ne doit pas y avoir d'incitatif autre que les baisses de prix occasionnées par le fonctionnement du réseau. Ce système de réseaux va aussi engendrer des coûts administratifs supplémentaires et surtout un changement de mentalité qui sera sans aucun doute néfaste à la qualité des soins que les médecins entendent apporter à leurs patients. Les réseaux à coresponsabilité budgétaire sont un enfermement et non une ouverture ! ■

Choisir un réseau de soins ? Oui, mais pas n'importe lequel.



Si vous êtes en bonne santé, vous pouvez arrêter votre lecture à la phrase suivante. Vous choisirez le modèle d'assurance le moins cher possible, de plus en plus souvent un réseau.

Si vous avez des problèmes de santé, le choix devient angoissant. Vous voulez garder des soins de bonne qualité et l'économie sur les primes devient secondaire. Voici quelques arguments pour oser choisir un réseau.

DR MICHAEL KLAY
FMH Médecine interne, Oron-la-Ville

Il est déjà rassurant de savoir qu'actuellement, un réseau ne peut pas vous refuser ou vous exclure si vous êtes « trop malade ». Par contre, le fonctionnement d'un réseau est plus difficile à comprendre. En général, vous serez obligés de consulter un médecin référent que vous aurez choisi dans une liste. Ce médecin vous soignera ou n'hésitera pas à vous envoyer à un collègue mieux spécialisé. Pour cela, certains outils sont les bienvenus, comme les cercles de qualité. Les médecins du réseau doivent se réunir régulièrement, une fois par mois par exemple, pour discuter de la manière la plus efficace et économique pour diagnostiquer ou traiter une maladie.

D'autres outils sont risqués s'ils sont mal gérés comme la capitation ou la compensation des

risques. Si le budget dont dispose un médecin est trop limité, vous risquez d'être maltraités.

Pour finir certains outils ne devraient pas être utilisés dans un réseau, comme la collecte des données statistiques et des informations médicales par les assurances. En effet, il y a un risque évident de mauvaise utilisation par les caisses-maladie purement intéressées par le profit.

Il n'y a malheureusement pas de guide neutre ou objectif des réseaux. Pour l'instant, une stratégie raisonnable serait de demander à votre médecin préféré s'il fait partie d'un réseau et pour quelles raisons, et pourquoi pas de l'encourager à adhérer à un bon réseau pour réduire vos cotisations.

Peut-être arriverons-nous dans l'avenir à ce dicton : « Dis-moi de quel réseau tu fais partie et je saurai quel médecin tu es ». ■

CE QUE PENSENT LES PATIENTS DES RÉSEAUX DE SOINS

PROPOS RECUEILLIS PAR MICHAEL BALAVOINE

Lundi 22 novembre, nous avons demandé aux patients qui se trouvaient dans la salle d'attente du Groupe médical de la rue Agasse à Genève s'ils connaissaient les réseaux de soins et ce qu'ils en pensaient. Réponses toutes subjectives.

Madame Habermas, chanteuse

J'ai vu beaucoup de médecins mais je n'ai jamais entendu parler des réseaux. Si cela peut éviter de toujours devoir passer d'un médecin à l'autre, pourquoi pas ?

Madame Woodly, ancienne journaliste, retraîtée

Pour moi, les réseaux de soins ne remédient pas au problème fondamental du système de santé. Il faut changer son financement. Aujourd'hui, c'est un poids gigantesque pour de nombreuses familles qui n'arrivent plus à payer leurs primes.

Monsieur Marzy, consultant

Je ne pense pas que ce soit une bonne solution. Pour moi, c'est enfermer le patient alors qu'il peut exister d'autres solutions plus adéquates pour préserver la liberté de choix de son médecin.



Monsieur Raymond, au bénéfice d'une rente de l'AI

Je suis et je resterai toujours pour le modèle du médecin de famille.

Madame Steudler, assistante médicale

Je connais bien le sujet compte tenu de ma profession. Ce qui me frappe, c'est que la plupart des gens ne connaissent pas du tout les réseaux alors qu'ils sont censés être au cœur du système. La plupart du temps, ils découvrent qu'ils sont dans un réseau au moment d'une visite impromptue chez un spécialiste ! Après, ils nous téléphonent.

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

Darius Rochebin face à son médecin

PROPOS RECUEILLIS PAR MALKA GOUZER

Sa femme, Marie, est médecin généraliste. Pourtant, Darius Rochebin ne la consulte pas pour ses problèmes de santé. «Il n'est pas question de mélanger les genres», affirme-t-il. À chacun son domaine et à chacun son médecin. Le présentateur du journal télévisé de la TSR aime toutefois la «charrier» sur le corporatisme des professionnels de la santé. Alors, que pense-t-il des médecins? Rencontre avec le Romand le plus populaire du petit écran.

Comment avez-vous choisi votre médecin?

Il y a la réputation, les recommandations d'autres patients mais aussi, je l'avoue, la disponibilité. Je trouve désespérant quand vous avez un secrétariat médical qui vous répond : «Le docteur peut vous recevoir dans trois semaines!». La rapidité d'action est capitale dans la lutte contre la maladie. J'aime avoir une relation de confiance avec le médecin, savoir qu'en cas de besoin il est prêt à me voir vite, ou même à me répondre par téléphone. J'ai la chance d'avoir d'excellents médecins.

Quelle qualité recherchez-vous en premier lieu chez un médecin?

A part cette disponibilité je dirais l'intuition. C'est une vertu qui est innée sans doute, mais qui est aussi fortifiée par l'expérience. Le médecin qui a vu beaucoup de cas divers et qui reste curieux de tout est mieux armé qu'un autre.

Entretenez-vous un rapport singulier avec votre médecin?

Non, j'aime le rapport un peu professionnel. Cela dit, l'amitié peut compter. Quand j'ai eu une varicelle d'adulte, qui peut se révéler dangereuse, un ami dermatologue m'a reçu en pleine

nuit dans son cabinet pour des premiers soins en urgence. Il m'a sans doute évité d'avoir des cicatrices à vie.

De manière plus générale, comment voyez-vous le corps médical dans son ensemble?

J'admire les médecins pour plein de raisons, en particulier pour leur force de travail. A commencer par les études qui sont particulièrement lourdes.

Si vous étiez vous-même étudiant en médecine aujourd'hui, vers quelle spécialité vous orienteriez-vous instinctivement?

Peut-être l'oncologie. La lutte contre le cancer est un combat admirable.

La situation politique du système de santé est explosive. Comment la jugez-vous?

C'est un vaste débat mais sur le fond je trouve normal que la société dans son ensemble et chaque individu en particulier consacrent beaucoup de moyens à la santé. Préserver sa vie et ses facultés, c'est une nécessité absolue.

Et que pensez-vous de la situation actuelle des médecins généralistes en Suisse? Est-ce une profession en péril?

L'ensemble de la formation subit



“Je trouve que la rapidité d'action est capitale dans la lutte contre la maladie.”

de grandes remises en question. Comme journaliste, mon rôle n'est pas de juger mais de rendre compte de cela avec objectivité. Comme patient, je suis plutôt du genre maximaliste en matière de soins. Mieux vaut voir un médecin de trop, faire un examen de trop, plutôt que de rater le dépistage précoce de telle ou telle maladie. Les généralistes font partie de ce dispositif.

En tant qu'homme médiatique, vous avez le devoir d'être quotidiennement présentable. Quels sont vos secrets pour garder la forme et la santé à tout moment?

Je mange sain, je marche, je suis mes envies naturelles. J'ai beaucoup appris avec l'écrivain Erik Orsenna qui recommande de dormir quand on en a envie, par tranches, un peu comme les animaux. Je fais des siestes, je dors quand j'ai sommeil. Cela m'a enlevé la crainte des insomnies.

Y'a-t-il une maladie en particulier qui vous fait peur?

Toutes! Le cancer bien sûr. Mais la santé est précieuse jusque dans les moindres détails. Un acouphène, une cheville faible, un mal de dos persistant c'est déjà terriblement pénible.

Si vous étiez un milliardaire philanthrope, dans quelle cause investiriez-vous?

Le combat contre le cancer sans doute. ■



CLINIQUE ROMANDE DE RÉADAPTATION DE LA SUVA

RÉAPPRENDRE LE QUO

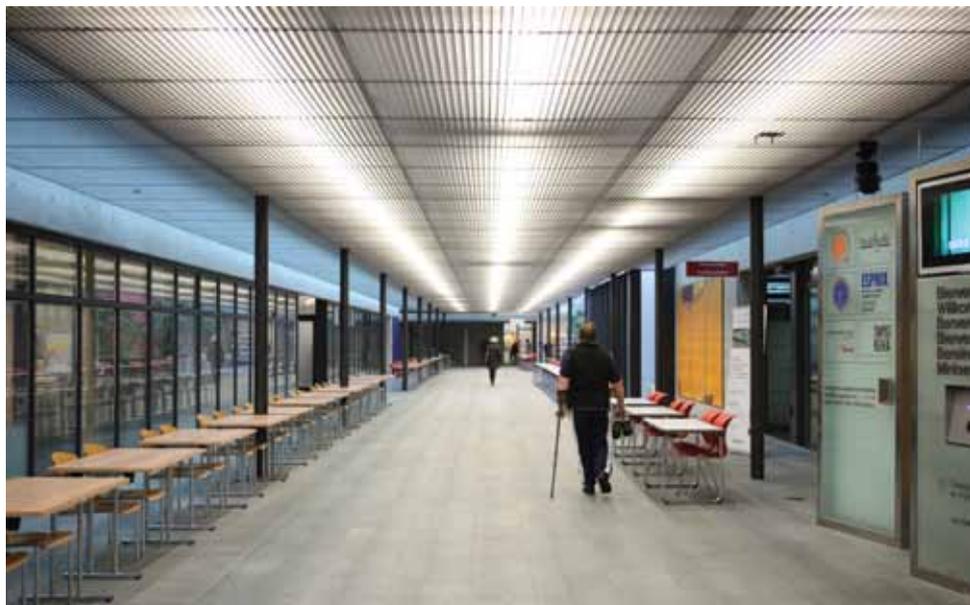
TEXTE: MICHAEL BALAVOINE / PHOTOS: ROMAIN GRAF

Même en cherchant bien, vous ne trouverez pas, à la Clinique de réadaptation de la Suva, les obstacles qui généralement habitent nos maisons. Marches et rebords laissent place à de longs couloirs rectilignes et plats. Normal à vrai dire. Car c'est ici, à deux pas de l'Hôpital de Sion, que sont pris en charge les accidentés graves de toutes sortes. Polytraumatisés, amputés, grands brûlés, paraplégiques et traumatisés crâniens y apprennent à nouveau à vivre. Différemment forcément, car tous les gestes de la vie quotidienne, de la toilette aux commissions, sont devenus compliqués. Quelles stratégies sont mises en place dans ce centre unique en son genre en Suisse romande pour aider ces malchanceux à se réinsérer socialement et professionnellement? Reportage au cœur des montagnes valaisannes.

Jean-Yves Michellod est probablement l'un des patients les plus célèbres de la Clinique de la Suva. Skieur hors pair, vainqueur de l'Xtreme de Verbier en 2004, ce guide de montagne valaisan vivait à 100 à l'heure. Pour sa passion, le ski, et pour sa famille. Jusqu'à ce que tout bascule. En 2006, il tombe dans une avalanche. Résultat: multiples fractures et surtout, luxation de la colonne vertébrale. Ses jambes ne répondent plus: il est paraplégique. Mais l'homme n'est pas du genre à lâcher prise. Après 7 mois de combat et un passage à la clinique de la réadaptation de la Suva, Jean-Yves Michellod retrouve partiellement l'usage de ses jambes.



TIDIEN



En haut. Le long couloir d'entrée de la Clinique de la Suva ne présente aucun obstacle pour des patients confrontés à des problèmes de mobilité. En bas. Le docteur Gilles Rivier est le directeur médical de la clinique de réadaptation de la Suva depuis le 1^{er} octobre 2010.



Il se fait construire un ski-bob en France, remonte sur ses montagnes préférées et dévale à nouveau les pentes de poudreuse. En chaise certes, mais de façon tout à fait spectaculaire comme le montre le film de ses amis de toujours Nicolas et Loris Falquet, «JYM, skieur libre».

UNE RÉADAPTATION INÉGALE

Si le parcours de Jean-Yves Michellod est exemplaire, dans le sens où il démontre à quel point un accidenté peut se réintégrer dans la société, il n'est pas la règle comme le rappelle le docteur Gilles Rivier, directeur médical de la clinique romande de réadap-

tation de la Suva. «wwOn a longtemps cru qu'il existait une corrélation entre la gravité de l'atteinte médicale et la capacité du patient à se réinsérer professionnellement et socialement. Or, cela n'est pas le cas. Le succès n'est au rendez-vous que si le patient, ses proches et l'employeur s'engagent. Il faut aussi que la démarche de réadaptation prenne en compte non seulement l'atteinte physique, mais aussi la souffrance psychologique ainsi que le contexte socioprofessionnel et familial. En plus de faire en sorte que les tissus cicatrisent bien, nous aidons le patient à retrouver un sens à sa nouvelle vie, à progresser dans les activités de la vie quotidienne et à établir un

projet professionnel. Il faut encore évaluer comment affronter, voire aménager l'environnement architectural s'il n'est plus adapté. Pour un grand brûlé porteur d'importantes cicatrices sur le visage, marcher et parler ne seront pas difficiles, mais soutenir quotidiennement le regard des autres est un problème majeur. Si la place de travail d'un patient paraplégique est au 3^{ème} étage d'un bâtiment qui n'a pas d'ascenseur, elle ne sera tout simplement pas atteignable», explique le docteur Rivier. La clinique dispose d'ateliers professionnels afin d'entraîner la reprise du travail et d'évaluer comment le patient évolue dans un milieu proche de celui qui sera le sien plus



En haut à gauche. Pour mesurer la capacité des patients à supporter une charge de travail conséquente, plusieurs exercices sont à l'ordre du jour. Ici, il s'agit de visser des boulons. **En bas à gauche.** Selon les séquelles d'un accident, faire sa toilette peut s'avérer compliqué. Dans cette salle de bains, les patients s'entraînent à cette tâche.

En haut à droite. Pour se réinsérer au mieux socialement et professionnellement, conduire est essentiel. La clinique de la Suva dispose d'un simulateur pour juger de la capacité des patients à reprendre le volant. **En bas à droite.** Outre prodiguer des soins, la clinique de la Suva dispose d'ateliers pour la fabrication de prothèses et de chaussures thérapeutiques.

tard». L'objectif de la Suva est la réinsertion professionnelle. « A chaque patient correspond une problématique qui lui est propre et qui est plus ou moins complexe. Ceci explique qu'il n'y aura pas pour chacun, au bout du compte, la même réussite », explique le médecin valaisan.

DES SOINS COORDONNÉS POUR APPRIVOISER LE QUOTIDIEN

Pour maximiser les chances de réintégration sociale et professionnelle des patients, au vu des nombreux facteurs qui entrent en jeu, il faut donc proposer une palette de prestations très complète. Service social, ergo-, physio- et psychothérapeutes se succèdent pour aider les patients à affronter le nouveau quotidien auquel ils sont confrontés. Comment, quand on est en chaise roulante, s'habiller, faire le ménage ou ses courses ? Pour cela, on a reconstitué à la Clinique de la Suva, un petit appartement, une cuisine et des salles de bains pour que les gens s'entraînent. « Nous avons même un simulateur de conduite, note le docteur Rivier. La mobilité est essentielle. Ici,

Docteur Gilles Rivier
« Notre but est que le patient retrouve une activité la plus normale possible, qu'il se réinsère au mieux socialement et professionnellement. »

contrairement à d'autres centres de réadaptation, nous soignons des gens jeunes en âge de travailler. Si vous pouvez conduire, ça change la vie. » Mais le plus difficile, pour relever les défis du quotidien, n'est pas forcément visible. « En apparence, celui qui a subi un traumatisme crânien peut donner l'impression d'aller bien, résume Gilles Rivier. Mais, en réalité, il a de grandes difficultés à se concentrer, est facilement irritable et cela perturbe considérablement les relations interpersonnelles. L'évaluation neuropsychologique et le soutien aux familles sont ici extrêmement importants. Après une chute qui a provoqué des fractures ou simplement des contusions,

certain patients ont peur d'aggraver leur état en se mobilisant et se montre pessimiste quant à leur avenir socioprofessionnel. L'empathie du personnel soignant et un soutien psychologique sont alors essentiels. » Prendre soin des accidentés demande ainsi de multiples compétences souvent très spécialisées et une coordination extrême des traitements. « C'est pour cela que la Suva a construit, il y a 11 ans, une clinique de réadaptation pour la population suisse romande. La proximité avec un hôpital de soins aigus tel que celui de Sion est idéale, conclut le docteur Rivier. Avant, les établissements de rééducation se trouvaient isolés dans la nature. Par romantisme, peut-être, on croyait que le grand air suffisait pour une guérison optimale. Mais actuellement, avec les progrès de la médecine, pour prendre en charge de manière optimale les atteintes complexes de nos patients, il faut réunir des compétences étendues et de pointe sur un même site. Si cela peut aider le patient à récupérer au mieux et à trouver les ressources nécessaires à assumer sa nouvelle vie, notre mission est alors accomplie. » ■



A l'extérieur de la clinique, des ateliers professionnels accueillent les patients. C'est ici que leur capacité à reprendre une activité sera jugée.

LA SUVA ET SA CLINIQUE EN CHIFFRES

La Suva est une entreprise indépendante à but non lucratif qui assure près de 2 millions de personnes contre les accidents. Quelques chiffres-clés de sa clinique de réadaptation romande dont elle est propriétaire :

Nombre de patients par an:

1000 patients hospitalisés (dont 30% sont assurés hors Suva)
8000 patients en ambulatoire

Durée moyenne de séjour: 37 jours

Nombre de lits: 110

Postes de travail: 237

Nombre de médecins: 24

Personnel soignant: 56

Personnel des autres disciplines paramédicales: 73



SINGAPOUR

l'incroyable succès du compte-épargne santé

TEXTE : PHILIPPE BARRAUD

Avec l'institution du compte-épargne santé, Singapour a réduit la part des dépenses de santé à 3,9% du PIB, tandis que les autres pays industrialisés dépensent jusqu'à 14% de celui-ci. Le secret du système ? Comme le montre le dossier du *Courrier du médecin vaudois* de juin dernier, c'est la responsabilisation du patient. Puisqu'il paie lui-même les factures avec son capital d'épargne-santé, le patient calcule, compare les coûts des hôpitaux, et fait les bons choix.

Singapour est un pays qui ressemble beaucoup à la Suisse : surface et population réduites, niveau de développement économique et technique très élevé, place financière réputée, espérance de vie remarquable, système de santé excellent... Comment se fait-il alors qu'en Suisse, les dépenses de santé atteignent 10,6% du PIB, alors que Singapour s'en tire avec moins de 4%, pour un niveau de qualité égal ? C'est grâce à un système de santé qui, de manière délibérée, responsabilise directement l'individu face à ses dépenses de santé, contrôle les coûts, et favorise la concurrence et la transparence entre les prestataires de soins.

Le système singapourien a pour philosophie centrale que, si l'Etat garantit à chacun qu'il ne sera jamais privé de soins, les patients doivent participer financièrement aux frais qu'ils génèrent. C'est ce que le gouvernement appelle le «co-paiement» des dépenses de santé, un système qui a fait ses preuves et que beaucoup de pays étudient, même si le modèle n'est proba-

blement pas exportable tel quel – question de culture notamment : la notion d'Etat-providence n'est pas la même en Asie qu'en Europe.

TROIS PILIERS

Trois piliers constituent le système, avec pour principe de base qu'aucun citoyen ne doit être empêché d'avoir accès à des soins pour des raisons économiques.

Le premier pilier est gouvernemental : l'Etat couvre 80% des coûts des hôpitaux publics, auxquels chacun peut recourir, et environ 33% de l'ensemble des coûts de la santé. Les 67% restants sont à la charge des patients.

Le deuxième pilier, appelé Medisave, est un compte épargne-santé obligatoire, intégré au système de retraite, obligatoire lui aussi. Chaque salarié paie au total, pour sa prévoyance vieillesse et sa santé, 33% de son salaire (13% à la charge de l'employeur, 20% à celle de l'employé), montant versé sur un compte retraite et de santé. La part de la cotisation destinée à la santé va de 6% à 8% selon l'âge

du cotisant. En effet, le montant des cotisations à Medisave est progressif : de 6,5% en dessous de 35 ans, il s'élève à 9% au-delà de 60 ans.

Le compte individuel Medisave est plafonné à 39 500 dollars de Singapour, soit environ 29 200 francs suisses. Si le compte dépasse cette somme, l'excédent, pour les plus de 55 ans, est transféré au compte retraite jusqu'à comblement d'éventuelles lacunes, après quoi l'excédent

est versé sur le compte ordinaire du bénéficiaire. En 2008, les Singapouriens avaient en moyenne 11 000 francs sur leur compte-épargne Medisave, somme jugée suffisante pour financer 10 à 12 hospitalisations subventionnées. Par exemple, le coût moyen des séjours en hôpital, en 2008, allait de 1'000 à 3'300 francs selon le type de maladie. Le compte Medisave est au cœur du système visant à responsabiliser ceux qui recourent à l'offre





“A Singapour, le système de santé responsabilise directement l'individu face à ses dépenses de santé.”

médicale et hospitalière, en amenant le patient à payer lui-même, mais pas de sa poche, ses dépenses de santé courantes. Le troisième pilier, MediShield, est une couverture supplémentaire pour les très grosses dépenses, liées à des maladies très graves ou de longue durée. Celles-ci sont couvertes alors jusqu'à 80%. Les primes, assez modestes, peuvent être payées à partir du compte-épargne Medisave.

Ce troisième pilier peut être complété par un quatrième, ElderShield, une assurance invalidité en fait, qui vise surtout les personnes âgées. Les Singapouriens sont libres de compléter encore leur couverture par des assurances privées (Integrated Shield plans), mais seulement après avoir souscrit au pilier MediShield : cette disposition vise à protéger le système public contre la chasse aux bons risques de la part des assurances

L'OFFRE DE SOINS

A quoi les citoyens de Singapour ont-ils droit, grâce au capital de leur épargne-santé ? L'île compte un total de 29 hôpitaux, publics et privés, pour 11 545 lits en 2006, ce qui donne un taux de 2,6 lits pour 1 000 habitants (5,8 lits en Suisse).

- Les soins de base. Ils sont fournis à 80% par des médecins en pratique privée, soit individuelle, soit dans le cadre de petites cliniques, au nombre de 2 000, et à 20% par les polycliniques publiques, au nombre de 18. Les polycliniques, subventionnées et bon marché, offrent des soins ambulatoires, le suivi de patients sortant de l'hôpital, les vaccinations, la médecine préventive et la formation, des centres de diagnostic et des pharmacies. Des soins à domicile sont disponibles pour les personnes à mobilité réduite.
- Les soins hospitaliers. Singapour compte 7 hôpitaux publics, dont 5 à vocation générale avec service d'urgence permanent, un spécialisé en gynécologie et pédiatrie, et un en psychiatrie. S'y ajoutent six centres nationaux spécialisés pour le cancer, les maladies cardiovasculaires, l'ophtalmologie, la peau, les neurosciences et les soins dentaires. Tous ces établissements publics sont gérés sur un modèle privé, de manière à leur assurer autonomie et flexibilité dans l'offre de soins pour s'adapter à la demande des patients.
- Les soins à long terme. De nombreux établissements sont dédiés aux malades chroniques, à la réhabilitation, au suivi de jour des malades mentaux, etc...

Singapour cherche à fournir une approche intégrée et holistique au patient. A cette fin, l'Agence pour l'intégration des soins veille à faciliter le passage des patients d'une institution de soins à une autre. Cette approche centrée sur le patient se fait au travers de centres régionaux liés à un hôpital régional. **PH.B.**

privées. A Singapour, les primes des assurances privées sont souvent payées par l'employeur. Elles visent à couvrir les dépenses de santé qui ne sont pas prises en charge par le système général.

COMBIEN, UNE GASTROSCOPIE ?

En 2008, Singapour a dépensé 10,2 milliards de dollars singapouriens (7,5 milliards de francs suisses), soit 3,9% du PNB, pour les frais de santé. Le gouvernement s'efforce d'empêcher une inflation des coûts par un contrôle serré des prix des fournitures et des services, ainsi qu'en encourageant la concurrence entre hôpitaux. C'est ainsi qu'une statistique permanente,

sur le site internet du ministère de la santé*, compare les coûts des différents soins et opérations, par hôpital. On voit par exemple que le coût d'une gastroscopie, en ambulatoire, s'élève de 370 à 750 francs, selon l'hôpital choisi.

Armé de ces comparateurs, le patient peut choisir soigneusement dans quelle institution il va se faire soigner. Logique, puisque c'est lui qui paie avec son compte-épargne ! ■

* www.moh.gov.sg



MÉDECIN DES ADDICTIONS

TEXTES & IMAGES : ROMAIN GRAF

Pour ce reportage sur la médecine de l'addiction, j'ai suivi Anne François, médecin du Département de Médecine Communautaire et de Premier Recours des HUG. Elle travaille dans le champ multiple des addictions aux substances psychotropes, c'est-à-dire du tabac jusqu'à l'héroïne en passant, bien entendu, par l'alcool, de loin la plus délétère en nombre comme en toxicité. La première matinée que je passe aux HUG avec Anne est réservée aux consultations. Dans son bureau, on trouve des piles de dossiers, des photos de ses enfants accro-

chées au mur, du thé en grande quantité et des mouchoirs. L'entretien ne se déroule pas derrière son bureau, mais juste à côté, autour d'une petite table ronde, favorisant un rapport proche et chaleureux avec ses patients. La première arrive, c'est une jeune fille accompagnée de son père. Tous deux préfèrent que je n'assiste pas à l'entretien.

LES CONSULTATIONS

Heureusement, les patients suivants acceptent tous ma présence. Mon immersion commence avec Luis*, un homme d'origine portugaise

d'une cinquantaine d'années. La consultation se déroule en portugais, langue qu'Anne parle couramment. Luis est malade depuis longtemps, il entend des voix, une maladie qui relève de la psychiatrie (il souffre de psychose ou schizophrénie). Au détriment de sa santé, boire de l'alcool lui a souvent permis de diminuer la présence de ces voix. Après avoir été plusieurs années sans-abri, Luis a commencé un traitement, il a arrêté de boire et va mieux. Il est aujourd'hui pensionnaire de la Maison de l'Ancre à Genève, un établissement qui accueille toute personne qui a un

problème avec sa consommation d'alcool et souhaite se réinsérer socialement. Autour de la petite table ronde, Luis ne prend pas de thé. Il a le regard vide, le corps lourd, il souffre. Son alcoolisme a favorisé l'émergence de douleurs dans ses jambes, des petits nerfs sensitifs le font souffrir. De plus, la veille, le dentiste lui a, selon ses dires, cassé six dents. Anne l'examine et se renseigne sur l'intervention auprès du dentiste. Luis n'avait pas compris qu'il s'agissait en réalité d'un arrachage de dents afin de lui poser une prothèse. Après avoir reçu quelques conseils et des médicaments antidouleurs, Luis nous quitte.

Le téléphone sonne, Anne décroche et débute une conversation qui me donne l'impression

d'une certaine intimité, comme celle que l'on a avec une amie. Il s'agissait d'une patiente qui a travaillé dans les métiers du sexe et qui souhaitait prendre rendez-vous. Entre deux consultations, Anne me parle de ses patients, de la gravité de leur dépendance qui se mesure souvent à l'aune du désert social qui les entoure. Bien que leurs problèmes soient médicaux, ils sont également sociaux. Anne reçoit un certain nombre de personnes vivant en marge de la société, mais également beaucoup de patients très bien insérés professionnellement. L'alcool leur permet de continuer à travailler, les narcotiques aussi, mais à mesure que progresse la maladie de la dépendance, conserver une vie active relève souvent de l'impossible. L'objectif d'Anne n'est pas



de dire à ses patients : Il faut stopper votre consommation, mais de leur donner des informations et les moyens de développer les compétences nécessaires à un possible changement de comportement, dans un esprit de partenariat. Les patients ne peuvent pas faire table rase de leurs problèmes complexes, ils vivent avec.



Le patient suivant s'appelle Pascal*. Couvert de tatouages, il correspond à l'image qu'on peut se faire d'une personne dépendante et marginale. Il a un long passé de consommateur, mais il va mieux, il voit ses enfants, il répare des motos et a rencontré « une fille bien, intelligente. » La vie ne l'a pas épargné, il bénéficie aujourd'hui de l'assurance invalidité qu'il a demandée à sa sortie de prison. Avec Anne, il remplit le questionnaire de

réévaluation. Elle l'envoie faire des tests.

Son téléphone portable à la main, Rachid* aimerait arrêter sa longue cure de méthadone. En effet, il se sent prêt : Il a vu sa psychiatre du service d'addictologie qui l'a aidé à organiser une hospitalisation dans ce but. Il aimerait changer de milieu, fonder une famille, avoir un travail, sentir ce que procure une vie normale. Sa consommation intraveineuse d'opiacés lui a causé de graves problèmes cardiaques (infection d'une valvule qui a dû être opérée). « J'ai gâché dix ans de ma vie », nous dit-il. Il aimerait également arrêter de fumer. Après l'avoir informé sur la difficulté d'arrêter ces deux dépendances simultanément, elle lui remet un certain nombre de patches de nicotine (non remboursés par les assurances).



Paul* arrive dans la pièce avec des cafés. Il me dit d'emblée que je ressemble au macchabée qu'on lui a demandé d'identifier le matin même à la morgue. Il est grand et maigre, 59 kilos, les cheveux longs. Il porte une grande veste en cuir et arbore un constant sourire malgré son manque de dents. Paul est un ancien sans-abri bénéficiant d'une chambre allouée par l'Unité de Logement Temporaire, organisme étatique proposant aux sans-abri d'habiter des maisons non rénovées. Anne et Paul se connaissent bien. Il vient chercher son ordonnance, Anne en profite pour faire le point sur sa dépendance. Il a été opéré d'un cancer du rein il y a trois ans. Aujourd'hui, une masse dans les poumons et des problèmes respiratoires font suspecter un nouveau cancer. « Je m'en fous », dit-il lassé. Il ne s'est pas rendu aux derniers rendez-vous avec le pneumologue. Anne se fait du souci pour lui, il est trop maigre. Elle l'encourage à faire des examens et à manger. Avant de partir, ils s'embrassent.

Dernière consultation de la matinée, je rencontre enfin une femme, Simone*. Les yeux écarquillés comme une petite fille à la rentrée des classes, elle vient voir Anne pour son problème d'alcool. Aucun signe extérieur n'indique son problème. Simone est mère de famille, à la retraite, sa consommation est compulsive et dissimulée. D'un coup de tête, elle entre dans un supermarché et achète de l'alcool pour le boire à l'extérieur, dans un endroit où elle ne sera pas vue, avant de rentrer chez elle. Elle aimerait se donner dix jours pour maîtriser sa consommation ou sinon être hospitalisée. Elle refuse toutefois de suivre le programme Alco-choix+, programme initialement destiné aux personnes non dépendantes mais ayant une consommation abusive d'alcool. La discussion entre Anne et Simone tourne autour de son objectif personnel : quel alcool et



Lorsqu'une personne se sèvre, elle doit reconsidérer ses occupations et faire des changements profonds dans son quotidien.

quelle quantité va-t-elle s'autoriser à boire chaque jour ? Son choix se porte sur de la bière, afin d'éviter d'avoir une bouteille de vin entière à disposition. Mais combien ? 25 cl, 33 cl, 50 cl ? Après de longues tergiversations, elle opte pour une canette de 33 cl. Elle la boira un peu toute la journée, « et tant pis si à la fin de la journée il n'y a plus de gaz. » Anne la met en garde, une canette pour toute la journée peut parfois devenir obsédant et prendre toute la tête... Son conseil nous rappelle le problème de beaucoup de personnes en traitement : l'inactivité. En effet, la dépendance centralise toute l'organisation du temps de la personne. Lorsqu'elle arrête de consommer, elle doit très souvent reconsidérer ses occupations et faire des changements profonds dans son quotidien.

LE FORUM

Le jour suivant, Anne me convie au forum qu'elle organise aux HUG afin que les jeunes médecins généralistes et psychiatres travaillant dans le domaine des addictions puissent rencontrer les différents acteurs de ce champ. Le lien entre les jeunes médecins et les différentes institutions médicales ou sociales est très important pour qu'ils puissent orienter au mieux les usagers de substances. On trouve la Maison de l'Ancre, les Narcotiques Anonymes, Première Ligne (association qui gère Quai 9), Argos (centres résidentiels pour personnes toxicodépendantes), la Fondation Phenix qui propose des soins médicaux et sociaux aux personnes avec des problèmes d'addiction, la Croix Bleue (aide pour devenir abstinent de l'alcool), Antenne Drogue Famille (association de parents de personnes toxicodépendantes), le service d'addictologie (Département de psychiatrie), l'unité Dépendances du service de médecine de premier recours et les infirmiers spécialisés des HUG. Ce type de forum est primordial pour établir des synergies entre les différents acteurs. →

QUAI 9

Dernière étape je retrouve Anne à Quai 9. C'est un espace d'accueil et de consommation de drogues à Genève qui permet aux usagers d'héroïne et de cocaïne de consommer à moindre



risque. Les consommateurs peuvent injecter, inhaler ou sniffer la drogue qu'ils amènent eux-mêmes. Depuis sa rénovation, Quai 9 est vert clair et se détache du paysage grisonnant de la gare Cornavin. Comme pour rendre plus visible l'existence de ces personnes qui consomment parfois depuis des années et que l'on souhaiterait ignorer...

Quai 9 a ouvert il y a neuf ans, dans le cadre du quatrième pilier de la politique fédérale en matière de drogues: la réduction des risques. Il s'associe aux trois autres piliers que sont la prévention, le traitement et la répression. Cette politique (ancrée dans la loi après votation populaire en 2008) fut le résultat d'une réponse pragmatique au grand nombre de personnes infectées dans les années 80-90 par le virus du sida et des hépatites, aux overdoses et à la misère mise à jour par les scènes ouvertes de la drogue comme la place du Letten à Zurich. Le résultat fut probant puisque, en

Suisse, le nombre d'overdoses mortelles est passé de plus de 400 par année à la fin des années 80 à moins de 200 de nos jours. Il n'y a pratiquement plus de nouvelles infections par le virus du sida et de moins en moins de nouvelles infections par le virus de l'hépatite C chez les usagers de drogues.

A Quai 9, le plus important reste l'accueil de l'équipe qui permet de préserver un lien social souvent fragile avec les toxicomanes.

A mon arrivée, un vigile me demande ce que je fais là. Une collaboratrice de Quai 9 s'approche et me pose la même question. Ca va, je peux entrer. Elle m'explique que Quai 9 n'est pas un endroit où on entre et on



sort comme dans tout autre lieu social de la ville. Afin de préserver l'anonymat et par respect pour les usagers, ce lieu leur est strictement réservé. Chaque nouvel utilisateur remplit un questionnaire, anonyme, reçoit des informations sur le fonctionnement du lieu et s'engage à suivre un règlement stipulant que le deal et la violence sont prohibés. A l'intérieur, la ressemblance avec un bar est frappante. Sauf qu'à une extrémité on peut échanger des seringues usagées contre des neuves et qu'à l'autre on peut commander des cafés ou des bols de céréales, très prisés par les habitués. A Quai 9, le plus important est l'accueil de l'équipe qui permet de préserver un lien social souvent fragile avec les usagers.

La salle d'injection est composée de six places pour injection intraveineuse, mais également de quatre pour fumer et de deux pour sniffer. Dans une petite salle de soins attenante, Anne tient une consultation gratuite, anonyme et sans rendez-vous deux fois par semaine. Une jeune femme vient pour une rage de dents, un homme pour un début de bronchite, une autre jeune femme pour son nez qui la brûle. Anne l'ausculte mais ne peut rien voir, le nez est obstrué par des restes d'héroïne (suite au sniff). Elle nous parle de sa vie et de son envie d'entrer en cure avec sa soeur.

Tout à coup, un jeune homme de 18 ans fait une overdose en salle d'injection. Anne intervient et décide d'appeler le 144. Le jeune

homme est alors réanimé, il recommence à respirer et part à l'Hôpital cantonal en ambulance. Je demande s'il y a déjà eu des morts à Quai 9. Anne me répond que non, il n'y a jamais eu de mort dans une salle d'injection dans le monde. D'où l'intérêt de mettre en place de tels espaces et d'encadrer les usagers.

Avant de quitter Quai 9, une jeune femme aux yeux mi-clos vient vers moi avec un journal et me demande de lui lire son horoscope. Je lui demande son signe. Sagittaire. Je commence à lire: « En ce moment vous avez beaucoup de mal à suivre la bonne voie. Des souhaits et sentiments contradictoires affectent votre capacité de décision. Vous ne devriez pas non plus surestimer vos performances sportives. Considérez que votre corps a également besoin de se détendre. » Elle me remercie et s'éloigne, pensive.

Lors de ce reportage et pendant ces moments partagés avec Anne, j'ai pu me rendre compte de l'importance d'une médecine des addictions humaine, chaleureuse et proche de la diversité des besoins des patients, qu'ils soient consommateurs occasionnels ou dépendants. ■

*prénoms fictifs



Garder la ligne après un régime

ADAPTATION* ÉLODIE LAVIGNE

La satisfaction d'avoir maigri fait souvent place à la déception de reprendre les kilos perdus quelque temps plus tard. On sait pourtant aujourd'hui ce qui freine ou favorise cette reprise de poids.

Il n'y a pas qu'une seule façon de maigrir, pour ne pas dire que l'imagination, dans ce domaine, est parfois débordante. Les régimes dits hypocalorique, hyperprotéiné, dissocié, exclusif ou avec substitut alimentaire côtoient des approches plus thérapeutiques qui allient aux principes diététiques des aspects psychologiques, de l'exercice physique, voire un soutien pharmacologique. Le succès d'une méthode est une chose, préserver la perte de poids après une diète en est une autre. Et si tout le défi était là ? Comment garder la ligne et éviter ainsi le phénomène «yo-yo»? Cette question a toute son importance, puisqu'une perte de poids, de l'ordre de 5 à 10%, quel que soit le type de régime suivi, améliore la qualité de vie et la santé, et cela aussi longtemps qu'elle perdure. Rappelons qu'un excès pondéral peut avoir de graves conséquences : l'obésité augmente en effet les risques de diabète, de maladies cardiovasculaires, articulaires, d'apnée du sommeil et même de certains cancers. Mais quels sont au juste les objectifs à tenir

après une phase de régime ? Selon certaines recommandations cliniques, le patient ne devrait pas reprendre plus de trois kilos dans les deux années qui suivent. L'Académie nationale américaine des sciences soutient, quant à elle, que la perte de poids doit être d'au moins 5%, et qu'il convient de rester en dessous de cette limite pendant au moins un an.

UN ENCADREMENT NÉCESSAIRE

Grâce à des recherches, on sait que différents facteurs vont influencer positivement le maintien de la perte de poids ou, au contraire, le conduire à l'échec. Tout d'abord, il a été démontré qu'un encadrement médico-social avec un programme de prise en charge sur le long terme est favorable au patient, tout comme un soutien familial adapté. La pertinence d'un suivi régulier repose sur le fait que l'obésité s'apparente à un problème chronique, bien que dans la pratique clinique habituelle, elle ne soit pas considérée comme une maladie chronique, contrairement au diabète ou à l'hypertension artérielle, par exemple. Pourtant, les spécialistes soulignent qu'une perte de poids place la personne dans un nouvel équilibre métabolique et endocrinien qui nécessite une adaptation progressive des stratégies d'encadrement. Après une diète, on observe en effet une réduction du métabolisme de base, une diminution du taux de leptine dans le corps (hormone qui induit la sensation de satiété) ainsi qu'une augmentation du taux de ghréline, hormone de la faim ! Des chercheurs ont ainsi démontré qu'une grande sensation de faim après



La motivation du patient devrait être entretenue grâce à des ateliers de diététique, d'activité physique ou à un soutien psychologique pendant au moins quatre ans.

une perte de poids avait pour conséquence une reprise de poids rapide...

Concernant l'évolution du poids, il est important que les objectifs visés soient, au départ, réalistes. Car réussir à atteindre le poids désiré est une récompense qui mettra la personne en confiance dans sa capacité à maigrir et à se maintenir. Si un amaigrissement rapide a longtemps été considéré comme un frein à long terme, il peut, en réalité, s'avérer une bonne source de motivation pour la suite. Car, faut-il le préciser, la motivation est cruciale dans le succès d'un tel processus.

UNE ATTITUDE FLEXIBLE

Un autre facteur de réussite tient à la capacité de l'individu à reconnaître ce qui, émotionnellement, déclenche sa sensation de faim. De même, une attitude flexible face aux principes diététiques à respecter sera tout à son avantage, contrairement à un mode de fonctionnement de type « tout ou rien » qui est parfois révélateur de troubles du comportement alimentaire. La présence de troubles, s'ils ne

sont pas traités, peuvent conduire à l'échec le maintien de la perte de poids.

Au niveau diététique, mais aussi en ce qui concerne l'activité physique, il est primordial d'observer et de renforcer les nouveaux comportements qui ont permis de maigrir. Pour que le bénéfice soit durable, il faut que des changements dans l'hygiène de vie aient lieu à plusieurs niveaux et qu'ils soient intégrés pleinement. C'est une tâche particulièrement difficile pour les patients, et ils sont nombreux à reprendre rapidement leurs vieilles et mauvaises habitudes. Aussi, pour que les efforts soient moindres et couronnés de succès, il est important que les nouvelles règles, une fois enseignées, soient constamment répétées. Une recherche a par ailleurs montré que les sujets ayant maintenu leur poids pendant une courte durée (deux ou trois ans) devaient faire plus d'efforts que ceux qui l'avaient préservé beaucoup plus longtemps (six ans en moyenne).

ENTREtenir LA MOTIVATION

Une étude multidisciplinaire, menée auprès de cinquante patients obèses aux Hôpitaux universitaires de Genève, en plus de confirmer les facteurs prédictifs de l'évolution du poids après un régime, a montré que la motivation devait être entretenue grâce à des ateliers de diététique, d'activité physique ou à un soutien psychologique pendant au moins quatre ans. Il s'est avéré que les patients qui avaient le mieux réussi avaient un poids moyen inférieur au départ et avaient moins perdu dans la première phase de régime. La prise d'orlistat (un médicament utilisé dans le traitement de l'obésité) à la demande s'est aussi révélée utile, en particulier en cas de reprise de poids modérée. ■

*« Maintien de la perte de poids à long terme », Pr A. Golay, Drs V. Makoundou, F. Habricht, E. Bobbiani-Harsch, Z. Patak, Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé, Département de médecine communautaire et de premier recours des HUG, in Revue médicale suisse 2010; 6: 682-4.

PUBLICITÉ

Ecole Romande de Musicothérapie

Formation Professionnelle

A tous les professionnels de la santé, du social, de l'éducation et toute profession jugée équivalente.

Nouveau module de formation

Musicothérapie

Médiation psychothérapeutique non verbale

*En vue de la préparation au diplôme fédéral d'art-thérapie mention **Musicothérapie** mis en place dès 2009 par la conférence des Associations Suisses d'Art-thérapeutes en collaboration avec l'Office Fédéral de la Formation et du Travail*

17, Av de la Grenade - 1207- Genève

Tél : 022 700 20 44

www.erm-musicotherapie.ch

ESCALE SANTÉ FORMATION

Formation professionnelle

Massothérapie

Massage Classique

Réflexologie thérapeutique

Anatomie-Physiologie-Pathologie

Développement Personnel

Agrégation ASCA

16, Av de la Grenade - 1207 Genève

Tél : 022 735 03 67 - www.escalesante.ch



L'HYPNOSE AU SECOURS DES ANGOISSES

Ni magie, ni manipulation, l'hypnose est une technique thérapeutique sérieuse et particulièrement utile dans le traitement des troubles anxieux.

ADAPTATION* ÉLODIE LAVIGNE

Souvent perçue comme un moyen magique de résoudre les problèmes, quand elle n'est pas associée à de la pure manipulation, l'hypnose fait l'objet de nombreux fantasmes. Pourtant, cette technique très ancienne est utilisée en médecine et en psychothérapie. Elle est même particulièrement efficace dans la prise en charge des troubles anxieux. La base de cette thérapie repose sur la relaxation, utile pour mieux contrôler l'anxiété, sur la possibilité pour le patient de focaliser son attention sur un lieu sûr et sur des suggestions. L'hypnose aide à anticiper un événement ressenti comme angoissant. Elle est aussi utilisée comme technique de mentalisation et d'intégration d'un vécu traumatique et permet de prévenir des symptômes d'un stress post-traumatique.

INSÉCURITÉ OU TERREUR

Les troubles anxieux se manifestent par une sensation de peur, pouvant aller d'un simple sentiment d'insécurité à un état de terreur. Celle-ci se traduit par des palpitations ou par une impression d'évanouissement, qui aboutit à la crainte de mourir, de perdre le contrôle de soi ou, carrément, de devenir fou. Elle est déclenchée par des situations (ou des objets) bien précises ou par leur simple évocation qui ne sont pas considérées comme dangereuses par autrui. Mais peu importe, puisque toute l'attention de sa victime se focalise sur cette peur, au point d'envahir totalement son esprit, l'empêchant de prendre de la distance face à ce qu'elle vit. Il est donc inutile de vouloir la banaliser, car cela ne l'atténuera pas. Face à un tel vécu psychique, l'hypnose offre la possibilité de transformer un contexte

néгатif en quelque chose de positif. Dans un état de conscience modifié, les sens restent en éveil, mais l'imaginaire prend le dessus. Le patient apprend à fixer son attention sur une sensation, une image ou un lieu précis, qui le mettent à l'abri des pensées intrusives et douloureuses. Dans l'état de transe hypnotique, les rythmes cardiaque et respiratoire se modifient, entraînant un sentiment de paix et de détente.

L'hypnose en tant que telle recouvre différents principes destinés à soigner le patient ou à le soulager. L'induction lente par fixation sur un point dessiné sur la main, par exemple, est particulièrement indiquée dans les états de perpétuel qui-vive, associés à une grande nervosité et à de l'anxiété. Elle permet au patient de garder le contrôle de la situation, rassuré par le fait de rester conscient, d'être dans un cadre de consultation et de percevoir ce qui l'entoure. Ce sentiment de sécurité, source de bien-être immédiat, est propice à la détente et renforce la possibilité d'envisager le changement.

AFFRONTER SES PEURS

Anticiper un événement anxiogène est une autre application de l'hypnose, comme dans le cas d'une femme, phobique des confinements, qui doit subir une intervention chirurgicale, mais qui ne supporte pas l'idée d'un ascenseur et encore moins celle d'espaces restreints comme le scanner, l'IRM ou le masque à oxygène. Dans des séances d'hypnose, elle apprendra à se relaxer et à se raccrocher à un endroit rassurant, calme et confortable, qu'elle aura imaginé ou choisi dans ses souvenirs. Elle sera ensuite amenée à se projeter dans le futur en vivant sous hypnose le déplacement de sa chambre d'hôpital à l'ascenseur, puis au bloc opératoire. L'acquisition de l'autohypnose lui permettra d'activer elle-même ses propres ressources pour affronter cet événement dans le réel. Le traitement se termine par une immersion: accompagnée du thérapeute, elle prendra l'ascenseur ce qu'elle n'avait plus fait depuis 40 ans!

L'hypnose permet également de modifier la perception que l'on a d'un événement vécu, source de grande anxiété, en le revivant dans un cadre rassurant et en retrouvant des souvenirs et émotions oubliés (ou réprimés) qui y sont liés. Le cas d'une femme en état de stress aigu, victime d'insomnies à la suite d'un accident de la route, en témoigne. Dans des cauchemars et flash-back terrifiants, elle revoit

les roues d'un bus prêt à l'écraser. L'hypnose lui a permis d'explorer cet événement traumatique, de se reconnecter avec les moments qu'elle avait effacés de sa mémoire et d'exprimer les émotions ressenties lors du choc. Au terme du traitement, les symptômes de stress aigu ont disparu et elle a retrouvé le sommeil et le calme.

LES CLÉS DU SUCCÈS

Un traitement par hypnose se limite à quelques séances. Le thérapeute va passer d'un statut de guide, qui donne des consignes et émet des suggestions, à celui d'un simple accompagnateur, jusqu'à ce que sa présence ne soit plus nécessaire. Le but, à terme, est que le patient parvienne à se détendre par lui-même, en accédant mentalement à un lieu sécurisant. Cette ressource précieuse, véritable moyen de lutte contre l'anxiété, participe souvent à une restauration du sentiment de sécurité, de confiance, voire même d'estime de soi.

Pour qu'une telle thérapie soit efficace, la

relation entre le patient et son thérapeute, expérimenté, doit être de qualité. Son succès dépend également de la personnalité du patient, que l'on évaluera pour connaître la flexibilité de ses défenses psychiques et son aptitude au changement. Mal adaptée aux personnalités limite et psychotique, elle n'est, dans tous les cas, pas sans danger et se doit d'être intégrée dans un véritable processus thérapeutique. ■

*« L'hypnose et les troubles anxieux », Dr D. Smaga (Médecin associé aux HUG Département de psychiatrie), Drs N. Cheseaux et A. Forster (Service d'anesthésiologie HUG), Drs D. Rentsch et N. de Tonnac (Service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise HUG), Dr S. Colombo, in Revue médicale suisse 2010 ; 6 : 330-3.

“ Le but, à terme, est que le patient parvienne à se détendre par lui-même, en accédant mentalement à un lieu sécurisant. ”



À lire : un extrait du **Petit lexique de la psychothérapie**

HÔPITAL

Confiance, guérison, amour, féminité, travail, plaisir... en soixante mots, le Docteur François Adler parle de sa pratique psychothérapeutique. Evitant soigneusement les lieux communs, il réussit à transmettre l'essentiel de son approche avec humanité et bon sens.

L'hôpital, hélas, est devenu un atelier de réparation, le médecin un garagiste et le malade une voiture à réparer. Cette déshumanisation de la médecine repose sur une confusion : le médecin sait, le patient ignore. Il est exact que le médecin, par sa formation, possède des connaissances que le patient n'a pas. Mais le patient, même gravement malade n'est jamais entièrement malade. Il est aussi et surtout un être humain, sain, libre, capable de réfléchir et de prendre des décisions, qui subit une dysfonction biologique, une malchance physiologique, qu'il n'arrive plus à gérer seul.

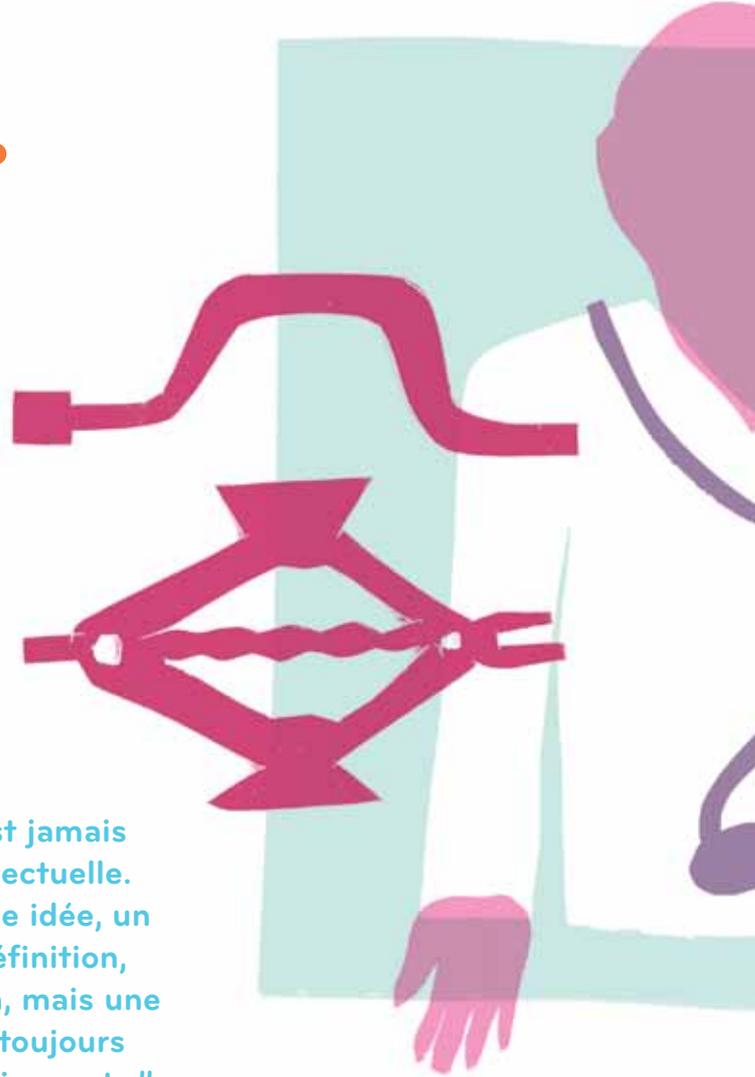
S'il consulte, c'est que cette dysfonction le perturbe, l'inquiète, l'amène à demander de l'aide et le fait souffrir. Il a besoin d'être rassuré. Si le médecin n'est pas attentif à la souffrance, au désarroi de son patient et que sa seule préoccupation est de vouloir modifier la dysfonction biologique qu'il a diagnostiquée, il ne se fixe que sur une partie de la réalité et par-là même se trompe. Il enferme son patient dans le pire des carcans, celui de la médicalisation, l'enfer de la survie. Il escamote ce que le patient, en dépit de sa maladie, a de plus précieux : son humanité, sa liberté, sa possibilité de communiquer et d'être heureux. Un médecin qui ne se remet pas en question connaît moins bien la maladie de son patient que le patient lui-même, qui la vit dans le temps et qui sait qu'elle évolue constamment. Car la maladie n'est jamais d'essence intellectuelle. Ce n'est pas une idée, un concept, une définition, une description, mais une réalité vivante, toujours aliénante, handicapante. Elle ne peut jamais être connue exhaustivement dans un manuel, un colloque, un congrès, ou une discussion. Un diabète est

“ La maladie n'est jamais d'essence intellectuelle. Ce n'est pas une idée, un concept, une définition, une description, mais une réalité vivante, toujours aliénante, handicapante.”

lié à un trouble métabolique du sucre, une dépression à un trouble de la neurotransmission, mais ce trouble, qui permet de définir la maladie, entraîne une infinité d'autres troubles, d'une complexité inouïe qu'il n'est pas possible de saisir dans leur totalité. Le patient par contre les subit, s'y heurte et par-là même découvre la complexité de sa maladie, alors que le médecin, qui ne se remet pas en question croit la connaître. Il l'imagine, s'accroche à sa manière de penser. Il s'intéresse arbitrairement, se fixe doctrinalement sur le seul trouble biologique sous-jacent qu'il saisit intellectuellement, analyse et décortique. Il considère cette approche scientifique alors qu'elle est réductrice. Dans la réalité, le diabète et la dépression n'existent pas en tant que tels. Existents seuls des êtres humains qui subissent une dysfonction métabolique appelée diabète ou dépression ne s'expriment

jamais tout à fait de la même manière.

Un médecin qui ne se remet pas en question ne connaît jamais vraiment son patient, ni de près, ni de loin, ni même sa maladie. Par contre, il impose à son patient sa vérité scientifique, réductrice comme un dogme auquel il est lui-même soumis et qui est susceptible de lui jouer des tours. Cela est si vrai qu'un médecin, lorsqu'il tombe lui-même malade se trouve dans la même situation que n'importe quel être humain. Malgré toutes ses connaissances, son expérience, il découvre ce qu'il ignore. Il est surpris, démuni, il n'a plus aucune prise directe sur ce qui se passe, le tarabuste et le modifie. En fait, il découvre concrètement dans sa chair et dans l'intimité de sa personne aliénée quelque chose qu'il croyait connaître et qu'il appréhendait d'une manière abstraite superficielle et incomplète. ■





**PETIT LEXIQUE
DE LA PSYCHOTHÉRAPIE :
60 MOTS ESSENTIELS**

Adler F.

Genève: Editions Georg, 2010



L'AUTEUR

Le docteur Adler voulait avant tout comprendre le cerveau... et c'est pour ça qu'il a choisi de se former à la neurologie, pour ensuite se diriger vers la psychiatrie et devenir psychothérapeute. Ce choix, il l'explique avant tout par la volonté de répondre mieux aux demandes de ses patients. 42 ans de pratique en cabinet n'ont en rien entamé sa foi en l'être humain et en sa capacité de guérison. Plus que jamais, il reste persuadé que chaque demande d'aide médicale comporte une dimension émotionnelle et que le médecin qui l'ignore n'aura qu'une vision partielle de la réalité de son patient. Et que c'est à travers une relation d'égalité et de respect entre le patient et son médecin que passe la guérison.



Couches d'incontinence Euron®

De première qualité Euron est destinée aux pharmacies, médecins, 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.

Privation de liberté à des fins d'assistance

TEXTE : PHILIPPE BARRAUD

C'est un fantasme populaire particulièrement tenace : la crainte de se faire interner dans un asile contre son gré et sans possibilité de recours, pour finir ses jours oublié(e) de tous dans quelque sombre cul-de-basse-fosse psychiatrique... La réalité, heureusement, est très éloignée de ces clichés de cinéma parano. Et on peut se défendre !

C'est le Code civil suisse qui règle les conditions de la privation de liberté à des fins d'assistance, en son article 397 :

- 1 Une personne majeure ou interdite peut être placée ou retenue dans un établissement approprié lorsque, en raison de maladie mentale, de faiblesse d'esprit, d'alcoolisme, de toxicomanie ou de grave état d'abandon, l'assistance personnelle nécessaire ne peut lui être fournie d'une autre manière.
- 2 En l'occurrence, il y a lieu de tenir compte aussi des charges que la personne impose à son entourage.
- 3 La personne en cause doit être libérée dès que son état le permet.

Ce sont les cantons qui sont chargés de l'application de ces dispositions, selon des codes de procédure qui peuvent varier d'un canton à l'autre, mais les actes fondamentaux restent les mêmes. Dans le canton de Vaud, c'est la Justice de paix qui est compétente pour décider de la privation de liberté d'une personne à des fins d'assistance. La procédure se déroule en plusieurs étapes. La première est évidemment le signalement de la personne ayant potentiellement besoin de soins. En théorie chacun peut le faire, explique Nicolas Perrinjaquet, Premier juge de paix pour les districts de Lausanne et de l'Ouest lausan-

nois. Dans la pratique, il est indispensable de disposer d'un minimum d'éléments médicaux à l'appui d'une demande de privation de liberté. La demande viendra donc plutôt de Centres médico-sociaux, d'hôpitaux, de médecins ou d'instances sociales. En revanche, les signalements ne viennent jamais des familles. A partir du signalement, deux procédures sont possibles, l'urgence et la procédure ordinaire. Le juge de Paix peut, à titre d'extrême urgence, ordonner la privation de liberté immédiate, à titre provisoire, sans entendre la personne concernée, et le cas échéant requérir l'intervention de la police.

Dans tous les cas, l'hôpital psychiatrique devra établir un bref rapport médical visant à déterminer si la mesure de privation de liberté était justifiée ou non.

L'ordonnance est adressée à la personne sous forme de convocation à se présenter dans un établissement psychiatrique de référence selon la région qu'elle habite ; une copie est envoyée à cet hôpital, et à la personne ou l'institution qui a signalé le cas. La personne est également convoquée par le juge pour être entendue, après son admission. En général, observe Nicolas Per-



rinjaquet, les gens se soumettent plutôt volontiers à ces mesures, soit que le personnel médical se soit montré convaincant, soit qu'il s'agisse – c'est souvent le cas – de personnes très âgées. Dans tous les cas, l'hôpital psychiatrique devra établir un bref rapport médical visant à déterminer si la mesure de privation de liberté était justifiée ou non. Ensuite, la personne sera confrontée avec le rapport médical, devant le juge de paix, éventuellement accompagnée d'un avocat ou d'un proche. En fonction de la pathologie établie, le juge décidera s'il faut maintenir la mesure de privation de liberté et d'assistance, ou s'il peut décider d'une libération. En ce cas, le ministère public est habilité à faire recours. La personne privée de liberté peut faire recours également, d'abord auprès de la justice de paix elle-même puis, le cas échéant,

auprès du tribunal cantonal. La privation de liberté est provisoire, elle dure de trois à six mois. Le juge peut décider d'une durée indéterminée, sur la base d'une expertise psychiatrique. Et la personne doit être entendue, même dans le cas où elle n'est manifestement pas en état d'être entendue. S'il l'estime nécessaire, le juge prononce alors une privation de liberté de durée indéterminée, mais qui devra être réévaluée chaque année. Une nouvelle décision confirmera ou lèvera alors la mesure de privation de liberté. Les mesures de privation de liberté à des fins d'assistance ne sont pas légion. La justice de paix de Lausanne et de l'Ouest lausannois gère actuellement 128 cas. Il s'agit avant tout de personnes âgées, et plus rarement de personnes victimes de dépendances. ■

20 Jahre | ans | anni
**20 FRAGILE
SUISSE**

Deux décennies au service des victimes de lésions cérébrales



Mireille D. a subi une attaque cérébrale en 2004. Elle est l'une des quelque 100 000 victimes de lésions cérébrales en Suisse.

Emmené par le rythme trépidant du quotidien, qui se souvient que la vie peut basculer en une seconde ? Chaque année en Suisse, quelque 20 000 victimes de lésions cérébrales en font l'amère expérience. Brusquement, « je » devient un autre ».

Attaque cérébrale, traumatisme crânio-cérébral, tumeur : autant de causes possibles de lésions cérébrales irréversibles. La personne atteinte plonge dans un monde inconnu et angoissant. Récupèrera-t-elle complètement ? Pourra-t-elle retravailler ? Vivre à nouveau chez elle ?

Tout devient épuisant

Les lésions cérébrales sont les principales causes de handicap chez les adultes. Ce qui paraissait tout simple auparavant devient compliqué et épuisant : suivre une conversation ou une recette de cuisine, s'orienter dans l'espace ou dans le temps, se souvenir d'un visage ou d'un nom, par exemple. A leur tour, ces problèmes au quotidien provoquent chez les victimes et leurs proches perte de confiance et isolement.

Le chemin vers la réadaptation est long. Trop souvent, les victimes et leurs familles sont seules à le parcourir. L'association FRAGILE Suisse vise à rompre cette solitude.

Aide, soutien, information

Informé, apporter une aide directe et un soutien dans le long terme, sensibiliser le public et les professionnels aux problèmes spécifiques aux victimes de lésions : FRAGILE Suisse s'engage depuis vingt ans pour répondre concrètement à leurs besoins. Les multiples prestations qu'elle a développées au fil des ans – cours et conférences, groupes de parole dans toute la Suisse, services d'information et de conseil – aident à retrouver une nouvelle qualité de vie après l'irruption d'une lésion cérébrale.

Des questions ? Besoin d'un accompagnement ? Appelez notre **Helpline au 0800 256 256**. Une spécialiste des lésions cérébrales se tient à votre disposition (les lundi, mardi et jeudi de 10 h. à 13 h.). L'appel est gratuit.

www.fragile.ch

En cas d'attaque cérébrale

Quelque 12 500 personnes subissent chaque année en Suisse un accident vasculaire cérébral (AVC).

En présence des symptômes suivants, appelez immédiatement le 144 :



Soudain affaiblissement, paralysie ou troubles sensitifs d'un seul côté du corps (visage, bras ou jambe).



Puissants vertiges rotatoires, incapacité à marcher.



Cécité soudaine (souvent d'un seul œil) ou vision double. Perte subite de la parole ou difficulté à comprendre ce qui est dit.



Maux de tête soudains, inhabituels et violents.



Pour une meilleure qualité de vie.

KSB

Pour les allergies et les intolérances alimentaires: 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. Pour en savoir plus: www.coop.ch/freefrom



Pour savourer sans les effets secondaires.



Pour moi et pour toi.

entendre

Vous avez du mal à tout comprendre?

Chez AcoustiCentre, nous faisons tout pour vous aider à bien entendre.

Engagés par notre charte de valeurs, nous sommes à votre écoute pour trouver l'appareil acoustique le plus adapté, pour mieux vous conseiller, mieux vous accompagner. N'hésitez pas à vous rendre dans l'un de nos centres pour un test auditif: c'est simple, et c'est gratuit.

Dites oui à la vie

