

# Planète Santé

N06

— DU MÉDECIN AU PATIENT

ASSURANCE MALADIE

Exigeons  
la transparence

TÉLÉMÉDECINE

L'exemple  
valaisan

# EXIGEONS LA TRANSPARENCE

PAR MICHAEL BALAVOINE

Voilà un nouveau signe, pour qui en doutait encore, que le système suisse d'assurance maladie est à bout de souffle. Le 19 janvier dernier, sur les ondes de la Radio Suisse Romande, l'Association des médecins du canton de Genève annonçait, par la voix de son président, Pierre-Alain Schneider, le lancement d'une initiative fédérale. Son but : séparer complètement l'assurance obligatoire de soins de l'assurance complémentaire privée.

Le problème est simple et presque aussi vieux que l'introduction de la LAMal. La Suisse dispose aujourd'hui d'un système hybride qui permet à une caisse-maladie de pratiquer les deux formes d'assurance.

Or, dans la première, celle de l'assurance obligatoire de soins, les caisses n'ont pas le droit de faire des bénéfices, alors que, dans le monde des complémentaires privées, elles y sont autorisées. Les mêmes entités gérant les deux formes d'assurance, il devient dès lors possible de manipuler les comptes et de transférer des charges administratives de l'une vers l'autre pour dégager du profit.

En proposant d'interdire par la loi la pratique conjuguée des deux formes d'assurance, les médecins genevois souhaitent en finir avec ce système opaque. Leur initiative évite toutefois un double écueil qui avait valu à la caisse unique d'échouer en 2007 : celui de baser les primes sur le

revenu et celui de la crainte d'un monopole étatique.

Plus libérale que l'idée de caisse unique dans le sens où elle évite de confier trop de tâches à l'Etat, la proposition genevoise pourrait séduire à droite. Mais elle est surtout le symbole d'un autre malaise. Elle prouve, s'il le fallait encore, que le système n'est pas réformable par la voie parlementaire. La guerre se jouera donc, comme en 2007, auprès du peuple. ■

La Clinique Genevoise de Montana est un établissement public médical du Canton de Genève, spécialisé dans :

- Les suites de traitement de médecine interne
- Les réadaptations post-chirurgicales
- La médecine psychosomatique
- Le traitement des douleurs aiguës et chroniques
- L'enseignement thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques

*Se soigner au cœur des Alpes*

#### Affections physiques traitées :

- maladies infectieuses
- maladies tumorales - oncologie
- maladies endocrinologiques - diabète
- maladies cardio-vasculaires
- maladies respiratoires - pulmonaires
- maladies digestives
- maladies du système urogénital
- maladies ostéo-articulaires et traumatologie

#### Affections psychiques traitées :

- dépressions, burn out
- addictions - dépendances

- troubles du comportement alimentaire

- troubles anxieux

- douleurs chroniques, fibromyalgies

#### Admissions

Avant toute admission, un contact est établi entre médecin envoyeur et le service d'admission de la clinique. En principe, les admissions se réalisent dans un délai de 48 heures. Les frais d'hospitalisation sont pris en charge par les assurances maladie ou accident.



CLINIQUE GENEVOISE  
DE MONTANA

#### Service des admissions

Tél. : 027 / 485 61 22

Fax : 027 / 485 65 02

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

Service médical

Tél. : 027 / 485 66 02

Fax : 027 / 481 78 83

Direction – Administration

Tél. : 027 / 485 61 11

Fax : 027 / 485 61 28



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

POST TELEBAS LUS



## POLITIQUE DE SANTÉ

## 4 Télémédecine : l'exemple valaisan

## 7 DRG, un nouveau mode de facturation pour les hôpitaux

## 8 Réaction sur les réseaux de soins

# 10 Assurance maladie : une initiative pour plus de transparence



## 13 Nouveautés en médecine



## LES LIEUX DE POUVOIR

## L'Office fédéral de la santé publique

## LES MÉTIERS DE LA MÉDECINE

## 20 Médecin de nuit



## SANTÉ

## 24 Tabac : nouveaux modes de consommation

## 26 Eq'Kilo : vaincre l'obésité infantile



## PEOPLE

## 28 Jean-Charles Simon face à son médecin

## DROIT

## 29 De bien curieuses listes de médecins

## 30 Nouvelle carte d'assuré et protection des données

# Planète Santé

## IMPRESSUM

## Rédaction

Rédacteur en chef  
Michael Balavoine

## Rédacteurs

Philippe Barraud  
Marina Casselyn  
Elodie Lavigne

## Éditeur

Editions Médecine & Hygiène  
Chemin de la Mousse 46  
1225 Chêne-Bourg

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

Tél : +41 22 702 93 11

Fax : +41 22 702 93 55

## Publicité

Editions Médecine & Hygiène  
Chemin de la Mousse 46  
1225 Chêne-Bourg

Email : [helene.bourgeois@medhyg.ch](mailto:helene.bourgeois@medhyg.ch)

Tél : +41 22 702 93 11

Fax : +41 22 702 93 55

## Graphisme / illustration

Bruno Charbonnaz  
[www.atelier-giganto.ch](http://www.atelier-giganto.ch)

## Photographie

Romain Graf

## Impression

Imprimeries Réunies 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 et la Société neuchâteloise de médecine

*Planète Santé* est réalisé en collaboration avec *Le Fait Médical* ([www.lefaitmedical.ch](http://www.lefaitmedical.ch)), périodique indépendant de vulgarisation bio-médicale éditée par l'Association pour l'Information Médicale (APLIM).  
Comité : Pr B. Rossier, Pr J. Diezi, M. G. Saudan

## 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](mailto:abonnements@medhyg.ch)

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

## Fiche technique

ISSN : 1662-8608

Tirage : 30 000 exemplaires

2 fois par an

Disponible dans les cabinets médicaux



# TÉLÉMÉDECINE: L'EXEMPLE VALAISAN

TEXTE : MICHAEL BALAVOINE / PHOTOS : ROMAIN GRAF

**Et la régulation médicale fût! C'est avec ces mots quasiment divins que l'on peut juger, avec deux ans de recul, la mise en place d'une centrale téléphonique de gestion des appels d'urgence dans le Valais. La garde était en effet devenue un cauchemar. Chaque nuit et chaque week-end, trente médecins devaient être disponibles pour répondre aux éventuels appels d'urgence. De quoi décourager les plus téméraires et entraver l'installation d'une relève déjà difficile à mobiliser. Gérée par des médecins, la centrale a permis de soulager toute une région. Reportage à l'Organisation cantonale valaisanne des secours (OCVS) à Sierre, l'hôte de ce dispositif de « télémédecine », qui, depuis, a fait école en Suisse romande.**

« Dans la vallée de Conches, raconte le docteur Jean-Pierre Deslarzes, directeur médical de l'OCVS, il ne reste que quatre médecins. Pendant l'été, quand les conditions météorologiques sont favorables et les routes praticables, ils assurent la garde à tour de rôle. Ils sont donc de « piquet » un week-end sur quatre. En hiver par contre, la topographie, la neige et l'afflux touristique compliquent la donne et les médecins doivent être deux à assurer la permanence, l'un en haut de la vallée, l'autre en bas. Cela oblige chaque médecin à être disponible un week-end sur deux. »

La situation dramatique de la démographie médicale dans l'Entremont valaisan démontre, s'il en était encore besoin, à quel point le métier de généraliste peut être un sacerdoce dans les

régions dites « périphériques». Astreints à la garde jusqu'à l'âge de 60 ans, les médecins doivent être constamment disponibles pour leurs patients.

« Avant la mise en place de la centrale d'appels, la situation actuelle de la vallée de Conches était le lot quotidien de tous les généralistes valaisans, se rappelle le docteur Deslarzes. Nous avions trente zones de garde différentes et donc autant de médecins mobilisés pendant la nuit et les week-ends. » La situation était devenue d'autant plus intenable que les conditions de travail proposées décourageaient les jeunes médecins à venir s'installer et remplacer une population médicale de plus en plus âgée. « Aujourd'hui, vous ne pouvez plus demander aux gens de travailler 80 heures par semaine. La nouvelle génération

“ Pour continuer à offrir un service de garde de 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 sans décourager l’installation de médecins dans la région, une centrale d’appels téléphonique était la seule solution. ”

de médecins aime travailler en groupe et protège également sa vie de famille. Alors devoir assurer une garde toutes les deux semaines est suicidaire si l’on veut encore faire venir des jeunes, note, avec lucidité, le responsable médical de l’OCVS. »

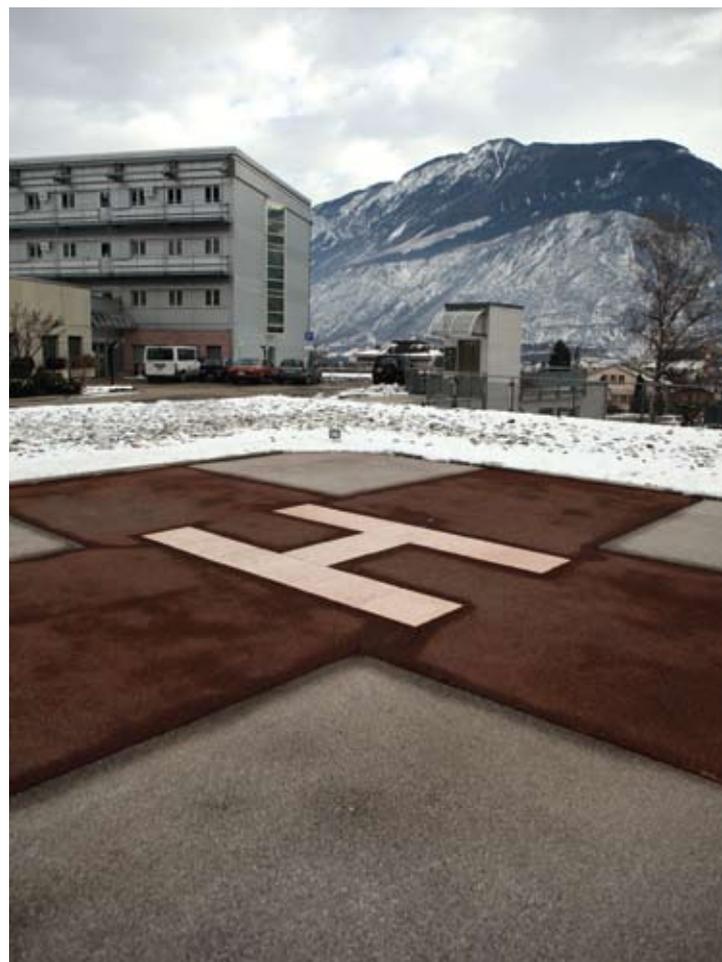
#### UNE CENTRALE D’APPEL POUR SOULAGER LES MÉDECINS...

Pour briser le cercle vicieux qui consistait à mobiliser beaucoup de médecins pour les gardes et donc à renforcer une pénurie déjà menaçante, la Société médicale du Valais (SMV), l’Organisation cantonale valaisanne des secours (OCVS) et le Service de la santé valaisan ont créé en 2007 une permanence téléphonique. Une trentaine de médecins, recrutés sur la base du volontariat mais rémunérés, s’y relaient pour assurer la garde. Dès 19 heures les soirs de semaine et vingt-quatre heures sur vingt-quatre le week-end, les malades valaisans peuvent appeler le 0900 144 033. Un médecin du cru leur répond. Son rôle est clair : trier les appels. Si la personne a besoin d’être conseillée ou rassurée, le médecin répondant lui offrira une assistance téléphonique. Si la situation est trop critique pour être évaluée par téléphone, il dépêchera sur

place son collègue de garde de la région concernée. Enfin, dans les cas extrêmes, le cas sera traité par les centralistes du 144 qui occupent le bureau voisin et qui se chargeront d’envoyer les moyens nécessaires, ambulance ou hélicoptère, au secours de la personne concernée. En passant des trente régions de garde à six avec douze zones de disponibilité accrue, ce système d’assistance téléphonique a changé la vie des médecins. « La charge de la garde n’est plus aussi dure qu’avant, confirme le docteur Salamin, médecin répondant à la centrale. On y est astreint un jour sur cinquante. Ça laisse plus de place pour la famille et les amis. »

#### ... ET SERVIR LE PATIENT

Mais les médecins ne sont pas les seuls gagnants dans l’instauration d’une permanence téléphonique. « Pour le malade, les avantages sont évidents, insiste encore le docteur Salamin. C’est un médecin de sa région qui lui répond et, qui plus est, dans sa langue. Car il ne faut pas oublier que le canton est bilingue. De plus, le fait de nous déplacer à la centrale de Sierre nous rend plus disponible qu’à la maison. Nous disons plus facilement au patient de rappeler dans une ou deux heures si son état ne s’est pas



amélioré. Cela rassure beaucoup les gens. » Mais attention : si le système offre aux malades une assistance permanente en matière de soins, il ne remplace pas une vraie consultation. « Le but de l’opération est soit de donner un conseil au patient pour différer le besoin d’une consultation et qu’il remette sa visite au lendemain, soit d’éviter des hospitalisations inutiles, rappelle le docteur Salamin. Il s’agit de différencier les urgences vitales des non-vitales. Ce procédé ne peut en aucun cas remplacer une consultation physique avec son lot d’examens et la richesse d’une rencontre. »

#### UN SYSTÈME SÛR ET EFFICACE

Si elle ne remplace pas une consultation, la permanence téléphonique mise en place

en Valais a prouvé son utilité. « Nous avons comptabilisé 30 000 appels en trente mois, soit en moyenne 33 appels par jour, sans avoir pris de décision qui soit dommageable pour le patient, affirme le docteur Deslarzes. Dans plus de 50 % des cas, le médecin répondant peut différer une consultation ou éviter une hospitalisation grâce à un conseil téléphonique. » Conséquence indirecte, le système contribue à désengorger les services d’urgence des hôpitaux. « La manière de “ consommer ” la médecine a changé, analyse le docteur Deslarzes. Surtout en ce qui concerne les urgences. Avant, les gens avaient un médecin traitant. Aujourd’hui, on va directement chez un spécialiste ou aux urgences. En Valais, des vagues saisonnières touristiques compliquent la gestion du système

avec des visiteurs qui apportent avec eux des habitudes sanitaires très diverses. Le recours à une centrale téléphonique n'est pas encore entré dans les mœurs. Mais, il s'agit d'une solution pour empêcher de mauvaises pratiques qui coûtent extrêmement cher au système de santé. »

### UNE PRESTATION REMBOURSÉE

Les économies, c'est justement l'autre conséquence indirecte majeure de ce système de gestion des urgences par téléphone. Entre locaux, logistiques et personnel, la centrale de régulation

coûte environ 700 000 francs par année. On peut estimer au minimum à 300 par année le nombre d'hospitalisations évitées grâce à la permanence téléphonique pour un coût approximatif de 1 200 000 francs. Financé jusqu'à l'automne 2009 par l'Etat valaisan, le système est devenu payant. Il est facturé selon TAR-MED en tant que conseil médical téléphonique mais remboursé par les caisses-maladie. « Nous avons essayé de négocier avec santésuisse, l'organe faitier des assureurs maladie, pour que la charge de la centrale soit assumée par les caisses selon le nombre d'assurés que chaque caisse compte dans notre canton, explique Jean-Pierre Deslarzes. Santésuisse a refusé. Les personnes qui téléphonent peuvent se faire rembourser pour un conseil médical téléphonique. » Oui, sauf que cela coûte entre 15 et 35 francs. A ce prix là, on peut

être sûr que bon nombre d'assurés n'entreprennent aucune démarche de remboursement. L'assureur y est gagnant. Mais là n'est pas le vrai défi, comme le relève encore le docteur Deslarzes. « Notre centrale est gérée par des médecins et pour des médecins en collaboration étroite avec les centralistes du 144 qui se trouvent pratiquement dans la même salle. Avec " Medgate " ou " Medi24 ", les assureurs ont eux aussi créé leur propre système de consultation téléphonique. Ils souhaitent avoir leur propre centrale pour pouvoir surveiller le travail médical, ce qui pose un problème évident dans le sens où les caisses auront tout intérêt à juguler les consultations pour limiter les coûts. » En attendant internet, sur les ondes comme en politique, les modèles de télémédecine proposés par les assureurs s'opposent encore et toujours à ceux des médecins. ■



↑ Le docteur Salamin est médecin répondant à la centrale de Siere



↑ Jean-Pierre Deslarzes est le responsable médical de l'OCVS



Assurer la garde 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 dans une région aussi montagneuse que le Valais s'avère rapidement compliqué



# Financement des hôpitaux: la révolution des DRG

TEXTE: PHILIPPE BARRAUD

**En 2012, les hôpitaux suisses vont connaître une véritable révolution de leur mode de facturation. C'est les SwissDRG, dont la principale caractéristique est que les factures seront fondées non plus sur la durée du séjour, mais sur des prix fixes par pathologie. On parle aussi de « forfaits par cas basés sur les prestations ».**

Si l'on prend par exemple une prothèse de hanche, le coût ne sera plus fonction de la durée du séjour à l'hôpital (cinq fois un jour, par exemple pour un séjour de cinq jours), mais du coût effectif de l'opération et des soins relatifs, établi principalement à partir des diagnostics – d'où l'acronyme DRG: Diagnostic Related Groups. Dans la pratique, les choses se passeront de la manière suivante, explique le Dr **François Borst** (photo), des Hôpitaux universitaires de Genève :

1. A l'issue de l'hospitalisation le médecin établira une « lettre de sortie » décrivant le diagnostic principal, les comorbidités

éventuelles (maladies associées), et les procédures (traitements et opérations éventuelles) dont a bénéficié le patient.

2. Ces éléments feront l'objet d'un codage, issu de la classification des maladies de l'OMS. Chaque maladie possède son propre code. On compte environ 16 000 codes pour les maladies, et 5 000 pour les interventions (issus d'une classification appelée « CHOP »). Ces codes sont appliqués à la lecture de cette lettre de sortie par des spécialistes codeurs, médecins ou personnel infirmier (après une formation de trois ans).

3. Les codes posés pour le patient passent ensuite par un programme spécial appelé « groupeur », qui rassemblera les diagnostics,

les interventions ainsi que diverses données administratives, puis donnera la facture finale.

4. Une formule de remboursement en faveur de l'hôpital est appliquée, avec un montant dépendant de la pathologie et non de la durée de séjour. Il faut préciser qu'au-delà d'une certaine limite, des mécanismes adaptés aux hospitalisations longues entrent en jeu.

## COMPARAISONS ENFIN POSSIBLES...

Les DRG, développés aux Etats-Unis (Yale) dès 1977, sont de plus en plus appliqués en Europe et dans le monde. Le modèle suisse s'inspire largement du modèle allemand, le G-DRG (dérivant lui-même du modèle australien). Selon François Borst, il s'agit d'un système simple sinon parfait, qui permet de faire des statistiques et des comparaisons. Comparer des durées de séjour, voire des coûts d'hospitalisation par pathologie sera possible, alors que jusqu'ici, les seules comparaisons entre les hôpitaux étaient faites sur

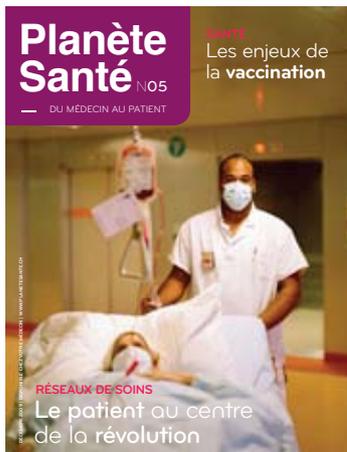
les tranches d'âge, le sexe et les durées de séjour toute pathologie confondue. Ce nouveau système s'appliquera uniformément dans tous les hôpitaux suisses (pour les soins aigus somatiques), à cette réserve près que les tarifs pourront varier selon les cantons, notamment pour les hôpitaux universitaires.

Il faut noter qu'à ce jour déjà, le remboursement des soins hospitaliers de plusieurs cantons est basé depuis plusieurs années sur un système similaire, appelé « APDRG ».

## ...MAIS QUID DE L'INNOVATION ?

L'introduction des DRG s'accompagnera d'autres changements dans le financement de l'hôpital: elle prévoit une participation des assurances sociales au financement des bâtiments, des équipements et des formations non universitaires initiale et continue. Les cantons participeront désormais aussi au remboursement des soins stationnaires dans les cliniques privées. Une répartition fixe des coûts entre les cantons et les assureurs sera introduite de facto, en lieu et place d'une répartition variant selon les cantons.

L'échéance de 2012 approchant, les hôpitaux, universitaires notamment, manifestent une certaine inquiétude. A l'Hôpital de l'île à Berne (budget annuel d'un milliard de francs), le chirurgien cardiaque Thierry Carrel manifeste le souci de voir se mettre en place une version inaboutie des DRG. En particulier – tout comme H+, les hôpitaux de Suisse, dans une récente prise de position – il souligne qu'il n'existe à ce jour aucune décision pour le remboursement des nouveaux traitements et de la recherche. Dans le concept des DRG, les innovations ne sont prises en compte qu'après plusieurs années. « Qui va les financer, dans l'intervalle, demande Thierry Carrel ? ». Plus généralement, le chirurgien remarque que ce système n'encourage pas à faire de la médecine académique, pose des questions en matière de recherche et d'enseignement, et laisse en suspens les difficultés spécifiques des patients complexes. ■



Dans son dernier numéro datant de décembre 2009, *Planète Santé* publiait un dossier de Philippe Barraud sur les réseaux de soins intitulé « Le réseau, la meilleure parade face aux maladies chroniques ». Cet article a provoqué la réaction de deux médecins genevois dont nous publions ici le contenu.

## Les réseaux de soins sont-ils la solution ?

DR JEAN-PIERRE GRILLET – FMH DERMATOLOGIE ET VÉNÉRÉOLOGIE  
DR DIDIER CHATELAIN – FMH MÉDECINE GÉNÉRALE

Dans le numéro précédent, les avantages des réseaux de soins ont été bien démontrés. Patients mieux suivis pour un coût moindre. Bref, rien que des avantages. La FMH désire voir se développer différents types de réseaux et laisser le choix à chacun d'y participer ou non. Mais le choix est-il réel quand il existe, dans une période économiquement instable, une différence de prix importante entre réseau et non-réseau ? Y a-t-il un choix réel quand les patients devront quitter leur médecin auquel ils sont attachés et qui les a suivis pendant des années, celui-ci n'appartenant pas au réseau choisi sur des bases économiques ?

Les assureurs accordent des rabais aux clients des réseaux, preuve que les soins y sont meilleur marché, pour autant que l'opacité des comptes des assureurs soit en mesure de démontrer quoi que ce soit. Ou alors preuve que les assureurs ont d'autres bonnes raisons de choyer les assurés-réseaux, comme le fait de toujours tout savoir sur leurs clients (ce qui est capital pour les assurés ayant en même temps une assurance privée...) : forcément, le « médecin attiré » détient toutes les données du patient et il suffit donc de l'interroger. Impossible pour le patient d'aller, une fois, demander son avis à un autre spécialiste ou de faire une consultation pour un problème plus intime, sans que cette consul-

tation apparaisse dans les dossiers du réseau. Tout doit passer par le « MPR » - le médecin de premier recours. Il y a dans le système des réseaux un aspect « big-brother » qui nous dérange... D'un autre côté, les assureurs accordent généralement un rabais d'environ 20% aux clients du réseau. Cela peut signifier plusieurs choses : les médecins de premier recours travaillent-ils différemment si le patient est membre d'un réseau ou non ? Les médecins et les patients restés hors du réseau gaspillent-ils réellement un cinquième des ressources ? Une consultation sur cinq est-elle inutile ou les séances de physiothérapie sont-elles 20% trop nombreuses ? Comment expliquer cette différence entre soins dans le réseau et hors-réseau, alors que dans la pratique des réseaux, pour consulter un spécialiste, il faut passer chez le médecin répondant qui fait un bon de délégation, soit une consultation en plus, et un rapport à faire pour le spécialiste qui sera aussi facturé... et malgré cela les primes sont nettement plus basses dans les réseaux... Le mystère n'est, pour nous, pas résolu.

Mais le plus grand danger du managed care réside, selon nous, dans les responsabilités financières que les réseaux vont devoir endosser. Ils recevront une « enveloppe budgétaire », et quand celle-ci sera épuisée, mieux vaudra ne pas être malade ! C'est dans la mise en

place de règles très strictes que les décideurs, et tout particulièrement la FMH, devront être extrêmement vigilants, surtout quand on connaît la fourberie des assureurs à l'égard des médecins, assureurs qui n'ont jusqu'ici respecté aucune des conventions signées lors de l'introduction du TARMED.

Les réseaux de soins seront assimilés tôt ou tard à des entreprises commerciales qui, par définition, devront dégager des bénéfices pour continuer à travailler. Or, si les réseaux se développent comme le souhaitent les politiciens et la FMH et qu'ils sont des affaires rentables, ils seront créés par – et appartiendront, pour certains, à – des groupes de médecins (comme le réseau Delta), d'autres à des assureurs, d'autres enfin à des groupes financiers. C'est dire que le profit devient alors le vrai moteur du système et non plus les patients et la qualité des soins.

Les réseaux commenceront à se livrer une concurrence par patients interposés. Il s'agira d'avoir les primes les plus basses et de gérer au plus près tous les points sur lesquels on peut économiser. Il s'agira aussi d'éviter les patients qui coûtent cher (les patients chroniques...), afin de rester compétitif. Ainsi sera née la médecine type low-cost, comme on connaît les compagnies d'aviation ou les chaînes alimentaires. Elles ont l'avantage d'avoir fait baisser les

prix des billets d'avion et de certaines denrées, mais chacun sait que, dans ces entreprises, la prestation de base est effectivement remplie, mais parfois dans des conditions peu brillantes et avec une qualité à l'échelle du prix payé.

Les diminutions des coûts seront faites sur le nombre et les salaires des employés et s'il le faut sur celui des médecins eux-mêmes, en diminuant les prestations, les examens, les consultations spécialisées, les examens préventifs... Dans ces conditions, quels soins seront vraiment administrés aux patients ? Que deviendra, dans ce système, la relation médecin-malade, si importante pour la réussite d'un traitement, pour le suivi d'une pathologie chronique ?

Si le réseau Delta, qui a été décrit dans le numéro précédent, a des côtés très enthousiasmants, il est pour l'instant l'un des deux vraiment fonctionnels à Genève. En quelque sorte l'appartenance-témoin. Que deviendra-t-il lorsque la concurrence féroce le poussera à sacrifier certaines prestations pour maintenir des prix compétitifs ? Le danger de voir une évolution de ce type existe réellement. On va simplement assister au transfert du système de sélection des risques, actuellement opéré par les assureurs, vers les réseaux de soins et les médecins qui devront choisir le type de patients en fonction des coûts qu'ils vont engendrer... ■

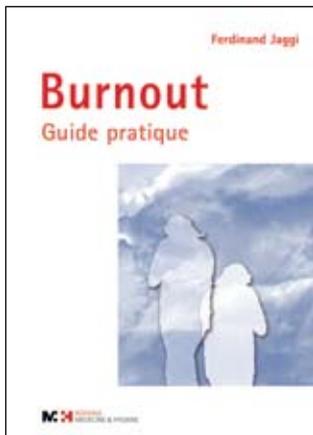


Crème anti-âge correction rides jour/nuit avec 20% d'extrait de protéine d'escargots.  
Roll-on lift fermeté des yeux et des lèvres.  
Crème anti-vergetures antioxydant à l'huile d'olive.  
Masque régénérant rehausseur+liftant.  
Patch HERPES arbre à thé.  
Patch contre piqûres d'insectes avant/après.

MP International MP & MD

Produits cosmétiques  
Alimentation sans gluten,  
pâtes et biscuits faits artisanalement  
Distributeur exclusif pour la Suisse  
CH-1436 Chamblon

Morier Patricia  
M. +41 79 798 26 22  
M. +41 79 355 83 47  
patricia.morier@windowslive.com  
www.age-t.ch

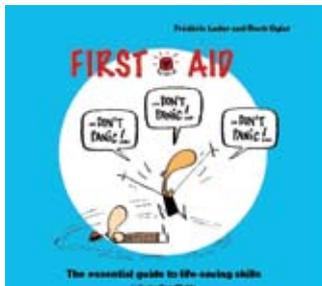
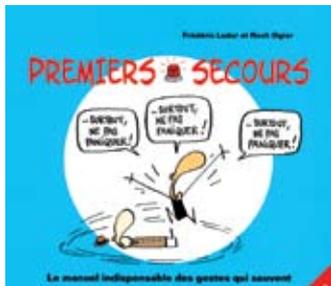


**BURNOUT,  
GUIDE PRATIQUE**

FERDINAND JAGGI

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

JUIN 2008 • 46 PAGES • CHF 19.-



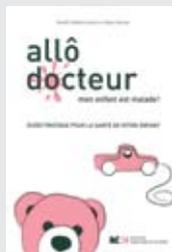
**PREMIERS SECOURS    FIRST AID**

FRÉDÉRIC LADOR ET ROCH OGIER

Comment agir en cas d'urgence et ne pas paniquer? Ce petit manuel de 64 pages illustré et en couleurs répond à vos questions et vous aide à acquérir les gestes qui sauvent.

Livre disponible en français et en anglais.

MARS 2007 / DÉCEMBRE 2008 • 64 PAGES • CHF 16.-



**ALLO DOCTEUR... MON ENFANT EST MALADE**

ANNICK GALETTO-LACOUR ET ALAIN GERVAIX

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

AVRIL 2008 • 144 PAGES • CHF 29.-

**LE CADDIE DU DIABÉTIQUE  
...et de celui qui veut retrouver la ligne**

PASCALE RIGOLI ET JACQUES PHILIPPE

Le bon choix de votre alimentation est le meilleur garant de votre capital santé. Pour bien choisir il faut être informé. Cet ouvrage vous permettra de remplir votre caddie selon vos besoins spécifiques. Des conseils d'alimentation et des tables de composition des aliments industriels que vous trouvez dans vos supermarchés vous permettront d'établir rapidement vos menus.

JUILLET 2008 • 64 PAGES • CHF 12.-



**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 COMPRENDRE...  
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 traitements disponibles.

JANVIER 2000 • 176 PAGES • CHF 25.-

**J'AI ENVIE DE COMPRENDRE...  
LA DÉPRESSION**

SUZY SOUMAILLE

Comment comprendre la terrible expérience 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 COMPRENDRE...  
LA DÉPENDANCE AU TABAC**

SUZY SOUMAILLE

Connaître 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.-

**Planète  
Santé**

— DU MÉDECIN AU PATIENT

- Nouveautés médicales et scientifiques
- Traitement d'une maladie
- Témoignages / Interviews
- Actualité / politique de santé

**ABONNEZ-VOUS!**

Et recevez **Planète Santé**

**2 numéros/an** au prix de **CHF 12.-**

Par email: [abonnements@medhyg.ch](mailto:abonnements@medhyg.ch)

Par tél: 022 702 93 11

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

ou au moyen de la carte collée ci-dessus

# UNE INITIATIVE POUR LA TRANSPARENCE DANS L'ASSURANCE MALADIE

TEXTE : PHILIPPE BARRAUD

**L'Association des médecins genevois va lancer une initiative populaire pour imposer une complète transparence dans le système de l'assurance maladie.**

**L**e système de l'assurance maladie en Suisse souffre d'une tare fondamentale: son opacité. Les caisses-maladie l'organisent et la gèrent sans rendre de comptes, ou des comptes moyennement crédibles, tout en utilisant cette absence de transparence pour faire de la sélection des risques, ce qui est interdit, et surtout dommageable pour les assurés.

C'est pour exiger une complète transparence de l'assurance maladie que l'Association des médecins du canton de Genève (AMG) prépare une initiative populaire fédérale. Ce n'est pas la première démarche du genre: plusieurs initiatives ont été prises sur le plan parlementaire mais, à chaque fois, le lobby des assureurs, très puissant sous la coupole fédérale, a réussi à empêcher tout changement.

**L'AMG dénonce deux tares fondamentales du système actuel:**

## 1. L'assurance maladie fonctionne de manière opaque.

On ignore quelles sont les vraies charges administratives de l'assurance obligatoire ou des complémentaires, et on ne sait pas précisément quelles sont les réserves, sinon qu'elles sont inadaptées dans plusieurs cantons. Les caisses fournissent des chiffres globaux, et rien de plus. Dès lors, la fixation des primes relève

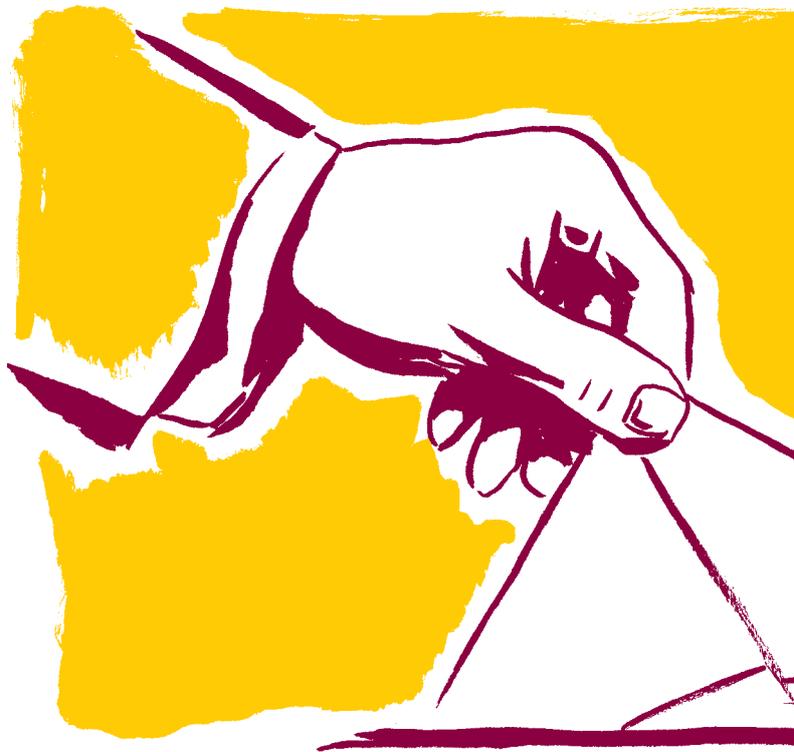
de modes de calcul incompréhensibles pour l'assuré – des primes qui deviennent insupportables pour un nombre croissant de familles.

**2. Les caisses sélectionnent les risques.** En théorie, chacun peut changer de caisse pour l'assurance de base, un assuré ne peut pas être refusé. Mais en offrant en parallèle un complément privé alléchant, fût-il minimal, la caisse oblige le candidat à remplir un questionnaire de santé très invasif. De la sorte, elle a accès à son dossier médical, et va s'efforcer, si ce n'est pas un «bon cas», c'est-à-dire jeune et surtout en bonne santé, de le convaincre de ne pas changer de caisse, d'autant qu'il risque de perdre sa complémentaire dans l'aventure.

Autre subtilité perverse dénoncée par le Dr Bertrand Buchs, vice-président de l'AMG: les caisses sur internet, dont les promoteurs font le pari que les personnes âgées n'y viendront pas, dépassées par la technologie...

## SÉPARER LA BASE ET LE PRIVÉ

Ce qui est fondamentalement contestable, selon l'AMG, c'est que les mêmes caisses gèrent l'assurance de base obligatoire, et l'assurance privée, autrement dit les complémentaires. A ses yeux, il est essentiel d'imposer une séparation des tâches, et de



briser le lien «incestueux» qui existe entre les deux activités. Ce mélange des genres est malsain, explique Bertrand Buchs, car on vous attire avec l'assurance de base, puis on essaie de vous vendre autre chose – ou on tente de vous écarter. «On ne doit plus pouvoir choisir les clients», affirme le vice-président de l'AMG. C'est pourquoi l'initiative demande que le même vendeur ne puisse pas proposer simultanément l'assurance de base et des complémentaires, car il est avéré – même si c'est illicite – que les données sensibles récoltées sur l'assuré circulent au sein des caisses.

Côté financement, les choses sont tout aussi opaques. Il existe dans les caisses un système de vases

communicants entre l'assurance de base et le privé, mais ce système va dans les deux sens! Or, il n'est pas normal que de l'argent passe de l'assurance de base au secteur privé.

## GRANDES MANŒUVRES

L'initiative de l'AMG tombe dans un contexte en pleine ébullition. Comme l'analyse le Dr Bertrand Buchs, «le départ de Pascal Couchepin a libéré la parole». C'est ainsi que fleurissent des initiatives, ou des projets d'initiatives, aussi bien au niveau des cantons pour créer des caisses cantonales, que des partis de gauche pour relancer le concept de caisse unique. Il n'y a guère que les assureurs qu'on n'entend plus: ils font résolument profil bas.

# Echange de données et procurations illégales

**P**our Béatrice Despland, professeure de droit social aux Universités de Neuchâtel et de Lausanne, le trafic de données entre l'assurance de base et l'assurance privée relève de l'évidence. Dans le cadre d'une étude consacrée à ce sujet, elle écrit que «en dépit d'une séparation clairement établie par la LAMal, des relations étroites ont été maintenues, par certaines caisses-maladie, entre l'assurance obligatoire et les assurances complémentaires privées.» Il s'agit en particulier d'échanges d'informations et de données (les dossiers médicaux), qui sont pourtant soumises aux règles de la protection des données. Mme Despland donne un exemple éclairant de ces échanges de données par la procuration que les représentants des caisses font signer aux assurés: «Le soussigné autorise par la présente le Care Management du groupe X (Réd: la caisse), composé de X, à le représenter en tant que mandatai-

re. Cette procuration comprend l'obtention (...) de toutes les données médicales, les déclarations orales et écrites avec les fournisseurs de prestations médicales et de soins impliqués et avec les proches de la personne fournissant la procuration. Les fournisseurs de prestations, le service du médecin-conseil de X sont expressément déliés de leur secret professionnel lors de toute relation réciproque et interdisciplinaire.»

Cette procuration, dénonce Béatrice Despland, permet ainsi l'accès, par l'assureur maladie sociale, aux données disponibles dans l'ensemble des sociétés rattachées au groupe (et particulièrement auprès des médecins-conseils), et leur libre transmission à l'intérieur du groupe. De plus, relève-t-elle encore, un employé de la caisse devient ainsi «représentant» de l'assuré auprès du médecin-conseil! Un étonnant renversement des rôles. Les caisses se dédouanent de ces



Comme Béatrice Despland, Bertrand Buchs, vice-président de l'AMG, dénonce sur son blog de la Tribune de Genève, l'opacité des caisses.

dispositions illégales en disant que l'assuré a donné, par sa signature, son consentement. «Mais que vaut le consentement d'une personne en état de faiblesse, qui ne peut pas risquer de se voir supprimer les règlements de la caisse ou ses indemnités, au cas où elle refuserait de signer»? Ce cas se pose souvent avec les assurances perte de gain. Une parade nécessaire, pour l'assuré, consiste à barrer les dispositions illégales, ce qu'il a parfaitement le droit de faire. ■ PH. B.

## PIERRE-ALAIN SCHNEIDER: « Cette initiative peut constituer une version libérale de la caisse unique »

Le texte de l'AMG est moins radical que le projet de caisse unique, et pourrait, le cas échéant, constituer un contre-projet à celle-ci. En effet, l'initiative de l'AMG se veut d'inspiration libérale, explique le président de l'association, le Dr Pierre-Alain Schneider (voir interview), elle autorise un espace de concurrence et évite le spectre du monopole et de l'étatisation. Mais elle exige la transparence et la séparation des activités: «Nous laissons à tout le monde le droit de faire de la base ou du privé, explique Bertrand Buchs, mais pas les deux ensemble. Et si les caisses ne veulent plus faire de l'assurance de base, alors il incombera à l'Etat de prendre le relais». ■



### Quel est le problème de fond qui vous a incité à lancer cette initiative?

C'est le lien incestueux entre l'assurance maladie obligatoire et les assurances complémentaires. Il faut imposer une séparation des tâches.

### Comment faire comprendre cet aspect contre-nature de la situation actuelle dans l'assurance maladie?

Le parallèle entre la LPP et l'AVS est un argument pertinent. L'AVS fonctionne sur un mode de solidarité qui est différent de la LPP – prévoyance privée –, elle a donc un autre rôle à jouer. Personne, aujourd'hui, n'imaginerait qu'on puisse mélanger les deux piliers.

Peut-on concevoir un institut qui générerait à la fois l'AVS et la LPP?

### De quels soutiens avez-vous besoin?

Nous allons créer un comité d'initiative fédéral, mais nous voulons absolument que toutes les sociétés cantonales de médecine romandes soient représentées. Sur la Suisse romande seule, nous pourrions récolter 100 000 signatures, mais nous comptons beaucoup sur la Suisse alémanique pour nous suivre. Cette question mérite d'être posée au peuple, et il faut la poser. Nous comptons sur une participation massive de toutes les personnes intéressées dans le domaine de la santé et des assuran-

ces sociales, donc non seulement les médecins, mais aussi tous les soignants, les acteurs sociaux, les organisations de patients pour soutenir la récolte de signatures.

**La récolte de signatures sera la première étape. Ensuite, il faudra mener l'initiative au succès!**

Effectivement, la deuxième étape sera la bagarre pour la votation. C'est là que les moyens les plus importants devront être mis en œuvre. Cela dit, on sait que l'idée d'une caisse unique va être remise sur les rails – sans parler cette fois de son financement. Or notre initiative peut constituer une version libérale de la caisse unique, en d'autres termes une alternative intéressante dans la mesure où elle n'est pas associée avec le spectre du monopole ou de la mainmise de l'Etat. Mais bon: il est vrai que certaines assurances sociales ont soit un monopole absolu, comme l'assurance invalidité, soit constituent un quasi-monopole

pour certaines catégories d'assurés, comme la SUVA, et d'une manière générale, personne ne se plaint de leur fonctionnement. La SUVA a pas mal de qualités et fonctionne souvent mieux que certaines assurances privées, tout en constituant une concurrence utile. Notre initiative prévoit précisément un espace de concurrence, et c'est pourquoi elle devrait convenir à pas mal de gens.

**Que se passera-t-il si votre initiative, et celle en faveur d'une caisse unique, sont opposées devant le peuple?**

Si nous avons l'impression que cette opposition serait négative dans ses effets, et susceptible de faire capoter un projet, il reste toujours la faculté de retirer l'initiative. Si en effet il nous apparaît que notre proposition n'a pas de chances de passer, tout en mettant en péril un autre projet que nous voulons soutenir, nous réfléchirons à la retirer. Mais nous ne la lançons pas dans cet esprit!

**On parle souvent d'«explosion» des coûts de la santé. Est-ce une réalité?**

Non! Dans les comptes globaux des assurances sociales qui sont publiés chaque année par l'Office fédéral de la statistique, on voit que l'assurance maladie obligatoire n'est pas du tout le grand monstre qu'on imagine, qui menacerait le pays de naufrage: c'est un petit morceau de l'ensemble des assurances sociales. L'ensemble des recettes des assurances sociales représente 32% à 33% du PIB. Or, entre 1990 et 2007, le taux de croissance annuel des prestations des assurances sociales était de 5%; sur ces 5% de moyenne, les dépenses pour la fonction maladie-soins de santé a augmenté de 4,5%, soit moins que la moyenne. Autrement dit, les dépenses pour la santé augmentent moins vite que les autres dépenses sociales! Par ailleurs, l'augmentation des coûts n'a que peu à voir avec l'explosion des primes, qui a d'autres raisons. Malheureusement, le matraquage

des milieux politiques et de la population par les assurances a réussi à leur faire croire qu'il y avait une explosion des coûts de la santé. Or, il n'y a aucune explosion, mais une croissance régulière, inférieure à celle des autres assurances sociales, par exemple la prévoyance vieillesse. Sous prétexte d'explosion des dépenses, on est en train de tuer le système de santé d'une façon inacceptable.

**Qui va en souffrir en premier?**

Les personnes faibles, les personnes âgées, les malades. Or, le système de solidarité, qui est le fondement et la force de la LAMal, malgré ses défauts, est attaqué. Il faudra un jour avoir une réflexion de fond sur le financement de l'assurance maladie, en évitant de créer un gouffre financier comme dans les autres pays. On oublie trop vite qu'en Suisse, l'assurance maladie a des réserves, pas des dettes. ■

PROPOS RECUEILLIS PAR PH.B.

www.angebaultandco.ch

# entendra

## 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**



La médecine est une science qui bouge sans cesse. On a coutume de dire qu'un traitement ou une prise en charge ont une validité de trois à cinq ans. Dans cette rubrique, Planète Santé vous livre quelques nouveautés dont vous pouvez bénéficier chez votre médecin cette année.

# NOUVEAUTÉS EN MÉDECINE

## Hypertension artérielle : la maladie du siècle

**DR REMO OSTERWALDER**  
CARDIOLOGUE FMH  
RUE DU 24 SEPTEMBRE 7  
2800 DELÉMONT

La pression artérielle élevée, ou hypertension, fait l'objet d'une consultation sur deux. Environ 44% de la population est concernée par cette pression trop élevée du sang dans les artères<sup>1</sup> – bien que parfois elle soit due à un effet « blouse blanche » rendant un traitement spécifique non nécessaire !

### SYMPTÔMES

Le contrôle de la tension artérielle s'effectue en position assise, après cinq minutes de repos. Une tension artérielle normale doit être inférieure à « 14/9 », soit une pression de 140/90 mmHg, la pression étant mesurée en mm ou en cm de mercure, Hg. Toute-

fois, en présence d'un diabète, la norme est plus basse, inférieure à 130/80 mmHg.

Dans les situations où les valeurs tensionnelles sont très élevées, le patient peut ressentir oppression dans la poitrine, maux de tête, vertiges, troubles de la vue, manque de souffle, etc.

Souvent, les personnes concernées ne savent pas que leurs propres valeurs se trouvent au-dessus de la norme, car au début de la maladie il n'y a généralement pas encore de symptômes.

### FACTEURS DE RISQUE ET TRAITEMENT

Les facteurs de risque sont principalement : tabagisme, cholestérol/lipides élevés, surpoids, manque d'activité physique, diabète, et la présence d'une maladie cardiovasculaire dans la famille. Chacun peut donc influencer son pronostic d'hypertension en mo-



difiant ses habitudes : en arrêtant de fumer, par une consommation d'alcool modérée, un contrôle du surpoids, la diminution du sel dans la nourriture et une augmentation des activités physiques.

Dans le cas où un traitement médicamenteux est tout de même indispensable, les médecins utilisent régulièrement des inhibiteurs d'enzymes de conversion,

des bloqueurs d'angiotensine ou des antagonistes du calcium. Ces substances sont parfois combinées avec un diurétique pour diminuer la quantité d'eau dans le corps. Le traitement par bêta-bloquants est utilisé en second plan, par exemple en présence d'autres pathologies.

### NOUVEAUTÉS DANS LE TRAITEMENT

Les médecins prescrivent de plus en plus de traitements combinés, c'est-à-dire que plusieurs substances – particulièrement un inhibiteur d'angiotensine, un antagonistes du calcium et un diurétique – se retrouvent dans un seul comprimé.

Une nouvelle génération de médicaments est à disposition depuis 2009 : les antagonistes de la rénine. Leur innocuité et leur efficacité ont déjà été étudiées, mais nous ne disposons pas encore de données à long terme. ■

<sup>1</sup> Staessen JA, Wang J, Bianchi G, Birkenhager WH. Essential. Hypertension. Lancet 2003 ; 361:1629-41.



## Grippe A(H1N1) : une fausse alerte ?

**DR NICOLAS TROILLET,**  
PD MÉDECIN-CHEF DU  
SERVICE DES MALADIES  
INFECTIEUSES  
INSTITUT CENTRAL DES HÔ-  
PITAUX VALAISANS, SION

L'année 2009 fut marquée par la grippe A(H1N1). S'agissait-il d'une fausse alerte amplifiée par les médias et ceux qui avaient intérêt à entretenir la peur pour mieux écouler médicaments et vaccins ? Les virus de la grippe sont imprévisibles. Ils changent continuellement. A partir de leurs hôtes naturels, les oiseaux aquatiques sauvages, ils peuvent atteindre les humains par l'intermédiaire des volailles ou des porcs. Ces passages entre espèces donnent le plus souvent lieu à des culs-de-sac évolutifs. En d'autres termes, cela signifie que le virus aviaire ou porcine peut provoquer une infection « accidentelle », plus ou moins grave pour l'homme, sans pour autant pouvoir se transmet-

tre d'un individu à l'autre. Toutefois, une adaptation du virus à l'humain survient parfois suite à des modifications génétiques (mutations ou recombinaisons) et peut être à l'origine d'une pandémie. Le 20<sup>e</sup> siècle a vécu trois pandémies de grippe, en 1918, 1957 et 1968. Une fois les vagues de pandémie passées, les virus qui en sont responsables s'installent dans le genre humain et deviennent saisonniers. Une pandémie pouvant être catastrophique, les virus de la grippe sont étroitement surveillés dans le monde. Depuis le début des années 2000, cette surveillance était focalisée sur le virus A(H5N1), responsable d'une épizootie tuant des millions de volailles et occasionnant quelques centaines de cas particulièrement graves chez les humains. C'est dans ce contexte que fut identifié en avril 2009 le nouveau virus A(H1N1), un lointain descendant du virus de 1918. Au fil des semaines et des mois, il s'avéra que cette nouvelle pandémie, si elle se répandait vite à travers le monde, causait le plus souvent des gripes bé-

nignes. Elle touchait néanmoins les jeunes et pouvait être grave pour certaines personnes à risque. Ne reflétant que le sommet de l'iceberg, près de 14 000 cas ont été confirmés au laboratoire en Suisse. Près de 600 hospitalisations y furent déclarées, dont plusieurs dizaines en soins intensifs, et 18 décès recensés. L'alerte n'était donc en rien fausse, mais, heureusement, moins sévère que ce que l'on imaginait à son début. L'histoire ayant montré les ravages qu'une pandémie de grippe peut provoquer, il paraît normal que les autorités sanitaires aient rapidement pris des mesures importantes, même si rétrospectivement celles-ci ont pu paraître exagérées. D'autres pandémies de grippe surviendront. Leur imprévisibilité nous rappellera encore que l'incertitude accompagne inmanquablement la réponse à une telle menace. L'expérience acquise en 2009 sera utile. ■

## RONFLEMENT?

**Nous vous proposons des solutions modernes, efficaces et personnalisées:**

- Gouttières buccales, principe de l'avancement mandibulaire.
- Oreiller de positionnement, sommeil latéral.
- Dilatateur nasal, amélioration de la respiration nasale nocturne et durant le sport.

**Parlez-en à votre médecin.**

Pour plus de renseignements:  
**OSCIMED SA** – [www.stop-ronflement.ch](http://www.stop-ronflement.ch)  
info@oscimedsa.com – Tél. 032 926 63 36 – Fax 032 926 63 50



**OSCIMED**  
LES SPÉCIALISTES DU SOMMEIL

# Bronchopneumopathie chronique obstructive : le rôle des virus

DR OMAR KHERAD

MD, MÉDECIN-CHEF ADJOINT  
HÔPITAL DE LA TOUR  
1217 MEYRIN

## QUELQUES ASPECTS DE LA MALADIE

Longtemps stigmatisée comme « la simple toux des fumeurs », la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une affection pulmonaire complexe, caractérisée par une obstruction des voies aériennes. Elle est consécutive à une inflammation provoquée par des substances toxiques irritantes, principalement le tabac et la pollution atmosphérique.

En Suisse, près de 400 000 personnes souffrent de BPCO. Selon les données de l'OMS, c'est la seule maladie dont la mortalité ne cesse d'augmenter et il est prévu qu'elle devienne la troisième cause de mortalité à l'échelle mondiale en 2020. L'évolution naturelle de cette maladie est rythmée par des poussées ou phases d'« exacerbation », durant lesquelles la sensation de manque d'air, la toux et les crachats sont plus importants. Ces exacerbations deviennent de plus en plus fréquentes avec la progression de la maladie et ont un impact négatif sur la qualité de vie des patients.

## NOUVEAUTÉS DANS LA COMPRÉHENSION DE LA MALADIE

Historiquement, les exacerbations ont été principalement attribuées à des infections bactériennes et traitées par des antibiotiques en association avec de la cortisone. Néanmoins, on considère aujourd'hui que seules 50% des exacerbations sont réellement dues à des infections bactériennes. Dès lors, dans la moitié des cas, l'utilisation d'antibiotiques est inadéquate, ce qui a des conséquences fâcheuses sur l'émergence de bactéries résistantes plus difficiles à traiter. Depuis quelques années, plusieurs études se sont intéressées au rôle des virus lors des exacerbations de BPCO et ont permis d'identifier qu'ils intervenaient dans plus de la moitié des cas. Les exacerbations dues aux virus semblent plus sévères et le temps de récupération est plus long que lors d'une infection bactérienne. Actuellement, la grande difficulté réside dans le fait que dans 25% des exacerbations, on retrouve une co-infection à la fois de virus et de bactéries, sans que l'on puisse déterminer exactement le germe qui est responsable.

C'est dans ce contexte que des re-

commandations internationales réservent l'utilisation des antibiotiques seulement en présence de critères cliniques définis (*voir tableau*).

Ces recommandations sont néanmoins peu précises et vieillissantes. De nouveaux tests diagnostiques devraient être développés afin de mieux identifier les personnes pouvant bénéficier d'un traitement antibiotique ou antiviral, ce qui permettrait probablement de réduire de manière considérable l'utilisation d'antibiotiques. ■

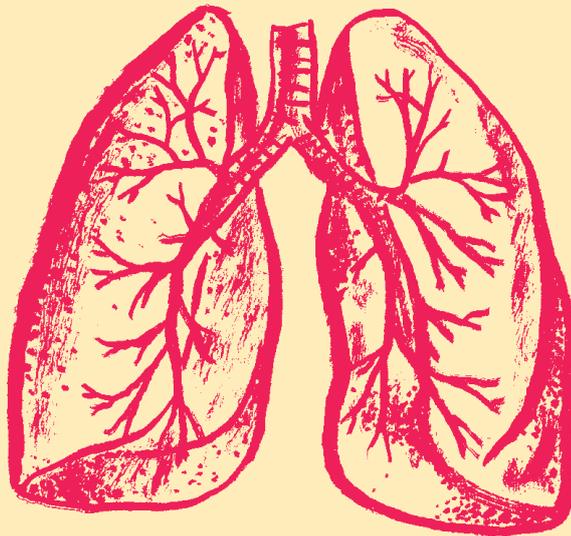


TABLE. DÉFINITIONS DE L'EXACERBATION ET INDICATIONS À UN TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE

Définition selon Anthonissen [1]	Traitement antibiotique si :
a) Augmentation du manque d'air	A+B+C
b) Augmentation volume expectorations	C+A
c) Augmentation purulence expectorations	C+B
Définition selon GOLD [2]	
Changement des symptômes respiratoires amenant à une modification de traitement	
a) léger : majoration aérosol	C
b) modéré : ajout cortisone	
c) sévère : nécessitant hospitalisation aux soins intensifs	

TEXTE : MICHAEL BALAVOINE / PHOTOS : ROMAIN GRAF

# L'OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Depuis le début de l'année, c'est le branle-bas de combat à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Après 19 ans de direction, Thomas Zeltner a quitté l'institution fin 2009 et a été remplacé par Pascal Strupler, juriste et ancien secrétaire général de Pascal Couchepin au Département fédéral de l'intérieur. Parallèlement, Peter Indra, responsable de l'Unité d'assurance maladie, département mammouth de l'OFSP, quittera son poste à la fin mars pour rejoindre l'assureur Swica. Ce vide momentané à la tête de l'Office fait ressortir avec d'autant plus de force les nombreuses tâches du fer de lance de la politique de santé fédérale. Car outre ce jeu de chaise musicale à la tête de l'institution, l'Office a dû se battre sur tous les fronts en 2009. Entre l'annonce d'une hausse de prime d'assurance maladie record et la gestion de la grippe A(H1N1), le pays entier avait les yeux braqués sur lui. Planète Santé, dans cette nouvelle rubrique intitulée « Les lieux de pouvoir », est partie à la rencontre de l'institution fédérale pour vous en faire découvrir le fonctionnement. Portrait en quatre tableaux de cet office qui emploie pas moins de 500 personnes et dont la mission est d'orchestrer la politique sanitaire helvétique.





## Assurance maladie et accidents

### DIRECTEUR

Peter Indra (sur le départ, un successeur n'a pas encore été nommé)

### LE CHIFFRE

86

C'est, en 2010, le nombre de caisses-maladie remplissant les exigences légales qui autorisent un assureur à pratiquer l'assurance maladie obligatoire de soins.

### LE BUT

En matière d'assurance, l'OFSP est chargé de surveiller les comptes des caisses pratiquant l'assurance obligatoire de soins (AOS). Dans ce type d'assurance, les caisses n'ont pas le droit de réaliser des bénéfices. Au contraire de la pratique de l'assurance complémentaire, où ils sont autorisés. Pour cette dernière, c'est l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) qui est chargée du contrôle des comptes.

### L'ENJEU

L'OFSP est souvent taxé de laxisme en matière de contrôle des comptes des caisses. Le problème est assez simple : les caisses pratiquant l'assurance obligatoire de soins vendent également des assurances complémentaires. Normalement, la loi fixe des règles strictes censées empêcher la circulation des capitaux entre les différents types d'assurance. Mais les personnes chargées, au sein des caisses, du remboursement des frais de l'assurance de base peuvent également s'occuper des complémentaires. De plus, elles partagent souvent les mêmes locaux. Comment, dès lors, être sûr que des frais administratifs de l'assurance complémentaire ne soient pas transférés sur l'assurance de base, ce qui augmenterait le bénéfice des premières ? Le modèle actuel ne donne en tout cas pas cette garantie. D'abord parce que deux instances différentes sont chargées de surveiller les comptes d'une même caisse. Et ensuite parce que les comptes vérifiés par l'OFSP sont consolidés et donc difficilement contrôlables. Les fonctionnaires de l'Office n'ont donc pas les moyens de faire disparaître l'opacité. Tout l'enjeu futur est de savoir si Pascal Strupler, nouveau directeur de l'OFSP, sera plus décidé à empoigner le problème que son prédécesseur qui ne cachait pas son désintérêt pour ces questions. Fait révélateur du manque de volonté politique passé : en 2007, seules 6 personnes étaient chargées du contrôle des comptes des 87 caisses de l'époque, comme le relevait Sylvie Arsever dans un article publié dans *Le Temps* du 30 janvier 2007.

## Politique de santé

### DIRECTEUR

Stefan Spycher

### LE CHIFFRE

10,6

C'était, en 2007 et en pour cent, la part du PIB helvétique dévolue à la santé. Cela place la Confédération au troisième rang mondial derrière les Etats-Unis (16%) et la France (11%), toujours selon des chiffres de 2007.

### LES BUTS

En matière de politique de santé, l'OFSP a de multiples casquettes. Ses tâches s'étendent de la coopération internationale à la gestion des professions de la santé et de leurs formations en passant par l'évaluation du rôle que doit jouer la Confédération dans le domaine du cancer et des autres maladies non transmissibles importantes (comme les maladies cardiovasculaires ou le suicide).

### L'ENJEU

Dans le système fédéraliste helvétique, où reconstituer les rôles et missions des différents acteurs du domaine de la santé (cantons, caisses-maladie, Confédération) s'apparente aux douze travaux d'Hercule, le principal défi de l'OFSP consiste à harmoniser autant que possible la politique de santé suisse. La fragmentation du système est telle qu'en donner une vision globale cohérente est quasiment impossible. Parmi bien d'autres sujets, l'OFSP devra dans un avenir proche empoigner l'épineux problème de la pénurie annoncée de longue date des professionnels de la santé et de son corollaire éthique, le recrutement de ces spécialistes dans des pays qui en manquent eux-mêmes.

## Santé publique

### DIRECTRICE

Andrea Arz de Falco

### LE CHIFFRE

27,9

Il s'agit du pourcentage de la population suisse qui fumait en 2006. C'est 2% de moins que les 30% d'accros à la cigarette de 1990. Les chiffres de fumeurs suisses sont toutefois moins bons que la moyenne des pays de l'OCDE en 2005 (24,1%).

### LE CHIFFRE BIS

86,8

Le pourcentage de la population suisse qui s'évaluait, en 2006, dans un état de santé de bon à très bon.



Cette campagne de prévention contre l'alcoolisme menée par l'OFSP a connu un grand succès

### LE BUT

Contribuer à l'adoption par la population d'un mode de vie sain en promouvant la responsabilité individuelle et en créant des structures sociales appropriées. Cette unité de l'OFSP est aussi chargée d'organiser la lutte contre les maladies transmissibles comme le sida ou la très médiatique grippe pandémique A(H1N1).

### L'ENJEU

Dans une interview accordée à la *Revue médicale suisse* en janvier 2007, Thomas Zeltner affirmait à juste titre que le dicton «prévenir, vaut mieux que guérir» repose aujourd'hui sur une base scientifique solide et que la pré-

vention individuelle largement insuffisante devait être complétée par une action efficace au niveau des structures qui encadrent les individus, par des mesures comme la taxation ou la promotion de quartiers sains. Toujours selon l'ancien patron de l'OFSP, il faudrait un centre national de compétences qui définisse quelles méthodes fonctionnent et doivent être appliquées en matière de prévention. L'enjeu est de taille car, sur le long terme, une politique de prévention efficace génère d'importantes économies. Une population en bonne santé a en effet moins recours aux soins. Mais, comme l'a montré la lutte contre le tabagisme, la mise en place de campagnes de prévention se heurte aux intérêts économiques de lobbies

hyperpuissants. Thomas Zeltner avait, en son temps, farouchement résisté à l'industrie du tabac. Espérons que Pascal Strupler, dans les combats qui l'attendent, en fera de même.

#### L'ENJEU BIS

Dans un autre registre, les mutations climatiques et la déforestation favorisent l'émergence de nouvelles maladies infectieuses. Coordonner les mesures sanitaires pour enrayer une pandémie est, comme on l'a vu avec la grippe A(H1N1), un travail titanesque. Entre emballement médiatique et véritable danger, le sujet est extrêmement difficile à aborder. L'expérience acquise avec la pandémie de 2009 aidera sans doute l'OFSP à préparer une réponse appropriée à une future pandémie à mortalité élevée

## Protection des consommateurs

#### DIRECTEUR

Roland Charrière

#### LE CHIFFRE

100

En mai 2009, l'OFSP et le Département fédéral de l'intérieur fêtaient en grande pompe le centième anniversaire de l'entrée en vigueur de la première loi suisse sur la sécurité alimentaire.

#### LE BUT

Radioprotection, sécurité des produits chimiques et des denrées alimentaires: s'assurer que l'ensemble de ces produits et de ces technologies respectent des standards de qualité suffisante pour ne pas mettre en danger la population à un impact décisif sur la qualité de vie et la santé des Suisses.

#### L'ENJEU

Mondialisation, industrialisation et accélération des échanges: notre monde moderne produit à outrance. Les risques pour la sécurité sanitaire liés aux modes de consommation frénétique de nos sociétés sont énormes. Adapter la législation et disposer des outils d'expertise appropriés dans des délais extrêmement brefs tout en faisant face aux pressions économiques des industriels, voilà tout un programme. Surtout que pour l'OFSP, il s'agit en plus de coordonner des réponses appropriées et cohérentes dans un système fédéraliste où les compétences et les responsabilités sont réparties entre cantons, Confédération et communes. ■





# MÉDECIN

## DE Être malade la nuit, voilà qui est angoissant et peu pratique. Comment réagir et à qui s'adresser lorsqu'un pépin survient?

# NUIT

TEXTES & IMAGES: ROMAIN GRAF

A Genève, à la différence de bien des cantons romands, une multitude de choix s'offre à vous. Option favorite des habitants du bout du lac mais bien souvent inadaptée aux besoins réels, les urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) sont prises d'assaut chaque nuit, avec, à la clé, de longues heures d'attente. D'autres structures, plus ou moins importantes, disposent de service d'urgence (voir le tableau de l'Association des médecins du canton de Genève en page 22). Mais, à Genève, le secours médical de nuit ne se borne pas aux institutions hospitalières. On peut également prendre son téléphone et contacter Genève Médecins. Ce groupement, qui rassemble plusieurs généralistes installés à Genève, propose un service de consultations à domicile (7 jours sur 7 et 24 heures sur 24) pour les patients qui

n'arrivent pas à joindre leur médecin traitant, soit parce qu'il est en vacances, soit parce que le téléphone a lieu au beau milieu de la nuit. A la différence d'autres services du même type, les membres de Genève Médecins essaient de régler directement par téléphone les cas qui ne nécessitent pas d'intervention et qui peuvent être traités par le médecin répondant le lendemain.

Mais à quoi ressemblent ces visites? Pour le savoir, j'ai suivi l'un des médecins participants, le docteur Christian Juge.

Reportage en images à travers la nuit genevoise.

### 22h59. ←

Le Dr Juge m'attend en bas de chez moi, son téléphone portable à la main. Balayant les politesses, il m'apprend que la nuit risque d'être mouvementée. Nous montons dans sa voiture. Premier appel sur son portable, une sonnerie exotique retentit.

La centrale, qui répond aux malades la journée, ne fonctionne pas la nuit et les appels sont déviés directement sur le téléphone médecin de garde.

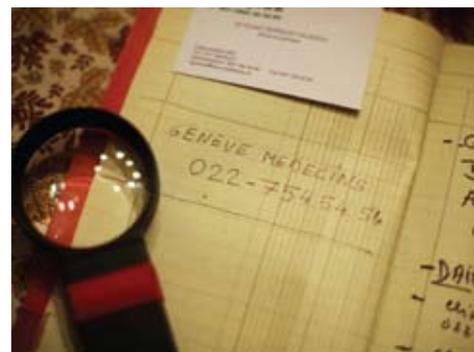


### 23h15.

Nous sonnons et attendons patiemment l'ouverture d'une demi-douzaine de verrous. Nous entrons chez une dame visiblement soulagée de nous voir arriver. En effet, elle est persuadée que des hommes vêtus de capes noires se cachent sous son lit.

### 23h20. ↑

Nous l'écoutons parler alors que le docteur Juge consulte son carnet médical, trouvé sur la table de la cuisine. Elle est atteinte d'un délire floride. Il en existe deux types : *critiqués* ou *non-critiqués*. Certaines personnes sont victimes d'hallucinations tout en étant conscientes d'halluciner. Dans le cas présent, la patiente tient ses hallucinations pour la réalité, d'où la nécessité d'intervenir pour s'assurer qu'elle ne se mette pas en danger dans un moment de détresse.



### 0h02.

Le téléphone portable du docteur Juge sonne de manière soutenue.

Le docteur consacre une grande partie de son temps à résoudre des cas par téléphone, sorte de filtre éthique. Certaines personnes appellent toutes les nuits.

Un de ces appels concerne l'insomnie d'une femme seule obsédée par le bruit de son ascenseur et qui « n'en peut plus, de tout ». Le docteur Juge n'estime pas nécessaire d'intervenir en personne. Il lui conseille de se calmer et d'essayer de dormir, tout en lui proposant de rappeler si elle en ressent le besoin. L'appel se conclut par des insultes de la patiente. A peine le docteur a-t-il raccroché que la sonnerie exotique de son téléphone retentit à nouveau. La voix est faible et peine à s'exprimer, la diction est entrecoupée de râles, c'est un problème cardiaque, il faut intervenir rapidement.

### 0h20. ↑

Nous arrivons dans un très bel appartement de type ancien. Sur la table, j'aperçois ce carnet et cette loupe. Nous sommes face à une personne âgée, qui a certainement composé ce numéro avec difficulté.

### 0h25.

L'état de la patiente est critique. Tension et fréquence respiratoire n'augurent rien de bon. Une ambulance arrive quasi instantanément pour prendre en charge cette dame qui n'est jamais allée à l'hôpital. Elle a perdu son mari trois semaines plus tôt. Elle ne comprend pas ce qui lui arrive : en moins de deux minutes, on lui installe une perfusion dans le bras, puis on la place sur une chaise de transport. Dans l'ascenseur, elle fixe le miroir les yeux écarquillés. Elle se dévisage en robe de chambre et pantoufles, harnachée de son masque à oxygène.

## 1h02.

Dans une fanfare de sirènes, l'ambulance s'éloigne. Je demande au docteur Juge si cet accident cardiaque peut être lié au récent décès de son mari. Il me répond qu'on a toujours cru que des maladies telles que les hépatites ou les ulcères gastriques relevaient du psychologique, qu'on sait maintenant qu'elles sont d'origine infectieuse. J'acquiesce silencieusement.



## 1h40. ↑

Nous arrivons dans une banlieue résidentielle de Troinex pour la consultation suivante.

## 1h45.

Un homme souffre de douleurs thoraciques, d'origine musculaire. Alors que le docteur Juge l'ausculte, nous parlons du stress que lui cause sa procédure de divorce. Le docteur retire le stéthoscope de ses oreilles, ce n'est rien de grave. Le diagnostic rassure notre homme qui nous adresse un large sourire de contentement. Le docteur Juge lui prescrit de l'aspirine pour la nuit.

## 2h30. ↓

Le docteur Juge n'a pas de GPS, sa connaissance du canton de Genève est à comparer avec celle d'un taximan à l'ancienne. A tel point qu'il trouve presque d'instinct une ruelle nouvellement créée à Cressy. Un homme souffre de constipation depuis plus d'une semaine. A notre arrivée, il se tord de douleurs. Je ne suis pas autorisé à prendre de photographies. Une solution s'impose, le lavement. L'homme jubile, il entrevoit sa délivrance. Le docteur réchauffe le tube de glycérine dans un baquet d'eau chaude, afin de rendre l'opération moins désagréable.

## URGENCE MÉDICALE À GENÈVE : QUE FAIRE ?

**1. Appelez votre médecin habituel, même les jours de fête :** l'assistante ou le médecin vous répondent et vous disent que faire. Sinon, écoutez entièrement et suivez les instructions données par le répondeur.

**2. Prenez contact avec un service d'urgence proche** (les soins urgents ambulatoires sont pris en charge par l'assurance maladie de base dans tous les centres ci-dessous) ↓

### URGENCES

• **Clinique de Carouge\*** : 022 309 45 45  
av. du Cardinal-Mermillod 1, Carouge

• **Clinique Générale-Beaulieu\*\*** : 022 839 54 15  
chemin Beau-Soleil 20, Genève

• **Hôpital de la Tour\*** : 022 719 61 11  
av. J.-D. Maillard, Meyrin

• **Groupe médical d'Onex** : 022 879 50 50  
route de Loëx 3, Onex

**3. En cas de déplacement impossible, consultation urgente à domicile surtaxée :**

Genève-Médecins 022 754 54 54

Médecins Urgences (AMG) 022 322 20 20 (7h à 23h)

SOS Médecins 022 748 49 50

**4. URGENCE VITALE, AMBULANCE : 144  
Police 117 ; Feu 118**

• **Clinique des Grangettes\*** : 022 305 07 77  
ch. des Grangettes 7, Chêne-Bougeries

• **Lancy-Urgences\*** : 022 879 57 00  
av. du Petit-Lancy 29, Petit-Lancy

• **Hôpitaux universitaires de Genève\***  
022 372 33 11  
rue Gabrielle-Perret-Gentil 2, Genève  
Urgences pédiatriques, av. Roseraie 45, Genève

\*pour les enfants, prendre rendez-vous / \*\*prendre rendez-vous, enfant uniquement





**4h10. ↓**

Nous pénétrons dans le poste de police qui centralise les opérations de sécurité routière. Quatre prises de sang sont au programme, flanquées d'une grande quantité de pape-rasseries. Le docteur Juge est accueilli par de nombreux « Salut Toubib! ». Ici aussi, on m'interdit de prendre des photos. Un policier m'escorte jusqu'à la cafétéria et m'offre un café. Nous sympathisons, j'ai droit à une visite des locaux pendant laquelle nous discutons des retraites. Je pénètre dans une cellule de dégrisement, elle empeste les pieds.

**4h40. ↑**

Les prises de sang sont terminées, le docteur Juge nous rejoint à la cafétéria. A peine assis, son téléphone sonne. Il s'agit d'un appel rocambolesque d'une dame qui implore que l'on vienne soigner son mari. L'expérience du docteur le pousse à demander si ce n'est pas elle qui aurait besoin d'aide. Grâce à quoi, il découvre que son interlocutrice vient de se faire frapper par son mari, devenu fou. L'appel est alors dévié vers l'officier qui nous accompagne. Nous laissons la police faire son travail.



**5h30. ↑**

Notre ultime consultation nous emmène chez une dame couchée dans son lit et entourée de bassines en plastique. Son fils pense qu'elle souffre d'une gastro-entérite. Vomissements, perte d'équilibre et picotements dans les extrémités. Le docteur Juge ausculte la patiente en lui demandant de fermer les yeux et de toucher son nez. Dans un silence quasi religieux, la patiente réussit l'opération, de même que toutes les autres épreuves. Le docteur Juge estime que des cristaux se promènent dans ses oreilles, créant ainsi des troubles de l'équilibre.

**6h24.**

Le docteur Juge me dépose devant chez moi. Je suis exténué. Je lui demande comment il fait pour se montrer aussi alerte à une telle heure de la nuit. Il me répond qu'il va certainement dormir jusqu'à 17 heures le lendemain, mais pour l'heure, tout est une question d'adrénaline. ■

“ La prise de conscience collective de la nocivité du tabagisme a entraîné la réapparition de comportements parallèles dont les risques sont souvent mal évalués par les fumeurs.”



# CONSOMMATION DE NICOTINE : LES NOUVEAUX PRODUITS

TEXTE : ISABELLE JACOT (CHUV), JACQUES CORNUZ (CHUV) / ADAPTATION\* : MARINA CASSELYN

**Contournement de la loi, nouveauté, ou intention louable de diminuer sa consommation de cigarettes, toujours est-il que certains nouveaux produits procurant de la nicotine, malgré les croyances répandues, ne sont pas toujours sans risque.**

La prise de conscience collective de la nocivité du tabagisme, aussi bien actif que passif, a provoqué la mise en place de mesures de prévention efficaces - augmentation du prix, interdiction de la publicité, promotion des lieux sans fumée - mais aussi l'apparition ou la réapparition de produits parallèles. Pour diminuer leur consommation, voire arrêter, ou pour simplement être en règle avec la loi, certains fumeurs se tournent vers des produits potentiellement moins nocifs leur procurant également de la nicotine. Mise au point sur ce que savent les médecins sur le narguilé, le tabac oral et la cigarette électronique dans l'optique d'une alternative à la cigarette.

## Narguilé

**Risques :** équivalents à la cigarette  
**Intérêt contre la dépendance :** aucun ; risques similaires  
**Dépendance à la nicotine :** oui  
**Risques :** cancers pulmonaire et œsogastrique, problèmes cardiovasculaires et pulmonaires, baisse de la fertilité ; transmission de maladies infectieuses telles qu'herpès, hépatite et tuberculose quand le narguilé est partagé.  
**Intérêt par rapport à la cigarette :** aucun  
**Autorisation de vente en Suisse :** oui

Le narguilé, appelé aussi pipe à eau, shisha (chicha), hookah ou goza, est utilisé traditionnellement en Afrique du Nord et dans le sud-est de l'Asie. Depuis quelques années,

L'usage du narguilé est devenu populaire dans les pays occidentaux parmi les jeunes, en particulier en France.

L'usage de tabacs aromatisés et le passage à travers l'eau donnent une impression de fumée plus douce... Erreur: l'eau ne filtre pas la plupart des substances contenues dans la fumée du tabac et ne diminue pas sa nocivité. L'usage du narguilé entraîne en outre une exposition nettement supérieure à la fumée passive due à la double combustion du charbon et du tabac, qui provoque d'énormes volumes de fumée et une exposition importante au monoxyde de carbone, à des métaux lourds et à différentes substances cancérigènes.

## Tabac oral

**Risques :** risque accru de cancer de la bouche et du pancréas ; risque cardiovasculaire possible ; risque d'accouchement prématuré et poids de naissance diminué

**Intérêt par rapport à la cigarette :**

pas de produits de combustion, teneur réduite en agents carcinogènes (nitrosamine) pour certains produits

**Dépendance à la nicotine :** oui. De plus, les substituts nicotiniques ne semblent pas efficaces contre cette dépendance

**Autorisation de vente en Suisse :**

oui, à l'exception du snus (interdit dans toute l'Union européenne sauf en Suède)

Le tabac oral se consomme soit sous forme de feuilles de tabac placées en bouche et mâchées (tabac à chiquer) dont l'usage est actuellement exceptionnel en Europe, soit sous forme de tabac moulu appelé «snuff» ou «snus». On distingue le moist snuff, tabac moulu humidifié destiné à un usage oral, du dry snuff, tabac en poudre s'utilisant à la fois pour un usage oral et nasal (tabac à priser). Le snus est une forme de tabac oral moulu et humidifié, conditionné en sachets, d'usage traditionnel en Suède. Le snus suédois est produit par l'industrie du tabac avec des normes réduites pour la teneur en nitrosamines, l'un des principaux cancérigènes du tabac, et en métaux lourds.

## Cigarette électronique

**Risques :** peu de connaissances et absence de recul. Exposition au propylène glycol ; irritation pharyngée possible

**Intérêt par rapport à la cigarette :** pas de tabac, pas de produit de combustion

**Dépendance :** pas de données

**Autorisation de vente en Suisse :** non

La cigarette électronique est un dispositif produisant de la vapeur tiède pouvant contenir de la nicotine dans le but de reproduire la fumée de la cigarette. Il s'agit d'un embout muni d'une batterie et d'un pulvérisateur, dans lequel on insère des cartouches contenant des substances aromatiques, avec ou sans nicotine. Cette vapeur contient du propylène glycol, solvant irritant dont les effets à long terme sont mal connus.

Pour l'heure, la cigarette électronique paraît moins nocive que la cigarette. On ne peut cependant pas affirmer son absence de nocivité. Selon l'usage, ce produit pourrait être addictif, ce qui aurait pour conséquence de maintenir la dépendance à la nicotine chez les fumeurs qui opteraient pour ce produit, notamment pour faire face aux nombreuses interdictions de fumer dans les lieux publics. On ne dispose actuellement pas de données quant à son efficacité pour le sevrage tabagique.

Bien que les produits, tels le snus ou la cigarette électronique, apparaissent comme des alternatives moins nocives que la cigarette, les arguments en leur faveur sont finalement insuffisants et les données médicales à long terme encore incomplètes. De plus, y avoir recours représente peut-être une occasion manquée d'arrêter la nicotine. L'arrêt complet du tabac est la seule intervention pour laquelle les bénéfices sont largement connus... Autre dilemme, on ne sait pas si la consommation de ces produits potentiellement ludiques pourrait inciter à fumer ultérieurement la cigarette. ■

\*Source : « Nouveaux modes de consommation du tabac et de la nicotine », Revue Médicale Suisse, n°210, juillet 2009.

## OUI, LES SUBSTITUTS NICOTINIQUES SONT EFFICACES POUR ARRÊTER DE FUMER

PROPOS RECUEILLIS PAR MARINA CASSELYN

Patches, chewing-gums ou pastilles, inhalateurs... Pour aider les fumeurs réellement motivés à s'arrêter de fumer, les substituts nicotiniques sont des armes de choix qui doublent les chances de réussite. Pourtant, il y a un an, la presse mettait en doute l'efficacité des apports de nicotine en relayant des résultats obtenus chez l'animal - résultats publiés notamment par un scientifique ayant travaillé pour d'industrie du tabac. Mise au point avec le Pr Jacques Cornuz, de la Polyclinique médicale universitaire (PMU) de Lausanne.

**Quels sont les substituts les plus efficaces ?**

Globalement, ils ont tous la même efficacité. Ils sont toutefois complémentaires : les patches diffusent de la nicotine de façon continue dans le sang, tandis que les chewing-gums, les pastilles et les inhalateurs ont une courte durée d'action et peuvent être utilisés dès qu'une sensation de manque se fait ressentir. De plus, ils permettent de reproduire une certaine gestuelle du fumeur avoir quelque chose dans la bouche ou dans les mains. On peut donc combiner soi-même les substituts, en bi- ou en trithérapie, sans aucun risque de surdosage.

**La nicotine absorbée par l'intermédiaire de ces substituts est-elle toxique ?**

Non. Cette absorption de nicotine n'a aucun impact sur la santé : ce sont les fumées inhalées qui provoquent les maladies liées au tabagisme. La nicotine est en revanche l'une des principales substances – mais il y en a probablement d'autres – qui provoquent la dépendance au tabac. Lorsqu'un fumeur décide d'arrêter de fumer, sa quantité de nicotine dans le sang passe brutalement à zéro ; c'est ce qui provoque les effets de manque ou « sevrage tabagique » : irritabilité, maux de tête, troubles du sommeil, augmentation de l'appétit, et quelquefois dépression. Des apports modérés, contrôlés de nicotine permettent de corriger ces troubles.

**Existe-t-il d'autres substances pour aider au sevrage ?**

Il existe deux médicaments, sans nicotine, mais qui permettent de soulager les manifestations du sevrage : le bupropion, un antidépresseur, et la varénicline, qui imite l'action de la nicotine dans le cerveau. Ces traitements peuvent dans certains cas permettre d'individualiser au mieux la prise en charge des personnes désirant s'arrêter de fumer. Ils sont parfois plus appropriés que les substituts, mais ils sont évidemment prescrits sur ordonnance et peuvent avoir des effets secondaires. ■

L'obésité infantile pèse lourd en matière de santé publique. En Suisse, près de 30% des enfants et des adolescents sont en surcharge pondérale, tandis que 5 à 10% souffrent carrément d'obésité. Depuis sept ans, les jeunes de la région du Locle et de la Chaux-de-Fonds ont la possibilité d'intégrer un programme de soin dans le cadre de l'école obligatoire. Le projet éq'kilo, né sous l'impulsion d'un médecin scolaire, le Docteur Souhaïl Latrèche, réunit une équipe de professionnels pluridisciplinaire. Médecins, maîtres de sport, diététicienne, éducatrice et psychologue encadrent les jeunes en surpoids et leurs familles pendant un an.



# ÉQ'KILO

## UNE RÉPONSE POUR VAINCRE L'OBÉSITÉ INFANTILE

ADAPTATION\* : ELODIE LAVIGNE

L'objectif est bien plus large que la seule perte de poids. Il consiste à instaurer des changements durables dans le rapport à la nourriture et au corps. L'autre idée force de ce concept est que l'obésité ne se résume pas à un simple déséquilibre entre alimentation et activité physique, mais englobe l'individu dans son ensemble, c'est-à-dire avec son comportement, ses pensées, ses émotions, son éducation, sa famille. Les parents sont en effet partie prenante dans ce programme, qu'ils soient eux-mêmes ou

non en surcharge pondérale. Ils participent à bon nombre de séances et assurent le suivi entre elles. L'obésité n'est pas envisagée uniquement comme le problème de l'enfant. Les professionnels estiment qu'elle est porteuse de sens au sein de la réalité familiale, dont elle révèle les fonctionnements. Pour l'équipe soignante, il ne s'agit pas pour autant de culpabiliser les parents. Au contraire, elle est là pour leur offrir un soutien et pour valoriser leurs ressources personnelles, tout en leur donnant des clés pour les aider

dans ce cheminement. Le rôle de l'éducation, le développement psychologique de l'enfant, ses besoins pour se construire sont autant de thèmes abordés dans des séances individuelles ou de groupe.

### PAS DE RESTRICTION ALIMENTAIRE

Sur le plan diététique, la prise en charge de l'obésité repose traditionnellement sur un contrôle des apports alimentaires, en fonction de l'âge de l'enfant. Or, de nombreuses études ont démontré que plus on restreint l'alimentation, par le biais de régimes, plus le risque est grand que la personne en surpoids développe, en parallèle, des troubles du comportement alimentaire. Ainsi, c'est classique, les phases de restriction sont suivies par des phases de compulsions, dans lesquelles elle va chercher à compenser tout ce dont elle s'est privée pendant un temps. A long terme, on observe non pas un amaigrissement, mais une prise de poids progressive, ce qui est totalement contre-productif.

Eq'kilo propose de son côté de dépasser la dialectique quantité et qualité des aliments, en cherchant à développer chez le jeune un comportement alimentaire sain. Certes, on s'intéresse à la qualité de ce qu'il mange (et boit) et au contexte de nutrition, en soulevant les questions suivantes: quelle place ont les fruits et légumes dans son assiette? Prend-il ses repas seul ou en famille? Mange-t-il à table, au salon, sur le canapé, avec ou sans télé? A quel rythme? Le but est de mettre en évidence les points positifs et les zones fragiles de son mode de nutrition. Puis, plutôt que de lui fixer des quantités réglementaires par jour ou par repas, on va lui apprendre à reconnaître les sensations de faim et de satiété. Dans des séances de groupe animées par la diététicienne et la psychologue, les familles ont la possibilité de discuter des connaissances acquises en matière d'équilibre alimentaire

et de faire part de leurs propres expériences. Il est question, par ces échanges, de stimuler des changements dans les pratiques familiales.

Pour ancrer ces réflexions dans la pratique, trois ateliers de cuisine, avec réalisation d'un repas et dégustation, sont organisés durant l'année. Pour les uns et les autres, c'est l'occasion de découvrir une façon légère de cuisiner et de goûter de nouvelles recettes.

#### ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

Pour cerner les enjeux psychologiques de l'obésité, on essaie de repérer et de décrypter avec les participants les comportements alimentaires qui génèrent la prise de poids, à travers des discussions, des travaux individuels et des jeux de rôle. Pourquoi l'adolescent se met-il à grignoter? Qu'est-ce qui le pousse à manger de manière excessive? Comment perçoit-il les liens

## “L'objectif est bien plus large que la seule perte de poids: il s'agit d'instaurer des changements durables dans le rapport à la nourriture et au corps.”

entre stress et alimentation?

Le suivi psychologique est en effet central dans ce projet. Le surpoids de l'enfant peut compliquer son intégration sociale et le conduire à l'isolement. Très souvent, dans le regard des autres, l'individu obèse se résume à ses kilos en trop. Les moqueries sur son physique sont fréquentes, de même que les stéréotypes qu'on peut lui coller, comme celui du gros jovial et bon vivant. Mais cette identité de «gros» peut sérieusement entamer son estime de soi et favoriser, à l'adolescence, l'émergence de maladies psychiques sévères comme la dépression ou les troubles alimentaires.

Cette prise en charge ne serait

pas complète si l'activité physique n'y était pas programmée. Le sport améliore la condition physique générale, il augmente la dépense énergétique et favorise la fonte des graisses au profit de la masse musculaire. Plusieurs fois par mois, les ados, seuls ou avec leurs parents, ont alors la possibilité de faire de la gym, de la natation, de l'athlétisme, etc. Ce n'est pas la performance qui est visée, mais le plaisir de bouger. De quoi se sentir plus léger et mieux dans son corps! ■

\*Source : « Prise en charge du surpoids chez l'enfant », Revue Médicale Suisse, n°179, novembre 2008 par S. Latrèche, F. Authier, S. Vogel, A. Mosset, F. Portner, J.C. Perroud.

### Question d'avenir

COLLECTIF



2009 • 176 pages • CHF 29.–

Dix personnalités connues dans le milieu scientifique ont répondu à l'invitation du quotidien *Le Temps* à explorer et expliquer dix domaines parmi les plus importants des sciences. Entre doutes et espoirs, ces textes traitent tous de questions importantes: inventer la société de demain et guider les êtres humains qui en hériteront.



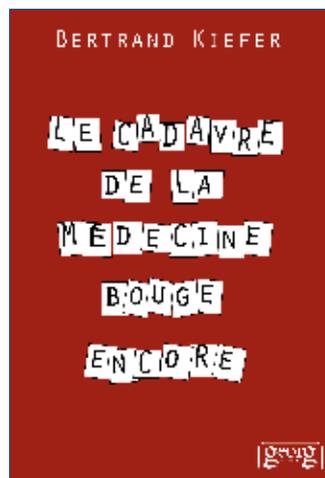
En vente chez votre libraire

Vous pouvez aussi commander ce livre via notre site internet: [www.medhyg.ch/georg](http://www.medhyg.ch/georg)

Par tél: 022 702 93 11 – Par e-mail: [livres@medhyg.ch](mailto:livres@medhyg.ch)

### Le cadavre de la médecine bouge encore

Bertrand KIEFER



2010 • 368 pages • CHF 46.–

Qu'est-ce que la médecine? Un ensemble de techniques qui s'intéressent au corps humain, des procédés de soins, de suppression de la douleur, de prolongation de la vie et, de plus en plus, d'amélioration de soi. Tout cela se porte bien. Pourtant, à mesure qu'elle progresse, la médecine devient un secteur économique comme un autre et perd de vue le sujet humain – l'individu et sa souffrance. Dans cet ouvrage, Bertrand Kiefer, médecin, théologien et journaliste, s'interroge sur les relations que la médecine entretient avec la société.



**Il l'a échappé belle, Jean-Charles Simon. En 2004, de retour d'un voyage à Madagascar, il revient atteint de paludisme et tombe dans le coma. Après 10 jours de soins intensifs au CHUV, il s'en sort miraculeusement. Une expérience qui a profondément marqué sa vision de la médecine. Rencontre avec l'animateur vedette de la Radio Suisse Romande, qui, en plus d'amuser la galerie chaque après-midi sur les ondes avec son émission Aqua Concert, aura vécu plusieurs vies, entre théâtre, études de pharmacie et passage à Berne comme conseiller national.**

## Jean-Charles Simon face à son médecin

PROPOS RECUEILLIS PAR MICHAEL BALAVOINE

**En attrapant une forme de paludisme, vous avez frôlé la mort. Comment se sent-on après une telle aventure ?**

Soulagé ! En bon citoyen qui cherche à réduire les coûts de la santé, je ne voyais pratiquement pas de médecin avant cette terrible aventure. J'ai quelques faiblesses aux intestins et aux oreilles. Je suis par ailleurs myope comme une taupe et cela ne s'arrange pas avec le temps. Quand j'avais des problèmes, je me rendais chez des spécialistes que je connais depuis mes

études de pharmacie. Un tour chez l'ORL, un autre chez l'ophtalmologue. Voilà, en gros, en quoi consistait mon expérience des médecins. Après cette affaire de paludisme, tout a changé. Je croyais fermement que la médecine était une science pure et dure. Pour moi, il y avait les maladies curables et incurables. J'ai découvert que la situation était plus complexe. Les médecins cherchent à soigner, souvent avec efficacité, mais, parfois, la marche à suivre est peu claire et ils tâtonnent.

**Vous avez découvert l'incertitude du métier ?**

Plus que ça : l'importance de la collaboration entre le patient et le médecin. Lorsque je suis sorti de mon dernier examen pour le paludisme, le dernier organe à se remettre, c'était les reins. Le chef de clinique m'a dit que tout était en ordre. J'ai alors remercié tous ceux qui avaient contribué à me sortir de cette histoire. Sur le pas de la porte, le médecin m'a arrêté une dernière fois et m'a dit une chose surprenante dont je me souviendrais toujours. « Vous savez, Monsieur Simon, ce n'était pas votre heure. » D'un côté, j'étais fier que mon organisme ait contribué à ma guérison. Mais de l'autre, j'ai ressenti une sorte d'inquiétude. J'avais compris que la médecine n'est pas qu'une affaire de traitements et de prouesses scientifiques. Il s'agit aussi d'une aventure et d'une histoire entre le patient, le médecin et une petite dose de hasard.

**Le paludisme vous a donné l'occasion d'éprouver le système de santé suisse. Qu'en pensez-vous ?**

Au niveau de la qualité des soins et de la prise en charge, je ne trouve rien à redire. Je remercie même le ciel d'en avoir un aussi bon. J'ai été par contre légèrement déçu par les assureurs. La première lettre que j'ai reçue en sortant des soins intensifs émanait de ma caisse-maladie. Elle m'avertissait que, malgré ma complémentaire, je devrais redescendre en salle commune si mon séjour hospitalier devait durer plus d'un mois et demi. C'est le genre de courrier qui vous fait plaisir quand vous venez d'échapper à une violente crise de paludisme !

**Votre expérience de conseiller national vous a-t-elle donné l'occasion de vous confronter à ces lobbies ?**

Plus à celui des pharmas qu'à celui des assureurs. Cela vient de ma formation. Je voulais devenir médecin. Mais, comme j'étais aussi intéressé par le métier d'acteur, il fallait trouver un entre-deux. Avec la pharmacie, je pouvais travailler le jour et être acteur la nuit. A Berne, ma formation m'a rattrapé et je me suis confronté aux problèmes des médicaments. Ça n'a pas fait plaisir à tout le monde, mais je me suis battu pour les importations parallèles.

**Lors de votre séjour bernois, on parlait aussi beaucoup de légalisation des drogues...**

Oui. J'étais et je suis toujours contre. Je trouve qu'il faut garder un seuil de transgression, sinon les gens consomment des drogues de plus en plus dures. Cette position m'a évidemment valu d'être taxé de réactionnaire. Ça m'est égal. Je suis toujours contre. Je ne m'en porte pas plus mal et mon art non plus. ■

# De bien curieuses listes de médecins

TEXTE : PHILIPPE BARRAUD

**V**ous êtes un assuré ordinaire, et donc vous ne connaissez pas grand chose aux subtilités vaguement perverses de l'assurance maladie. De guerre lasse, après une douzaine de téléphones à l'heure des repas, vous acceptez qu'un conseiller vous rende visite. Comme il est là non pas pour vous donner des conseils, mais pour vous vendre quelque chose, il vous propose une baisse de prime substantielle, pourvu que vous acceptiez un produit d'assurance dans lequel le choix du médecin est restreint. Génial ! Et pas de souci ! La caisse, obligeante, vous fournit la liste des praticiens que vous avez le droit de consulter.

C'est là que les problèmes commencent. En effet, sur votre liste, vous ne trouvez pas votre médecin de famille; contrarié, vous essayez de contacter un autre médecin de la liste; hélas ! Il est décédé depuis cinq ans ! Un autre est à la retraite; un troisième est en réalité un psychiatre, donc un spécialiste, et c'est raté.

Ces exemples sont authentiques. Ils montrent que les caisses élaborent ces listes selon des critères totalement opaques, et surtout sans aucune concertation avec les sociétés médicales cantonales, ce qui est tout de même un comble, dans la mesure où les médecins sont leurs principaux partenaires. Les médecins, précisément, sont très fâchés de l'incompétence dont font preuve les assurances. «Ils établissent des listes à leur gré, qui sont soit fausses, soit restrictives», s'insurge Pierre-Yves Bilat, président de la Société neuchâteloise de médecine (SNM), en brandissant la liste envoyée par la caisse Agrisano aux clients qui ont eu l'imprudence de signer son contrat : on y trouve huit praticiens, alors qu'il y en a une trentaine à La Chaux-de-Fonds. Pour ne rien arranger, sur ces huit médecins, plusieurs ne sont pas des généralistes. Selon quels critères les médecins ont-ils été choisis ? Quels patients sont au bénéfice de ces contrats ? Selon leur pratique habituelle, les caisses ne répondent pas aux questions.

Et si elles ne répondent pas aux médecins, elles ne répondent pas non plus aux journalistes : nous avons offert au directeur d'Agrisano, M. Keller, de justifier sa politique. Nous avons reçu une réponse tardive du groupe RVK à Lucerne, dont fait partie

**Les caisses-maladie proposent des rabais sur les primes si on accepte une restriction du choix des médecins. Mais les listes des praticiens qu'on a le droit de consulter sont arbitraires et fantaisistes : on y trouve même des médecins décédés !**



**“Vous essayez de contacter un médecin de la liste mais il est décédé depuis cinq ans”**

Agrisano. RVK se dit ouverte à la collaboration avec les sociétés de médecine, «si le partenaire est orienté sur la Managed Care.» S'agissant d'une éventuelle concurrence déloyale, RVK répond que «Non, nous disposons actuellement de 38 médecins (dont plusieurs pédiatres) sur la ville de La Chaux-de-Fonds dans le système du médecin de famille. Nous recommandons à nos assureurs affiliés d'utiliser cette liste dans son ensemble.» Où et de quelle manière cette liste est publiée ou appliquée reste dans la compétence de chaque assureur. Apparemment donc, Agrisano n'a pas utilisé la liste dans son ensemble : pourquoi ? Impossible de le savoir.

Certes, d'autres caisses sont moins verrouillées. Il y a trois ans, Helsana avait établi une liste discriminatoire. Il a fallu une campagne d'affichage dans les cabinets médicaux, et des échanges peu amènes entre la SNM et la caisse, pour qu'enfin celle-ci accepte un accord amiable, après la mise en œuvre d'avocats. Un problème subsiste néanmoins : les listes existent toujours et, comme la population avait adhéré assez massivement à ces offres commerciales, sans avoir lu les petites lettres, les malentendus

se multiplient. Par exemple, les assurés à ces contrats doivent obtenir un bon de délégation pour pouvoir consulter un spécialiste. Mais que doit faire le médecin de famille qui n'est pas sur la liste ?

«Les caisses ne nous ont jamais donné les listes, ni fait savoir quels patients avaient adhéré au système, ni fourni un quelconque mode d'emploi. Alors, les gens nous demandent un bon de délégation, mais nous ne savons pas pourquoi ni comment, s'insurge Pierre-Yves Bilat, qui conclut : On se moque d'une corporation, sans concertation et sans l'informer du fonctionnement de ces contrats».

La Société médicale de la Suisse romande va s'emparer de la question, estimant qu'un système dans lequel ni les patients ni les médecins ne sont informés des conditions et surtout des limites de ces contrats particuliers est intolérable. Pour les médecins, il est potentiellement envisageable de parler de concurrence déloyale, puisque les listes sont établies selon des critères inconnus.

Affaire à suivre donc, en se souvenant, en tant qu'assuré, que les contrats mirobolants le sont rarement pour ceux qui les signent... ■

# Demain, il va falloir gérer sa carte d'assuré

TEXTE : PHILIPPE BARRAUD

D'ici la fin du mois de mars, toutes les personnes assurées en Suisse devraient avoir reçu leur carte d'assuré. Il s'agit d'une carte à puce rassemblant un certain nombre de données, dont l'introduction à l'échelle du pays est exigée par la Loi sur l'assurance maladie, la LAMal. Pour quels enjeux, et avec quels risques éventuels ? Le point avec Véronique Matthey, juriste, adjointe au Secrétaire général de la Société vaudoise de médecine.

Bien qu'elle soit prévue par la loi, cette carte reste du ressort privé, celui des caisses-maladie, qui en seront propriétaires. Ainsi, à la fin de son contrat, ou s'il change de caisse, l'assuré doit la restituer. Ce qui peut poser quelques problèmes, on va le voir.

## QUE CONTIENT LA CARTE ?

La carte d'assuré contient deux types de données :

1. Des données administratives obligatoires, qui doivent figurer à la fois sur la carte, en impression, et dans la puce électronique. Ce sont le nom et le prénom de l'assuré, son numéro AVS, la date de naissance, le sexe, le numéro d'identification de l'assureur, le numéro d'identification de la carte et sa date d'expiration. D'autres données administratives, facultatives celles-là, peuvent être ajoutées : l'adresse postale de l'assuré, l'adresse de facturation de l'assureur, les modèles particuliers d'assurance (médecin de famille, appel téléphonique préalable, etc.), la suspension de la couverture accidents, et encore des indications sur les assurances complémentaires – mais seulement avec l'accord de la personne assurée.
2. Des données médicales, mais seulement à la demande du patient : en aucun cas, précise Véronique Matthey, des données médicales ne peuvent être enregistrées sans son accord. Il faut bien préciser que ces données ne sont pas le dossier médical du patient, mais seulement des informations qu'il peut juger utile de mettre sur sa carte, par exemple en cas d'accident : groupe sanguin, allergies éventuelles, médicaments, vaccins reçus. En clair, cette carte est bien une carte d'assurance, non une carte de patient.

Si l'assuré tient à faire figurer des données médicales sur sa carte, il devra veiller à faire tenir ces informations à jour, soit par le médecin ou, en partie, par le pharmacien. Cela implique évidemment que tous les médecins et les pharmaciens soient équipés de lecteurs de carte, et qu'ils acquièrent les logiciels idoines.

A noter que l'assureur n'a pas accès à la partie données médicales de la carte – tout comme l'assuré lui-même d'ailleurs ! Par précaution, l'assuré peut faire verrouiller les données médicales par un code PIN.



Selon Véronique Matthey, juriste à la Société vaudoise de médecine, les assurés n'auront pas le choix et devront s'accoutumer à la nouvelle carte d'assuré.

## QUELLE MARGE DE MANŒUVRE POUR L'ASSURÉ ?

Elle est quasi nulle. On ne peut pas refuser la carte ni son établissement, ni refuser de la présenter. De plus, comme elle appartient à la caisse-maladie, on doit la restituer en fin de contrat. Il s'agit donc de nouvelles obligations pour l'assuré : il devra l'ajouter à la collection de cartes qu'il porte sur lui en permanence. S'il change de caisse, il devra penser à faire effacer les données de la carte avant de la restituer puisque, par principe, les données médicales sont considérées comme sensibles.

Pour Véronique Matthey, le fait que le numéro d'identification de l'assuré soit son numéro AVS peut poser problème, dans la mesure où il existe un risque de croisement des données : même si c'est interdit, de telles pratiques pourraient exister. En résumé, le patient, qui se verra imposer bientôt sa carte d'assuré, devra prendre la peine d'en gérer le contenu, ou plus exactement d'en faire gérer le contenu par son médecin, s'il a décidé d'y mettre des données médicales. Dans tous les cas, c'est un trac en plus, alors même que les caisses ne sont pas très enthousiastes !

Cela dit, on peut le voir aussi comme un pas vers la cybersanté, même s'il n'a pas forcément été fait dans la bonne direction. ■

# Grippe A/H1N1

## Unilabs s'est pleinement investie dans la détection du virus



Depuis son apparition en avril 2009, la grippe pandémique a concerné 263'000 personnes en Suisse, 13'439\* cas ayant été confirmés par des tests de laboratoire. Début 2010, la pandémie a heureusement touché à sa fin. Elle a été moins sévère que prévu.

La surveillance et le suivi de la pandémie ont été mis en place par les autorités sanitaires suisses dès les premiers jours. A ce moment, seuls les centres universitaires et en particulier le Centre National de la Grippe à Genève étaient autorisés à mettre en évidence le virus de la grippe A/H1N1. A sa demande, le canton de Genève et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) ont rapidement octroyé à Unilabs le statut de premier laboratoire privé à réaliser le test de dépistage de la grippe A/H1N1. Il s'agissait de toute évidence d'un problème logistique complexe car il fallait surveiller l'évolution du virus et de la pandémie et permettre à un grand nombre de patients de se faire tester selon des directives épidémiologiques précises.

### Unilabs a apporté des solutions novatrices

Unilabs et ses équipes scientifiques ont immédiatement mis en place un test novateur permettant la mise en évidence à la fois du virus pandémique A/H1N1 et du virus de la grippe saisonnière. Cette innovation technologique a permis non seulement de proposer les deux analyses au prix d'une seule, mais aussi de doubler le nombre d'analyses réalisables par jour ! Dans plus de 95% des cas, Unilabs a réussi à communiquer les résultats aux médecins ou aux patients dans les 24 heures après le prélèvement (plus de 6000 téléphones en 5 mois).

**Au final, le réseau des laboratoires Unilabs a réalisé en Suisse 17% et dans le canton de Genève 70% de tous les tests positifs annoncés à l'OFSP.**

Au vu de l'inquiétude de la population suite aux informations des médias, Unilabs a pris soin de mettre en place une série de mesures d'accompagnement très appréciées, pour répondre aux attentes du corps médical et des patients :

- un système de transmission des résultats dans les 24 heures, 6 jours sur 7;
- une hotline médicale dédiée aux médecins et aux patients;

- une large distribution de trousse de prélèvement spéciales aux médecins, aux cabinets de groupe, aux hôpitaux;
- un accès facilité aux tests grâce au réseau de 23 centres de prélèvement Unilabs dans les principales villes de Suisse;
- les tests effectués par des infirmières à domicile pour les personnes ne pouvant se déplacer.

### Unilabs au service de la santé de tous

Aux yeux de nombreux patients et de médecins inquiets, Unilabs a donc joué en 2009 un rôle important pour confirmer ou écarter le diagnostic de grippe pandémique. Ses compétences en matière de diagnostic et de logistique, l'attitude rassurante de son personnel soignant et la qualité d'écoute de ses spécialistes ont été les facteurs clés qui ont permis de répondre aux attentes de la population.

*\*données OFSP au 17.01.10*



**Unilabs**

Analyses médicales

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

**Plan**   
Laboratoires



**Stomacine**<sup>®</sup>



Le traitement en cas de:

**Ballonnements  
Manque d'appétit  
Sensation de réplétion**

Médicament spécifiquement indiqué  
pour les troubles fonctionnels de l'estomac  
grâce à 3 plantes (condurango, cardamome,  
quassia) et une enzyme digestive (pepsine).

Pour de plus amples informations, veuillez consulter le Compendium  
Suisse des Médicaments.





## Pour savourer sans les effets secondaires.



Milk sans lactose UHT Free From  
1 l



\*Yogourt au moka Free From  
125 g



\*Pizza Margherita sans gluten DS Food  
265 g



\*Farine sans gluten Schär  
1 kg



\*Crème entière UHT Free From  
2.5 dl



\*Mozzarella Free From  
125 g



\*Fusilli sans gluten Schär  
500 g



\*Cornflakes sans gluten Schär  
250 g



**Free From, DS Food et Schär. Sans lactose. Sans gluten. Plus de 50 délicieux produits pour les personnes allergiques.**

**Pour en savoir plus: [www.coop.ch/freefrom](http://www.coop.ch/freefrom)**

\* En vente dans toutes les grandes Coop et en ligne sur [www.coopathome.ch](http://www.coopathome.ch)

Pour moi et pour toi.