

Planète Santé

N03

— DU MÉDECIN AU PATIENT

SANTÉ

Édulcorants,
mythe et réalité

DROIT

Relation
médecin-patient



MORATOIRE & LABOS

Le système de santé sous haute tension



Pour savourer sans les effets secondaires.



Milk Free From sans lactose, UHT
1 l 1.95



Yogourt au moka Free From
125 g -.70



Ballons sans gluten Kaisersemmel
DS Food 400 g (surgelés) 5.95



Farine DS Food
1 kg 8.80



Crème entière UHT Free From
2.5 dl 2.90



Mozzarella Free From
125 g 2.45



Fusilli sans gluten DS Food
500 g 5.40



Cornflakes DS Food
375 g 5.90



Free From et DS Food. Sans lactose. Sans gluten.
Plus de 50 délicieux produits pour les personnes allergiques.
En vente dans les grandes Coop et en ligne sous
www.coop.ch/freefrom

coop
Pour moi et pour toi.

Planète Santé

IMPRESSUM

Rédaction

Rédacteur en chef

Michael Balavoine

Rédacteurs

Philippe Barraud

Marina Casselyn

Éditeur

Editions Médecine & Hygiène

Chemin de la Mousse 46

1225 Chêne-Bourg

Email: planetesante@medhyg.ch

Tél: +41.22.702.93.11

Fax: +41.22.702.93.55

Publicité

Publicitas Publimag SA

Rue Etraz 4

Case postale

1002 Lausanne

Tél: +41 21 321 41 88

Fax: +41 21 321 41 99

Email: service.ls@publimag.ch

Site: www.publimag.ch

Graphisme

Bruno Charbonnaz

Illustrations

Wasem

Impression

Imprimeries Réunies Lausanne SA

Renens

Comité de rédaction

Dr Henri-Kim de Heller

Dr Bertrand Kiefer

Dr Michel Matter

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), périodique indépendant de vulgarisation biomédicale 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

Site: www.planetesante.ch

Fiche technique

ISSN: 1662-8608

Tirage: 100 000 exemplaires

4 fois par an

Disponible dans les cabinets médicaux

EDITO

Un manque de vision flagrant

PAR MICHAEL BALAVOINE

Non contents de s'être mis à dos l'ensemble des professionnels de la santé avec la baisse du tarif des analyses de laboratoire, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et son ministre de tutelle, Pascal Couchepin, ont sorti ces dernières semaines leur baguette magique pour mettre un frein à la hausse des coûts de la santé. D'une taxe de consultation de 30 francs payée par les patients à la menace d'intervenir directement sur le point tarifaire (Tarmed) qui régule le salaire des médecins, la méthode a de quoi inquiéter. Loin de chercher un consensus et de se préoccuper du sort des patients, Berne avance des mesures qui démontrent à quel point elle ne possède ni vision à long terme ni cohérence dans l'approche des problèmes rencontrés. Visiblement dépassée par des événements complexes, l'administration cherche à im-

poser sa solution miracle: taxer des médecins qualifiés de nantis et des patients prétendument abuseurs. Mais personne n'est dupe. Assurer la qualité du traitement et du suivi des patients, gérer l'explosion des coûts et anticiper le vieillissement de la population: cela ne se règle pas en désignant des boucs émissaires, mais en réussissant à mettre en œuvre une politique concertée et cohérente qui ne méprise pas les acteurs du terrain. ■

SOMMAIRE

4 Actualités

POLITIQUE DE SANTÉ

6 Système de santé: un malade à bout de souffle

8 Moratoire et médecine en réseau: l'avenir incertain du système de santé

SANTÉ

10 Edulcorants entre mythe et réalité

12 TOCS: quand les manies empoisonnent la vie

PENSÉES DE MÉDECINS

13 Le bon médecin

DROIT DE LA SANTÉ

14 Relation médecin-patient: quand le divorce est consommé

NE BUVEZ PAS VOS BOISSONS BRÛLANTES!



Avoir coutume de boire son thé brûlant favorise l'apparition de cancers de l'œsophage : si le thé est bu à une température comprise entre 65 et 69°, le risque de développer ce cancer augmente de deux fois ; au-delà de 70°, le risque est multiplié par huit. La quantité de thé ingéré n'importe pas. C'est ce qui ressort d'une étude effectuée dans la province du Golestan, au nord de l'Iran. Dans cette région où la population boit beaucoup de thé, principalement du thé noir, ce type de cancer est particulièrement fréquent. 39% des personnes interrogées buvaient leur thé à moins de 60° - comme en Grande-Bretagne par exemple - 39% le buvaient entre 60 et 64°, et 22% à 65° ou plus. L'ébullition répétée favoriserait l'apparition de cellules cancéreuses par des processus d'inflammation chronique et/ou par la lésion des tissus servant de barrière protectrice naturelle. ■

ALCOOL ET GROSSESSE : NON, DÈS LE DÉBUT



On ne le dira jamais assez, l'alcool est à bannir durant la grossesse. La consommation de boissons alcoolisées interfère avec le développement normal du fœtus. Les molécules d'alcool détournent pour leur propre

détoxification une enzyme nécessaire à l'embryon pour la production d'acide rétinoïque, à partir de la vitamine A. Or le rôle de cet acide est d'aider les cellules embryonnaires à se positionner correctement les unes par rapport aux autres dès les stades précoces, donc, de la grossesse. Les risques pour le bébé de souffrir d'anomalies physiques – petite taille, malformation du visage – et de retard mental ou de problèmes psychologiques sont réels. Ces mécanismes biochimiques qui ont lieu au niveau intracellulaire ont été mis en évidence grâce à des expériences effectuées sur des embryons de grenouille. ■

AVEZ-VOUS PRIS VOTRE «POLYPILL» ?



DR

La polypill Polycap, qui pourrait bientôt arriver sur le marché, est un comprimé que l'on prend lorsqu'on est en bonne santé et qu'on entend le rester, surtout après 50 ans. En effet, cette préparation, conçue comme un médicament protecteur et préventif pour le risque cardiovasculaire, associe cinq principes actifs, au dosage usuel : un bêtabloquant, un diurétique, un inhibiteur de l'enzyme de conversion, une statine et de l'aspirine. Le 30 mars, *The Lancet* a publié une étude portant sur 2053 personnes bien portantes mais présentant un facteur de risque cardiovasculaire, qui ont reçu pour les uns la polypill

Polycap, et pour les autres les médicaments séparément. Les résultats obtenus ont montré que chaque produit actif, qu'il soit pris isolément ou pris sous forme de Polycap, conservait son activité pharmacologique. Les auteurs en concluent que les effets bénéfiques de chacun des produits actifs sont maintenus, et que la formule de Polycap pourrait avantageusement être utilisée pour réduire les facteurs de risque multiples dans le domaine cardiovasculaire. Un avantage supplémentaire est que les patients prennent plus facilement un seul comprimé que plusieurs. ■

LE BROCOLI, UN ANTIBIOTIQUE NATUREL

Décidément, les crucifères (choux, navet, raifort, cresson, brocoli...) sont bénéfiques pour la santé, grâce aux antioxydants qu'ils contiennent. On savait déjà que le brocoli notamment a un effet préventif contre le cancer du sein, du poumon

ou de la vessie. Voilà qu'une étude effectuée au Japon révèle l'action antibiotique de ses pousses chez des personnes infectées par *Helicobacter pylori*. Cette bactérie, la seule à pouvoir survivre dans un environnement très acide, colonise la paroi stomacale et peut provoquer des gastrites, des ulcères, voire même des cancers. Manger quotidiennement des pousses de brocoli, qui sont



B. CHARBONNAZ

très riches en sulforaphane – un antioxydant, présent en moindre quantité dans les têtes de brocoli - réduit jusqu'à 40% le nombre de bactéries présentes dans l'estomac ainsi que les inflammations qui y sont liées. Bien qu'insuffisantes pour éradiquer les bactéries, ces pousses pourraient peut-être diminuer les risques d'aggravation de l'infection. ■

RUBRIQUE RÉALISÉE PAR PHILIPPE BARRAUD ET MARINA CASSELYN

VRAI / FAUX

Le saviez-vous ?

PAR PHILIPPE BARRAUD ET MARINA CASSELYN



Un petit enfant qui suce son pouce aura les dents en avant

VRAI et **FAUX** Si l'enfant arrête de sucer son pouce avant l'âge de cinq ans, il n'y aura a priori pas de déformation de la dentition. Mais il doit arrêter de le faire avant l'apparition de ses dents définitives, notamment des inci-

sives, et avant que sa mâchoire ne se développe significativement, ou bien il risque fort de devoir consulter un orthodontiste une fois adolescent.

Il faut attendre deux heures après le repas pour se baigner

FAUX Cette croyance vise à prévenir le risque d'hydrocution, qui est une syncope provoquée par la forte différence de température entre le corps et l'eau. Le brusque refroidissement de la peau entraîne des modifications réflexes de la respiration, du calibre des vaisseaux, du débit cardiaque et de la pression artérielle. Ce sont ces phénomènes qui peuvent induire une défaillance cardiaque brutale, et ils peuvent se produire même à jeun, si l'on s'est exposé très longtemps au soleil par exemple.

Le fait d'avoir pris un repas ne joue en revanche pas de rôle dans la survenue d'une hydrocution, d'autant que la digestion peut durer beaucoup plus longtemps que deux heures. Le bon sens commande toutefois de ne pas se jeter dans l'eau glacée après un repas gastronomique bien arrosé, ou après une longue exposition au soleil aux heures les plus chaudes. De même, les personnes souffrant de maladies cardiaques connues ou de diabète prendront un avis médical avant de se jeter à l'eau.



Sur une brûlure, il faut appliquer du dentifrice

FAUX Surtout pas ! Le dentifrice est un produit abrasif. Eviter également les produits alcoolisés qui ne feraient qu'aggraver



B. CHARBONNAZ

la brûlure. Pas de pomme de terre ni de beurre non plus, sources potentielles d'infection. Une brûlure est comme un petit incendie. Pour empêcher son extension et soulager la douleur, une seule solution : faire couler de l'eau froide dessus pendant au moins cinq minutes. On peut ensuite appliquer une crème grasse. Pour une brûlure d'une surface supérieure à la moitié de la paume, cloquée, à vif ou localisée près d'une zone sensible (yeux, muqueuses), il faut immédiatement consulter un médecin. ■

Génériques Mepha –
la performance au juste prix.

Demandez à votre médecin ou à votre pharmacien
des génériques Mepha.



sûrs



Le moratoire se meurt, vive le *managed care* !

PAR PHILIPPE BARRAUD

Mais qu'est-ce au juste que ce moratoire qui limite l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux, dont les Suisses entendent périodiquement parler depuis... 2003 ? Aux dernières nouvelles, il sera prolongé jusqu'en 2011, en attendant l'arrivée du *managed care* et d'une clause du besoin *relookée*.

Il n'est pas sûr pour autant que les choses évoluent dans la bonne direction : par exemple, dans l'application de la clause du besoin, il sera difficile de faire la différence entre généralistes et spécialistes, les premiers étant des spécialistes en médecine générale. De plus, la question cruciale du libre choix du médecin va se poser. Enfin, le déplacement des patients du généraliste au secteur ambulatoire hospitalier va se poursuivre : il est passé de 80 millions à 400 millions en dix ans pour le seul canton de Vaud ! Or, il n'est pas du tout sûr que cette migration permette de contenir la hausse des coûts.



A l'origine, rappelle la Fribourgeoise Thérèse Meyer Kaelin, vice-présidente de la Commission de la santé du Conseil national, il s'agissait d'éviter une explosion de nouveaux cabinets. A l'époque, de nombreux médecins étrangers, notamment allemands, formés dans nos hôpitaux, projetaient de s'installer en Suisse, grâce à la libre circulation, car les conditions économiques étaient favorables. Ils étaient ainsi entre 2000 et 3000 à vouloir ouvrir leur propre cabinet. Cette démultiplication de l'offre aurait suscité une augmentation importante des coûts, raison pour laquelle le moratoire a été institué, puis prolongé en 2005, en 2008 et en 2009.

“Le moratoire a un effet très négatif sur les jeunes médecins qui veulent s'installer”

Un moratoire étant par définition provisoire, pourquoi celui-ci perdure-t-il ainsi ? La réponse est simple : on ne sait pas par quoi le remplacer. Tout le monde est d'accord sur le fait qu'il faut éviter une croissance anarchique des coûts. Mais au-delà, les opinions n'en finissent pas de diverger et les idées de fuser. Ce qui est sûr, affirme Thérèse Meyer Kaelin,

c'est qu'il faut absolument trouver une solution d'ici 2011, car le moratoire ne sera plus prolongé. Et pour de bonnes raisons : il a un impact très négatif sur les jeunes médecins qui, bien qu'ils soient parfaitement formés, ne trouvent pas les débouchés qu'ils voudraient, et redoutent d'embrasser une profession qu'ils ne sont pas sûrs de pouvoir exercer dans de bonnes conditions. Conséquence : ils continuent de se former en hôpital, se spécialisent, et ne sont donc plus guère attirés par la médecine générale. De plus, le moratoire donne à penser au public que la hausse des coûts est due en priorité aux médecins, ce qui est faux.

DES BESOINS ET DES EXCEPTIONS

Mais les choses avancent lentement! La Commission a proposé une modification de la loi fédérale sur l'assurance maladie qui permettrait au Conseil fédéral de limiter l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance maladie, en faisant dépendre l'autorisation de la preuve d'un besoin. Cette mesure concernerait non seulement les médecins voulant s'installer, mais aussi les médecins dépendants, par exemple dans les services ambulatoires des hôpitaux. D'autres prestataires de soins seraient aussi concernés, comme les pharmaciens.

L'essentiel du projet réside dans les exceptions : la clause du besoin ne serait pas requise pour la médecine générale, les médecins praticiens, la médecine interne (sans spécialisation supplémentaire), et la pédiatrie. Les cantons et les fédérations de fournisseurs de prestations et d'assureurs devraient être consultés. En outre, les cantons pourraient assortir l'autorisation de pratiquer de conditions particulières. En réalité, ils le font déjà, mais sans base légale solide.

Cette proposition échappera-t-elle au sort de celles qui l'ont précédée? «Elle a de bonnes chances», estime Thérèse Meyer Kaelin. C'est aussi l'avis de Jacques de Haller, président de la Fédération des médecins suisses (FMH), qui rappelle que son association a avancé une telle proposition il y a plusieurs années déjà. Reste qu'il faudra encore convaincre le parlement, où le lobby des assureurs, hostiles à cette solution, pèse d'un poids considérable – «démesuré», disent certains...

LE TEMPS DES SOINS EN RÉSEAU

Au-delà de cet aspect particulier, le monde politique, le monde médical et les cantons tentent d'échafauder une sorte de «new deal» pour le système de santé suisse. Et c'est vers une médecine en réseau que l'on paraît s'acheminer car, comme le dit le ministre vaudois de la santé, Pierre-Yves Maillard, «le modèle du médecin de famille, seul dans son cabinet, a vécu». Cela, autant par l'évolution de la société que... faute de combattants : la moyenne d'âge des généralistes tourne autour de 55 ans, et les vocations sont rares car le métier, toujours plus lourd, a perdu de son attractivité. Pour preuve, le fait que les cantons ont déjà pu renoncer à limiter l'installation de nouveaux cabinets de généralistes.

Le *managed care*, ou médecine en réseau, vise comme son nom l'indique à faire collaborer étroitement la chaîne des soins, du médecin de premier recours qui oriente le patient, à l'assureur qui paie les factures. On pourrait la décrire comme une entité de collaboration, mais physiquement éclatée, où chacun exerce ses responsabilités.

Pour Thérèse Meyer Kaelin, ce modèle a l'avantage de permettre une optimisation des traitements et des coûts, en offrant au patient la meilleure qualité de soins au meilleur prix. Mais certes, le *managed care* exige des efforts de la part de tous les acteurs, en particulier des assurances, qui devront faire preuve d'une totale transparence, d'un plafonnement des réserves et d'une collaboration à la gestion du système.

Le *managed care* a de bonnes chances de se développer en Suisse, car il a l'appui aussi bien des cantons (la Conférence suisse des directeurs cantonaux de la santé, la CDS, le soutient activement), que du Conseil fédéral, et de la Fédération des médecins suisses (FMH), même si là encore, les assureurs mettent les pieds au mur.

“Le *managed care*, ou médecine en réseau, vise à faire collaborer étroitement la chaîne des soins”

Dans un tel système, le patient aura le choix de recourir à un réseau, ou de rester dans le système actuel. «Mais il faut que les incitatifs restent corrects», affirme Jacques de Haller, afin de respecter la liberté de choix du patient. Ainsi, il ne devrait y avoir ni franchise, ni participation du patient dans le *managed care*;



PHILIPPE BARRAUD

THÉRÈSE MEYER KAELIN, VICE PRÉSIDENTE DE LA COMMISSION DE LA SANTÉ DU CONSEIL NATIONAL

le patient pourra accéder aux soins du réseau aux tarifs de celui-ci, et les assureurs ne pourront pas s'y opposer. Quant au médecin de premier recours, il ne devrait pas obligatoirement être un généraliste : cette fonction devrait pouvoir être assumée aussi par un spécialiste, s'il le souhaite. ■

PSYCHIATRES : RELÈVE DIFFICILE ET TRACASSERIES VEXATOIRES

A l'image des généralistes, les psychiatres doivent faire face au vieillissement de leur corporation (la moyenne d'âge est de plus de 55 ans), et à une relève défaillante, alors que la demande de soins augmente, notamment en raison du vieillissement de la population et des besoins des adolescents. Or, écrivait récemment Hans Kurt, président de l'organisation faitière des médecins psychiatres psychothérapeutes (FMPP) dans une lettre à la Commission de la santé, «l'augmentation des problèmes psychiques ne fait aucun doute et, de ce fait, le besoin accru en traitements, ne serait-ce que pour prévenir de considérables coûts de suite (incapacité de travail, rentes AI) liés aux maladies psychiques est évident.»

Si les possibilités de prise en charge existent bel et bien dans les grandes villes, il en va autrement en dehors, et c'est pourquoi les psychiatres demandent que leur spécialité soit sortie de celles justifiant d'une clause du besoin. Cela serait d'autant plus justifié, explique Hans Kurt, qu'une moitié à deux tiers des malades psychiques s'adressent directement à un psychiatre, plutôt qu'à leur médecin de famille, par honte et par peur d'exposer des difficultés personnelles. En conséquence, plaide le président de la FMPP, le maintien de cet accès direct au psychiatre devrait être maintenu.

Un autre combat mobilise les médecins de l'âme : depuis le 1^{er} janvier 2007, les médecins psychothérapeutes doivent en référer au médecin-conseil de la caisse pour obtenir le droit de poursuivre au-delà de la sixième séance. Mesure vexatoire qui avait ulcéré les psychiatres, suscité une bureaucratie absurde, et amené certains patients à renoncer au remboursement pour éviter que leur diagnostic soit connu. Bilan final : non seulement des données très sensibles ont circulé, mais le coût de ces tracasseries s'est avéré énorme : entre 3 et 4 millions, selon Hans Kurt, pour seulement deux cas litigieux. Vraisemblablement, cette mesure devrait tomber prochainement, si l'Office fédéral de la santé publique suit les recommandations de ses experts. ■

PH. B.

GRÈVES ET MANIFESTATIONS

Le système de santé : un malade à bout de souffle

PAR PHILIPPE BARRAUD

Puisque tout bien-portant est un malade qui s'ignore, les patients potentiels que nous sommes tous ont des raisons de s'inquiéter face à l'avalanche d'informations, de mauvaises nouvelles et de propositions en rafale que génèrent les coûts du système de santé.

La crise a pris un tour aigu lorsque l'Office fédéral de la santé publique a annoncé une baisse massive des tarifs des laboratoires (*voir Planète Santé* N° 2 de février 2009), qui devrait entraîner la disparition de milliers de ces installations de cabinet, et rendre ainsi la vie des patients plus compliquée. Face à ce fait du prince – M. Couchepin décide seul en la matière, ni le gouvernement ni le parlement n'ont le moindre mot à dire – les médecins se sont mobilisés et ont mené diverses actions qui ont frappé l'opinion – en attendant d'autres manifestations. Quel bilan les sociétés médicales en tirent-elles ?

Pour Pierre-Alain Schneider, président de l'Association des médecins genevois (AMGE), la mobilisation a dépassé les attentes et confirmé l'existence d'un problème majeur. Et demain ? Le président des médecins genevois ne se fait guère d'illusions : « M. Couchepin fera preuve de la rigidité attendue, alors que l'OFSP déclenche un feu d'artifice d'initiatives aussi intelligentes les unes que les autres... », au nombre desquelles une « taxe à la consultation » fermement rejetée par les patients et le milieu médical.

Plus généralement, Pierre-Alain Schneider déplore l'absence d'une réflexion de fond sur les soins en général. A son avis, « le monde politique fait

complètement fausse route s'il entend réduire les coûts de la santé : la part des dépenses du PIB dans ce domaine a diminué, un gros effort a déjà été fait. »

DES HABITUDES QUI CHANGENT

Une réflexion de fond apparaît d'autant plus nécessaire que le paysage sanitaire change vite. Ainsi, selon une étude de *H+*, *les hôpitaux de Suisse*, le nombre des traitements ambulatoires a fortement augmenté. Par exemple, entre 2004 et 2008, le nombre des admissions aux urgences a augmenté de 20,8%, de plus en plus de patients choisissant cette filière en premier recours.

Président de la Société suisse de médecine générale (SSMG), le Dr François Héritier ne tient pas

“La mobilisation pour les laboratoires a dépassé les attentes et confirmé l'existence d'un problème majeur”

un discours différent. Il n'attend pas non plus un revirement de Pascal Couchepin, mais plaide en faveur d'un soutien et d'une reconnaissance de la médecine de premier recours, en particulier par le biais d'une initiative populaire visant à ancrer cette reconnaissance dans la Constitution fédérale. Sur la question spécifique des laboratoires, François Héritier

souhaite une discussion visant à taxer différemment les 30 analyses les plus courantes et les plus utiles, qui seraient alors sorties de la liste des analyses. Président de la Société vaudoise de médecine, Jean-Pierre Pavillon s'attend à ce que le public-cible numéro un des manifestations – Pascal Couchepin – n'y ait pas été très sensible. « En revanche, se réjouit-il, les effets collatéraux sur les parlementaires et sur les cantons ont été positifs. »

ET L'APRÈS COUCHEPIN ?

On peut se demander si le successeur de Pascal Couchepin, éventuellement sensible, lui, au sort des patients, pourrait envisager de reporter les nouveaux tarifs des laboratoires. Ce sera trop tard, affirme-t-on chez les praticiens : « Le personnel aura été perdu, et personne ne voudra remonter de toutes pièces un laboratoire

car c'est un investissement considérable », estime Jean-Pierre Pavillon. Même avis de la part de Pierre-Alain Schneider : cette prestation sera définitivement perdue.

DES CHIFFRES DE PLUS EN PLUS ROUGES

Pendant ce temps, les chiffres alarmants, voire alarmistes, pleuvent : après avoir prédit une augmentation des primes de 10%, l'OFSP joue l'inflation et parle de 14%, sans que l'on sache exactement sur quelle base reposent ces calculs, et quelles régions elles concerneront. Parallèlement, des ballons d'essais multiples encombrant le ciel déjà bien bas du système de santé. Ici, on parle d'introduire une taxe à la consultation de 30 francs ; là, on préconise un subventionnement accru des primes de la part de la Confédération, et la cantonalisation des soins ambulatoires, voire la suppression des franchises pour les plus riches, et des primes d'assurances selon le revenu...

De cette grêle de propositions, on ne sait pas laquelle ou





lesquelles aboutiront. Ce qui est sûr, c'est que la hausse des coûts est inévitable, mais ne devrait pas dépasser 3% à 4% par an. La faute au vieillissement de la population, aux équipements de pointe qui sont très chers, aux mauvaises habitudes des patients, qui bondissent aux urgences ou chez le spécialiste pour un simple bobo, alors qu'une visite chez le médecin de famille ou le pharmacien aurait résolu le problème à un coût bien moindre.

En attendant, les assurés sont... assurés de souffrir, car presque tous les acteurs s'accordent pour dire que le système est à bout de souffle. Pour Pierre-Yves Maillard, ministre vaudois de la santé et président de la Conférence des directeurs cantonaux de la Santé, «l'année prochaine sera dramatique. La crise va frapper de plein fouet l'économie suisse. Les primes vont augmenter ainsi que le chômage, alors que les salaires risquent fort de stagner. Cela ne fera que grignoter un peu plus le pouvoir d'achat quand il faudrait que les gens consomment pour relancer l'économie.» ■

UN «PAQUET» DE COMBAT

Lors d'une table ronde tenue le 21 avril, Pascal Couchepin a exposé les mesures urgentes qu'il entend mettre en œuvre pour limiter la hausse des coûts de la santé.

Voici les principales :

- **Une taxe de consultation de CHF 30.** Elle devra être payée par le patient pour chaque consultation, indépendamment du prix de celle-ci, et cela jusqu'à six fois par année. Il s'agit de dissuader les patients de consulter sans nécessité. Des exceptions sont prévues pour les femmes enceintes, les enfants et les personnes participant à un programme cantonal de vaccination. Cette taxe pourrait entrer en force le 1^{er} janvier 2010, par le biais d'une procédure d'urgence voulue par le ministre de la Santé.

- **La baisse du point Tarmed.** Le Conseil fédéral souhaite obtenir la compétence de modifier la tarification médicale en cas de forte hausse des coûts. Autrement dit, les prestations des médecins seraient moins payées. Une situation dramatique pour les généralistes, qui vont déjà être privés du revenu d'appoint des laboratoires (17% en moyenne).



LES MÉDECINS SONT DESCENDUS EN NOMBRE DANS LA RUE POUR MANIFESTER CONTRE LA BAISSSE DU TARIF DES LABORATOIRES.

- **Davantage de subventions.** Il s'agit d'augmenter les montants destinés à soulager les assurés. Les futures hausses des taxes sur le tabac pourraient être affectées à cet objectif, au détriment de l'AVS.

- **Plus de compétences aux cantons.** Obligation est faite aux cantons de donner des mandats de prestation en matière de soins hospitaliers ambulatoires (la plus forte augmentation en termes de coûts) afin de mieux conduire le système.

- **Suppression des grosses franchises.** Les plus élevées, entre CHF 2000 et 2500, permettent des baisses de primes atteignant 50%, une possibilité intéressante pour les personnes aisées et en bonne santé. L'objectif est de supprimer ces franchises pour rétablir la solidarité entre assurés.

- **Pressions sur les prix des médicaments.** Le ministre de la santé agira par voie d'ordonnance dans le domaine des médicaments. ■

COMMENTAIRE

PATIENTS ET MÉDECINS À LA CAISSE !

Habile manœuvre : commencez par prophétiser une augmentation ébouriffante des primes d'assurance maladie (+14%), puis annoncez des mesures radicales urgentes : face à de si mauvais chiffres, personne n'osera réagir. C'est ainsi que les mesures sorties de la «table ronde» entre Pascal Couchepin et les milieux de la santé – en fait plutôt un monologue, semble-t-il – ont été accueillies avec un certain fatalisme, tant la situation paraît explosive.

Ce qu'on peut en retenir, c'est qu'une fois de plus, ce sont les patients et les médecins qui vont passer à la caisse. Les premiers devront s'acquitter d'une taxe pour avoir droit à une consultation – un billet d'entrée, en quelque sorte. Un malheur ne venant jamais seul, ils payeront plus pour avoir moins : avec la disparition des laboratoires, ils seront globalement moins bien servis, et devront de surcroît multiplier les consultations – donc les taxes ! Il y a certes une limite à ce système machiavélique, puisque les taxes seront remboursées après la sixième consultation

dans l'année. Mais on peut y voir une invitation à... multiplier les consultations, pour récupérer les taxes.

Quant aux médecins, le ministre de la Santé suspend une nouvelle et lourde épée de Damoclès sur leurs têtes : que les coûts augmentent au-delà d'une certaine limite, et le Conseil fédéral taillera dans le tarif Tarmed, autrement dit dans le revenu des praticiens. Les généralistes, que tout le monde prétend sauver tout en les regardant couler d'un air navré, boiront la tasse une nouvelle fois, après le mauvais coup des laboratoires.

L'avenir dira ce que le parlement fera de ces mesures, là du moins où il a son mot à dire. Pour le reste, il faudra être attentif à l'évolution réelle des coûts. Sur-tout s'ils n'atteignent pas les 14% brandis comme un gourdin par l'Office fédéral de la santé publique... ■

PH. B.

Edulcorants : entre mythe et réalité

ADAPTATION : PHILIPPE BARRAUD

Les édulcorants de synthèse, ou «faux sucres», permettent-ils de perdre du poids et de se déshabituer du goût (trop) sucré? Rien n'est moins sûr. Ils peuvent avoir des effets secondaires et provoquer une surconsommation alimentaire.

Un pouvoir sucrant plus élevé, des calories diminuées et un effet modéré ou nul sur la glycémie, cela ressemble à une panacée. Un article publié dans la *Revue médicale suisse* par une équipe du Centre hospitalier universitaire vaudois¹ montre que le mythe des édulcorants est souvent loin de la réalité. Edulcorer signifie sucrer ou adoucir; un édulcorant est une substance possédant une saveur sucrée utilisée pour son action sucrante. Pourtant dans le langage commun, un édulcorant est un produit destiné à améliorer le goût d'un aliment en lui conférant une saveur sucrée, tout en ayant une valeur nutritive faible ou nulle.

Communément, lorsqu'on parle de *sucré*, on fait référence au saccharose, un disaccharide composé de glucose et de fructose. Les consommateurs pensent généralement que les sucres font grossir, et que le fait de les supprimer ou de les remplacer par des produits édulcorants résoudrait leurs soucis pondéraux. Pas si simple! Que penser d'un menu *fast food* riche en lipides avec une boisson *light*, ou d'une pâtisserie accompagnée d'un café édulcoré ?

Surcharge pondérale : un effet pervers

La question de savoir si les édulcorants font plutôt maigrir ou grossir est toujours d'actualité. Une partie des calories manquantes serait-elle compensée par une augmentation de consommation lors des autres prises alimentaires? Cela n'est pas si simple car beaucoup de facteurs entrent en ligne de compte : sexe, âge, nature de l'aliment édulcoré, délai entre les repas, différentiel calorique entre le produit édulcoré et sucré. Plusieurs études ont mis en évidence que les utilisateurs habituels d'édulcorants ont un indice de masse corporelle (IMC)² supérieur aux non-utilisateurs. Ils pensent souvent c'est *light*, donc je peux en manger deux fois plus!

“Des études ont mis en évidence que les utilisateurs d'édulcorants ont un indice de masse corporelle supérieur aux non-utilisateurs”

Diabète : gare au fructose.

La réduction exagérée d'hydrates de carbone dans l'alimentation des diabétiques a souvent favorisé des régimes hyperlipidiques (trop gras) aux effets négatifs. De nombreux produits pour diabétiques, dans lesquels le saccharose a été partiellement remplacé par du fructose (chocolat, biscuits...) et/ou des lipides, sont donc inutiles, voire délétères. Un apport de fructose équivalent à plus de 30% de l'apport énergétique stimule la lipogenèse et la synthèse de triglycérides tout en induisant une résistance à l'insuline. Au contraire, les édulcorants de table, comprimés ou poudres, n'ayant aucun impact sur la glycémie, peuvent être utiles dans la prise en charge du diabète.

Femme enceinte et allaitante : prudence.

L'innocuité des édulcorants pendant la grossesse n'a pas été rigoureusement étudiée, mais l'utilisation d'*aspartame* et d'*acésulfame-K* a montré qu'ils étaient acceptables sans dépasser la dose journalière admissible (DJA) et sans effets indésirables. Par contre, la *saccharine* et les *cyclamates* ne sont pas recommandés par l'Association canadienne du diabète.

Le *light* pas bon pour les enfants.

Les édulcorants de synthèse sont fortement déconseillés avant l'âge de trois ans. Le problème le plus important chez les enfants est le risque de favoriser une mauvaise éducation alimentaire: éducation au goût

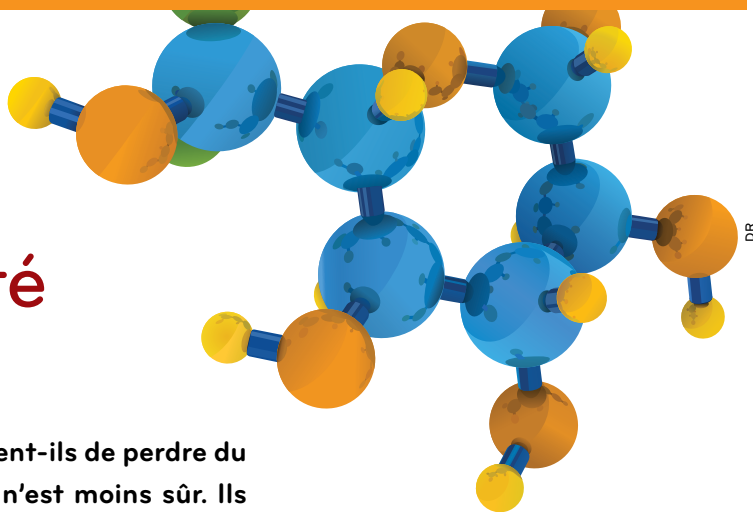
non favorisée, diabolisation d'aliments et incitation à en consommer d'autres en grandes quantités car ils seraient *light* ! Les sensations de faim, soif, satiété et rassasiement doivent impérativement être acquises pendant l'enfance, et l'utilisation non contrôlée des produits *light* peut interférer avec ce développement physiologique.

Les édulcorants peuvent donc s'avérer une aide dans la mesure où le pouvoir sucrant est plus élevé, que les calories sont diminuées et que l'effet sur la glycémie est modéré ou nul. Cependant, on ne peut pas dire qu'ils soient *la* solution puisque certains sont tout de même source de calories, qu'ils peuvent avoir des effets indésirables, et surtout qu'ils allègent la conscience sans permettre, à eux seuls, une perte de poids, d'autant qu'ils représentent un faux moyen pour se désaccoutumer du goût sucré. C'est ainsi que dans leur pratique quotidienne, les spécialistes ne conseillent pas systématiquement les produits *light* ou les édulcorants de synthèse à leurs patients.

Pour les auteurs de l'article, l'utilisation des édulcorants de synthèse demande des compétences de discernement, un emploi à bon escient et la capacité pour comparer et analyser les produits qui en contiennent. Le mythe des édulcorants est souvent loin de la réalité. Il faut donc donner aux patients les moyens d'analyser leur consommation alimentaire en regard de leur consommation d'édulcorants. ■

1. Drs Muriel Clarisse, Véronique Di Vetta et Vittorio Giusti. Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme, CHUV, 1011 Lausanne.

2. L'Indice de masse corporelle (IMC) permet de déterminer l'excès de poids par rapport à la taille, et de définir grossièrement l'obésité. Il ne s'applique pas aux femmes enceintes ni aux personnes très musclées. L'IMC considéré comme normal, entre maigre et obésité, se situe entre 18,5 et 25. Pour calculer son IMC, on divise le poids par la taille au carré (en centimètres).



TROIS CATÉGORIES D'ÉDULCORANTS

Édulcorants naturels

Ce sont le saccharose, le glucose et le fructose. Le *saccharose* est le sucre habituel naturel le plus connu de notre alimentation. C'est un disaccharide constitué d'une molécule de glucose et d'une molécule de fructose lesquelles, lors de la digestion, sont libérées et absorbées séparément. Le saccharose, fourni par l'extraction du suc de betterave ou de canne à sucre, a diverses propriétés et n'est donc pas simplement une molécule sucrante. En technologie alimentaire, il est également indispensable comme conservateur ou comme agent de texture (palatabilité). Il colore, donne brillance, éclat et croustillant aux produits et renforce les arômes.

Le *glucose*, aussi appelé dextrose ou sucre de raisin, est un monosaccharide obtenu par hydrolyse totale de l'amidon. Du fait de sa grande similitude avec le saccharose, il peut le remplacer dans beaucoup d'aliments où une douceur plus faible que celle du saccharose est souhaitée. Le *fructose*, aussi nommé lévulose ou sucre de fruits, est un monosaccharide présent naturellement dans les fruits et le miel, ou obtenu par hydrolyse du saccharose.

Ces dernières années, notamment aux Etats-Unis, le saccharose a été progressivement remplacé par du fructose *high fructose corn syrup* comme édulcorant dans les boissons et dans beaucoup de denrées alimentaires sucrées. Ce sirop est un produit industriel fabriqué à partir de maïs à haute teneur en fructose. Comme le fructose a un

pouvoir sucrant plus élevé que le saccharose, il est donc moins onéreux.

La consommation de sucre de canne ou de betterave (saccharose) a augmenté au cours du siècle dernier en parallèle de deux grands fléaux : la carie dentaire et la surcharge pondérale. L'industrie s'est chargée de développer et de commercialiser de nouvelles catégories d'édulcorants, l'une n'ayant pas d'effet cariogène (édulcorants de masse) et l'autre ayant un apport calorique nul (édulcorants de synthèse).

“Les édulcorants peuvent s'avérer une aide mais ne sont pas la solution”

Édulcorants de masse

Les édulcorants de masse peuvent également être nommés édulcorants de charge, édulcorants nutritifs ou polyols. Dans ce groupe, nous trouvons entre autres l'isomalt, le sorbitol, le mannitol et le xylitol. Ce sont des sucres-alcools obtenus par hydrogénation de matières amylicées ou du saccharose; ils ont un effet de masse qui leur permet de remplacer l'édulcorant naturel au sein d'un aliment sans y ajouter une autre substance. Ils ont l'avantage de ne pas avoir d'effet cariogène, raison pour laquelle ils sont essentiellement utilisés en confiserie dans les bonbons et les chewing-gums sans sucre.

Édulcorants de synthèse

Les édulcorants de synthèse peuvent être appelés édulcorants intenses, artificiels ou non nutritifs. Dans cette catégorie, on trouve, entre autres, la saccharine, le cyclamate, l'aspartame et l'acésulfame-K. Ce sont des répliques chimiques de molécules de protéines qui adoucissent, sans apport calorique.

De grandes différences

Le *pouvoir sucrant (PS)* est très variable d'un édulcorant à un autre. Le pouvoir sucrant de référence, le saccharose, est équivalent à 1 et représente le goût sucré de 30 g de saccharose en solution dans un litre d'eau à 20°C. Le pouvoir sucrant des polyols est généralement plus faible que celui de référence, quant aux édulcorants de synthèse, leur pouvoir sucrant est nettement supérieur, jusqu'à 300 fois. C'est un avantage car il permet d'en consommer très peu pour atteindre la sensation sucrée habituelle.

L'*apport calorique* est le

deuxième élément qui différencie ces trois catégories. En effet, les édulcorants naturels ont une valeur d'environ 4 kcal pour 1 g. Les édulcorants de masse, quant à eux, ont des valeurs énergétiques théoriques semblables à celle du saccharose mais, en réalité, plus basses étant donné leur malabsorption (environ 40%). En fonction de la quantité ingérée, la fraction non absorbée peut engendrer des diarrhées osmotiques. Les édulcorants de synthèse n'apportent aucune énergie sous forme de calories étant donné leur très haut PS, il en faut une quantité infime. Par conséquent, les fabricants doivent remplacer la masse manquante par d'autres nutriments, par exemple certains chocolats *light* sont un beurre car la masse perdue est remplacée par des graisses, donc plus caloriques que le chocolat normal... ■

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les édulcorants de masse (polyols) peuvent provoquer un inconfort digestif par diarrhée osmotique au-delà de 20 à 50 g par jour
- Une dose journalière admissible est définie pour les édulcorants de synthèse. Les enfants peuvent facilement l'atteindre en consommant plus d'un litre de boissons *light*
- Tout aliment *light*, édulcoré, n'est pas exempt de calorie



Pensées obsessionnelles, manies irrépessibles : si c'était un TOC ?

PROPOS RECUEILLIS PAR MARINA CASSELYN



Vous vous sentez obligé de vous laver les mains sans arrêt ? Vous devez vérifier six fois de suite, pas une de moins, que le gaz est bien coupé ? Vous souffrez peut-être d'un trouble anxieux particulier : le trouble obsessionnel compulsif, ou TOC. On estime que 2% de la population est touchée par cette maladie, soit 20 000 personnes en Suisse romande. Mise au point avec le Dr Roger Zumbrunnen, psychiatre à Genève.

Avoir des manies, vérifier une chose plusieurs fois de suite, est très courant. A partir de quand peut-on parler de TOC ?

On peut soupçonner un TOC dès que l'activité obsessionnelle dure plus d'une heure par jour. Chez certains patients, cela peut prendre huit à dix heures par jour ! L'activité obsessionnelle est faite d'obsessions et de compulsions. La partie « obsession » du TOC est faite de pensées déplaisantes qui surgissent sans raison, toujours sur le même thème – la saleté, le doute, le dégoût, la peur d'agresser quelqu'un... Pour maîtriser l'angoisse due à ses pensées, la personne effectue des compulsions, appelées aussi rituels. Les rituels les plus fréquents sont les lavages de mains excessifs et les vérifications. Certains rituels ne sont pas directement en rapport avec l'obsession et ont un caractère plutôt « magique », comme compter un nombre déterminé de fois ou tirer plusieurs fois de suite la chasse d'eau pour se libérer d'une pensée déplaisante. Actuellement, l'obsession la plus fréquente est la crainte de la contamination par le virus du sida, par exemple en s'asseyant dans les transports publics, en regardant une tache

s'apparentant à du sang - même si, à aucun moment, la personne n'est réellement dans une situation à risque.

«L'apparition d'un TOC est liée à l'accumulation de plusieurs facteurs : personnalité, milieu, composante familiale, biochimie cérébrale...»

Y a-t-il des facteurs déclenchants ?

Le TOC survient en général dès l'enfance ou l'adolescence. Il n'y a pas de cause unique connue. Son apparition est souvent liée à l'accumulation de plusieurs facteurs : la personnalité, le milieu, une composante familiale - on peut retrouver le même TOC chez les vrais jumeaux - des dysfonctionnements dans la biochimie cérébrale. Les modifications de l'activité cérébrale qui ont lieu au cours d'un TOC sont d'ailleurs visibles par l'imagerie médicale moderne ; ces modifications dis-

paraissent lorsque le TOC disparaît. Il y a souvent un retard de diagnostic de plusieurs années car bien que les patients reconnaissent un « problème », ils le dissimulent parce qu'ils ont honte, ils craignent d'être pris pour des fous, ou pensent que cela va passer tout seul. Il y a encore une dizaine d'années les TOC étaient tabous et les médecins peu formés. Maintenant les connaissances médicales progressent, la maladie est mieux connue et les gens osent consulter.

Quelles sont les conséquences d'un TOC ?

Le TOC peut devenir un « travail » à plein temps. Le malade est fatigué, prend et donc perd énormément de temps à accomplir ses rituels. Son rendement professionnel est diminué, dans sa vie personnelle il est souvent en retard. Le travail et la vie sociale s'en ressentent, ainsi que la vie familiale. La famille peut sans le vouloir renforcer le problème en accomplissant une partie des rituels « pour aller plus vite », ou en s'y adaptant un peu trop, par exemple en acceptant de réserver certains sièges à la personne touchée ou de se conformer à ses exigences sur la nourriture.

Peut-on en guérir ?

Oui, même si la démarche est longue et demande beaucoup d'efforts. Il existe deux types de traitements, dont l'efficacité est prouvée : les médicaments antidépresseurs (utilisés non pas pour leur effet contre la dépression mais pour leur action sur la sérotonine) et la psychothérapie cognitive et comportementale. Les deux traitements, qui peuvent être combinés, visent à permettre au patient de tenir le TOC sous contrôle pour ne pas le laisser envahir complètement sa vie. ■

SITES UTILES

www.aetoc.ch (Association d'entraide de personnes souffrant de troubles obsessionnels compulsifs)

aftoc.perso.neuf.fr (Association française de personnes souffrant de troubles obsessionnels et compulsifs)

www.zwang.ch

A LIRE

Je ne peux pas m'arrêter de laver, vérifier, compter - Mieux vivre avec un TOC, Alain Sauteraud, Éditions Odile Jacob.

LES ACTES COMPULSIFS RÉPONDENT À UNE ANGOISSE OBSESSIONNELLE. PARMIS LES PLUS COURANTS SE TROUVENT :

- **les compulsions de lavage ou de nettoyage**, qui découlent de la peur de la saleté, des microbes... Ce sont les plus répandues, majoritairement chez les femmes
- **les contrôles répétés** (lumière, porte, gaz), **consécutifs à la peur de déclencher une catastrophe par inadvertance**. Cette compulsion, la deuxième plus importante, se retrouve principalement chez les hommes
- **l'ordre** (les objets doivent être strictement alignés, triés ou pliés)
- **l'accumulation d'objets**
- **la répétition des actes quotidiens**
- **l'arithmomanie** (compulsion de compter)
- **la lenteur obsessionnelle** (pour la prise des repas par exemple)
- **la trichotillomanie** (s'arracher les poils, les sourcils)

PENSÉES DE MÉDECIN**Le bon médecin**

DR DANIEL WIDMER, MÉDECIN GÉNÉRALISTE À LAUSANNE

Qu'est-ce qu'un bon docteur ? Un dynamique jeune loup qui fait tache ou un vieux renard qui se confond avec le paysage ? Un néo-machin qui scrute ses moyennes et optimise son efficacité, ou un amateur de conversation qui bavarde sans objectifs stratégiques ? Celui qui fréquente de vrais cercles de qualité où l'on évalue les changements réalisés ou celui qui préfère les groupes de pairs informels ?

Le psychanalyste et écrivain Louis Velluet est catégorique : « Il n'y a pas de bons médecins de famille, il n'y a que de vieux médecins de famille. Celui qui a pu demeurer médecin de famille au terme de longues années, sans céder à la tentation d'aller s'abriter dans des institutions ou des activités annexes, c'est celui qui a pu, parfois intuitivement, mais le plus souvent en faisant l'effort de se former, apprendre à gérer l'omniprésence des phénomènes produits par l'inconscient dans la pratique quotidienne. »

Mais alors comment apprendre à nos jeunes confrères à devenir le plus vite possible de vieux médecins de famille ?

Leur conseiller de s'observer. Comme l'a fort bien dit l'autre jour l'une de mes stagiaires,

la *self-awareness* permet d'apprendre bien des choses sur le patient. Soi-même comme *output* plus que les indices mesurables. Mais pourquoi l'a-t-elle dit en anglais ?

Chercher l'aide de ses confrères pour les situations difficiles. Ils nous apprennent souvent à calmer notre prurit thérapeutique. Ne pas hésiter à cultiver le bavardage, méprisé des tarificateurs.

Aujourd'hui la consultation avec Monsieur Z. a commencé comme une série de considérations sur le temps qu'il fait et les intempéries. Puis quelques blagues sur ses origines neuchâteloises du haut, qui l'ont immunisé à vie contre la neige. Jamais, comme aujourd'hui, il n'a parlé de la mort. Il ne croit pas qu'il y ait quelque chose après, mais il est si heureux de voir que tout continue lorsqu'il regarde un enfant. Bavardages de nonagénaire ? ■



B. CHARBONNAZ

Médecin-patient : quand le divorce est consommé

PAR PHILIPPE BARRAUD

Le patient a beau débarquer chez son médecin bardé de certitudes puisées sur internet, celui-ci n'a aucune obligation de se plier à ses exigences en termes de traitement ou de médicaments. Le point avec le Pr Philippe Ducor, médecin interniste FMH et avocat à Genève.



PHILIPPE BARRAUD

diligente qu'il pourra l'accepter.

Il existe aussi un certain nombre de règles de droit public qui s'imposent au médecin. Notamment la Loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux (LPTh) qui prescrit (art. 26) que les règles reconnues des sciences pharmaceutiques et médicales doivent être respectées lors de la prescription et de la remise de médicaments.

En d'autres termes, en prescrivant un médicament de manière complaisante à un patient, le médecin s'exposerait à une violation possible de son mandat au plan civil, et à une violation de la LPTh, voire de la réglementation sanitaire cantonale, ce qui l'exposerait à des sanctions administratives, voire pénales. Voilà pourquoi le médecin n'est pas tenu d'accéder aux demandes de son patient.

Mais que se passe-t-il en cas de désaccord profond, lorsque patient et médecin n'arrivent décidément pas à trouver un terrain d'entente ? On l'a dit, le contrat de soin qui lie le médecin à son patient est un mandat, qui en tant que tel peut être résilié en tout temps (art. 404 al. 1 CO) : soit le patient se rhabille et décide qu'il ne reviendra plus, soit le médecin lui montre la porte en lui disant : «Je ne veux plus vous voir, c'est terminé».

Il faut garder à l'esprit que la relation médecin-patient doit être une relation de liberté et d'ouverture, dans laquelle l'absence de contrainte et le consentement doivent être présents en tout temps. Si ce n'est plus le cas, l'un comme l'autre sont en droit de mettre fin au mandat.

Qu'en est-il si le patient estime avoir été indûment chassé, et se plaint de conséquences négatives pour sa santé ? La loi a prévu le cas, en ce qu'elle interdit une révocation du mandat «en temps inopportun» (art. 404 al. 2 CO). Ce pourrait être le cas dans une situation d'urgence qui serait négligée par le médecin. D'autre part, le fait qu'un médecin résilie la relation ne le libère pas de son devoir d'assurer la sécurité de son patient, par exemple en l'adressant à un confrère qu'il aura préalablement informé. Néanmoins, la liberté contractuelle prévaut, et personne ne peut obliger un médecin privé à traiter un pa-

tient sur la durée si cela ne lui convient pas. Inversement, le médecin peut-il retenir le patient, ou alerter les autorités ? Dans certains cas, explique le Pr Ducor, le médecin peut ou doit effectivement informer l'autorité, nonobstant les limites du secret médical. Par exemple, lorsque le patient est dangereux pour lui-même ou pour les autres, et doit être hospitalisé sur une base non volontaire (art. 397a du code civil). Ou encore en cas de maltraitance d'enfants (art. 364 du code pénal), d'incapacité à conduire un véhicule (art. 15 al. 4 de la loi sur la circulation routière), ou de maladie transmissible à déclaration obligatoire (art. 27 al. 1 litt. a de la loi sur la lutte contre les maladies transmissibles).

À noter que les sociétés médicales cantonales proposent une médiation.

“la relation médecin-patient doit être une relation de liberté et d'ouverture, dans laquelle l'absence de contrainte et le consentement doivent être présents en tout temps”

Qu'en est-il du dossier du patient lorsque le «divorce» est consommé ? Le patient a le droit de consulter et de recevoir une copie de son dossier s'il le demande, et le médecin ne peut pas s'y opposer (à Genève, voir l'art. 55 al. 1 de la loi sur la santé). Toutefois, le médecin peut retenir certains éléments : ses notes personnelles, ainsi que les données concernant des tiers (d'autres membres de la famille par exemple) (art. 55 al. 2 LSanté). En outre, le médecin est fondé à retenir d'autres éléments – notamment le diagnostic ou le pronostic – sur la base de ce que l'on appelle l'«exception thérapeutique». Il s'agit de données susceptibles de porter atteinte à la santé du patient – un pronostic de cancer très mauvais par exemple, ou une dérive psychiatrique grave à venir. Bien que mentionnée dans les décisions du Tribunal fédéral, l'exception thérapeutique est aujourd'hui controversée en raison du paternalisme médical d'un autre âge qui l'a trop souvent motivée. La tendance actuelle est en effet plutôt de «tout dire» au patient. ■

«Le médecin, explique-t-il, est responsable du traitement qu'il prodigue, à raison du contrat passé avec le patient, qui est un contrat de soins. Celui-ci répond aux règles sur le mandat définies par le Code des obligations (articles 394 et suivants CO). Par là, le médecin s'engage à respecter les règles de l'art».

Il peut arriver que le patient demande, par exemple, tel traitement ou telle investigation. Si le médecin considère qu'en étant diligent et en remplissant bien son mandat, il ne peut pas accéder à cette demande, il devra la refuser, car il engagerait sa responsabilité en se montrant trop complaisant. Ce n'est que si la demande correspond à une attitude médicale

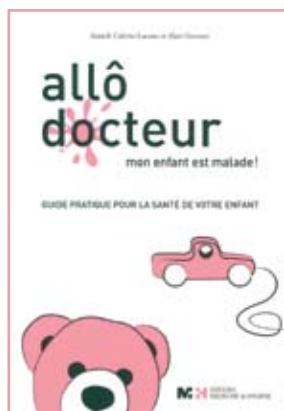
- Nouveautés médicales et scientifiques
- Traitement d'une maladie
- Témoignages / Interviews
- Actualité / politique de santé

ABONNEZ-VOUS!

Et recevez **Planète Santé**
4 numéros/an au prix de CHF 12.-

Par email: abonnements@medhyg.ch • Par tél: 022 702 93 11 • Via internet: www.planetesante.ch
ou au moyen du bon de commande ci-dessous

MH EDITIONS
MEDECINE & HYGIENE
www.medhyg.ch



ALLÔ DOCTEUR... MON ENFANT EST MALADE

2ème édition
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, etc.– 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.

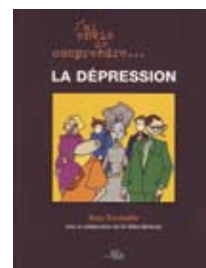
JUILLET 2008 • 64 PAGES • CHF 12.-

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 sur la dépression accessible à un très large public.

JANVIER 2003 • 160 PAGES • CHF 25.-



LES LIVRES QUE J'AIMERAIS QUE MON MÉDECIN LISE

MICHELINE LOUIS-COURVOISIER

Cet ouvrage vous propose de découvrir les écrivains qui ont posé un regard différent, novateur et parfois même déroutant sur la santé.

DÉCEMBRE 2008 • 100 PAGES • CHF 36.-

PREMIERS SECOURS

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.

MARS 2007 • 64 PAGES • CHF 16.-

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.-

BURNOUT GUIDE PRATIQUE

FERDINAND JAGGI

Troubles du sommeil ? Fatigue ? Le syndrome d'épuisement professionnel peut prendre de nombreux visages. Cet ouvrage complet explique comment reconnaître, soigner et prévenir le burnout.

SEPTEMBRE 2008 • 46 PAGES • CHF 19.-

BON DE COMMANDE

EX	ALLÔ DOCTEUR... MON ENFANT EST MALADE	CHF 29.-
EX	LE CADDIE DU DIABÉTIQUE	CHF 12.-
EX	J'AI ENVIE DE COMPRENDRE... LA DÉPRESSION	CHF 25.-
EX	LES LIVRES QUE J'AIMERAIS QUE MON MÉDECIN LISE	CHF 36.-
EX	SOMMES-NOUS TOUS DES ABUSÉS ?	CHF 35.-
EX	PREMIERS SECOURS	CHF 16.-
EX	BURNOUT GUIDE PRATIQUE	CHF 19.-
<input type="checkbox"/>	Abonnement à PLANÈTE SANTÉ (4 numéros / an)	CHF 12.-

VOUS RECEVREZ VOTRE COMMANDE AVEC UNE FACTURE

Via internet: www.medhyg.ch
Par email: livres@medhyg.ch
Par tél: 022 702 93 11

Ou nous retourner ce coupon
Par fax: 022 702 93 55
Par courrier:
Editions Médecine & Hygiène
CP 475 – 1225 Chêne-Bourg

ADRESSE DE LIVRAISON

Nom/prénom : _____
Rue : _____
NP/LOCALITÉ : _____
Date : _____ Signature : _____



Ça fait du bien.

Burgerstein Vitamines



Burgerstein Vitamines. En vente dans votre pharmacie ou droguerie.

www.burgerstein.ch