



LE RÉSEAU MEILLEURE PARADE FACE AUX MALADIES CHRONIQUES

Le système de santé actuel n'est plus adapté à l'évolution de la population, chez qui les maladies chroniques vont devenir prépondérantes. Les réseaux de soins permettent de faire face à cette nouvelle donne, mais leur mise en place ne va pas de soi.

PAR PHILIPPE BARRAUD

Le système de santé suisse est un paradoxe ambulant : il est très efficace et très sophistiqué sur le plan médical et technologique, mais trop cher ; il est servi par des professionnels de grande qualité, mais qui travaillent chacun dans leur coin ; il est conçu pour des soins aigus, mais la demande s'oriente de plus en plus vers des soins de longue durée, faisant appel à un grand nombre d'intervenants différents. En clair, ça ne marche pas comme il faudrait, et l'assuré, à son niveau, mesure l'ampleur du problème en voyant ses cotisations d'assurance maladie prendre l'ascenseur, sans pouvoir obtenir des explications claires de sa caisse.

Face à cette impasse, l'organisation de réseaux de soins séduit de plus en plus. Elle apparaît même comme la plus adaptée face à la demande qui composera le paysage médical de demain : la maladie chronique. Pourquoi ? Aujourd'hui, 80% des personnes de plus de 65 ans souffrent au moins d'une maladie chronique. En 2050, les personnes de plus de 80 ans composeront 12% de la population, contre 5% aujourd'hui, tandis que les 65-79 ans passeront à 16% (12% actuellement). Parallèlement, le nombre des personnes de moins de 39 ans diminuera en proportion.

MAINTENIR AU LIEU DE GUÉRIR

En clair, cela signifie que le système de santé doit s'orienter dès maintenant vers la prise en charge des maladies chroniques, sur la durée. Et cela change beaucoup de choses. Face à une maladie aiguë chez une personne par ailleurs en bonne santé, le médecin va viser la guérison. Avec la maladie chronique, il en va tout autrement. La guérison n'étant plus envisageable, il va falloir se fixer d'autres objectifs, que l'on pourrait qualifier de «qualité de vie»: limiter la progression des maladies, prévenir les épisodes aigus, agir sur les facteurs de risque (prévention), maintenir autant que possible l'autonomie de la personne. Le médecin traditionnel, seul et débordé dans son cabinet, ne peut pas assurer à la fois la gamme des soins nécessaires et leur continuité: ces prestations font appel à des professionnels différents et nombreux et dès lors, une coordination serrée est indispensable. C'est là qu'intervient le réseau.

L'EXEMPLE DU RÉSEAU DE SOINS DELTA

Fondateur du Réseau de soins Delta à Genève, le Dr Philippe Schaller observe qu'aujourd'hui déjà, deux tiers des dépenses de santé sont générés par un tiers des patients, les malades chroniques. «Les réseaux de professionnels pourraient, à terme, mieux coordonner leurs actions et améliorer nettement la prise en charge des personnes âgées à domicile et celles souffrant de maladies chroniques. Ces réseaux de santé constitués de médecins, de professionnels des services d'aides et de soins à domicile, ayant à disposition des structures d'accueil intermédiaires, peuvent fortement réduire les hospitalisations inappropriées

ou retarder les institutionnalisations ainsi que développer des programmes de prévention de la fragilité des personnes âgées à domicile pour éviter le transfert systématique aux urgences. Il y a chaque année un certain nombre d'hospitalisations de personnes âgées et de malades chroniques qui pourraient être évitées, si le réseau sanitaire ambulatoire était mieux organisé et coordonné et s'il communiquait davantage. Une meilleure coopération entre les différentes professions de la santé serait également source d'amélioration de la qualité des prises en charge, par exemple entre médecins et pharmaciens ou entre médecins et infirmières à domicile. Le credo est de travailler ensemble sur un même territoire de santé.» Et d'ajouter: «Ces réseaux de santé élargis vont progressivement se mettre en place, les réseaux de médecins de famille, comme le réseau de soins Delta ont un fort leadership pour les développer. Dès 2010, nous allons développer plusieurs programmes pour les patients souffrant de maladies chroniques comme le diabète, l'insuffisance cardiaque ou encore l'asthme. Le médecin traitant sera soutenu dans son travail quotidien grâce à la mise à disposition d'informations pertinentes et de ressources pour améliorer la coordination des différents professionnels nécessaire à une bonne prise en charge de ses patients».

UN PIONNIER

Malgré leurs nombreux avantages, les réseaux de soins sont rares en Suisse romande, contrairement à ce qui se passe en Suisse alémanique. C'est pourquoi le Réseau de soins Delta fait figure de pionnier dans le paysage médical: voici un réseau fondé il y a déjà plus de quinze ans, qui compte 160

médecins et 60 000 assurés, plutôt satisfaits, semble-t-il, malgré les quelques restrictions qu'ils acceptent: ils ne peuvent pas consulter en dehors du réseau, sauf pour la gynécologie, la pédiatrie et l'ophtalmologie. A l'intérieur du réseau en revanche, les patients sont libres de consulter le médecin de leur choix, qui les orientera, le cas échéant, vers un spécialiste. En contrepartie, ils bénéficient d'une réduction de 20% à 25% du montant des primes. Selon plusieurs études mandatées par l'OFSP les réseaux semblent afficher une économicité d'environ 20%, sans que les assurés considèrent qu'ils aient reçu des prestations de qualité inférieure. «Nous avons plus de quinze ans d'expérience et la diminution des coûts par rapport à l'assurance de base reste constante», affirme Philippe Schaller.

DES MÉDECINS RESPONSABLES DU BUDGET

Une des caractéristiques du Réseau de soins Delta, c'est que les médecins du réseau assument entièrement la responsabilité budgétaire des coûts du dispositif de santé, et donc des éventuels dépassements. «La corresponsabilité budgétaire avec l'assureur maladie nous permet,

collectivement, de nous poser un certain nombre de questions sur la meilleure manière d'arriver à la meilleure qualité des soins tout en diminuant, voire en excluant certaines procédures inutiles ou futiles. Le travail au sein des cercles de qualité (réunion hebdomadaire entre médecins) permet d'unifier nos traitements, d'améliorer les processus de diagnostic et d'utilisation des nouvelles technologies à notre disposition. Nous avons aussi développé des moyens de communication et d'informations plus performants.

Les médecins participent à la gestion du système de santé et à ses transformations qui sont absolument nécessaires pour répondre aux défis de ce siècle. Les médecins ont des connaissances et une éthique dont ils doivent faire bénéficier la population. Si nous ne tirons pas tous à la même corde, nous allons vers une crise majeure de nos institutions sociales».

Les cercles de qualité entre pairs sont la pierre angulaire de la formation des médecins, ainsi que de cette culture d'entreprise développée depuis plus de quinze ans au sein du réseau de soins Delta. Son collègue, le Dr Marc-André Raetzo, en a développé les principes, basés sur une

Le généraliste ou le pilier manquant

Faut-il placer le médecin généraliste sur la liste rouge des espèces en voie de disparition? Les chiffres y inclinent. En 2004, un rapport estimait qu'il faudrait former dans les 15 ans à venir entre 100 et 150 médecins de premier recours par an uniquement pour la Suisse romande. Or entre 2004 et 2006, seuls vingt-cinq médecins par année ont terminé leur formation de médecine générale en Suisse romande... Et dans une enquête auprès des médecins en cours de spécialisation, 8 à 10% seulement déclaraient se destiner à la médecine générale. Ces chiffres sont alarmants puisque, sans généralistes, il n'y a pas de réseaux!

pédagogie bien codifiée. Depuis quelques années, ces cercles se sont élargis avec un certain nombre de pharmaciens, regroupés au sein du réseau Rétis.

CHEZ LES ASSURÉS, LA DEMANDE EXISTE

Il ne fait guère de doute que les réseaux – quelle que soit leur nature particulière (voir encadré) – répondent non seulement à l'évolution démographique de la société et donc de la demande de soins, mais aussi à la nécessité impérative de contenir les coûts. C'est assurément ce dernier aspect qui conduit une majorité d'assurés à s'intéresser aux modèles alternatifs d'assurance, dits managed care, si l'on en croit une étude du site bonus.ch: deux tiers des assurés se disent intéressés, sachant qu'ils peuvent économiser jusqu'à 25% sur leurs primes. Et ils sont nombreux à accepter une restriction de leur libre choix du médecin: 42%.

Mais pourquoi n'y a-t-il donc pas une explosion de réseaux? On l'a dit, le système de santé suisse est parcellisé, et l'initiative ne peut pas venir de l'Etat, qui ne

gère pas le système, et il n'est pas souhaitable qu'elle vienne des assureurs, dont ce n'est pas le métier. Autre problème aigu: il y a, et il y aura demain un manque flagrant de médecins de premier recours, qui sont les piliers du système: sans eux, point de réseaux! C'est donc aux professionnels de se prendre en main, en faisant preuve d'imagination et d'esprit d'entreprise, en sachant s'adapter aux conditions locales, qui sont très différentes d'une région à l'autre. Et comme le pense le Dr Schaller, «à terme, les réseaux actuels vont inclure, sur une base territoriale, l'ensemble des professionnels et des institutions du système de santé. Ces réseaux coordonneront les actions cliniques et les services, qu'ils proviennent de financement public ou privé. Les trajectoires soins de plus en plus complexes des patients âgés et des malades chroniques l'exigent!» ■

DES RÉSEAUX DE TOUTES LES COULEURS

Les principaux modèles de réseaux de soins sont les suivants:

→ Modèle «**médecin de famille**»:

l'assuré doit toujours consulter en premier lieu son médecin de famille (qu'il a choisi librement). Variante: le patient doit choisir son médecin de famille dans une liste établie par l'assureur.

→ Modèle «**réseau de santé**» ou **HMO**:

l'assuré doit toujours commencer par consulter le même médecin du réseau.

→ Modèle «**télé-médecine**»:

l'assuré doit appeler un centre de conseil médical avant d'aller chez le médecin.

NEUCHÂTEL

Le premier réseau est en place

Le réseau de soins neuchâtelois (www.rsne.ch) comprend environ 80 médecins de premier recours (internistes, généralistes et pédiatres). Il a passé contrat avec deux groupes de caisses-maladie, Helsana et le Groupe Mutuel, qui proposent pour 2010 un contrat de ce type.

Les médecins du réseau de soins neuchâtelois sont des indépendants, installés dans leur cabinet privé dans les différents districts du canton de Neuchâtel. Ils ont accepté de remettre en question leur pratique médicale dans des Cercles de qualité, et se veulent garants d'une continuité des soins dans le cadre de la médecine de famille. Pour sa mise en œuvre, le réseau a bénéficié des compétences techniques de la société Ctesias Care, centre de compétences dans le domaine du managed care (www.ctesiascare.ch).

VALAIS

Des stages en cabinet pour jeunes médecins

Pour faire face à la pénurie prévisible d'omnipraticiens en Valais, l'initiative a été prise de favoriser l'installation de jeunes médecins au travers d'un projet d'implantation en Valais d'un Cursus Romand de Formation en Médecine Générale. L'idée est d'offrir une partie importante de cette formation post-graduée en Valais par un tournus dans une série de services intéressés, et d'inclure dans ce tournus un stage de médecin assistant en cabinet médical d'au moins six mois. Une douzaine de médecins praticiens valaisans ont déjà suivi la formation de base exigée pour superviser des médecins assistants en cabinet, et sont donc reconnus tant par la FMH que par le Collège suisse de médecine de premier recours. Le potentiel de places de formation en cabinet existe donc sans problème en Valais. Les stages de formation post-graduée en cabinet durent au minimum six mois à plein temps ou douze mois à mi-temps.

«Le réseau ne coûte pas moins cher, mais il est propice à une meilleure médecine»

PROPOS RECUEILLIS PAR PHILIPPE BARRAUD

Médecin-interniste à Château-d'Oex et président de la Société médicale de la Suisse romande, Charles-Abram Favrod-Coune voit dans les réseaux un moyen de faire de la meilleure médecine, sans pour autant que ce soit une panacée.

On ne parle que de réseaux et de managed care. Serait-ce donc la panacée pour résoudre les problèmes du système de santé suisse ?

Ce serait une illusion. Ces structures ne peuvent pas résoudre tous les problèmes. En particulier, ils sont mieux adaptés aux concentrations urbaines qu'à la périphérie. Pour fonctionner, ils ont besoin de généralistes, de spécialistes, de moyens techniques, d'infrastructures, toutes choses difficiles à réunir loin des villes.

Le patient non urbain sera donc amené à se déplacer de plus en plus ?

Oui, car les moyens de transport existants (144, hélicoptère...), sont efficaces. Grâce à eux, le patient est protégé contre les catastrophes sanitaires traitables, il ne faut guère que dix minutes de plus qu'en ville.

La définition du réseau n'est pas excessivement claire. Quelle est votre vision ?

Les réseaux ont un énorme potentiel, mais il peut y avoir mille configurations possibles. Différents patients et différents médecins se sentiront bien dans un réseau, et pas dans un autre.

En tout état de cause, ni un politique, ni un entrepreneur, ni un hôpital ne peuvent dire comment faire un réseau.

Quel rôle doivent alors jouer les pouvoirs publics ?

Ce doit être un rôle d'incitation, qu'ils peuvent jouer efficacement sur deux axes : d'une part en créant des infrastructures permettant l'échange d'informations, car sur ce plan, le monde médical est encore au Moyen Age ; d'autre part, en mettant en place un cadre légal et financier qui n'interfère pas sur les modèles, mais laisse la porte ouverte à la créativité. Il existe un risque énorme, celui de favoriser des modèles fondés sur le gatekeeper : que le patient doive consulter un généraliste avant d'aller chez le spécialiste, c'est très bien. Mais il ne faut pas transformer le médecin de premier recours en simple trieur, car alors cela conduit au rationnement des soins. C'est logique puisque dans ce cas, le généraliste produit de moins en moins de soins.

Pensez-vous que les réseaux vont coûter moins cher que l'organisation actuelle ?

Je ne crois pas. Ce ne sera pas moins cher, mais on peut espérer



CHARLES-ABRAM FAVROD-COUNE : "CE N'EST PAS À L'ASSUREUR MAIS AU MÉDECIN DE DÉCIDER CE QU'IL DOIT FAIRE AVEC LES MOYENS À DISPOSITION EN FONCTION DES BESOINS DU PATIENT"

faire de la meilleure médecine. Et cela, on ne peut pas le faire avec moins d'argent, puisque moins d'argent, cela signifie moins de soignants, et moins d'heures passées avec le patient. Même constat avec les médicaments : les nouveaux médicaments seront toujours meilleurs, et il sera souvent justifié qu'ils coûtent plus cher.

Quelle est la place de l'assureur dans l'organisation future ?

Ce qui est sûr, c'est que les assureurs ne doivent pas piloter le système. Ils peuvent assurer le financement, resserrer les boulons quand c'est nécessaire, mais c'est au médecin de décider ce qu'il doit faire avec les moyens à disposition, en fonction de

l'éthique de son métier et des besoins des patients. Si un assureur ou un politique se trouve en position de dire à un médecin : «Vous ne pouvez pas faire ceci ou cela», c'est un abus de pouvoir. La responsabilité du médecin est immense, puisqu'il n'a pas le droit de faire autre chose que ce qui est nécessaire pour la santé de son patient. C'est la discipline incontournable à laquelle tout médecin – réseau ou non – est tenu. Et cela est vrai dans tous les cas de figure : dans un réseau ou du managed care, il n'est ni plus difficile ni plus facile de faire preuve de discipline médicale qu'ailleurs. ■

«Mesures urgentes» : l'urgence est ailleurs !

PAR PHILIPPE BARRAUD

Le 9 septembre dernier, le Conseil national a adopté une partie des «mesures urgentes» proposées par le Conseil fédéral pour réduire les coûts de la santé, mesures dont on sait déjà qu'elles n'auront aucun effet sur les primes d'assurance maladie en 2010. Le 26 novembre, le Conseil des Etats a refusé de suivre le National. Les deux chambres n'étant pas d'accord, de nouvelles discussions seront menées. Mais, surtout, comme le rappelle Jean-Pierre Pavillon, président de la Société vaudoise de médecine, s'il y a des mesures urgentes à prendre, c'est dans le financement de l'assurance maladie.

«On nous tanne avec l'augmentation des coûts de la santé, observe Jean-Pierre Pavillon, mais le problème n'est pas là ! Le problème, c'est l'augmentation des primes d'assurance maladie. La Suisse est le pays d'Europe où la part privée du financement de la santé est la plus élevée, donc, toute augmentation frappe de plein fouet l'assuré. On a créé un psychodrame autour de l'aug-

mentation des primes, provoquée par les manipulations politiques de celles-ci et des réserves qui ont été faites au cours des années précédentes : maintenant, il a fallu faire un rattrapage. Mais les coûts de la santé eux-mêmes ont peu augmenté. Nous vivons donc une situation très artificielle et très politisée. Du point de vue des médecins, les mesures à prendre d'urgence sont dans l'organisation et le financement de l'assurance maladie. Ce serait plus utile que des mesures urgentes qui partent dans tous les sens.»

COMPARER DES POMMES ET DES POIRES

Parmi ces mesures urgentes, il en est une qui suscite une claire opposition des médecins : celle qui donne au Conseil fédéral la latitude de baisser, par voie d'ordonnance, les valeurs du point tarifaire et les tarifs forfaitaires. C'est une mauvaise mesure, totalement contraire à l'esprit de la LAMal, estime-t-il. D'une part, elle prive les partenaires tarifaires

(médecins et assureurs) d'une prérogative pour laquelle ils sont les mieux placés. D'autre part, elle supprime les compétences cantonales en la matière, et enfin exclut tout droit de recours. Dans quels cas le gouvernement pourrait-il intervenir ? Il faudrait que les coûts, dans un canton donné, augmentent dans une proportion supérieure à la moyenne suisse. Plus précisément, il ne devrait pas y avoir plus de 10% de différence entre la valeur du point la plus haute et la plus basse. Or, estiment les médecins, il est indispensable de tenir compte des conditions locales dans ce genre de comparaison, car les coûts par patient et par an dans l'ambulatoire privé ne sont pas directement corrélés à la valeur du point tarifaire ni au revenu des médecins.

Par exemple, les cantons de Zürich, Bâle-Ville et Genève ont des coûts nettement plus élevés que le canton de Vaud ou le Jura, où pourtant les valeurs de points

THERESE MEYER-KAELIN

Et maintenant, une vraie réforme !

Pour la Fribourgeoise Thérèse Meyer-Kaelin (PDC), membre de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national, les «mesures urgentes» ont été prises sous le coup de l'émotion et aujourd'hui, la pression est un peu retombée, les hausses de primes ont été intégrées dans un calme relatif par la population.

Mme Meyer-Kaelin juge positives les mesures prises au sujet du prix des médicaments

(nouveau réexamen extraordinaire des prix, extension du panel des pays de comparaison pour les prix pratiqués à l'étranger, modifications de la réglementation des génériques, entre autres). En revanche, certaines mesures lui paraissent problématiques, comme la durée minimale des franchises, même réduite à deux ans, et la participation différenciée des patients aux coûts, alors qu'ils n'ont pas toujours le choix (pas d'infrastructures

ou de réseaux à disposition).

Mme Meyer-Kaelin appelle désormais de ses vœux une véritable réforme du système, au-delà des blocages idéologiques gauche-droite qui ont empêché de réfléchir à un système plus intelligent. «L'avenir est aux réseaux de soins, affirme-t-elle, à ceux qui intègrent tous les intervenants, et les rend coresponsables.»

PH. B.

“La Suisse est le pays d'Europe où la part privée du financement de la santé est la plus élevée”

sont sensiblement plus hautes. De plus, fait-on remarquer, il est périlleux de vouloir comparer les revenus des médecins de part et d'autre de la Sarine, dans la mesure où le revenu s'acquiert de manière différente : les médecins alémaniques pratiquent ce que l'on appelle la propharmacie, autrement dit la vente de médicaments au cabinet. Cela génère un bon tiers de leurs revenus : ainsi, les médecins zougois ont un revenu très supérieur à celui des praticiens romands, malgré une valeur de point plus basse. Ceux-ci gagnent leur vie différemment, puisque la propharmacie leur est interdite. Il n'est donc pas surprenant que chez eux, la valeur de point soit plus élevée et partant, il n'est pas possible de comparer simplement les valeurs de point respectives.

Certains se demandent alors s'il ne faudrait pas supprimer la propharmacie, par un souci quelque peu dogmatique d'uniformisation, voire d'économie. «Cela ne générera aucune économie !» s'exclame le Dr Jean-Pierre Pavillon. Les études montrent que les coûts en termes de médicaments sont équivalents, voire un peu inférieurs dans le cadre de la propharmacie. En tout état de cause, les médecins romands ne sont pas favorables à la suppression de la propharmacie, qui bouleverserait la structure du revenu médical en Suisse, une situation dans laquelle le manque à gagner provoqué d'un côté devrait être supporté par les autres acteurs de la santé.

L'ESPRIT DE LA LAMAL MIS À MAL

Et l'idée de créer une seule valeur de point pour l'ambulatoire, qu'il soit public ou privé ? Pour le Dr Pavillon, elle n'est pas justifiée car là aussi on traite de choses qui sont peu comparables, dans la mesure où la structure de prestations est très différente entre les deux. «On constate un glissement du volume des prestations vers l'ambulatoire hospitalier, observe-t-il ; notre volume, dans le privé, a peu augmenté – de l'ordre de 2,5% par an – alors que l'ambulatoire hospitalier a une croissance à deux chiffres depuis des années.»

La franchise bloquée pour deux ans ? Le président des médecins vaudois ne juge pas déraisonnable qu'un assuré ne puisse pas changer sans cesse le montant de sa franchise au gré des événements. En revanche, lier l'assuré à un seul assureur est totalement contraire à l'esprit de la LAMal, puisque ainsi on entrave la concurrence : l'assuré, qui ne connaît pas l'évolution des coûts, ne peut plus changer de caisse, alors qu'on l'y encourage fortement par ailleurs !

CENTRALES TÉLÉPHONIQUES : IL FAUT DES INTERLOCUTEURS BIEN FORMÉS

Les centrales téléphoniques de tri font partie des mesures adoptées par le Conseil national. «Tout dépend de la qualité du conseil donné, estime Jean-Pierre Pavillon, qui dépend elle-même de la qualité des personnes



COMME L'EXPLIQUE JEAN-PIERRE PAVILLON, PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE, “LES COÛTS DANS L'AMBULATOIRE PRIVÉ NE SONT PAS DIRECTEMENT CORRÉLÉS AU REVENU DES MÉDECINS”

qui sont au téléphone. En Valais par exemple, ce sont des médecins praticiens expérimentés qui assurent la garde téléphonique d'urgence, et assurent un tri entre ce qui demande un conseil téléphonique, une consultation par le médecin de garde, ou une hospitalisation. C'est un système qui fonctionne bien, et qui a permis de beaucoup diminuer les appels d'urgence à la garde. Mais s'il fonctionne bien, c'est qu'il est assuré par des médecins de terrain qui ont de l'expérience.»

En revanche, on connaît mal le niveau de formation et d'expérience des centrales commerciales, généralement financées par les assureurs. Ce sont souvent de jeunes médecins en fin de formation, ou qui n'ont pas d'activité de cabinet, et à qui il peut manquer une expérience clinique pour être totalement performants. Mais pourrait-on faire sans médecins ? Il est évident que non, si l'on veut, par

exemple, faxer une ordonnance à la pharmacie. Mais une garde téléphonique peut aussi être assurée par des infirmières formées à ce travail, comme c'est le cas dans le canton de Vaud.

TOUJOURS POUR LA CAISSE UNIQUE

Jean-Pierre Pavillon rappelle qu'en son temps, la SVM avait publiquement soutenu l'idée d'une caisse unique – et elle n'a pas changé d'avis. Il reste à définir un modèle susceptible de réunir une majorité, qui pourrait s'inspirer du fonctionnement de la caisse de chômage : une centrale encaisse les primes, puis redistribue ensuite l'argent aux caisses en fonction des coûts réels. «Ce qui supprimerait au moins le système des réserves, qui favorise une opacité totale entre l'assurance de base et l'assurance privée», estime le Dr Pavillon. ■

Le retour fracassant de la caisse unique

PAR MICHAEL BALAVOINE

Face à l'explosion des primes et au manque de transparence dans la gestion de l'assurance de base, le projet de création d'une caisse unique refait surface. Débarrassée du tabou du financement par le revenu, l'initiative, que la gauche prévoit de lancer au printemps 2010, séduit même une partie de la droite qui avait fait échouer la votation de 2007.

SÉPARER LA BASE DE LA COMPLÉMENTAIRE

En quoi consiste le projet? Grossièrement résumé, il s'agit d'en finir avec un système hybride qui permet aux caisses de pratiquer à la fois l'assurance obligatoire et l'assurance complémentaire. Aujourd'hui liés, ces deux types d'assurances sont toutefois bien différents, comme le relève le Dr Pierre-Alain Schneider, président de l'Association des médecins du canton de Genève. «D'un côté, l'assurance de base est obligatoire et doit garantir à tous les soins indispensables. Elle permet aux assureurs de couvrir leurs frais administratifs mais pas de réaliser des bénéfices. Les assurances complémentaires, elles, autorisent les prestataires à procéder à un examen de risques à la conclusion d'un contrat et de refuser des personnes en mauvaise santé. Dans ce type d'assurances, les prestataires peuvent faire des bénéfices.»

TRANSPARENCE ET SÉLECTION DES RISQUES: LES BIAIS DU SYSTÈME

Cette mixité entre assurances de base et complémentaire entraîne de nombreux problèmes comme l'a rappelé Stéphane Rossini, vice-président du PS suisse sur l'antenne de la Télévision suisse romande. A commencer par l'étalement des comptes entre les deux types d'assurances. Comment répartir avec précision les frais administratifs liés au travail d'un collaborateur ou les coûts liés à l'utilisation de locaux si le tout fait partie de la même structure? «Cela est impossible, répond le Dr Schneider. Et surtout, il devient possible de transférer des bénéfices réalisés dans l'assurance de base vers la complémentaire ce qui est illégal mais improuvable.» A cette opacité vient s'ajouter un autre problème de taille: celui de la sélection des risques. «Lors de la conclusion d'un contrat pour l'assurance de base, il n'est pas rare que les vendeurs proposent une complémentaire parfois superflue, explique encore le docteur genevois. Cela permet aux assureurs de procéder à un examen de santé pour sélectionner des personnes en bonne forme physique et d'accéder aux données sensibles qui sont protégées dans l'assurance de base. L'intérêt est évident: plus une caisse attire une clientèle saine, plus son activité sera rentable car ses assurés "consommeront" moins de soins.»

ÉTERNELLE QUESTION DES COÛTS DE LA SANTÉ

Reste que pour les opposants, changer de système ne résoudra pas le problème de l'augmentation régulière des coûts de la santé. Selon Claude Ruey, président de santé-suisse interrogé par la Tribune de Genève, «ce n'est pas en changeant le compteur d'électricité que l'on fera baisser la consommation d'énergie.» Autrement dit: repenser le rôle du payeur et ajouter des chicanes ne mènent à rien. Un argument qui n'ébranle pas les partisans de l'initiative. «La caisse unique ne règlera pas le problème du financement des coûts de la santé, analyse le Dr Schneider, si ce n'est qu'elle permettra d'économiser sur les frais de publicité nécessaires au démarchage de nouveaux assurés et sur les frais administratifs liés aux changements de caisse. Elle apportera une transparence essentielle pour retrouver un climat de confiance nécessaire à une réforme en profondeur du système. Le peuple suisse s'est donné une loi sur l'assurance maladie généreuse qui paraît maintenant au-dessus de nos moyens à en juger par l'évolution des primes.» Convaincu qu'il faut absolument conserver une haute qualité des soins, le médecin genevois esquisse «une autre voie préalable à la réforme globale du système de santé qui consisterait à imposer une séparation totale entre la pratique de l'assurance de base et celle de l'assurance complémentaire sans pour autant constituer une caisse unique. Une option à laquelle certains médecins travaillent actuellement.» ■

Votre dossier médical vous appartient

PAR PHILIPPE BARRAUD

Contrairement à ce que l'on croit souvent, le dossier médical du patient n'est nullement un document inaccessible, ou réservé au seul usage du médecin. Chaque patient a le droit d'en prendre connaissance, de se le faire expliquer, ou de se le faire remettre gratuitement. Le point avec Véronique Matthey, juriste à la Société vaudoise de médecine.

Les patients sont de plus en plus mobiles et, logiquement, lorsqu'ils déménagent, ils ont intérêt à glisser leur dossier médical dans leurs cartons à bananes. Façon de parler bien sûr: le dossier peut être envoyé du médecin de famille au praticien du nouveau domicile. Mais plus généralement, les patients peuvent avoir besoin de leur dossier médical pour, par exemple, solliciter un second avis avant un traitement lourd ou une opération.

Plusieurs dispositions légales ou réglementaires (lois cantonales sur la santé, protection des données, code de déontologie...) fixent les conditions de la remise du dossier médical. Elles peuvent varier selon les cantons. Sur le principe, les choses sont claires: le patient a le droit de prendre connaissance de son dossier médical, de se le faire expliquer, et d'en demander une copie. Il peut aussi demander la remise gratuite du dossier complet, en signant un reçu. En revanche, il ne peut pas le faire modifier ou expurger.

UNE RÈGLE SIMPLE... ET DES RÉSERVES

Le médecin n'a guère de latitude pour faire un tri parmi les éléments du dossier. Il doit remettre toutes les pièces d'ordre médical qui le constituent: ses notes, qu'elles soient manuscrites, électroniques ou dactylographiées, les radiographies, les analyses de laboratoire, les rapports opératoires, les rapports aux assurances, les courriers échangés avec d'autres médecins, etc.

Il y a pourtant des réserves, et c'est ce qui complique parfois les relations. Sur deux points, le praticien peut être amené à restreindre la remise pure et simple de tout le dossier:



VÉRONIQUE MATTHEY, JURISTE À LA SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE:
"LE PATIENT A LE DROIT DE PRENDRE CONNAISSANCE DE SON DOSSIER MÉDICAL ET D'EN DEMANDER UNE COPIE"

- Les notes personnelles du médecin. Celles-ci ne doivent pas être remises, mais la définition en est restrictive: il ne doit s'agir que de notes servant, par exemple, d'aide-mémoire, qui n'appartiennent pas formellement au dossier médical. Les notes personnelles ne doivent contenir aucune information sur la santé, le diagnostic et le traitement du patient.

- Les «données sensibles» du dossier. Elles sont de deux ordres. Le médecin ne pourra pas remettre à son patient des données relevant du secret professionnel, en particulier des informations concernant des tiers, membres ou non de la famille du patient. La seconde catégorie est celle des données susceptibles d'avoir de graves conséquences pour le patient. On pense en particulier aux cas psychiatriques, et à des cas somatiques particulièrement graves, dans lesquels la simple lecture du dossier risque de précipiter le patient dans un trouble important. Dans de tels cas, le médecin peut soit suspendre le droit d'accès (un recours du patient est alors possible), soit exiger que la prise de connaissance soit faite en sa présence, ou en présence d'un médecin désigné par le patient.

Un dernier aspect concerne la remise de données aux assurances. Celles-ci tentent de plus en plus souvent d'obtenir des pièces du dossier médical, notamment les protocoles opératoires, ou en relation avec des arrêts maladie et des pertes de gain. «La LAMal leur donne le droit de le faire, explique Véronique Matthey, mais le patient doit expressément autoriser la levée du secret médical.» Il est très important que les patients restent vigilants à cet égard, de même que leur médecin, puisque c'est lui qui reçoit les demandes. Ce dernier assume donc une responsabilité certaine quant à la nature des données transmises. S'il estime la demande abusive, le patient peut refuser, ou autoriser la transmission de données au seul médecin-conseil de l'assurance. A ses risques et périls: théoriquement, les dossiers ne doivent pas circuler dans les caisses. En pratique, ils circulent! Un patient averti en vaut deux. ■

Pourquoi la vaccination est-elle primordiale ?

ADAPTATION : MARINA CASSELYN

RETROUVEZ LA VERSION COMPLÈTE DU DOSSIER SUR WWW.LEFAITMEDICAL.CH

« Méfiante », « peu encline », « mal informée », ...

Comment convaincre la population de se faire vacciner si même une partie du personnel soignant – censé se retrouver en première ligne, être le mieux informé – rechigne à le faire ? Combien de morts faut-il attendre, pour que tout le monde se rue alors sur les doses de vaccin ? Vaccin qui est fabriqué exactement de la même façon que celui de la grippe saisonnière... Bien sûr, nous ne l'avons pas encore cité. Il s'agit d'un vaccin contre le virus A(H1N1).

C'est pourtant bien grâce à des campagnes de vaccination internationales que des maladies mortelles ou provoquant de graves séquelles ont pu être éradiquées ou largement maîtrisées : la variole, la poliomyélite, la tuberculose, la rougeole, la coqueluche... et la grippe.

La pandémie de grippe H1N1 remet à l'ordre du jour tous les questionnements sur la nécessité de la vaccination en général. On ne peut obliger qui que ce soit à se faire vacciner. Mais avant de prendre toute décision, il est primordial de comprendre les enjeux de la vaccination, pourquoi il est important de la faire, pour qui et contre quelles maladies particulièrement.

Pourquoi et contre quoi se faire vacciner en Suisse ?

Nous possédons tous un système immunitaire naturel, qui nous permet de nous défendre contre les virus, les bactéries, les champignons, les parasites ou même les cellules cancéreuses. Mais ce système de défense nécessite plusieurs années pour devenir efficace, ce qui explique la fragilité des petits enfants. De

plus, il s'épuise progressivement avec l'âge. Pourtant, à tout âge, les mécanismes de protection naturels sont insuffisants contre les microbes les plus agressifs. Il faut donc entraîner le corps à se défendre contre eux, autrement dit se faire vacciner.

Car un vaccin a pour rôle de stimuler les défenses naturelles de l'organisme. Choisir de ne pas faire tel ou tel vaccin a des conséquences importantes pour celui qui n'est pas protégé, mais aussi pour son entourage qui court des risques supplémentaires de contamination.

La crainte des effets secondaires fait parfois renoncer à une vaccination pourtant utile : or, le risque le plus élevé après une vaccination est celui d'une réaction inflammatoire pendant un à deux jours à l'endroit de la piqûre, avec parfois un peu de fièvre. Dans un à deux cas pour un million de personnes vaccinées, une réaction allergique immédiate peut nécessiter un traitement, facile à appliquer.

Quelle maladie est-elle la plus dangereuse en Suisse pour un bébé non (encore) vacciné : le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, la diphtérie ?

Le tétanos, la poliomyélite et la diphtérie sont extrêmement rares en Suisse. Sans hésiter, le vaccin le plus important pour les bébés est celui contre la coqueluche. C'est une infection respiratoire fréquente chez les grands enfants et les adultes, qu'elle fait

tousser pendant des semaines. Les bébés risquent d'étouffer, de voir leur cerveau privé d'oxygène pendant les quintes de toux ou même d'arrêter soudainement de respirer. Chaque année, des bébés sont hospitalisés avec une coqueluche grave et l'on estime que, sans vaccination, plusieurs centaines mourraient en Suisse. Jadis, c'était une calamité : l'Annuaire statistique de la Suisse rapporte ainsi 987 décès pour la seule année 1886. S'il fallait ne choisir qu'un vaccin pour protéger son bébé, ce serait donc celui de la coqueluche. Heureusement, les vaccins combinés permettent aujourd'hui d'élargir la protection contre la coqueluche au tétanos, à la diphtérie (DiTePer), à la polio et aux méningites sans augmenter du tout le risque d'effets secondaires.

Quel est le risque le plus élevé en Suisse pour un enfant non (encore) vacciné : le tétanos, la rougeole, les oreillons, les méningites bactériennes ?

Les méningites bactériennes et les complications des oreillons sont elles aussi très rares. Pour un enfant non vacciné, le risque le plus élevé est celui de la rougeole, qui a fait dix-neuf jeunes victimes en 2005-2006 en Europe. Le virus est tellement contagieux qu'il suffit d'entrer dans la même pièce - école, transports publics, magasins... - qu'un patient incubant la rougeole pour l'attraper. La rougeole ne provoque pas seulement de la



“Vacciner, c’est stimuler les défenses naturelles de l’organisme”

fièvre, de la toux et des plaques rouges. Ses complications sont fréquentes : pendant l'épidémie de 2007-2008, qui a touché plus de 3 400 personnes en Suisse, un malade sur huit a fait des complications (pneumonie) et un sur quinze a dû être hospitalisé. Huit patients ont présenté des complications neurologiques graves (inflammation ou abcès du cerveau). L'épidémie s'est poursuivie en 2009, continuant d'occasionner des hospitalisations et provoquant la mort à Genève d'une fillette de 12 ans, jusqu'alors en bonne santé. Le vaccin peut être fait seul ou combiné avec les oreillons et la rubéole (ROR), pour une protection élargie.

Quel est le risque le plus élevé en Suisse pour une personne âgée non vaccinée : la pneumonie, la grippe saisonnière, le zona, le tétanos ?

Toutes ces maladies peuvent être dangereuses pour un senior, dont les défenses immunitaires s'affaiblissent avec le temps qui passe. Le risque le plus élevé est celui de la grippe saisonnière, qui tue chaque année entre 300 et 1 000 personnes âgées en Suisse. ■

PR CLAIRE-ANNE SIEGRIST
DÉPARTEMENT DE PATHOLOGIE ET
D'IMMUNOLOGIE – CMU, GENÈVE

Site utile : www.infovac.ch

Sida, tuberculose, malaria : à quand des vaccins ?

ADAPTATION : MARINA CASSELYN

Pourquoi n'existe-t-il pas de vaccin efficace à 100% contre trois des maladies infectieuses épidémiques les plus meurtrières au monde ? C'est parce que le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), la bactérie de la tuberculose (*Mycobacterium tuberculosis*) et le parasite du paludisme (*Plasmodium falciparum* ou *vivax*) ont développé d'ingénieuses stratégies pour échapper aux mécanismes de défense de l'hôte, et qui restent encore mal comprises.

SIDA

Malgré les traitements anti-VIH (trithérapies), l'épidémie de sida continue de prendre de l'ampleur et tue trois millions de personnes par an. L'OMS estime que plus de 30 millions de personnes dans le monde sont aujourd'hui touchées. En dépit d'avancées spectaculaires dans la compréhension de l'infection et de la réponse immunitaire des individus infectés, les vaccins de 1^{ère} et 2^e générations et les vaccins combinés testés jusqu'ici n'ont pas eu d'effet protecteur, ou trop faible bien que prometteur. Plusieurs raisons à cela :

- le VIH infecte précisément les globules blancs (lymphocytes T) qui participent à la défense contre les infections virales ;
- pour que le lymphocyte T soit efficace contre une infection virale, il doit seulement être « activé » par le virus. Mais le VIH infecte le lymphocyte et se multiplie à l'intérieur ;
- le sperme des personnes séropositives contient des lymphocytes infectés abritant le virus qui échappe ainsi à l'action des défenses naturelles de la muqueuse vaginale ou du col de l'utérus.

TUBERCULOSE

Un tiers de la population mondiale est porteuse du bacille de la tuberculose qui entraîne chaque année environ deux millions de décès. Un vaccin, dit BCG (bacille de Calmette et Guérin), a été développé à l'Institut Pasteur de Paris au début du XX^e siècle à partir d'une souche virulente de tuberculose bovine atténuée. Le BCG protège les enfants contre les formes graves de la tuberculose (méningite tuberculeuse), mais son efficacité diminue avec le temps et les jeunes adultes ne sont plus protégés contre la tuberculose pulmonaire, la source principale de la dissémination de la maladie. On invoque des souches trop atténuées ou la présence d'une immunité préexistante contre le BCG.

La mise au point de nouveaux vaccins est difficile car on connaît encore très mal les mécanismes de défense immunitaire contre la tuberculose. Les nouveaux vaccins doivent être au moins aussi sûrs et efficaces que le BCG. De larges essais cliniques doivent être conduits, mais il faudra encore attendre plusieurs années pour les voir remplacer le BCG.

PALUDISME

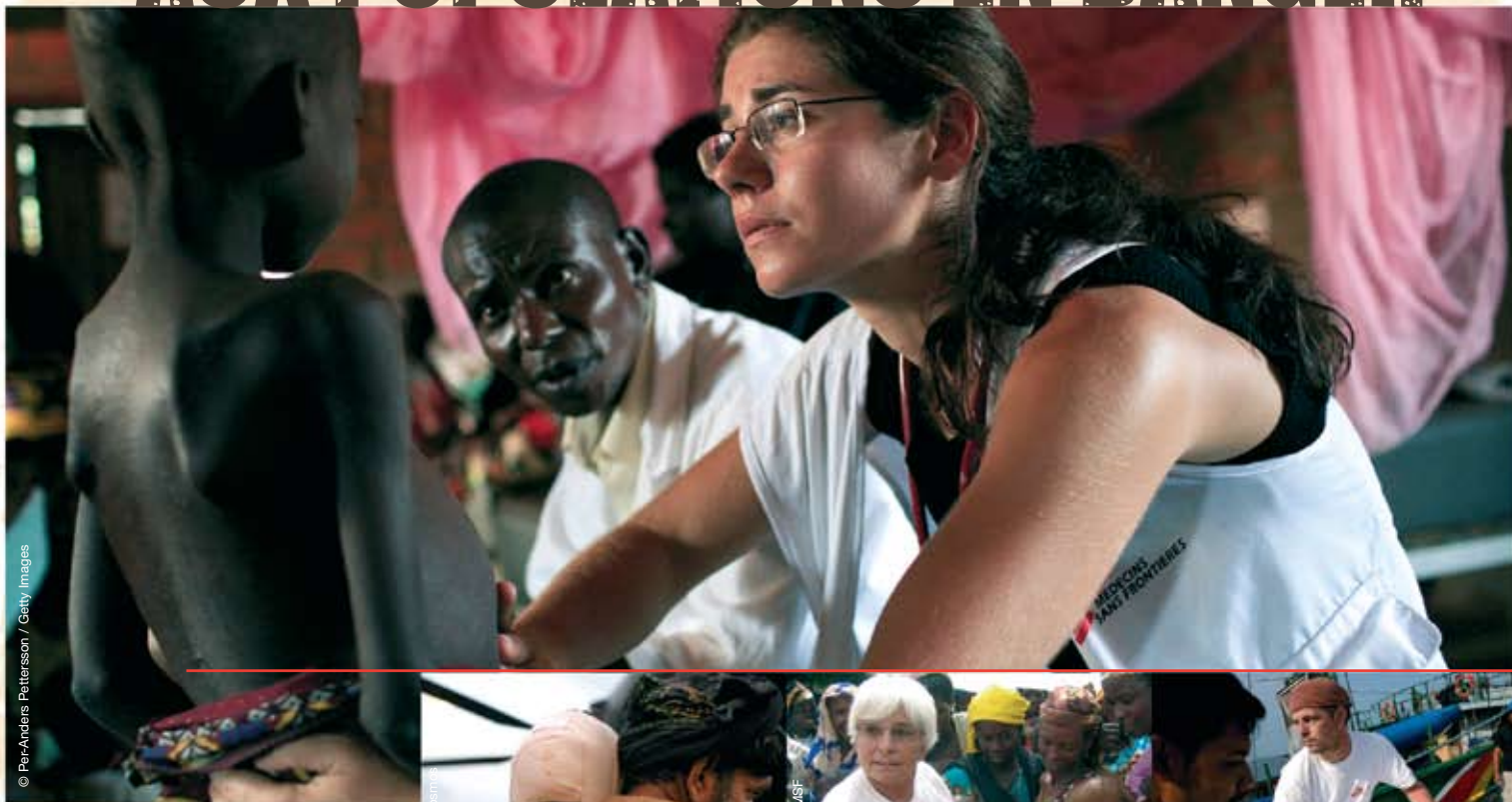
Le paludisme (ou malaria) tue un million d'individus par an, principalement des enfants d'Afrique subsaharienne. Les parasites transmis par la piqûre d'un moustique infecté passent de la peau dans le foie où ils prolifèrent rapidement, et de là dans les globules rouges. L'explosion des globules rouges infectés est responsable des accès de fièvre typiques de la maladie. L'infection, aiguë ou chronique, peut être contrôlée par le système immunitaire et éliminée, mais chez certains elle peut conduire à des anémies sévères et à des inflammations du cerveau (encéphalites), et à la mort. On connaît de mieux en mieux les mécanismes d'infection du parasite. Grâce à cela, deux candidats-vaccins testés au Mozambique et en Papouasie-Nouvelle-Guinée, où le paludisme est endémique, ont eu de bons résultats. Ces vaccins induisent des anticorps qui bloquent l'entrée du parasite dans le foie. ■

PR JEAN-PIERRE KRAEHNBUHL

FONDATION HSET - ÉPALINGES / LAUSANNE



URGENCES ASSISTANCE MÉDICALE AUX POPULATIONS EN DANGER



© Per-Anders Pettersson / Getty Images



© Bruno Stevens / Corbis

© Christiane Roth / MSF

© Francesco Zizola

Les Médecins Sans Frontières apportent leurs secours aux populations en détresse, aux victimes de catastrophes d'origine naturelle ou humaine, de situation de belligérance, sans aucune discrimination de race, de religion, philosophie ou politique.
(Extrait de la charte MSF)

www.msf.ch



CCP 12-100-2



Ça fait du bien.

Burgerstein Vitamines



Burgerstein Vitamines. En vente dans votre pharmacie ou droguerie.

www.burgerstein.ch