

Mutuelle et Santé

REVUE TRIMESTRIELLE D'INFORMATION DE LA MTRL - N° 62 - JUIN 2009 - 1 €

LA REVUE DE LA MTRL

*Le projet de loi sur l'hôpital
à l'examen des parlementaires*

VIE DE LA MTRL

Les temps forts
de l'assemblée générale

3

Colloque sur l'hôpital au Sénat

5

SOINS ET SANTÉ

Accompagner la ménopause
par l'homéopathie

6

INTERVIEW SANTÉ

Les meilleurs traitements
du reflux gastro-œsophagien

9

ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Assurance maladie : une réforme
de plus ne résorbera pas le déficit

12

CONNAÎTRE

Les maladies cardio-vasculaires

18

PRÉVENTION

Gare au glaucome !

21

ENQUÊTE

Regards sur le stress
(1^{re} partie)

22

DÉCOUVRIR

HIA Desgenettes

24

SANTÉ PUBLIQUE

Le mélanome : combat
pour une détection précoce !

26

Dans ce numéro, un supplément
Assurance habitation



La Revue de la MTRL - Mutuelle et Santé
est la publication officielle de la
Mutuelle de la région lyonnaise,
126-128, rue Pierre-Corneille
69421 Lyon Cedex 03
Tél. : 04 72 60 13 00. Fax : 04 72 60 13 01
N° Vert : 0 800 087 072
Site internet : www.mtrl.fr

e-mail : acme6a@acm.fr

N° de CPPAP : 0412M05960.

16^e année - trimestriel - juin 2009 - n° 62

Le numéro : 1 €, dans tous les bureaux et agences
de la MTRL. Abonnement annuel : 4 €.

Directeur de la publication : Romain Migliorini.

Administrateur : Thierry Thévenet.

Éditeur délégué : Les Éditions du Chaland.

ISSN : 1253-921X

Impression : IMAYE Graphic, 53000 Laval.



**Les promesses d'une loi...
et la réalité des choses**

DANS L'ORGANISATION de notre système de santé, l'hôpital public occupe une place prépondérante. Il ne va pas bien, et chacun peut s'en rendre compte. Dérive financière, bureaucratie proliférante dont la masse salariale tend à rejoindre celle des soignants, personnels sous tension permanente, et pas seulement aux urgences où cette situation de stress est devenue la norme, attentes interminables des usagers/patients aux consultations et délais de rendez-vous pouvant dépasser le semestre avec certains spécialistes, etc.

L'ambition de la réforme proposée par le ministre de la santé, dite loi HPST - hôpital, patients, santé, territoires -, est donc louable, qui vise à une « modernisation globale du système de santé » afin de répondre « aux grands enjeux que sont l'accès de tous aux soins, le décloisonnement entre l'ambulatoire, l'hôpital et le médico-social, l'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques, la santé des jeunes... ».

Qui ne pourrait souscrire à de tels vœux ! Reste que ce projet de loi, voté en avril par les députés, a suscité très vite de fortes oppositions, assez contradictoires d'ailleurs, mais qui se sont agrégées de telle manière qu'il s'est vu fortement modifié au cours de son périple entre l'Assemblée nationale et le palais du Luxembourg, sans oublier la sentence élyséenne, suscitée par l'opportuniste rapport Marescaux, donnant son onction à l'« Appel des 25 », fronde mandarinale type qui a su parfaitement se fondre dans la grogne générale, pour s'en extraire sitôt la décision du chef de l'Etat de leur octroyer leur part de gouvernance que le projet de loi réduisait en renforçant le rôle d'un gestionnaire unique.

On pourrait insister ici sur d'autres reculs tout aussi nets par rapport au projet initial, mais nous renvoyons le lecteur au texte remarquable que nous livre le professeur Matouk dans ce numéro de la revue, où il analyse dans le détail les points importants de la future loi.

Il nous faut déplorer cependant que la loi soit muette sur deux aspects majeurs, révélateurs de l'état actuel de notre système de santé : l'influence déterminante de l'industrie pharmaceutique sur les dépenses de santé, par la formation des médecins, ce qui ne date pas d'hier, mais de plus en plus directement aussi auprès des patients, dans le domaine de l'éducation thérapeutique et des actions d'accompagnement. Les honoraires libres, enfin, qui créent une sorte de marché noir de la santé, en permettant l'ordre d'accès aux soins par la sélection financière, qui est une autre façon - perverse - de gérer, de manière discrète mais coûteuse, la pénurie.

Alors, « l'accès de tous aux soins », sans doute, mais dans une course à handicap dont la future loi, en n'en modifiant pas fondamentalement les règles, laisse les plus mal lotis toujours à la traîne.

**Le président,
Romain Migliorini**

Les temps forts de l'assemblée générale 2009

L'Assemblée générale 2009 de la MTRL s'est déroulée le 22 avril dans le cadre de l'amphithéâtre Charles-Mérieux à l'Ecole normale supérieure de Lyon en présence d'une forte assistance.

Dans un contexte économique et social marqué par la crise internationale particulièrement brutale qui nous affecte tous, le président Romain Migliorini a accueilli les participants en rappelant combien les valeurs mutualistes revêtaient une importance accrue dans cette situation de dépression autant morale qu'économique.



Le président, M. Romain Migliorini.

Il a évoqué bien évidemment une constante que nous déplorons depuis plusieurs années, à savoir l'augmentation inexorable des dépenses de santé et de la consommation médicale, marquée, dans le même temps, par le désengagement continu de l'Assurance maladie, laissant ainsi croître la part des assurés sociaux et celle des organismes complémentaires dans cette fuite en avant qu'il faudra bien essayer d'interrompre un jour.

Sur la gestion de la Mutuelle

Malgré toutes ces difficultés, le président Migliorini a tenu à rassurer les adhérents sur la solidité de leur Mutuelle, solidité en termes financiers, comme l'a décrite M. Didier Faure,



administrateur, dans son rapport, mais surtout dans son développement, dans le cadre de son partenariat avec les ACM, au sein du groupe CIC-Crédit Mutuel, où la MTRL sait pouvoir s'appuyer sur des outils de travail (gestion, informatique, gamme de produits) opérationnels et performants.

Toujours dans le domaine du développement, il a souligné à quel point l'intégration de la Mutuelle Familiale 71 (6 400 adhérents) au 1^{er} janvier 2008 s'était parfaitement déroulée, intégration qui en appelle d'autres tant le mouvement vers le regroupement des forces mutualistes devient, à la fois, une condition de survie pour



M. Didier Faure, trésorier.

certaines mutuelles de moyenne importance et une nécessité pour la mutualité pour pouvoir continuer de peser sur la politique de santé conduite dans notre pays.

A cet égard, le président Migliorini a rappelé la volonté de la MTRL de voir les pouvoirs publics prendre

« des initiatives fiscales permettant l'accès de tous à une mutuelle en garantissant des cotisations au juste prix et adaptées ».

M. Daniel Lauthelie, administrateur, a présenté ensuite divers chiffres attestant de la hausse des dépenses d'assurance maladie : + 4 % en 2008

et + 12 % en trois ans. Les soins courants (consultations, pharmacie, actes médicaux...) augmentent de façon plus modérée par rapport à 2007 (impact du parcours de santé coordonné, du développement des médicaments génériques, baisse des prescriptions d'antibiotiques...). La hausse est plus soutenue pour l'hospitalisation et le secteur médico-social.

La MTRL dénonce et critique une nouvelle fois avec vigueur le relèvement, au 1^{er} janvier 2009, de la taxe obligatoire CMU portée de 2,5 % à 5,9 % (+ 136 % d'augmentation !) sur les cotisations de mutuelle. Un très mauvais coup pour les adhérents, car ce nouveau prélèvement sera nécessairement répercuté sur ces derniers par les organismes complémentaires.

Sur l'activité de la MTRL

La Mutuelle a poursuivi son développement, enregistrant de nombreuses nouvelles adhésions (santé, prévoyance, assurance...). Nos équipes ont traité plus de 400 000 dossiers, et la plateforme téléphonique Tel Santé n° Vert est de mieux en mieux utilisée par les adhérents. Plus de 130 000 appels reçus en 2008 et un taux de réponse supérieur à 93 %.

Une présentation pratique et détaillée de la Carte Bancaire Avance Santé a été ensuite proposée aux participants. En service depuis trois ans déjà, elle permet de bénéficier de la dispense d'avance de trésorerie chez tous les professionnels de santé acceptant



M. Daniel Lauthelier, vice-président.

le paiement par carte bancaire. Elle est incluse dans l'adhésion, et une seconde carte (la carte conjoint), gratuite, peut être obtenue sur demande. Plus de 2,5 millions d'utilisations ont été comptabilisées en 2008, en hausse de 29 % par rapport à 2007.

Quant à Réflexe Prévention Santé, contrat dédié aux médecines complémentaires (ostéopathie, chiropractie, étio-pathie, homéopathie, acupuncture), plus de 24 000 adhésions témoignent du succès de ce contrat innovant.

Enfin, une présentation du site Internet de la MTRL (www.mtrl.fr) a permis d'illustrer tous les avantages de ce site et notamment l'espace adhérents (accessible par identifiant et mot de passe) pour suivre ses remboursements au jour le jour.

Thierry Thévenet, responsable du développement MTRL, est intervenu, à son tour, pour commenter l'activité significative de la MTRL dans le domaine des contrats collectifs. La MTRL est en effet partenaire de plusieurs centaines d'entreprises, et elle s'est particulièrement investie dans la prise en compte des nouvelles dispositions (dites Loi Fillon) en faveur des contrats obligatoires, nécessitant un travail de conseil et une adaptation des cadres contractuels existants.

M. Jean-Luc Lazarus, responsable des activités santé MTRL-ACM.



Fortement engagée auprès de ses entreprises clientes, la MTRL est également très sollicitée sur de nombreux projets et opportunités de développement.

La MTRL : pôle mutualiste des ACM

Pôle mutualiste, la MTRL est notamment en charge de la politique de prévention promue par le groupe. Romain Migliorini a tenu à rappeler que « la prévention permet de valoriser la qualité de santé et de faire progresser l'économie de la santé et la responsabilité grâce à l'information et l'engagement de tous les acteurs concernés ».

Sur ce thème majeur de l'action de la Mutuelle, Mme Elisabeth Mounier, administrateur, est intervenue pour présenter les travaux du conseil d'administration qui ont abouti à la rédaction d'un document de synthèse, d'analyses et de propositions intitulé *La MTRL acteur de santé : une vision mutualiste et des orientations pour une politique de prévention*. Ce travail attentif souligne les insuffisances de notre système de santé dans le domaine de la prévention et la nécessité de la remettre au cœur des



Mme Elisabeth Mounier, administrateur.

priorités par une action de terrain réaliste, progressive et fortement axée sur l'information. Cette contribution était soumise au vote des adhérents dans le cadre d'une résolution présentée lors de cette assemblée générale.

L'intervention de M. Hervé Valérian-Bessac, administrateur mais aussi directeur des ressources humaines du Centre Léon-Bérard, illustre pleinement cette orientation par l'évocation de la politique sociale menée au sein de son entreprise, en termes de santé au travail et de prévention des risques professionnels.

Pôle mutualiste, la MTRL est également en charge du dialogue avec les autres mutuelles. Après avoir intégré l'an dernier, et par fusion-absorption,



M. Hervé Valérian-Bessac, administrateur MTRL et DRH du Centre Léon-Bérard.

la Mutuelle Familiale 71, la MTRL a poursuivi son action en ce sens. Ainsi, le président Migliorini a présenté aux adhérents deux mutuelles qui ont décidé de nous rejoindre :

- la MEGAM, 479 adhérents protégés et ancienne mutuelle d'entreprise d'Alstom Mâcon (71). Grâce à cette fusion-absorption, nous disposons désormais d'une agence à Saint-Laurent-sur-Saône et élargissons notre rayonnement en Bourgogne ;
- la MICL (Mutuelle interentreprise CERP-Lorraine), de 240 adhérents et située à Nancy. Cette mutuelle de qualité avait besoin de s'adosser à un groupe plus important et elle travaillait déjà avec les ACM (réassurance et gestion des contrats). Ses adhérents deviennent donc adhérents MTRL.

Le vote des résolutions

Comme chaque année, les adhérents de la MTRL étaient appelés à voter les résolutions soumises à l'assemblée générale. Il y en avait 11, toutes présentées dans le matériel de vote adressé aux adhérents. Cinq d'entre elles concernaient le renouvellement de mandats de nos administrateurs. Toutes les résolutions ont été adoptées avec plus de 85 % d'approbation.

A l'issue de cette assemblée 2009, les adhérents venus nombreux ont pu assister à une conférence de santé du docteur Mariette Gerber, experte en prévention et nutrition, qui remplaçait le professeur Henri Joyeux, en déplacement à l'étranger. ■

Projet de loi HPST au Sénat : L'Union collégiale se mobilise

Lors du colloque organisé le 6 mai dernier, au Sénat, par le syndicat de médecins généralistes MG France, les chirurgiens, gynécologues obstétriciens et anesthésistes, fédérés dans l'Union collégiale (UC), ont exprimé aux sénateurs présents leurs attentes et leurs propositions relativement au projet de loi sur l'hôpital en cours d'examen par les parlementaires des deux Chambres. M. Romain Migliorini participait à ce colloque, à l'invitation de MG France. La journaliste Brigitte Postel a bien voulu retracer pour notre revue les grandes lignes de ce débat

La loi HPST est une nécessité non seulement pour les patients mais aussi pour la réorganisation et l'optimisation de l'hôpital public, dans ses missions de formation et de soins d'excellence. Mais « pour maintenir l'accès aux soins, il faut des acteurs et mener une politique courageuse forte et cohérente pour inverser la tendance actuelle de désengagement », rappelle le Dr Koehret, président de MG France. Nécessité d'une meilleure répartition géographique, d'un égal accès aux soins de qualité pour tous, simplification du parcours de soins sont trois éléments très importants de cette loi, mais, pour l'UC, d'autres points restent à revoir, notamment les tarifs des prestations, la question des « trous de garantie » existant dans les contrats d'assurance des médecins et la pénurie annoncée dans certaines spécialités.

Rééquilibrage tarifaire

« Les anesthésistes sont de fervents acteurs de cette réforme, a rappelé Marie-Pascale Quirin, porte-parole des anesthésistes libéraux. Comme les médecins en ville, ils sont les pivots des soins dans les blocs opératoires et travaillent au sein d'équipes de haute technicité. Les différences de revenus entre spécialités au sein d'un même bloc pour une même pénibilité ne peuvent se poursuivre. » Les spécialis-

tes des plateaux techniques utilisent de plus en plus les dépassements et la multiplication des actes techniques comme moyen d'ajustement économique face à la stagnation de leurs revenus. Ce n'est plus acceptable et c'est une des raisons pour lesquelles l'Union collégiale et MG France militent pour une équité de traitement tarifaire entre spécialités. Le docteur Philippe Cuq, chirurgien et président de l'Union des chirurgiens de France, rappelle que, dans plus de 65 % des cas, les Français ont choisi d'être opérés dans le secteur libéral, et que plus de 80 % des actes de chirurgie en ambulatoire sont réalisés dans ce secteur. Les chirurgiens se plaignent aussi de l'explosion des primes d'assurance en responsabilité civile professionnelle, des tarifs de remboursement de l'Assurance maladie et de l'insuffisance de la prise en charge de certaines assurances complémentaires qui font peser sur les Français des « reste à charge » pouvant compromettre l'accès aux soins.

Pénurie annoncée dans certaines spécialités

Depuis des années, les ophtalmologistes, les cancérologues et les gynécologues tirent la sonnette d'alarme pour dénoncer le manque croissant de médecins formés dans ces spécialités. Ainsi, dans la majorité des

régions françaises, les délais de rendez-vous chez les ophtalmologistes se sont allongés, pouvant atteindre parfois neuf mois. Les représentants des gynécologues, une spécialité féminisée à 88 % et présentant un fort déséquilibre démographique, puisque la majorité des effectifs est âgée de 47 à 60 ans, éprouvent également les plus vives inquiétudes quant à leur devenir. N'oublions pas que c'est en partie grâce à ces spécialistes, et au développement d'une politique de prise en charge efficace, que notre pays connaît, par exemple, un taux d'hystérectomies de 6,7 %, contre 40 % aux États-Unis, un taux de survie de 80,5 % en cas de cancer du sein, contre 69 % en Angleterre et 65 % au Canada, comme l'a rappelé Jean Marty, président du Syndicat des gynécologues obstétriciens.

Reste que le débat à l'Assemblée a déjà donné lieu à près de 1 500 amendements ; le passage en Commission des affaires sociales du Sénat à plusieurs centaines. Aujourd'hui, le projet est en toujours en cours de discussion. Mais, entre les pressions de la communauté hospitalière, des lobbies corporatistes et le déferlement des oppositions, la ministre de la Santé risque de voir son texte bien remanié au moment de son vote définitif. ■

Brigitte Postel

UNE PRISE EN CHARGE EFFICACE, TOUT EN DOUCEUR

Accompagner la ménopause par l'homéopathie

L'espérance de vie d'une femme est de 84,3 ans en 2008, soit plus de trente ans de vie après la ménopause. Il est de notre devoir de médecins de traiter les symptômes de la période ménopausique pour améliorer la qualité de vie des patientes

Le terme pérимénopause désigne la période qui précède la ménopause, quand apparaissent des signes cliniques ou biologiques annonciateurs de la ménopause, et qui se poursuit un an au-delà de l'arrêt des règles. En France, on appelle dans le langage courant cette période préménopause, mais, en termes anglo-saxons, préménopause désigne toute la période précédant la ménopause, de la puberté jusqu'à la ménopause, raison pour laquelle il faut parler en France non plus de préménopause mais de pérимénopause.

La ménopause est la période qui suit l'arrêt des règles depuis un an au moins.

Diagnostic de la pérимénopause et de la ménopause

Le diagnostic est évoqué sur les symptômes et l'âge de la patiente.

- La pérимénopause est évoquée après 40 ans, quand les patientes se plaignent de symptômes variés et variables en fonction des mois ; tout dépend du fonctionnement hormonal ; les symptômes le plus souvent décrits en consultation s'intègrent dans deux tableaux différents :

- ▶ soit des douleurs de seins avant les règles, des cycles qui deviennent courts (cycle habituel de 28 jours, qui va diminuer à 26, 24 voire 20 jours entre le premier jour des règles et le

premier jour des règles suivantes), des règles qui deviennent plus abondantes, des pertes blanches qui débutent plus tôt dans le cycle, des troubles de l'humeur de type irritabilité, des troubles du sommeil, une prise de poids avec, en particulier, des gonflements avant les règles.

Cela traduit un trouble de l'ovulation avec une hyperœstrogénie relative, c'est-à-dire que tout se passe comme s'il y avait trop d'œstrogènes au niveau des récepteurs à hormones des différents organes.

- ▶ soit des bouffées de chaleur, une sécheresse vaginale, des troubles de l'humeur de type dépression, une prise de poids, des douleurs articulaires, des cycles irréguliers avec des règles qui s'espacent ; ces symptômes sont plus évocateurs d'une hypo-œstrogénie (pas assez d'œstrogènes) et d'autant plus gênants et fréquents que la ménopause est proche.

- La ménopause sera évoquée lorsque la patiente n'a plus de règles depuis un à deux ans ; elle pourra présenter des bouffées de chaleur, des douleurs articulaires, une fatigue, des troubles de l'humeur et du sommeil, une sécheresse vaginale et cutanée.



Chez les patientes qui ont subi une ablation de l'utérus ou chez celles qui sont porteuses d'un stérilet à hormones qui ont supprimé leurs règles, il est possible de faire réaliser des dosages biologiques : FSH (Folliculating Stimulating Hormon, hormone hypophysaire qui témoigne du fonctionnement ovarien), œstradiolémie. Leurs résultats donnent une forte probabilité de ménopause mais pas une certitude ; en effet, dans la période de pérимénopause, il existe de fortes variabilités hormonales, et les dosages peuvent être fluctuants.

En pratique courante, ces dosages n'ont aucun intérêt et ne doivent pas être prescrits systématiquement.

Prise en charge des symptômes fonctionnels en péri-ménopause et intérêt d'un traitement homéopathique

En péri-ménopause, les traitements allopathiques sont de deux types :

1. Ceux qui arrêtent le fonctionnement ovarien et donc « cachent les symptômes » :

► la pilule œstro-progestative, mais il existe de nombreuses contre-indications : l'intoxication tabagique, les anomalies lipidiques, les antécédents de migraines ;

► la pilule progestative : c'est une bonne solution en l'absence d'effets secondaires, mais on peut observer des irrégularités de cycle, des prises de poids qui conduisent nos patientes à arrêter ces traitements.

2. Ceux qui traitent chaque symptôme :

► le stérilet à hormones pour les règles abondantes, mais il n'empêche pas les douleurs de seins et peut donner des irrégularités de cycle ;

► les progestatifs séquentiels, mais leur innocuité sur le sein n'est pas prouvée, et la tolérance n'est pas toujours bonne, en particulier sur le contrôle des cycles ;

► les progestatifs locaux (crèmes progestatives à mettre sur les seins), mais les cycles irréguliers et les anomalies de règles ne sont pas traités ;

► les benzodiazépines ou les antidépresseurs : ils ne doivent pas être une réponse aux symptômes de la péri-ménopause, car ils créent une dépendance et sont difficiles à arrêter. Ils cachent les problèmes mais ne les résolvent pas.

Le traitement homéopathique permet une prise en charge globale des symptômes ; il respecte la physiologie ; il aide à passer un cap en douceur ; il ne comporte aucune contre-indication. Il est particulièrement indiqué lorsqu'il existe plusieurs symptômes gênants, lorsque la patiente ne souhaite pas prendre d'hormones, lorsqu'elle ne les supporte pas, lorsque le médecin pense

que les hormones sont à éviter chez cette patiente (risque familial de cancer du sein par exemple, troubles métaboliques...).

Il faut rappeler que, dans cette période, si la femme ne souhaite pas de grossesse, une contraception doit être impérativement utilisée.

Le traitement symptomatique

En homéopathie, il est possible aussi, de traiter les symptômes séparément. Prenons l'exemple des bouffées de chaleur et des douleurs de seins.

● Les bouffées de chaleur dont se plaignent les patientes sont surtout celles qui les réveillent la nuit, qui s'accompagnent de rougeur, de sueurs.

On peut alors prescrire :

► *Lachesis 9 CH* et *Belladonna 9 CH* : 3 granules de chaque matin et soir, à répéter dans la journée, si nécessaire.

► Si la patiente a une sensation de froid après la bouffée de chaleur, on prescrira *Amylium nitrosum 9 CH*.

► Si elle se plaint de palpitations, on prescrira *Glonoinum 9 CH* : 5 granules plusieurs fois par jour.

► Si elle souffre de bouffées de chaleur localisées au visage, en particulier aux pommettes, si elle a des migraines, on prescrira *Sanguinaria 9 CH* : 5 granules plusieurs fois par jour.

► Une solution simple peut être représentée par *Menocynesine*, médicament complexe qui contient plusieurs médicaments homéopathiques destinés à atténuer les bouffées de chaleur : 2 comprimés à sucer deux fois par jour en dehors des repas.

● Les cycles irréguliers peuvent être améliorés par une prescription de *Folliculinum 5 CH*, en cas d'hypo-œstrogénie, ou *Folliculinum 15 CH*, en cas d'hyperœstrogénie ; ces traitements seront prescrits par un médecin ou conseillés par le pharmacien.

● Les douleurs de seins répondront à des traitements comme :

► *Lac caninum 15 CH*, en cas de seins gonflés, très douloureux à la palpation, amélioration par l'arrivée des règles, par la pression ;

► *Bryonia 9 CH*, seins douloureux, douleur aggravée par le mouvement, améliorée par la pression forte.

Les médicaments de terrain ou de fond

L'homéopathie prend tout son intérêt dans la prise en charge globale des troubles ; il s'agit de la prescription de médicaments dits de terrain, c'est-à-dire qu'ils vont traiter les symptômes de la patiente de façon globale, en tenant compte de la morphologie de la patiente, de son comportement.

Quelques exemples. On prescrira :

► *Lachesis 15 CH* : de 5 granules par jour à une dose par semaine à une patiente qui souffre de bouffées de chaleur la nuit, soulagées par l'air frais, avec angoisse, troubles du sommeil, ecchymoses faciles au niveau des membres inférieurs, lourdeurs de jambes, alternance de périodes de mutisme et d'excitation ;

► *Sepia 15 CH* (5 granules par jour à une dose par semaine) sera conseillé chez une patiente triste, mince, voire maigre, migraineuse, qui se plaint de bouffées de chaleur le matin, montant du bassin à la tête, qui se réveille toutes les deux heures la nuit, qui souffre rapidement en péri-ménopause de sécheresse vaginale ;

► *Sulfur 15 CH* (5 granules par jour à une dose par semaine) correspondra au traitement d'une patiente enjouée, bien en chair, ne craignant pas la chaleur (bras nus même en hiver), chez qui les bouffées de chaleur sont explosives, accompagnées de sueurs profuses.



On voit bien, dans ces exemples, qu'il peut être difficile de trouver le médicament adapté à la patiente ; parfois plusieurs consultations sont nécessaires.

Prise en charge de la ménopause par un traitement homéopathique

Les traitements allopathiques reposent sur le traitement substitutif hormonal (TSH) qui, en assurant une substitution des hormones manquantes, améliore de façon spectaculaire les symptômes de ménopause.

Plusieurs études ont soulevé le risque d'augmentation du cancer du sein lié à ce traitement, en particulier la WHI en 2002, ce qui a amené l'Association française d'études de la ménopause (AFEM*) à émettre des recommandations de bonne utilisation de ces traitements, pour les médecins et pour les patientes.

Malgré ces recommandations et la publication d'autres études rassurantes, en particulier sur les schémas utilisés en France, il existe toujours actuellement une crainte sur l'utilisation de ces produits, et rares sont les patientes qui demandent ce traitement pourtant extrêmement efficace.

Il est vrai que, parfois, ces traitements sont mal tolérés, avec douleurs des seins, saignements utérins (métrorragies), et difficiles à équilibrer.

Les traitements phytothérapeutiques, comme les traitements par le soja, ont fait aussi l'objet de recommandations de prudence, car ils contiennent des phyto-œstrogènes, pour lesquels une dose maximale ne doit pas être dépassée (1 mg d'apport par kg de poids corporel environ).

Le traitement homéopathique peut apporter une solution aux symptômes, mais il n'a pas l'effet de retarder les symptômes de la ménopause, ni de les masquer comme un traitement substitutif.

Les traitements symptomatiques des bouffées de chaleur sont les mêmes qu'en péri-ménopause (cf. paragraphe péri-ménopause). Dans la période ménopausique, il peut apparaître une sécheresse vaginale pour laquelle des médicaments comme Sepia peuvent apporter une aide, mais souvent une crème locale (lubrifiant, ou crème à bas taux d'hormones) est nécessaire.

Les traitements homéopathiques sont très intéressants pour diminuer les douleurs articulaires :

► *Rhus toxicodendron 9 CH* sera indiqué pour des douleurs articulaires à type de courbatures, enraidissement, aggravés par le repos, l'humidité et améliorés par le mouvement lent, le changement de position et la chaleur ;
► *Bryonia alba 9 CH* est prescrit, au contraire, sur la notion de douleurs aiguës, piquantes, lancinantes en points fixes, améliorées par le repos et aggravées par le mouvement, la chaleur.

Quant aux traitements de fond, on retrouvera ceux cités précédemment en péri-ménopause ; souvent, le médicament prescrit en péri-ménopause accompagnera la patiente en début de ménopause.

Des études ont été réalisées sur la prise en charge des bouffées de chaleur par homéopathie, en particulier chez des patientes ayant eu un cancer du sein. Elles retrouvent de façon significative une efficacité de la prise en charge homéopathique sur les symptômes mais aussi sur l'amélioration de la qualité de vie.

Peut-on s'automédiquer ?

Pour des traitements symptomatiques, en étant certain du diagnostic, en ayant étudié son symptôme, ses modalités (amélioration, aggravation), il peut être possible d'essayer certains médicaments. Le mieux est de demander conseil à son pharmacien ou à un médecin qui connaît l'homéopathie.

La prescription d'un traitement de fond ne peut être faite qu'après une ou plusieurs consultations et un interrogatoire complet par un médecin habitué à prescrire de l'homéopathie.

Ce qu'il faut retenir

L'homéopathie respecte la physiologie ; elle intègre les symptômes de la patiente à son fonctionnement global et les améliore sans générer de danger. Elle permet d'accompagner les femmes dans ce cap difficile de leur vie qu'est la péri-ménopause puis la ménopause. ■

Dr Christelle Charvet



* Site officiel de l'AFEM, espace grand public : www.menopauseafem.com/

Les meilleurs traitements du reflux gastro-œsophagien

Dans son livre Stop aux brûlures d'estomac, le docteur Martine Cotinat, gastro-entérologue formée à la nutrition et à la micronutrition, passe en revue les principales causes du reflux gastro-œsophagien, trouble fréquent de l'appareil digestif qui affecte une large partie de nos concitoyens, et propose toute une panoplie de moyens pour soit l'éviter, soit le réduire ou, mieux, le guérir.

Certes, l'auteur n'ignore rien de la pharmacopée prolifique dont la médecine dispose pour ce genre de situation, mais ses explications et ses propositions ont une visée thérapeutique à la fois simple et naturelle, à partir d'une alimentation réfléchie, pour obtenir des résultats sur le long terme sans les effets indésirables que provoquent les médicaments, même – et surtout – les plus efficaces.

Pour reprendre les propres mots du professeur Joyeux, auteur de la préface, « ce livre vaut 30 consultations, une belle économie pour la Sécurité sociale, qui racle ses fonds de tiroir »

Docteur, que désigne-t-on exactement sous les termes de reflux gastro-œsophagien ?

Le reflux est extrêmement fréquent dans la population : il est lié à la remontée de liquide gastrique, de bile, d'aliments et d'air dans l'œsophage. Soit il est évident : c'est la classique brûlure qui vous remonte derrière le sternum en arrivant parfois jusque dans la bouche ; soit il est moins évident : brûlure ou douleur localisée juste en dessous du sternum, toux, fausse angine...

Quelles sont les principales causes du reflux ?

Classiquement, on accuse le sphincter de la partie basse de l'œsophage de trop se relâcher. Je vous invite à lire le chapitre intitulé « A la recherche d'un coupable » et vous comprendrez que rien n'est évident. Tous les facteurs



incriminés sont intimement liés ! Par contre, ce qui est sûr, mais malheureusement pas encore reconnu, c'est que l'alimentation et le stress jouent un rôle fondamental dans cette pathologie, puisque leur correction m'a permis de constater de très nombreuses guérisons, non seulement au niveau des plaintes mais aussi au niveau des lésions constatées lors de l'endoscopie. Vous avez ainsi une

preuve simple et évidente. Ce qui est étonnant aussi, c'est la modification de l'humeur, et donc du stress, en fonction du contenu de l'assiette !

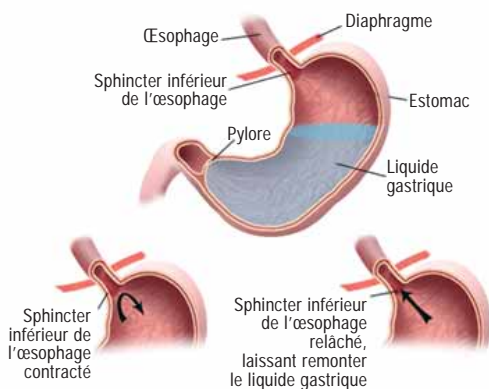
Outre leurs effets particulièrement désagréables, quels sont les risques que ces remontées acides peuvent entraîner pour l'œsophage ?

Ces remontées acides, mais parfois alcalines, peuvent créer des ulcérations, complication la plus fréquente. Et là, chose étonnante, aucun symptôme ne va permettre de faire la différence entre la présence ou non d'ulcérations. Vous pouvez avoir un reflux très douloureux et n'avoir aucune ulcération ; et, bien sûr, avoir un reflux discret qui va contraster avec des ulcérations sévères de l'œsophage.

Parfois, la muqueuse œsophagienne se transforme : c'est ce qu'on

appelle l'endobrachyœsophage. Là encore, pas de plainte spécifique pouvant faire évoquer le diagnostic qui va reposer sur la fibroscopie, car le gros risque de l'endobrachyœsophage, c'est de dégénérer en cancer. Le reflux est l'exemple même d'une affection le plus souvent bénigne qui peut se cancériser.

Le rétrécissement fibreux de l'œsophage, plus rare, appelé sténose, peut par contre occasionner des signes de blocage alimentaire : c'est la bouchée d'aliments qui se coince dans le bas de l'œsophage. La fibroscopie est absolument nécessaire pour éliminer un cancer.



Les médicaments pour ce genre de trouble sont innombrables et, même sans le recours aux conseils d'un médecin, la publicité se charge de nous en présenter le plus large éventail. Pouvez-vous nous en dresser un tableau général, et quelle analyse critique en faites-vous ?

Pour résumer, il y a deux grandes sortes de produits : ceux qui agissent localement en tamponnant l'acidité et ceux qui bloquent directement la fabrication de l'acide. Les complications de ces derniers médicaments, donnés au long cours, existent même si, parfois, elles sont difficilement perceptibles. Difficile de penser à une telle complication devant une gastroentérite, une fracture osseuse... qui peuvent pourtant avoir aussi d'autres origines !

Mais le gros ennui de ces produits est surtout de ne pas inciter les patients à chercher la véritable cause de leur affection. Le médica-

ment soulage mais ne corrige pas la cause. Le patient vient chercher, confiant, la pilule miracle chez le médecin, mais elle n'existe pas, car les symptômes reviennent dès la fin du traitement. La guérison du reflux est entre les mains des patients ; il faut qu'ils en prennent conscience. Le médecin est utile pour le diagnostic, le dépistage des complications, pour soulager également le temps de la prise de conscience, car le traitement prescrit pour une période courte n'aura pas les mêmes risques.

Prenons l'exemple d'un patient avec un excès de poids, soulagé par un traitement au long cours bloquant l'acidité. N'ayant plus de reflux, il sera difficile pour lui de prendre conscience de l'importance de perdre du poids – lequel majore le reflux ! Les années passant, cette surcharge va favoriser le développement d'autres maladies : maladies cardio-vasculaires et cancer, par exemple...

Quand est-ce que le recours à la chirurgie devient vraiment un passage obligé ?

La chirurgie devient obligatoire s'il y a un cancer. Sinon, le reflux n'impose pas obligatoirement un acte chirurgical. Même la hernie hiatale n'impose pas une chirurgie, excepté bien sûr les cas exceptionnels où son volume entraîne une gêne respiratoire.

Quand on conseille la chirurgie à un patient, on pèse toujours le pour et le contre. Comprenez que, pour un reflux bénin, le risque de complications chirurgicales mortelles, quoique faible, existe. De plus, se retrouver avec certains effets secondaires relati-



Tumeur ulcérée de l'œsophage.

vement fréquents (blocage alimentaire, digestion lente, gaz, diarrhée...) n'est franchement pas très drôle et ne facilite pas la vie en société. Et, pour tout vous dire, 20 % des patients continuent de souffrir de leur reflux après la chirurgie. Ce qui explique que la balance bénéfices/risques n'est pas toujours favorable à cette dernière. D'ailleurs, les chirurgiens sélectionnent leurs patients plus strictement qu'auparavant.

Hormis ses conséquences extrêmes – œsophagites ulcéreuses voire cancer –, le reflux est un peu comme la migraine, on essaie tant bien que mal de vivre avec. Comment vivre sans ?

Vivre avec, cela signifie que l'on refuse d'écouter les plaintes de son corps et surtout de leur apporter une réponse, car évidemment elle existe. Non seulement cette réponse existe – car j'ai pu largement le constater avec nombre de mes patients –, mais en plus cette réponse va bien au-delà du simple reflux quand on modifie sa nutrition et son hygiène de vie. Quelle belle surprise de voir s'envoler non seulement ses problèmes d'estomac, mais aussi ses problèmes d'intestin, ses douleurs articulaires, ses kilos superflus, son insomnie, sa dépression... Pour ceux qui restent sceptiques, essayez ! Finalement, quelle chance d'avoir un reflux, qui permet de prendre conscience du langage de son corps afin de pouvoir lui apporter la réponse qu'il attend !

Parmi toutes les règles nutritionnelles que vous recommandez, quelles sont celles qui vous semblent vraiment incontournables si l'on veut éviter d'avoir recours aux médicaments antiacides ou aux fameux IPP ?

Parmi les 10 règles nutritionnelles que je conseille, je vais spécialement insister sur l'augmentation de consommation des légumes et des fruits ; beaucoup de légumes surtout, crus et cuits à chaque repas et 2 à 3 fruits par jour, de préférence en dehors des repas.

Les légumes, apportés en quantité suffisante, enrichissent l'organisme en antioxydants, diminuent les marqueurs de l'inflammation, favorisent une bonne flore intestinale. Et, de surcroît, quand on en mange beaucoup, on mange moins de produits laitiers, de pain, de gâteaux, dont beaucoup de gens abusent.

L'apport d'huiles (colza, noix, cameline, chanvre) et de poissons gras (saumon, sardine, maquereau) contenant des oméga 3 va participer à la lutte anti-inflammatoire.

La mastication, souvent traitée comme fonction négligeable, occupe une place essentielle ! A condition toutefois d'ingérer des aliments mastiquables ; or les purées, les crèmes... ont envahi les tables. En effet, la mastication permet d'augmenter la production de salive protectrice, riche en bicarbonates.



Napoléon faisait toujours plusieurs choses à la fois. Les plaisirs de la table n'étaient pour lui que perte de temps. S'il avait évité de martyriser son estomac... peut-être la face du monde en eût été changée !

Attention au café, qui n'arrange rien, ainsi qu'aux boissons alcoolisées, qui ralentissent la vidange gastrique et irritent la muqueuse, favorisant ainsi le reflux.

L'adaptation des modifications nutritionnelles en fonction de chaque individu est l'une des clefs pour obtenir un excellent résultat. Certains vont devoir limiter les laitages et/ou le gluten, d'autres devront les supprimer, du moins provisoirement.

Le plus difficile, en fait, c'est de changer ses habitudes !

Question subsidiaire. Dans quelle catégorie rangez-vous ce bon vieux bicarbonate de soude : médica-

ment, complément alimentaire ? Mérite-t-il toujours de trôner dans la pharmacie familiale ?

C'est toujours intéressant d'avoir, à la maison, un complément naturel simple qui soulage efficacement, car personne n'est à l'abri de faire des écarts, soit lors d'invitations, soit tout simplement pour son propre plaisir ; mais, plutôt que le bon vieux bicarbonate de sodium, qui est un très bon alcalinisant tamponnant l'acidité du reflux, il est préférable de choisir le bicarbonate de potassium, car l'alimentation actuelle est trop riche en sodium et pas assez en potassium. N'oubliez pas qu'un simple verre d'eau, accessible partout, va soulager très rapidement un reflux, mais bien sûr son effet sera très bref.

Il faut toujours garder à l'esprit que ce type de traitement, certes, va procurer un soulagement, mais il ne corrigera pas la cause !

Dr Martine Cotinat



RETOUR AUX PRINCIPES DE BASE

Il est bon de rappeler que, si l'alimentation a beaucoup évolué depuis les premiers chasseurs-cueilleurs, le patrimoine génétique de l'homme s'est, lui, peu modifié. Et, sur ce point, les plus grands scientifiques sont d'accord ! Nous avons vécu plusieurs centaines de milliers d'années en mangeant des fruits, des légumes, des noix, des tubercules, des racines, de la viande et du poisson. Ce modèle alimentaire, pour lequel nous sommes faits, a été mis à mal au néolithique avec l'introduction de l'agriculture, qui nous a mis en présence d'aliments jamais rencontrés auparavant : céréales, laitages, sel, sucre. Avec l'ère de l'industrialisation, des aliments de plus en plus transformés se sont retrouvés dans nos assiettes, sans compter les substances chimiques qui servent à les produire. Résultat de ces changements : les maladies liées à l'alimentation représentent la première cause de mortalité dans les pays développés.

Le traitement que nous proposons se base sur un principe simple : le reflux est en majeure partie causé par une alimentation inadaptée. Pour qu'il fonctionne de manière optimale – et sans reflux ! –, l'organisme a besoin d'une alimentation en accord avec celle de nos ancêtres, dont il est resté physiologiquement très proche. Il ne s'agit en aucun cas de retourner à l'alimentation préhistorique, mais de s'inspirer de ses grands principes.



Assurance une réforme de plus ne

Même si le budget de l'Assurance maladie prévu par l'Ondam (objectif national de dépenses d'assurance maladie) est pratiquement tenu, le déficit devrait être de l'ordre de 7 à 8 milliards d'euros en 2009 et de 10 milliards en 2010. Malgré cela, les « déserts » médicaux se multiplient, quarante hôpitaux publics sont en déséquilibre financier, leurs personnels sont mécontents, leurs urgences toujours débordées, et un nombre croissant de citoyens n'a plus accès à tous les soins. Enfin, les mutuelles ont été surtaxées cette année, avec la perspective de l'être de manière récurrente, sans avoir le pouvoir d'infléchir la politique de l'Assurance maladie. Pourtant, faut-il encore une fois le souligner, nous dépensons pour notre santé 11 % de notre PIB – troisièmes au monde, derrière les États-Unis (18 %) et la Suisse (11,6 %). Chaque année, depuis sept ans, la part des dépenses de santé couverte par l'Assurance maladie obligatoire décroît ; l'État,

les collectivités locales et les mutuelles comblent la différence. La part des ménages, que l'institution de la CMU avait fait fortement baisser, se remet aussi à augmenter. Enfin, rappelons que ce sont nos cotisations sociales qui gonflent nos prélèvements obligatoires par rapport à ceux d'autres pays.

En volume, entre 2007 et 2008, les dépenses de santé ont augmenté de 3,7 %, soit 1,5 % de plus que le PIB. Cette différence, constatée plus ou moins dans tous les pays, s'explique par le vieillissement de la population et le progrès des techniques médicales. Mais nous ne parvenons pas à couvrir ces dépenses et en reportons une bonne part, chaque année, sur l'avenir par la Caisse d'amortissement de la dette sociale. Comment expliquer cette récurrence des déficits ? Peut-être parce que les réformes successives dans notre pays n'ont pas posé le problème de la santé dans son ensemble. Voici quelques pistes de réflexion non exhaustives.

Les citoyens devraient être leur premier médecin

La morbidité de la population dépend, pour partie importante, de son hygiène de vie, et celle-ci procède, en premier lieu, de l'éducation qu'elle a reçue en ce sens, puis du rôle que peuvent jouer les médecins, dans ce domaine, auprès des citoyens. Chaque futur citoyen devrait recevoir, dans l'enseignement obligatoire, des notions approfondies de physiologie humaine et quelques-unes de thérapie. Cela justifierait d'ailleurs nos discours moralisateurs aux jeunes sur le tabac, l'alcool, les drogues, lesquels, sans vraies explications scientifiques, restent, pour nombre d'entre eux, de simples interdits à transgresser. Ensuite, les citoyens devraient, bien mieux qu'aujourd'hui, préserver leur santé et être, plus qu'aujourd'hui, capables de s'auto-soigner.

L'alimentation et l'exercice sont au cœur de la prévention. Il est quand même totalement anormal que, malgré le développement et l'élargissement de l'éducation et du sport, l'obésité ne cesse de gagner du terrain. On en citera, ci-après, les causes externes. Mais les premiers responsables sont, d'abord, les futurs patients eux-mêmes, et leurs parents. Quant à l'automédication, elle pourrait quand même gagner du terrain, avec l'aide des médecins, des pharmaciens et la commercialisation, à bas prix, de divers tests simples. Rhino-pharyngites, angines, « gastros » et quelques autres pathologies élémentaires peuvent, au moins au départ, être diagnostiquées et soignées par les patients eux-mêmes. Une simplification

STRUCTURE DU FINANCEMENT DE LA DÉPENSE COURANTE DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (EN %)

	1995	2000	2004	2005	2006	2007
Sécurité sociale	77,1	77,1	77,1	77,0	76,8	76,6
État et collectivités locales	1,1	1,2	1,4	1,3	1,4	1,4
Mutuelles	7,3	7,7	7,6	7,7	7,8	7,9
Sociétés d'assurance	3,3	2,7	3,1	3,1	3,2	3,2
Institutions de prévoyance	1,6	2,4	2,6	2,5	2,4	2,5
Ménages	9,6	9,0	8,3	8,4	8,4	8,5
Ensemble	100	100	100	100	100	100

Source : DREES. Comptes de la santé (base 2000).



maladie : résorbera pas le déficit



Antidouleurs, antitussifs, substituts nicotiniques... sont aujourd'hui en libre accès. Les conseils du pharmacien, souvent, peuvent suffire à traiter des maux simples.

administrative est évidemment nécessaire, pour ce faire, du côté des ordonnances, mais est-elle vraiment hors de portée ?

Le principe est applicable aussi, après une bonne éducation, pour certains malades de longue durée. Les hypertendus peuvent aisément se surveiller et, une fois les molécules utiles fixées, adapter plus ou moins leur traitement. Les diabétiques n'ont-ils pas déjà tous les moyens pour adapter le leur ? La dialyse à domicile n'est-elle pas possible pour certains insuffisants rénaux ?

Toutefois, un certain nombre de médecins acceptent encore mal que leur savoir puisse être partagé avec des patients vraiment informés. Généralistes et spécialistes devraient accepter de devenir, de plus en plus, les « entraîneurs », les « coaches », de malades « sachant » et, pour partie,

dosant leurs soins ? Ce rôle, nous allons y revenir, est malheureusement très peu compatible avec le paiement à l'acte.

L'État doit imposer de nouveaux modes de production et de distribution des biens alimentaires

Mais notre santé dépend aussi de la qualité des aliments. Durant des décennies, notre agriculture a augmenté régulièrement son utilisation d'engrais et de pesticides chimiques, éminemment pathogènes. Transformer aujourd'hui le mode de production agricole vers le « bio » rencontre d'âpres résistances et implique des actions fortes de l'État, entrant fréquemment en contradiction dure avec les organisations agricoles.

Cette transformation doit d'ailleurs aussi s'accompagner d'une relocalisa-

tion des productions autour des villes, pour limiter les transports et le « coefficient carbone » total des produits, ce qui entraîne une modification profonde des circuits commerciaux, avec baisse des prix des fruits et des légumes. En consommer cinq par jour – recommandation du Programme national nutrition santé – n'est, en effet, pas à la portée économique de plus de la moitié des citoyens. Le préconiser chaque jour à la télévision devient, dès lors, une véritable provocation. Nouvelle source, en tout cas, de « contradictions politiques » !

Un troisième problème est celui de la qualité des produits de l'industrie alimentaire, notamment leur teneur en sel, sucre et graisses « trans » et l'impact subséquent sur l'obésité et le diabète. Là encore, l'action nécessaire de l'État heurterait, si elle était réelle, de gros intérêts financiers.

Instaurer, enfin, la capitation pour les généralistes !

Le système actuel du paiement à l'acte, responsable de bien des dérives et fort peu favorable à la prévention, n'est, de plus, satisfaisant pour personne.

Nos médecins généralistes ne sont pas surpayés. Par rapport aux médecins étrangers, leurs revenus restent raisonnables. 57 % de ceux des américains, 70 % de ceux des anglais, des néerlandais, 75 % de ceux d'un allemand (OCDE-2008). Selon l'étude de la DREES, leur revenu moyen était, en 2007, de 66 800 €, soit un peu plus de 5 000 € par mois (7 000 € d'honoraires bruts selon



Eco-santé France).
C'est bien payé par rapport aux salaires

moyens des cadres du privé bac + 5, soumis à des objectifs commerciaux, après dix ans d'ancienneté (donc une durée totale supérieure à la durée moyenne des études de médecine), mais ce n'est pas excessif. Ce revenu est, cependant, acquis avec un trop grand nombre de visites, comme s'en plaignent beaucoup de médecins, d'autres, minoritaires, les multipliant encore à dessein. L'institution du médecin référent, qui devait être un pas essentiel vers la capitation, a, sous sa forme actuelle, multiplié davantage encore les visites, le généraliste devant, au retour de l'examen par un spécialiste, rencontrer à nouveau son patient pour lui en exposer les résultats !

Les patients aussi ont leur part de responsabilité

Le paiement à l'acte tend également à pousser à la hausse toutes les autres prestations. Il augmente la longueur des ordonnances, deux fois plus longues que celles des confrères étrangers (statistiques IRDES 2005). Les patients y ont une grosse part de responsabilité : si le médecin refuse, ils

vont quémander l'ordonnance chez un autre. Les dépenses de médicaments, qui augmentaient de 4,4 % entre 2000 et 2005, se sont envolées de 7,1 % en 2007, principalement sur les maladies de longue durée. En volume, les quantités d'unités standard vendues en officines sont, en France, de 1 535 € (2005) contre 1 136 € au Royaume-Uni ou 1 049 € en Allemagne. Autres dépenses « boostées » par le paiement à l'acte : les analyses et examens (+ 3,5 %) et l'intervention des auxiliaires médicaux (+ 7,1 %). Eternelle question : pourquoi cliniques et hôpitaux imposent-ils « leurs » analyses, au moment des entrées, pour une intervention si celles-ci viennent d'être faites par un biologiste ? Enfin, les transports de malades sont aussi irrésistiblement gonflés (+ 3,8 % après 5,8 % en 2006), avec, cette fois, une multitude de petits abus que la Sécu ne parvient pas à refréner. En volume, globalement, les soins ambulatoires ont augmenté de 4 % entre 2000 et 2005 puis, après deux ralentissements, ont repris leur course de plus belle en 2007 (+ 3,3 %).

Telles sont les conséquences, directes et indirectes, du paiement à l'acte.

Il faut impérativement remplacer celui-ci par la capitation : chaque patient resterait libre de choisir son médecin référent, mais celui-ci percevrait, par patient, une capitation mensuelle ou trimestrielle, à charge pour lui de l'aider à rester en bonne santé et de le soigner si besoin. Ce revenu doit être bien calculé, afin de contrer le désenchantement¹ que subit actuellement la médecine libérale. Le numerus clausus,

trop longtemps maintenu, a entraîné une surcharge pour les médecins généralistes qui dégoûte les jeunes praticiens d'aller s'installer dans les « déserts médicaux ». Mais si ces jeunes, pour cette raison, préfèrent souvent le salariat, dans diverses institutions, la nouvelle pratique qu'entraîne la capitation est susceptible de les réconcilier avec la médecine générale.

Discipliner les spécialistes

Selon l'OCDE, la situation des revenus de nos médecins spécialistes, par rapport à leurs confrères étrangers, varie fortement d'une spécialité à l'autre. Ainsi, le revenu des anesthésistes français (171 000 € en 2007, selon la DREES) est à 75 % de celui des États-Unis mais à 138 % de celui des suisses et 123 % des néerlandais ; celui des gynécologues obstétriciens à 45 % de celui des américains, 76 % des suisses, 55 % des néerlandais ; celui des chirurgiens (126 000 €, DREES 2007) est à 65 % de celui des américains, 119 % des suisses et 80 % des néerlandais. Sans avoir les équivalents étrangers, les radiologues français gagneraient 125 000 € selon leur fédération (FNMR) mais 200 000 selon la DREES ; les ophtalmologistes percevraient 125 000 € et les cardiologues 108 000.

Il faut avoir le courage de poser le problème de la comparaison des revenus des différentes professions comme « fonctions sociales ». Dans l'économie de marché, ce sont les offres et les demandes de chaque fonction (métier) spécialisée, résultant des besoins solvables, qui sont censées, sous réserve de multiples « monopoles » particuliers ou locaux, fixer les rémunérations. Mais les personnels de santé, comme quelques autres (éducation, sécurité...), sont rémunérés à la base sur prélèvements obligatoires. Il appartient donc à l'autorité qui prélève de fixer ces rémunérations.

« Vingt fois sur la pailleasse, refaisons l'analyse... », un renouvellement d'actes souvent injustifié.



1. « Le désenchantement de la médecine libérale », Cécile Prieur (*Le Monde*, 7 févr. 2009).



ALLIER (03)
LE CONSEIL GÉNÉRAL DE L'ALLIER
FAVORISE L'INSTALLATION
DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

WANTED

ÉTUDIANTS 3^{ÈME} CYCLE MÉDECINE GÉNÉRALE

1 ^{ère} année 8.400€	2 ^{ème} année 12.000€	3 ^{ème} année 18.000€

BOURSE étudiante 3^{ÈME} CYCLE MÉDECINE GÉNÉRALE

www.allier.fr

Conseil Général
Département de l'Allier

Le Conseil général de l'Allier a su trouver un mode de recrutement très "Far West" pour attirer sur ses terres de jeunes médecins.

Une ambiance « fric » règne depuis une vingtaine d'années ; certaines « castes » sont parvenues à s'y tailler des revenus pharaoniques. Moins illégitimes pour les vedettes du sport ou des médias, en raison de la rareté et de la brièveté de la carrière, ils le sont totalement dans le cas des dirigeants de grandes entreprises, qui excipent d'une fausse rareté, mais qui, sous ce prétexte, ont capté une part croissante de la valeur produite par tous les salariés en spoliant les petits actionnaires. Malheureusement, leur gourmandise est contagieuse. Dans cette ambiance, nombre de médecins spécialistes ont souhaité aussi grimper au mat de cocagne des revenus et se sont mis à pratiquer des dépassements croissants, en augmentation de 7 % par an. Ceux-ci ne pèsent pas sur le budget de l'Assurance maladie mais excluent des patients et plombent les mutuelles : ou ces dernières paient tout ou partie des dépassements et consolident la pratique, ou elles refusent et s'aliènent certains de leurs adhérents.

libéraux » ; ils l'ont fondée sur le principe de solidarité totale devant la maladie. Ils avaient pourtant laissé, à charge du malade, un ticket modérateur, que les mutuelles ont ensuite en partie couvert ; on peut estimer démagogique qu'il ait été supprimé totalement dans les maladies de longue durée, et même dans la CMU. Tout patient devrait acquitter une part, même infime, du coût. Pour autant, par son ampleur et sa fréquence, la dérive qui s'est installée avec les dépassements tant en libéral que dans les hôpitaux, y compris publics, va totalement à l'encontre de l'esprit initial de solidarité.

Il faut donc, d'abord, installer aussi la capitation des spécialistes pour tous les patients de longue durée, et, pourquoi pas, les enfants avec leurs pédiatres. Il faut réformer le système des assurances en responsabilité civile, contraignant toute la profession, généralistes inclus, à couvrir, pour quelques dizaines d'euros de prime en plus, la totalité des risques

de responsabilité civile des anesthésistes, obstétriciens et chirurgiens. Les mutuelles de santé, si elles veulent vraiment rester fidèles à leur vocation, devraient s'entendre toutes pour s'interdire de rembourser les dépassements, se borner à compenser en partie les non-remboursements (lunettes, dentaire...) et créer et multiplier les cliniques agréées par elles, ou qu'elles gèrent, dans lesquelles aucun dépassement ne serait pratiqué. Enfin, si l'on veut vraiment préserver notre système d'assurance obligatoire et mutuelle, il faut engager une négociation sur la valeur des actes, conduisant à la disparition définitive des dépassements, à peine d'exclusion, sous quatre ou cinq ans. Les médecins qui le souhaitent auraient ensuite la possibilité de sortir du système et de ne plus consulter que des malades non remboursés ou privativement assurés. Ou partir effectivement à l'étranger pratiquer la médecine à plusieurs vitesses que leur attitude revient à créer.

de responsabilité civile des anesthésistes, obstétriciens et chirurgiens. Les mutuelles de santé, si elles veulent vraiment rester fidèles à leur vocation, devraient s'entendre toutes pour s'interdire de rembourser les dépassements, se borner à compenser en partie les non-remboursements (lunettes, dentaire...) et créer et multiplier les cliniques agréées par elles, ou qu'elles gèrent, dans lesquelles aucun dépassement ne serait pratiqué. Enfin, si l'on veut vraiment préserver notre système d'assurance obligatoire et mutuelle, il faut engager une négociation sur la valeur des actes, conduisant à la disparition définitive des dépassements, à peine d'exclusion, sous quatre ou cinq ans. Les médecins qui le souhaitent auraient ensuite la possibilité de sortir du système et de ne plus consulter que des malades non remboursés ou privativement assurés. Ou partir effectivement à l'étranger pratiquer la médecine à plusieurs vitesses que leur attitude revient à créer.

Une loi hospitalière ambiguë

Ce qui amène logiquement à traiter des hôpitaux et de la loi HPST en examen par le Parlement. L'intervention des élus locaux à l'hôpital n'y a pas toujours été très orthodoxe. Trop d'embauches ont été faites sous leur pression, qu'une bonne gestion ne justifiait pas. Il est donc légitime de réduire leur rôle dans les hôpitaux publics. Dans certains cas, par ailleurs, la toute-puissance des chefs de service s'est traduite par une gestion au « donnant-donnant » particulièrement coûteuse. Il faut donc bien un « gérant », qui ait, sans doute, plus de pouvoirs qu'aujourd'hui. Mais il convient que ce gestionnaire continue de tenir le plus grand compte de la commission médicale d'établissement. C'est déjà d'ailleurs le cas dans nombre d'hôpitaux. Les CME y sont intervenues avec bonheur pour l'application de la tarification à l'activité. Mais on peut com-



prendre que les médecins hospitaliers répugnent à voir l'hôpital éventuellement dirigé par un cadre venu du privé, ou de

Des coopérations nécessaires pour une meilleure utilisation de matériel de pointe

Dans le même sens, installer des coopérations, une division du travail, entre établissements publics et privés, au sein des Communautés hospitalières de territoires, est un « bon plan ». Contrairement à ce qui s'est fait il y a vingt ans pour les scanners, et dix ans pour les IRM, l'administration doit, s'il le faut, organiser des coopérations honnêtes, et qui ne favorisent pas en sous-main les intérêts privés, autour des robots chirurgicaux à 1,5 ou 2 millions d'euros pièce, et une maintenance de 400 000 à 500 000 € par an, qui vont révolutionner progressivement les chirurgies urologique, pelvienne, utérine et viscé-

à la dépendance, donc réorienter vers d'autres fonctions les petits hôpitaux locaux dans lesquels le nombre d'actes ne justifie plus tous les plateaux techniques et pose le problème de la compétence et de l'adoption rapide des progrès techniques. C'est ce qu'expliquait fort bien un article récent d'éminents praticiens hospitaliers¹ ! Enfin, il est utile que des Agences régionales de santé adaptent l'offre de soins aux besoins du public, y compris en imposant quelques contraintes aux généralistes libéraux.

L'égalité devant la santé, objectif inatteignable ?

Bref, il y avait du « bon » dans cette loi. Mais le gouvernement a reculé – ou risque de reculer, car le circuit législatif de la loi n'est pas encore terminé – devant deux mesures essentielles pour l'égalité devant la santé. Premier recul sur l'obligation, ajoutée par certains députés, lors du vote de la loi, pour les praticiens des cliniques privées d'offrir un certain pourcentage de leurs prestations sans dépassement ! Les cliniques sont, en effet, les royaumes du dépassement, et nombre de patients renoncent à y suivre



Les médecins hospitaliers ont participé nombreux aux manifestations contre le projet de loi HPST.

n'importe quelle administration, comme la loi le prévoit. Les gestionnaires doivent être issus de l'école des cadres de santé afin d'avoir un minimum de connaissances des questions médicales pour que le dialogue avec la CME se maintienne à juste distance de l'affrontement permanent ou de la soumission de l'un à l'autre. Le recul du président de la République sur la gouvernance est donc sage.

Il convient, par ailleurs, de garder raison à propos du reproche de « gestion capitaliste » que serait censée introduire la nouvelle loi. Appliquer, comme ailleurs, une gestion rigoureuse des deniers publics, ce n'est pas pratiquer une gestion capitaliste. Rechercher l'équilibre des comptes, dégager éventuellement un surplus pour investir dans de nouveaux matériels, ce n'est pas chercher bénéfices ou rendement.

rale. Il est tout aussi légitime d'organiser territorialement l'offre hospitalière, au sens large, incluant les établissements d'accueil au grand âge et



On est loin ici du simple bistouri...

1. « Réforme des hôpitaux. Plaidoyer pour l'avenir », Guy Vallancien, Jean-Michel Chabot, Claude Le Pen (*La Tribune*, 28 avr. 2009).



« leur » spécialiste, compte tenu des surplus demandés par le médecin et la clinique. Les organisations médicales et les internes ont convaincu les sénateurs de retirer cette disposition de la loi, pourtant votée par l'Assemblée, et le gouvernement a accepté – trop volontiers ! – ce retrait.

Second recul sur l'obligation de service dans les « déserts » médicaux. Les syndicats de médecins libéraux ont également obtenu des sénateurs le retrait de toute contrainte de service annexe dans ces « déserts »... voisins de leurs cabinets, et les internes se sont opposés avec succès à toute obligation territoriale d'installation. Reçus sur concours dans une région, ils effectuent, en hôpital, un travail rémunéré. Ils peuvent s'estimer mal payés (1 500 à 2 000 € environ) ; leur durée de travail est élevée. Mais, tant sur le salaire que pour la durée, ils ne sont pas vraiment désavantagés par rapport à d'autres étudiants, contraints, à bac + 5, à des stages gratuits, puis très mal payés à la première embauche. Devant être rémunérés à la base sur fonds publics, il ne serait pas anormal que les internes soient contraints à 7 ou 10 ans de service dans la région où ils ont fait leur internat.

Des pratiques intolérables de certains spécialistes : dépassements d'honoraires et rémunérations par les laboratoires pharmaceutiques

La loi laisse aussi de côté la question des rémunérations des médecins hospitaliers, sauf à évoquer des éventuels intéressements aux progrès médicaux et hospitaliers. Les écarts entre spécialités ont été révélés par un rapport de l'IGAS de février 2008. Les salaires annuels moyens bruts étaient alors de 105 473 € pour un anesthésiste réanimateur, 85 393 € pour un néphrologue, 80 625 € aux urgences et, au bas de l'échelle, 74 817 € pour un gériatologue. Ces écarts tiennent surtout aux indemnités spécifiques de garde et d'astreintes. L'Etat doit effec-

tivement tenir compte de l'attrait du privé, beaucoup plus rémunérateur, à spécialité identique, pour les médecins hospitaliers. Mais de tels revenus, comme on le disait plus haut, sont « normaux » par rapport aux autres fonctions sociales. S'y ajoute, pour les professeurs, le revenu universitaire. Revoyons-les un peu, éventuellement, égalisons-les davantage, mais on ne peut céder à la « course au fric » à laquelle une bonne politique de santé, à la base, sur fonds publics, doit mettre un terme. Ce qui est, en revanche, parfaitement insupportable, ce sont les pratiques libérales de quelque 10 % des médecins, au sein de l'hôpital, et les dépassements qui y sont, là aussi, imposés. On cite le cas de 1 000 € pour un acte chirurgical sur un genou ! Sans parler des rémunérations que certains médecins touchent des laboratoires pour les « recherches » auxquelles ils contribuent. C'est jouer de manière intolérable sur le mythe du « seul bon » praticien.

L'enseignement dans les CHU fait l'objet de dotations spécifiques. Selon la nouvelle loi, il semble que les cliniques privées y accèdent aussi, à charge, pour elles, de participer à la formation. Cette disposition est discutable ; la formation doit plutôt rester sous contrôle direct des pouvoirs publics, et le risque est grand d'une simple aubaine pour les cliniques. Le service des urgences fait aussi l'objet d'une dotation spécifique, mais celle-ci est insuffisante, du fait de la carence de l'offre privée de garde pour les affections bénignes.

Par contre, l'assistantat de facto qui impose moralement à l'hôpital public de garder des malades âgés et pauvres,

faute de place ailleurs ou de soins à domicile, n'est, par contre, pas rémunéré. De même, les hôpitaux publics manquent de moyens pour financer les missions d'étude, les participations aux congrès scientifiques, que les laboratoires doivent prendre tous en charge. C'est là un argument avancé pour justifier les dépassements de certains praticiens hospitaliers, contraints de payer ces frais. En com-



L'hôpital est souvent le dernier lieu d'accueil pour les malades âgés et pauvres.

plément de la nouvelle loi, hélas amputée, il conviendrait donc d'augmenter les moyens généraux des hôpitaux pour financer correctement les frais spécifiques, et appliquer ensuite, équitablement, la tarification à l'acte, révisée pour les consultations longues que seuls les hôpitaux publics accordent (VIH, addictions diverses...). Sous ces conditions, il serait inutile de reporter la convergence des tarifications à l'acte des cliniques et des hôpitaux à 2018.

On peut penser qu'une politique de santé plus complète, telle qu'on en a esquissé ici les principaux aspects, permettrait, au fil des années, de dégager, à cotisations sociales constantes, les fonds couvrant cet effort supplémentaire en faveur des hôpitaux publics. ■

*Jean Matouk
agrégé de sciences économiques,
professeur des universités*

Les maladies cardio-vasculaires

La mortalité cardio-vasculaire est la seconde cause de décès entre 45 et 64 ans après le cancer (représentant 20 % des causes de mortalité chez l'homme et 16 % chez la femme) ; c'est la première cause de décès entre 65 et 84 ans (représentant 35 % des causes de mortalité chez l'homme et 40 % chez la femme)

L'origine des maladies cardio-vasculaires est avant tout liée à des habitudes alimentaires inadéquates. La médecine nutritionnelle, en corrigeant ces troubles alimentaires et en apportant des substances nutritionnelles essentielles, tient un rôle prépondérant dans le traitement des maladies cardio-vasculaires. L'athérosclérose, l'insuffisance cardiaque (réduction de l'efficacité de la pompe cardiaque), l'accident vasculaire cérébral (AVC) et l'arythmie (irrégularité du rythme cardiaque) sont les pathologies où le traitement nutritionnel s'avère efficace seul ou en association avec un traitement conventionnel.

L'athérosclérose

L'athérosclérose est une pathologie multifactorielle, responsable de la première cause de mortalité dans les pays occidentaux. C'est un processus lent, complexe, faisant intervenir de nombreux facteurs de risque génétiques et environnementaux, agissant en synergie pour favoriser le développement des lésions. Entre la lésion initiale microscopique et la formation d'une plaque d'athérome, voire l'obstruction complète de l'artère, il se passe un certain nombre d'années où le patient reste asymptomatique.

L'atteinte coronarienne a deux expressions cliniques : d'une part, l'angine de poitrine (souffrance du muscle cardiaque par insuffisance d'apport d'oxygène liée à la réduction

du débit sanguin), conséquence de l'athérosclérose sur une ou plusieurs artères coronaires, et, d'autre part, l'infarctus du myocarde (nécrose d'une partie du muscle cardiaque privée d'apport sanguin et donc d'oxygène), conséquence de la thrombose (oblitération par un thrombus) d'une artère coronaire.

Le mot athérosclérose associe l'athérome et la sclérose, en foyers, dans la paroi des artères de gros et moyen calibre. L'athérome est la partie molle, très riche en lipides, située au centre de la plaque. La sclérose (du grec *skleros*, dur) est la partie fibreuse qui forme le pourtour de la plaque, ou « chape fibreuse ». Il en résulte l'épaississement et le durcissement progressif de la paroi des gros troncs élastiques.

Plusieurs facteurs à l'origine de l'athérosclérose ont été mis en évidence : l'hypertriglycéridémie, l'hypercholestérolémie, l'hyperglycémie et l'hyperinsulinisme chroniques ; les infections à cytomégalovirus, herpès, *Chlamydiae* et *Helicobacter pylori* ; le tabac ; l'inflammation et l'hypertension artérielle.

L'augmentation de la concentration en homocystéine dans le sang est appelée hyperhomocystéinémie. Les sujets hyperhomocystéinémiques ont été estimés à 30 % dans la population



globale de patients ayant présenté des accidents thrombo-emboliques, cérébraux ou cardiaques.

L'infarctus du myocarde

C'est la nécrose ischémique d'une partie du muscle cardiaque avec anoxie cellulaire, à la suite de l'occlusion thrombotique d'une artère coronaire. Celle-ci est due à la rupture brutale d'une plaque d'athérome et à la formation secondaire d'un caillot par les plaquettes. On dénombre environ 100 000 nouveaux cas par an en France ; il s'agit d'un homme dans deux tiers des cas.

L'infarctus est révélateur de la maladie coronarienne dans 40 % des cas. Sur le plan clinique, l'infarctus du myocarde se manifeste par une douleur constrictive rétrosternale, avec éventuellement irradiation à la mâchoire, aux bras, à la région inter-

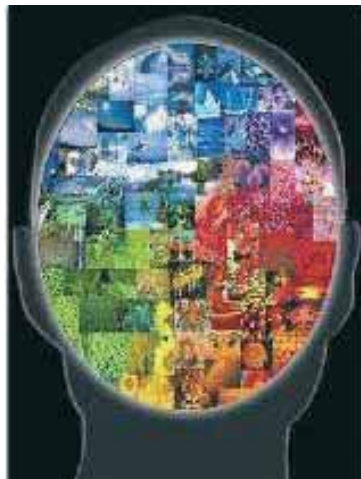
scapulaire. Prolongée (plus de 20 min), intense, résistant à la trinitrine, angoissante, elle s'accompagne de signes généraux (transpiration, lipothymie, nausées). A l'examen, le pouls peut être filant, la tension artérielle est variable. Il peut y avoir des troubles du rythme.

Les formes atypiques sont fréquentes : formes pseudo-digestives, formes indolores, silencieuses (20 % des infarctus). L'électrocardiogramme montre principalement un sus-décalage du segment ST (temps de stimulation complète des ventricules) et, dans un second temps, une onde Q de nécrose. Il confirme la nécrose, son étendue, les éventuels troubles du rythme et de conduction associés. Sur le plan biologique, on retrouve une augmentation de la créatine phosphokinase (CPK) et des transaminases.

L'accident vasculaire cérébral

C'est une lésion organique de type neurologique due à un vaisseau cérébral qui se bouche ou à une hémorragie dans le cerveau.

Dans 80 % des cas, il s'agit d'accidents ischémiques, appelés également infarctus cérébraux ou ramollissement cérébral. Ils sont dus à l'occlusion d'une artère par un caillot qui se forme localement sur des parois abîmées du vaisseau (athérosclérose) ou qui provient du cœur (le caillot se détache et génère une embolie.)



Dans 20 % des cas, il s'agit d'accident hémorragique dont les causes sont l'hypertension artérielle, une tumeur, un traumatisme, des anomalies des vaisseaux (anévrismes) ou des situations particulières, traitement anticoagulant, alcoolisme, trouble de la coagulation du sang, absorption importante d'aspirine, alimentation grasse, absence d'oméga 3 EPA (huiles de poisson).

On observe 150 000 nouveaux cas par an en France, avec une diminution de 50 % depuis quelques décennies, du fait des mesures de prévention des facteurs de risque. L'âge moyen de survenue se situe aux environs de 70 ans (10 % des cas, soit 10 000 à 15 000 par an, avant 45 ans), avec une légère prédominance masculine.

Dans les accidents ischémiques, le début est brutal ou progressif avec des

troubles neurologiques nets, à type d'hémiplégie (paralysie de la moitié du corps), d'aphasie (disparition de la parole), de disparition de la vue dans la moitié d'un champ visuel (hémianopsie latérale homonyme).

Dans les accidents hémorragiques, les signes apparaissent le plus souvent progressivement, parfois précédés de maux de tête (céphalées) ou de vomissements ; les troubles sont souvent sévères avec un coma et une aggravation progressive.

Examens

- Le scanner ou l'IRM permettent le diagnostic.
- Dans le cas d'une hémorragie chez une personne jeune, l'angiographie (examen radiologique avec injection d'un produit qui visualise les artères) est indiquée, à la recherche d'une malformation des vaisseaux opérable (anévrismes).
- Les examens sanguins sont essentiels pour déterminer le terrain.
 - La vitesse de sédimentation signe la présence de l'inflammation.
 - C. Réactive Protéine (CRP ultrasensible) qui est le facteur prédictif de risque cardio-vasculaire le plus pointu.
 - L'état inflammatoire mobilise la lignée blanche (leucocytes, macrophages, interféron) et exalte l'ensemble des fonctions. Il est impératif « d'éteindre ce feu ».

Traitement naturel

Les plantes

Les plantes vasodilatatrices dont l'action se fait directement sur la paroi vasculaire, sous le contrôle du système nerveux autonome, du système hormonal et métabolique.

Les plus efficaces sont : l'olivier, le gui, l'ail, le rauwolfia (résérpine).

Les autres sont : l'aubépine, l'oignon, la petite pervenche, la grande berce (semence) et le céleri.

Les plantes fluidifiantes favorisent la circulation sanguine, préviennent les risques de thromboses et assure

une meilleure capillarité du sang : le mélilot, l'ail et l'aubépine.

À ces plantes majeures, il est intéressant d'en associer d'autres d'action plus spécifique.

• Action sur la coagulation sanguine

– Le mélilot : par son action anti-vitamine K, améliore la fluidité sanguine. Il doit être arrêté avant les règles.

– L'aspérule odorante : comme le mélilot, contient des dérivés coumariniques. Son action est surtout sédative.

– Le cornouiller : prévient les risques de thrombose. Il s'utilise en bourgeons.

– La mélitte : plante à coumarine.

• Action sur l'inflammation

– Le cassis : augmente la résistance capillaire ; stimule le cortisol (anti-inflammatoire) ; à prendre en bourgeons macérat 1D.

– L'aulne : prévient la thrombose (en bourgeon, 2 fois 50 gouttes).

– Le ginkgo biloba : dont les caractéristiques agissent sur trois niveaux, à savoir : l'oxygénation cellulaire, la fluidité sanguine et la protection vasculaire (en teinture mère). 2 fois 50 gouttes.



Gemmothérapie

- L'aubépine (anti-arythmique, séquelles d'infarctus).
- L'ail des ours : évite les dépôts de cholestérol, régule la tension artérielle.
- Le lilas empêche l'obstruction des coronaires, évite les pontages.
- Le cornouiller sanguin : draineur du cœur et des artères.
- Le maïs, anti-inflammatoire artériel.
- L'aulne évite la thrombose et la phlébite. A prendre en Bg. Mac. Glyc. 1D - 1 flacon de 250 ml (50 gouttes ou eau).

Hygiène alimentaire

La prise en charge est d'abord diététique suivant les principes du régime crétois. Actuellement, seule une modification du régime a permis une

réduction de la mortalité cardio-vasculaire. Pensez, en particulier, à consommer de l'huile de colza ou, mieux de l'huile de lin ou de l'huile de chanvre, une cuillère à soupe sur les crudités.

Supplémentations d'acides aminés

Des suppléments en magnésium préviennent le développement de l'athérosclérose par inhibition de l'accumulation de lipides dans la paroi aortique. Plusieurs corrélations ont été observées entre une consommation riche en magnésium et un faible taux de mortalité cardio-vasculaire.

A la dose de 100 mg/j pendant 4 semaines, la prise de coenzyme Q10 a permis d'améliorer au cours

du test d'effort la durée de l'exercice physique, de retarder les signes d'ischémie myocardique à l'électrocardiogramme et l'apparition des symptômes de l'angine de poitrine. Lors de la supplémentation en coenzyme Q10, l'utilisation journalière de trinitrine a été réduite et la fréquence des crise d'angor a été diminuée.

La L-carnitine est un dérivé d'acide aminé essentiel synthétisé dans l'organisme à partir de deux acides aminés essentiels : la lysine et la méthionine. Ce composé physiologique améliore la production d'énergie au niveau du myocarde. La carence en L-carnitine myocardique apparaît pendant l'ischémie, l'infarctus du myocarde aigu et l'arrêt cardiaque.

Dr Jean-Pierre Willem

Protocole de prévention de l'athérosclérose

- vitamine C : 2 à 3 g/j ;
- vitamine E (alpha-tocophérol) : 200 UI/j au moins ;
- vitamine B9 (acide folique) : 500 à 1 000 mcg/j ;
- vitamine B12 : 250 à 500 mcg/j ;
- magnésium : 300 à 600 mg/j ;
- EPA + DHA : 1 à 3 g/j ;
- sélénium : 100 à 200 mcg/j ;
- silicium organique (MIRSIL).

Protocole de traitement de l'arythmie

En cas d'arythmie, il faut vérifier la kaliémie et la cuprémie, le calcium ionisé et le magnésium ionisé plasmatiques. On évitera le café et les autres excitants, on ne prendra pas de tyrosine ni de phénylalanine, ni d'agoniste cathécolaminergique, ni d'aspartate, ni plus de 30 mg/j de zinc.

Le protocole de supplémentation est le suivant :

- magnésium : 600 à 1 000 mg/j ;
- sélénium : 100 à 200 mcg/j ;
- silicium : 20 gouttes/j ;
- vitamine C : 2 à 3 g/j ;
- vitamine E : 600 à 1 200 UI/j ;
- EPA + DHA : 1 à 3.

Protocole de traitement de l'angine de poitrine et de post-infarctus

- magnésium : 500 à 1 000 mg/j ;
- sélénium : 800 mcg/j pendant 3 mois puis 200 à 400 mcg/j ;
- silicium : 20 gouttes/j ;
- coenzyme Q10 : 100 à 300 mg/j ;
- vitamine C : 4 à 6 g/j ;
- vitamine E : 600 à 1 200 UI/j ;
- bêta-carotène : 100 mg/j ;
- un complexe de vitamines B par jour ;
- EPA + DHA : 3 à 6 g/j.

À ce traitement de base, on pourra rajouter :

- en cas d'hyperhomocystéinémie :
 - triméthylglycine (TMG) : 6 g/j ;
- en cas d'hypercholestérolémie :
 - arginine : 10 g/j ;
 - hexanicotinate d'inositol (niacine) : 1 à 3 g/j ;
 - HAN HEPA (répare le foie).

Protocole de traitement de l'insuffisance cardiaque et de l'hypertension

En cas d'insuffisance cardiaque et d'hypertension artérielle, le respect du régime est important ; il sera préférable de remplacer le chlorure de sodium (sel de table) par du chlorure de potassium (sel potassique), et les aliments salés seront évités, notamment les biscuits et les oléagineux, les fruits de mer, les pâtisseries et les charcuteries. On évitera aussi les statines (douleurs dans les muscles, fonte musculaire).

Le protocole de supplémentation est le suivant :

- potassium : 1 à 2 g/j ;
- magnésium : 600 à 1 000 mg/j ;
- sélénium : 800 mcg/j pendant 3 mois puis 200 à 400 mcg/j ;
- silicium : 20 à 40 gouttes/j ;
- coenzyme Q10 : 100 à 300 mg/j ;
- vitamine C : 2 à 3 g/j ;
- vitamine E : 600 à 1 200 UI/j ;
- L-carnitine : 6 à 9 g/j ;
- EPA + DHA : 1 à 3 g/j.

Gare au glaucome !

Oui, gare au glaucome, maladie oculaire insidieuse, évoluant vers la cécité sans traitement, par destruction lente du nerf optique

Le glaucome chronique simple est une affection assez fréquente : elle peut atteindre 5 % de la population à partir de 40-45 ans. La pression intra-oculaire (PIO) augmente du fait d'une mauvaise évacuation de l'humeur aqueuse. Le chiffre normal est fixé jusqu'à 21.

Signes cliniques

Au début, le glaucome ne s'accompagne d'aucune douleur, et la vision des détails peut se conserver très longtemps. Seul un examen chez l'ophtalmologiste pourra déceler la présence d'une hypertonie oculaire. Sans traitement, au bout de plusieurs années, le nerf optique s'atrophie, entraînant une détérioration progressive du champ visuel, qui aboutit à la cécité.

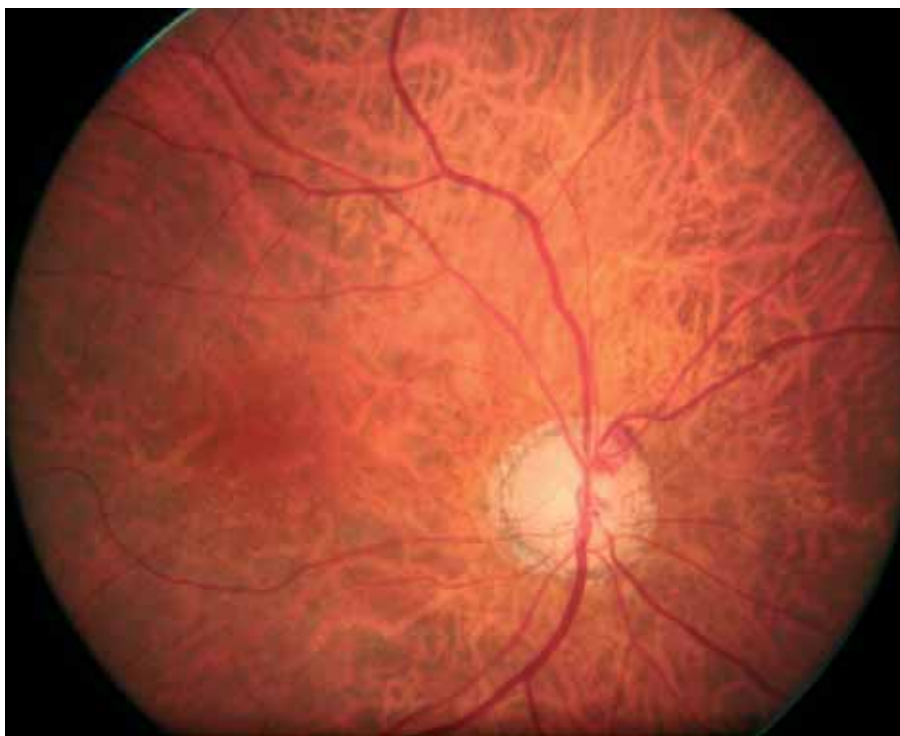
Les causes exactes du glaucome ne sont pas encore parfaitement connues.

Il existe des facteurs de risque : âge, origine ethnique, hérédité, myopie forte, artériosclérose aggravée par le tabac, hypertension artérielle, diabète, dyslipidémies...

Dépistage

En cas de pression intra-oculaire élevée, l'ophtalmologiste fera pratiquer un champ visuel qui pourra révéler une amputation dans le champ de vision.

En cas de doute, d'autres examens sont aujourd'hui réalisables pour confirmer le diagnostic :



► pachymétrie, pour mesurer l'épaisseur de la cornée, qui peut avoir une influence sur la valeur réelle de la PIO ;
 ► GDX.-OCT. : nouveaux systèmes d'imageries automatisées qui permettent d'analyser la tête du nerf optique, l'anneau neuro-rétinien ainsi que les fibres nerveuses rétiniennes.

Traitements

Une fois le diagnostic confirmé, un traitement local est indispensable, traitement à poursuivre à vie, car le fait de le suspendre entraîne une reprise de la dégradation du nerf optique. En pratique, un traitement par collyres hypotonisants est instauré dans un premier temps. En stabilisant la pression intra-oculaire, l'aggravation de la maladie sera évitée pour de très nombreux patients.

Une surveillance ophtalmologique est donc indispensable. En cas d'échec (pression intra-oculaire toujours au-dessus de la norme, détérioration

du champ visuel...), il faudra intervenir en fonction de l'âge du patient et de la gravité du glaucome, soit par laser, soit par chirurgie qui consiste à inciser l'œil pour créer une petite soupape permettant l'évacuation de l'humeur aqueuse.

Il est parfois nécessaire de poursuivre un traitement par collyres après ces interventions pour maintenir la pression intra-oculaire à un niveau normal.

Conclusion

- Le dépistage de la pression intra-oculaire est indispensable à partir de 40-45 ans.
- En cas de glaucome, une surveillance médicale et un traitement permanent sont indispensables car la guérison n'existe pas : il faut préserver la vision restante !

*Dr Jean-François Mourier,
ophtalmologiste*

Regards sur le stress

(1^{re} partie)

Constamment évoqué dans notre société, le stress n'est pas l'apanage de l'époque actuelle :

il a toujours existé, ce qui peut laisser penser que le stress est indispensable à la vie.

Mais l'important est l'adéquation de l'action avec la survie personnelle

Le concept de stress est ambigu. Au sens strict du terme, la définition du stress n'est pas la réponse de l'organisme à une contrainte mais uniquement la contrainte elle-même. Celle-ci peut être professionnelle, relationnelle, météorologique, sentimentale, mais elle peut se présenter aussi sous la forme d'un voyage, d'un déménagement, de l'apparition de la puberté ou de la ménopause... Issu de l'anglais, ce mot signifie « tension ». Cette tension peut en théorie être positive pour l'individu, mais être aussi négative. De là, on peut étendre la notion : le stress est la réponse non spécifique de l'organisme à toute demande. Par définition, il ne peut être évité. La complète liberté par rapport au stress, c'est la mort, affirme Hans Seylie, en introduisant en médecine son fameux syndrome d'adaptation au stress au cours du XX^e siècle. Il parle, en termes de déterminisme, à la façon d'un Bourdieu ; cependant, d'autres solutions existent.



Munch Edward, *Le Cri* (1893), musée d'Oslo.

Fuir la tension ou lui faire face ?

Tout au long de la vie, celle-ci étant hasardeuse, le stress va se manifester. Chacun le sent à travers ses conditionnements, son éducation, ses croyances, ses propres projections du passé vers le futur : ainsi, chaque individu appréciera le niveau de menace ou d'inconfort de son seul point de vue. L'alternative est simple

et bien connue : il faut soit fuir, soit lutter. Dans les deux cas, j'ai besoin d'énergie pour me battre ou pour courir. Car le stress provoque une dynamique de réactivité, il comporte la notion de référentiel antérieur. Voilà pourquoi la situation de stress fait peur, elle mobilise.

Ni l'un ni l'autre ?

La peur, inévitablement liée, à des degrés divers, aux situations de stress, génère des réponses souvent préfabriquées par le mental, et tout aussi inconscientes dans les comportements, mais également des modifications biologiques visant à être prêt à fournir une énergie rapidement et facilement disponible pour agir. Là est le problème : la réponse du corps au stress est tantôt bénéfique, tantôt maléfique. Mais le pire est possible : je ne suis pas en état ni de m'enfuir ni de combattre dans la situation ; je suis tétanisé, aréactif, dans une impossibilité d'action. C'est ce que l'on appelle « le choc ». Il représente alors un véritable traumatisme.

Conséquences

Vous avez déjà rencontré des situations de choc : après le décès de son père, tel individu va sortir un psoriasis, qu'il gardera a priori toute sa vie. Plus bénin, après la réussite à l'examen du permis de conduire, la personne verra fleurir un magnifique herpès labial, ou bien fera un syndrome grippal... Il est évident que, sur le plan de la santé, les conséquences du stress peuvent être terribles (mais pas nécessairement !) allant jusqu'au fameux burn-out, épuisement total de l'individu, tant sur le plan moral que physique.

Les symptômes aigus

Vous les connaissez bien, déclenchés par une décharge d'adrénaline : vous êtes parcouru par une impression de froid, les poils se hérissent, vous transpirez, la respiration est courte, le cœur cogne et s'emballe... et vous venez juste d'éviter la voiture d'en face ! Simplement, le stress vous a averti d'un danger, que normalement vous mémorisez. C'est inconfortable mais utile ! Utile si vous avez réagi à temps... Ici, nous abordons le stress à un niveau supérieur. En effet, on peut considérer que le stress déclenche une réaction. Vous êtes sous influence hormonale forte et immédiate.

Envisageons maintenant que vous n'avez pas besoin de stress pour agir... car vous êtes présent à la situation, non distrait, et vous n'avez pas besoin d'être averti. Vous restez maître de vous-même, calmement, vous avez senti et anticipé le stress qui va arriver et vous agissez, vous répondez à la situation par une action adéquate. Le contexte n'est plus du tout le même. Au passage, vous avez épargné du magnésium, car l'adrénaline fait entrer beaucoup de calcium dans les cellules et fait sortir le magnésium pour compenser les charges électriques ! Ainsi, le magnésium est tranquillement excrété dans l'urine... Donc, ne réagissez pas, soyez présent aux épisodes de la vie, agissez sans la contrainte du stress. C'est peut-être un autre aspect de l'intuition ?

Les symptômes chroniques

Plus insidieux, ceux-là. On peut en considérer trois stades.

1. Celui de la vigilance, où l'on observe une augmentation des hormones de stress (adrénaline par exemple), et progressivement le taux sanguin de cortisone s'élève.



2. Celui de l'adaptation, où l'on constate une augmentation des molécules d'alerte et une forte élévation des hormones corticostéroïdes ; la tension artérielle grimpe, l'insuline ne travaille plus très normalement (on peut voir augmenter la glycémie), la thyroïde modifie son métabolisme, les hormones sexuelles aussi...

3. Celui de l'épuisement, avec création de maladies dégénératives.

Tout cela s'accompagne d'anxiété, de fatigue, de dépression, d'irritabilité, de troubles de concentration, de palpitations, d'intestin irritable, d'envie de sel et de sucre, de douleurs dans le dos, de libido diminuée et/ou de troubles sexuels, d'infections récurrentes, de prise de graisse abdominale... la liste est longue. Les symptômes s'aggravent progressivement. Bien sûr, des traitements visant à gommer plus ou moins partiellement les troubles existent, mais ils ne peuvent pas contrôler la totalité des phénomènes intriqués puisque l'on n'agit pas sur la cause.

Le stress c'est vous !

Mais voulez-vous que je vous dise le fond de ma pensée ? Le responsable, c'est vous. Peu importe d'avoir un peu mal ici ou là, c'est une réaction normale du corps, qui vous dit simplement : prends soin de mes symptômes, prends patience et analyse les choses pour ne plus subir mais agir. Corrige-toi et change tes points de vue...

Vous pensez que j'exagère ! J'ai connu un ami qui a passé quatre mois et demi en prison à l'étranger, accusé d'un délit qu'il n'avait pas commis (il a été innocenté). Savez-vous ce qu'il nous a dit ? « Je suis nourri et logé, je vais faire une nouvelle expérience très désagréable, mais ça passera. Je vais avoir le temps d'écrire enfin mon livre. » Je ne dis pas qu'il n'a pas subi le stress, bien sûr. Mais, en étant présent à sa situation et en la regardant bien en face, il n'a pas eu de troubles chroniques liés au stress.

Vers d'autres solutions

On oublie qu'être en équilibre avec le niveau de stress considéré correspond à une autre solution, confortable ou non, en tout cas source de créativité. Face à une situation stressante, on peut parfois puiser dans des ressources intérieures insoupçonnées, allant même jusqu'à créer un nouveau déterminisme pour le sujet, celui-ci vivant alors une expérience avec « un nouvel art de vivre ».

Même si l'on n'a pas toujours ce que l'on veut, on a toujours ce dont on a besoin ? De quelle maladie avez-vous besoin ? De quel accident avez-vous besoin ? De quelle « tuile » avez-vous besoin ? Devant les situations stressantes, certains individus sont sereins et ne présentent pas de troubles, alors que d'autres subissent les pires affres. Accepter les aléas de la vie, voilà déjà un bon début pour éluder les tentatives du stress. Mais cela est une autre histoire !

Philippe Fiévet
Médecin nutritionniste
Maître en sciences et biologie médicales



« Notre hôpital doit faire face aux changements »

Médecin-chef adjoint de l'Hôpital d'instruction des armées Desgenettes (HIAD),

Dominique Coulot nous livre son sentiment sur les évolutions des hôpitaux militaires

L'histoire de la médecine militaire, et particulièrement de l'accueil des blessés de guerre à Lyon, est ancienne et remonte à l'Antiquité. A l'origine, c'est à l'Hôtel-Dieu qu'étaient soignés les militaires et ce jusqu'au XIX^e siècle, où fut créé en 1887, sur les bords du Rhône, l'Hôpital d'instruction des armées Desgenettes (HIAD).

Le baron Desgenettes était un médecin militaire de l'époque napoléonienne, s'étant particulièrement illustré pendant les campagnes d'Orient, en Egypte. La construction de l'actuel hôpital, commencée avant guerre, s'est achevée en 1946. En 1959, l'hôpital pouvait recevoir 800 malades. Suite à la suppression du service national et dans le schéma actuel de réorganisation des forces armées, sa capacité est de 307 lits.

Ses missions

Implanté à la limite des villes de Lyon et Bron, au cœur du pôle Est de santé, l'HIAD est entouré d'autres grands centres hospitaliers, avec lesquels il entretient des relations de partenariat. Comme les huit autres hôpitaux militaires, il a une double mission : le soutien aux forces armées et la participation au service public. Commandé par un médecin général secondé par une équipe resserrée, médecin-chef adjoint, gestionnaire, directeur des soins, l'hôpital fonctionne comme un établissement mili-



taire à travers des instances qui lui sont propres, tout en se conformant aux exigences légales et réglementaires de la santé publique.

Sa mission principale est le soutien aux forces armées au profit d'un vaste secteur géographique où sont stationnés 25 000 militaires et 10 000 civils employés de la Défense nationale.

Il s'agit traditionnellement d'une médecine de soins et d'expertise. L'HIAD remplit également, au profit des armées, une mission importante de formation. Le CITERA (Centre d'instruction spécialisé dans les techniques de réanimation de l'avant) forme systématiquement les personnels partant en mission en Afghanistan. Une autre particularité de notre établissement est de disposer d'une

capacité de traitement des blessés radiocontaminés et de disposer d'une chaîne de décontamination chimique, ces moyens opérationnels étant susceptibles d'être activés en cas d'agression terroriste ou d'accidents civils.

Ouvert pleinement à tous les assurés sociaux

Sa deuxième mission est la participation au service public. Les hôpitaux militaires sont soumis exactement aux mêmes réglementations sanitaires que les hôpitaux publics, et les diplômes des médecins militaires et civils sont les mêmes.

Ouvert pleinement à tous les assurés sociaux, il accueille au quotidien, sans distinction, une population civile qui représente 80 % de sa patientèle. Hôpital de



proximité, accueillant les urgences (20 000 passages par an), son activité est principalement orientée vers la chirurgie, la traumatologie, mais aussi dans la plupart des spécialités médicales, oncologie, pathologie infectieuse, pneumologie, cardiologie, neurologie, rhumatologie, pathologie digestive, dermatologie, endocrinologie, service de médecine physique et rééducation et psychiatrie. Pour cela, il dispose d'un plateau technique performant en imagerie médicale, endoscopie digestive et pulmonaire, exploration cardiaque, et un laboratoire d'analyse médicale. Tous les services sont agréés pour recevoir des étudiants militaires ou civils. Chaque année, l'hôpital accueille en formation environ 900 stagiaires : infirmiers, aides-soignants et futurs médecins, internes de l'École de service de santé de Lyon et internes civils de la faculté. Ouvert également largement au public, le service de médecine des voyages dispense son expertise en matière de vaccinations, de prévention et de protection individuelle.

Deux missions complémentaires

Ces deux missions sont liées et ne sauraient fonctionner indépendamment. En effet, la dimension des hôpitaux a été adaptée dans la perspective d'un déploiement des armées sur plusieurs théâtres d'opérations à l'étranger. Lorsqu'un départ en OPEX est décidé, l'hôpital est susceptible de fournir tout ou partie d'une équipe médico-chirurgicale. Dans cette perspective, l'hôpital doit

faire preuve d'une activité de haut niveau sur le plan technique pour pouvoir former ses personnels en nombre et en qualité. En permanence, environ 10 % des personnels, chirurgiens, réanimateurs et paramédicaux, sont en mission auprès des troupes déployées à l'étranger, principalement en Afghanistan. C'est une des particularités des hôpitaux militaires d'avoir des praticiens soumis à la mobilité professionnelle, ce qui nous impose une organisation particulière pour garantir la continuité des soins. Le Schéma national d'organisation des soins du SSA (SNOS), récemment formalisé, tient compte de ces contraintes et prévoit dans les spécialités « projetables », anesthésie-réanimation, chirurgie, un nombre excédentaire de praticiens.

Un budget de fonctionnement maîtrisé

Notre activité publique nous permet également, et c'est une particularité originale du service hospitalier des armées, de nous autofinancer à 80 %, le complément étant attribué par le ministère de la Défense. En contrepartie, notre gestion financière obéit aux mêmes contraintes que les autres établissements du secteur public.

Comme tous les autres hôpitaux, nous appliquons depuis cette année la tarification à l'activité « T2A ». Cette réforme, lancée en 2002, a entraîné de profonds changements. Supprimant le budget global, la réforme vise à raisonner en termes de recettes avant de s'autoriser des dépenses. Devant l'impératif de maîtrise de l'équilibre budgétaire, l'HIAD a dû réévaluer son organisation et son positionnement dans son environnement médical. De nouveaux modes d'organisation visant à maîtriser nos frais fixes et optimiser l'utilisation des ressources humaines ont été mis en place. Une politique de renouvellement de l'infrastructure nous permettra d'adapter progressivement nos locaux et très prochainement de disposer de blocs opératoires rénovés et fonctionnels.



Gros Antoine-Jean, *Bonaparte visitant les pestiférés de Jaffa*, 1799. Dans une mosquée reconverte en hôpital de campagne, Bonaparte, en compagnie du médecin chef de l'armée Desgenettes, rend visite à des soldats atteints de la peste.

Un vrai souci de la qualité des soins

Tous ces changements ne peuvent se faire au détriment de la qualité et de la sécurité des soins. L'HIAD s'est engagé très tôt dans une politique qualité. Comme les autres établissements, l'hôpital s'est conformé aux exigences successives de la certification. Certifié sans réserves en 2008, nous figurons régulièrement en bonne place dans les classements nationaux. Nous préparons désormais la certification « V2010 », qui met particulièrement l'accent sur la sécurité des soins.

Pour un fonctionnement viable à long terme des hôpitaux militaires

Le monde de la santé évolue, notre hôpital doit faire face au changement. L'insertion dans le système de santé public indissociable de notre mission au sein des armées nous confronte à de nouveaux enjeux. Nos autorités de tutelle ont précisément défini le format des hôpitaux militaires et les règles de leur fonctionnement. L'avenir maintenant nous appartient, dans la mesure où il dépend de notre capacité à pratiquer une médecine à la fois efficiente et respectueuse de la personne humaine. ■

(Propos recueillis par Christophe Magnette)

NEUF ÉTABLISSEMENTS EN FRANCE OUVERTS SANS RESTRICTIONS AUX CIVILS

Les hôpitaux d'instruction des armées, accessibles pour toutes les catégories de patients, sont au nombre de neuf sur le territoire national :

Bégin, à Saint-Mandé (94) ; Clermont-Tonnerre, à Brest (29) ; Desgenettes, à Lyon (69) ; Laveran, à Marseille (13) ; Legouest, à Metz (57) ; Percy, à Clamart (92) ; Robert-Picqué, à Bordeaux (33) ; Sainte-Anne, à Toulon (83) ; Val-de-Grâce, à Paris.

Le mélanome : combat pour une détection précoce !

Une information récente indiquant que les cancers de la peau sont devenus la première cause d'affection cancéreuse chez les jeunes femmes en Grande-Bretagne a attiré notre attention sur ce phénomène de société, relativement récent, qui conduit de jeunes adultes à risquer leur santé – voire leur vie – par inconscience, ou ignorance, en s'exposant inconsidérément au soleil, voire en fréquentant trop assidûment les salles de bronzage.

En cette veille des départs en vacances, marqués par l'afflux sans cesse croissant des populations nord-européennes vers des destinations fortement ensoleillées, nous avons demandé au professeur Marie-Aleth Richard, spécialiste de dermatologie au CHU de Marseille, de nous expliquer ce qu'était le mélanome et les risques de son apparition et de son développement sur une peau saine mais agressée par un excès de rayonnement solaire

Le mélanome cutané est la tumeur dont le nombre de nouveaux cas annuel augmente d'au moins 10 % par an depuis 50 ans. Si le mélanome est le plus redoutable, il n'est pas le plus fréquent des cancers cutanés. L'incidence estimée des mélanomes cutanés est de 7 500 en 2008, alors que le nombre annuel des autres cancers de la peau non mélanocytaires ou carcinomes a été d'environ 80 000 pour la même période.

Un des moyens de lutte contre cette incidence croissante du nombre de cas passe par l'éducation du grand public sur les risques solaires et les moyens efficaces de la prévention à cet égard.

Les messages sur les dangers du soleil sont de plus en plus compris et mis en application par la population mais cela ne suffit pas ! Car, dans le même temps, malgré ces efforts sur la réduction des expositions solaires, la mortalité par mélanome continue d'augmenter régulièrement !

Le mélanome est ainsi à l'origine de 1 500 décès annuels en France, et sa survie brute à 5 ans est de 76 %. Cette mortalité excessive est essentiellement due à un dépistage trop tardif, du fait de la méconnaissance du grand public sur les signes d'alerte qui doivent inciter à montrer certaines lésions suspectes à un dermatologue.

Détecter le mélanome le plus tôt possible

Le patient et son entourage ont un rôle fondamental dans la découverte du mélanome et dans son diagnostic précoce :

- car la tumeur est accessible à la vue,
- car un mélanome peut croître en quelques semaines, et seul le patient, ou ses proches, le voit assez souvent pour le détecter à temps,
- car un mélanome peut survenir chez n'importe qui à et tout moment au cours de la vie.

La formation à l'autodépistage, aux éléments de son diagnostic précoce, et l'éducation de la population à la reconnaissance des lésions suspectes qui doivent inciter à une consultation chez le dermatologue sont donc primordiales.

Il faut bien comprendre que l'on doit surveiller toute sa peau et pas seulement quelques-uns de ses grains de beauté ou quelques-unes de ses taches. Habituellement, un mélanome va apparaître dans une zone de peau où il n'y avait au préalable aucune lésion.

La dégénérescence ou la transformation d'un de nos grains de beauté en mélanome est exceptionnelle. Le plus souvent, une nouvelle lésion se développe plus ou moins rapidement, qui peut être confondue avec un nouveau grain de beauté alors qu'il s'agit d'emblée d'un mélanome.

La grande difficulté est donc de savoir faire le tri entre nos différentes « taches », entre celles qui sont des grains de beauté et qui sont bénignes, celles qui sont aussi fréquentes mais qui restent bénignes comme les kératoses séborrhéiques et celles qui sont, dès leur apparition, un mélanome.

Dépistage régulier chez les sujets à risque

Il n'est pas raisonnable de proposer, en termes de santé publique, que toute la population française fasse un dépistage régulier (par exemple annuel) chez le dermatologue. Le dépistage médical régulier et la surveillance cutanée annuelle doivent concerner les sujets ayant un risque important de mélanome. Ces sujets à risque sont essentiellement représentés par les individus qui ont déjà eu un mélanome, les cas familiaux de mélanome (10 % des cas), et ceux qui ont un grand nombre de grains de beauté sur une peau très claire, chez qui la surveillance de la peau est difficile du fait du grand nombre de lésions qui ont souvent un aspect très atypique. On sait bien, aussi, que la majorité des mélanomes ne se développent pas dans ces populations qui font l'objet d'une surveillance médicale stricte.



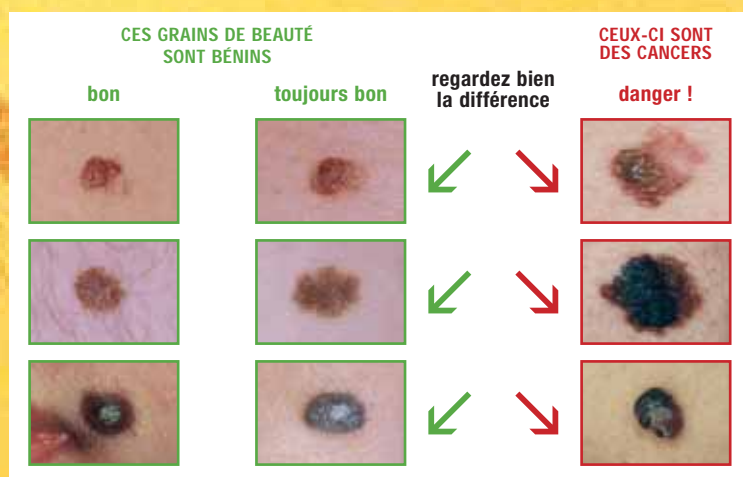
Il faut apprendre à repérer une lésion qui ne ressemble pas aux autres lésions présentes sur sa peau (le vilain petit canard).

**L'autodépistage est un moyen fondamental de détection précoce du mélanome dans la population générale.
La formation à l'autodépistage de la population générale repose sur trois messages simples qui permettent à tous de repérer des lésions suspectes.**

1. On peut tous, à l'aide d'exemples en images, apprendre à reconnaître une lésion suspecte, une tache anormale qui devra être montrée au dermatologue.
2. On doit repérer et s'inquiéter de toute tache anormale sur la peau qui ne ressemble pas aux autres taches que l'on se connaît depuis toujours. Les grains de beauté chez un individu donné ont un air de famille, celui qui ne ressemble pas aux autres grains de beauté – le vilain petit canard – doit alerter (photo ci-contre).
3. La modification récente d'une lésion ou d'une tache, dont la taille augmente, prend une forme irrégulière, une modification de couleur, une augmentation de l'épaisseur ressentie au toucher, ou une écorchure doivent également alerter.

Que faire si on a un doute ou si on a repéré une lésion qui nous semble suspecte ? Voir son médecin traitant ou son dermatologue ! Les mélanomes diagnostiqués tôt peuvent le plus souvent être guéris définitivement par une simple exérèse chirurgicale. Un mélanome diagnostiqué tardivement est un mélanome à haut risque de métastases et qui peut tuer...

*Pr Marie-Aleth Richard
service de dermatologie
hôpital Sainte-Marguerite (Marseille)*



L'apprentissage par l'image est applicable à la reconnaissance des lésions suspectes par la population générale. Exemple de documents diffusés en octobre 2006 au cours de la campagne sur la formation à l'autodépistage du mélanome dans la population générale en région PACA (avec l'aimable autorisation du Pr J.J. Grob).

“ **Priorité à votre sécurité !** ”

Protégez votre famille en cas d'accident.

Ça n'arrive pas qu'aux autres

Tomber d'un toit ou d'une échelle, se brûler une main, être victime d'une erreur chirurgicale, être attaqué par un chien, faire une chute au cours d'activités sportives (roller, VTT, ski...), autant de situations auxquelles on ne s'attend pas, mais qui peuvent causer de lourds préjudices et laisser de graves séquelles.

Souscrivez dès aujourd'hui
et bénéficiez d'une couverture immédiate
pour toute votre famille.

Contactez vite votre conseiller mutualiste

Assurance Accidents de la vie

Agence de Paris

N° Vert 0 800 844 199

Service gratuit depuis les postes fixes

Agence de Lyon

N° App 0 810 811 494

Agence de Lyon Vaise

Tél. 04 37 26 86 00

Agence de Villeurbanne

Tél. 04 37 26 86 20

Agence de Venissieux

Tél. 04 37 26 86 15

Agence de Meyzieu

Tél. 04 37 26 86 05

Agence de St-Priest

Tél. 04 37 26 86 10

Agence du Creusot

Tél. 03 85 55 01 60

Agence de Montceau les Mines

Tél. 03 85 57 33 19

Agence de Cuiseaux

Tél. 03 85 72 50 00

Agence de Louhans

Tél. 03 85 75 19 96

Agence de Tournus

Tél. 03 85 51 71 07

Agence de Mâcon

Tél. 03 85 23 03 28

MTRL: Une Mutuelle pour tous - N° Imm. 777 344 067 - MUTUELLE NATIONALE FIDÈLE PAR LE COÛTE DE LA MUTUALITÉ - Percevant du fond à la Caisse de la Mutualité
Siège social : 126-128 rue Pierre Corneille LYON - Adresse postale : 63 chemin Antoine Pardon 69814 TAISSIN CEDEX
ACMI IARD S.A. : Société anonyme au capital de 142 300 000 EUR - RCS STRASBOURG 10 - TVA FR87352400746 Entreprise Régulée par le Code des Assurances
Siège social : 34 rue du Wacken STRASBOURG - Adresse Postale : 63 Chemin Antoine Pardon 69814 TAISSIN CEDEX

MTRL
Une Mutuelle pour tous