

Hospices cantonaux
Département universitaire de médecine
et santé communautaires
Lausanne

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

ETENDUE DES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE-MALADIE SOCIALE :

Le catalogue des prestations est-il suffisant
pour que tous accèdent à des soins de qualité ?

*Marc Polikowski, Régine Lauffer, Delphine Renard,
Brigitte Santos-Eggimann*

Remerciements

Nous remercions les personnes suivantes pour leur aide précieuse dans la réalisation de ce rapport :

- Mme Claudine Marcuard, Office fédéral des assurances sociales, Berne
- Drs Pedro Koch et Felix Gurtner, Office fédéral des assurances sociales, Berne
- M. Dominique Sprumont, Institut du Droit de la Santé, Neuchâtel
- Mme Ariane Ayer, Institut du Droit de la Santé, Neuchâtel
- Mme Béatrice Desplands, Ecole d'Etudes Sociales et Pédagogiques, Lausanne
- Prof. Fred Paccaud, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
- Dr Bernard Burnand, PD&MER, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
- Mme Nicole Chavaz Cirilli, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
- Dr Anne Rosselet, cheffe de clinique adjointe, Division spécialisée d'hématologie, Lausanne-CHUV
- Dr Rolf Frischknecht, médecin-associé, service de rhumatologie et rééducation fonctionnelle, Lausanne, CHUV
- Dr François Lüthi, médecin-assistant, Département de médecine interne, Lausanne-CHUV
- Mme Marie-Claude Monney Hunkeler, sage-femme, Fribourg
- Mme Ruth Brauen, sage-femme, Lausanne

ainsi que toutes les personnes mentionnées dans les chapitres « collaborations établies, sources et références » respectifs de chaque pays dans la partie 2.2.

Citation suggérée :

Polikowski M, Lauffer R, Renard D, Santos-Eggimann B. Etendue des prestations de l'assurance-maladie sociale : le catalogue des prestations est-il suffisant pour que tous accèdent à des soins de qualité ? Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2000 (Raisons de santé, 58).

Etude financée par :

Office fédéral des assurances sociales, projet
"Analyse des effets de la LAMal : prestations/comparaisons"
OFAS Projet no : E98/019

Bulletin de commande en dernière page

TABLE DES MATIÈRES

	Résumé	1
	Zusammenfassung	5
1	Introduction.....	9
1.1	Contexte	9
1.2	Définition et limites du mandat	9
1.3	Le«catalogue» des prestations.....	10
1.3.1	Composition actuelle	10
1.3.2	Participation d'autres assurances sociales et des pouvoirs publics.....	12
1.4	Approches méthodologiques	13
1.4.1	Comparaison internationale.....	13
1.4.2	Etude de conditions-traceurs.....	13
2	Analyse par comparaison internationale.....	15
2.1	Méthode	15
2.1.1	Choix des pays.....	15
2.1.2	Objet et limites de la comparaison	16
2.1.3	Recherche de documentation et collaborations	17
2.2	Résultats	17
2.2.1	Suisse	17
2.2.2	France.....	21
2.2.3	Allemagne	38
2.2.4	Israël.....	57
2.2.5	Pays-Bas.....	74
2.2.6	Luxembourg.....	92
2.2.7	Comparaison internationale des prestations générales, par catégorie	112
2.2.8	Comparaison internationale des prestations spéciales.....	120
2.3	Discussion	151
3	Analyse par conditions traceurs	155
3.1	Méthode	155
3.1.1	Methodologie et choix des traceurs	155
3.1.2	Stratégie de la recherche documentaire.....	158
3.1.3	Critères de choix des documents	162
3.1.4	Variations méthodologiques et particularités.....	163
3.1.5	Présentation des résultats.....	164
3.2	Résultats	165
3.2.1	Accident Vasculaire Cérébral (ischémique)	165
3.2.2	Fracture de hanche.....	228
3.2.3	Obésité.....	251
3.2.4	Leucémie aiguë (LA).....	272
3.2.5	Grossesse normale et nouveau-né en bonne santé.....	288
3.3	Discussion	335
4	Conclusions.....	337

Les annexes techniques, comprenant les extraits et les références bibliographiques de chaque traceur, ainsi que les résultats de la recherche systématique par mots-clés, peuvent être commandées auprès du secrétariat de l'Unité des services de santé de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 17 rue du Bugnon, 1005 Lausanne, (tél. 021/314.72.52)

RÉSUMÉ

La loi suisse sur l'assurance-maladie est l'instrument central de régulation dont dispose la Confédération en matière de politique de santé, l'organisation des services de santé étant du ressort des cantons. Cette loi stipule en particulier quelles personnes doivent être couvertes par l'assurance-maladie sociale et quelles sont les prestations obligatoirement à charge des caisses-maladie dans ce cadre.

Parmi les modifications intervenues au 1^{er} janvier 1996 lors de la révision de la loi sur l'assurance maladie (LAMal), on relève que non seulement l'obligation est faite aux caisses-maladie de couvrir l'ensemble des prestations prévues par un «catalogue» définissant l'étendue de l'assurance-maladie sociale, mais encore il leur est désormais interdit de rembourser dans le cadre de l'assurance-maladie sociale toute prestation n'y figurant pas. Les frais liés aux prestations non prévues par le «catalogue» des prestations sont assumés par les patients, soit directement, soit par le biais d'assurances complémentaires privées.

Pour éviter le développement d'une médecine à deux vitesses, le «catalogue» des prestations à charge de l'assurance-maladie doit dès lors couvrir exhaustivement la pratique médicale jugée efficace, laissant au champ de l'assurance complémentaire privée les prestations dites de confort.

Le projet «Prestations de l'assurance-maladie sociale» est l'un des projets partiels élaborés par l'OFAS dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal. Le but de l'étude réalisée par l'Unité des services de santé de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne est de vérifier si le «catalogue» des prestations couvertes par l'assurance-maladie sociale est suffisant pour permettre l'accès à des soins de qualité.

Deux approches complémentaires sont adoptées pour répondre à la question du caractère suffisant du «catalogue» suisse des prestations à charge de l'assurance-maladie sociale: d'une part, la comparaison des «catalogues» des prestations remboursées en Suisse et à l'étranger et, d'autre part, l'examen de la couverture de problèmes de santé utilisés comme traceurs.

Quelques pays ont cherché à définir un «panier de prestations de base»; dans les faits, il n'existe pas de «catalogue» définitif s'appliquant à une population générale, définissant de façon explicite et détaillée l'ensemble des prestations assurées. En revanche, il existe des formes variées de «catalogues» partiellement explicites. Le «catalogue» suisse ne fait pas exception, qui contient des sections implicites (par ex. relativement aux prestations effectuées par les médecins) et des listes explicites positives ou négatives (cf. annexe 1 de l'OPAS). La comparaison internationale a porté sur cinq pays, choisis en fonction de la richesse de la documentation disponible, de l'existence d'un «catalogue» ou d'une ébauche de «catalogue» des prestations, et de leur proximité: la France, l'Allemagne, Israël, les Pays-Bas et le Luxembourg.

De cette comparaison il ressort, parmi les particularités du «catalogue» suisse, le remboursement et l'autonomie de prescription accordés aux chiropraticiens, une couverture relativement large des conseils nutritionnels, la prise en charge de quelques prestations préventives liées à la maternité (participation aux cours collectifs de préparation à l'accouchement et conseils en cas d'allaitement), ainsi qu'une contribution aux frais de sauvetage (les frais de transport en ambulance étant en revanche plutôt moins bien couverts que dans les autres pays sélectionnés).

En revanche le «catalogue» suisse connaît, par rapport à ceux des pays mentionnés, quelques restrictions majeures qui lui sont propres: il s'agit notamment de l'exclusion très large des frais de médecine dentaire, de l'exclusion des prestations fournies par les psychologues et les neuropsychologues ainsi que de l'absence de remboursement concernant les aides à domicile rendues nécessaires par la maladie ou l'accident. Sur ce dernier point, il faut relever l'existence dans certains pays d'une assurance-dépendance ayant précisément pour mission de couvrir ce type de prestations dont le développement suit l'évolution démographique et le mouvement de désinstitutionnalisation. Parmi les prestations spéciales figurant dans l'annexe 1 de l'OPAS, la Suisse se caractérise en particulier

par l'exclusion de prestations relevant de la médecine de la reproduction et de la chirurgie des troubles de l'érection.

Parmi les différences observées par rapport aux autres pays mentionnés, on note l'existence d'une franchise prévue en Suisse pour l'ensemble des prestations et dont on peut craindre qu'elle ne constitue pour les assurés, en particulier pour ceux dont la consommation de soins est minimale, une barrière financière efficace à l'accès aux prestations de prévention.

Par ailleurs, le «catalogue» suisse, s'il couvre un large éventail de prestations, subordonne en général le remboursement à la prescription médicale, voire à sa réalisation par un médecin. Cette dernière condition ne constitue pas en soi une barrière à l'accès aux prestations, à la condition que la profession médicale soit suffisamment disponible et formée pour répondre à la demande de prestations qui pourraient, parfois, être assumées par d'autres professions soignantes.

Enfin, on relève que la participation aux frais de médicaments prévue par la LAMal est uniforme pour l'ensemble de la pharmacopée, pour autant que les produits ne soient pas explicitement exclus. La comparaison avec d'autres pays est compliquée par l'approche plus nuancée adoptée par exemple en France et au Luxembourg. Ces pays appliquent en effet un remboursement différencié selon l'appréciation du «service médical rendu» qui présente un certain intérêt.

Le deuxième volet de l'analyse a consisté à sélectionner quelques affections courantes, puis à étudier la mesure dans laquelle des prestations qui leur sont associées sont couvertes par le «catalogue» suisse. Cette approche se réfère à la méthodologie des traceurs, développée par Kessner et al. dans un contexte d'assurance de qualité. Cinq «conditions-traceurs» ont été choisies en sorte d'étudier, par leur combinaison, la couverture de problèmes ou d'états de santé concernant les deux sexes et un large éventail d'âges: l'accident vasculaire cérébral ischémique, la fracture de hanche, l'obésité, la leucémie aiguë, ainsi que la grossesse normale et les soins au nouveau-né en bonne santé. Leur sélection a été guidée en particulier par la possibilité d'étudier, par leur intermédiaire, l'ensemble des domaines de l'activité de soins (prévention primaire et secondaire, évaluation, traitement, réadaptation, suites de soins). Ces conditions-traceurs connaissent une prévalence élevée en Suisse, à l'exception de la leucémie aiguë qui ouvre l'opportunité d'étudier la couverture de prestations relevant de la médecine de pointe (protocoles d'évaluation et de traitement avancés, greffes, etc.).

Pour chaque traceur, une série de prestations ont été choisies pour faire l'objet d'une revue partielle de littérature, axée sur l'identification d'un jeu de prestations pour lesquelles la littérature est convergente dans le sens d'une recommandation positive. La couverture de ces prestations prévue par la LAMal a ensuite été analysée. L'étude par traceurs n'est par définition pas exhaustive. Son rôle n'est pas de détailler chaque prestation qui serait couverte, ou non, par le «catalogue» des prestations mais de mettre en évidence des domaines lacunaires de ce «catalogue». En outre, la revue de littérature n'a pas été réalisée en sorte de détecter des prestations qui seraient inefficaces ou devraient être écartées du «catalogue» des prestations sur la base d'une argumentation économique.

De l'ensemble des traceurs, la leucémie aiguë est sans doute l'affection pour laquelle les prestations étudiées sont les plus systématiquement couvertes par l'assurance-maladie de base. Cependant, ce constat est à mettre en relation avec les domaines d'activité analysés par ce traceur: les prestations étudiées pour la leucémie aiguë se situent en effet essentiellement dans les sphères de l'évaluation et du traitement. Ces deux domaines, qui relèvent avant tout de la responsabilité médicale, sont ceux pour lesquels la couverture des prestations est aussi la plus complète si l'on considère l'ensemble des autres traceurs.

En revanche, les domaines dans lesquels s'inscrivent les compétences d'autres professions soignantes (prévention, réadaptation, suites de soins) sont ceux pour lesquels les traceurs mettent davantage en évidence une couverture parfois incomplète. Ce constat reflète par ailleurs les limites de la littérature consultée, qui est en général moins abondante, et surtout souvent moins rigoureuse, dès que l'on quitte l'évaluation d'interventions strictement médicales. Les faiblesses de la littérature peuvent cependant être contournées par la mise en place de projets pilote, visant à définir la place à donner à certaines prestations, à l'exemple de l'évaluation consacrée au dépistage de l'ostéoporose actuellement en cours.

Des affections telles que l'accident vasculaire cérébral ou la fracture de hanche requièrent des interventions multiples, dont la coordination constitue une prestation en soi. Alors que la multidisciplinarité est valorisée en milieu hospitalier, notamment par la création d'unités de réadaptation ou d'unités de soins spécialisées (cf. «stroke units»), sa place et en particulier le remboursement des prestations de coordination qu'elle nécessite paraît absente du «catalogue» prévu par la LAMal. Il est ainsi difficile de trouver un cadre au remboursement d'activités s'inscrivant dans un programme de prévention (par ex. programmes formels d'exercice physique) ou de réadaptation alors que le «catalogue» prévoit le remboursement d'activités ponctuelles (par ex. gymnastique médicale). Cette lacune pourrait compromettre le développement de formes de prise en charge multidisciplinaire ambulatoire.

Parmi les prestations ne figurant pas dans le «catalogue» suisse, deux traceurs mettent enfin en évidence les aides à domicile. Or le maintien d'un niveau acceptable d'hygiène pour une personne handicapée vivant à son domicile nécessite souvent que des prestations telles que la livraison de repas préparés, l'entretien du linge et du ménage soient fournies.

EN CONCLUSION

Le «catalogue» suisse résulte d'une option prise de reconnaître la compétence médicale pour ce qui a trait à l'assurance-maladie, en réservant au corps médical le droit presque exclusif de prescrire, et parfois de traiter, à charge de l'assurance. Sous cet angle, le «catalogue» suisse n'écarte réellement qu'une seule catégorie de prestations médicales en cas de maladie, celles effectuées par les médecins-dentistes. Pour le reste, on peut admettre que le contenu actuel du «catalogue» des prestations est suffisant pour éviter le développement d'une médecine à deux vitesses dans les champs de l'évaluation et du traitement des maladies. Ce n'est en revanche pas le cas si l'on se réfère à la prévention dans la mesure où des personnes consommant peu de soins peuvent être amenées à renoncer à des prestations préventives non libérées de franchise. On peut craindre également le développement d'une médecine à deux vitesses si l'exercice de certaines activités est limité aux médecins (du moins du point de vue du remboursement) et que le nombre de médecins formés à ces activités est trop restreint; l'accès aux prestations de psychothérapie et de réadaptation ambulatoire pourrait être concerné.

S'il est logique qu'un «catalogue» de base de l'assurance-maladie couvre prioritairement les traitements médicaux réputés efficaces dans le cadre de la maladie, les choix implicites ou explicites se situent au-delà de ce champ. Deux questions sous-tendent la plupart des choix relatifs aux marges du «catalogue» des prestations. La première est de savoir dans quelle mesure le «catalogue» de l'assurance obligatoire doit inclure ou non des prestations efficaces «dans l'absolu», ou doit au contraire se limiter à la couverture des prestations reconnues comme efficaces en comparaison de l'évolution naturelle, d'un placebo ou d'autres thérapies. La seconde question est de savoir dans quelle mesure le «catalogue» de l'assurance obligatoire doit inclure ou non des prestations certainement efficaces, mais qui ne relèvent pas des compétences des professions de la santé.

Si le champ couvert par l'assurance-maladie doit dépasser celui d'une médecine fondée sur des principes scientifiques, le développement d'une médecine à deux vitesses pourrait résulter de l'inclusion, dans le «catalogue», de prestations dont l'efficacité n'est pas prouvée, bien que leur désirabilité soit grande, et de l'exclusion simultanée de prestations efficaces mais dont la nature ne requiert pas les compétences particulières des professions soignantes. Un arbitrage relatif aux élargissements du «catalogue» paraît alors nécessaire car les rapports de force entre les différents groupes de population concernés par ces prestations sont souvent faussés; par exemple, les consommateurs de médecines parallèles et de prestations d'aide à domicile ne se situent pas dans les mêmes classes d'âge et leur capacité à exprimer leurs préférences est sans doute inégale. Il est souhaitable que cet arbitrage résulte d'un examen soigneux des conséquences prévisibles du renoncement à la couverture de telles prestations sur la santé de la population.

WIRKUNGSANALYSE KVG: IST DER 'LEISTUNGSKATALOG' AUSREICHEND, UM DER GANZEN BEVÖLKERUNG DIE ALS WIRKSAM ANERKANNTEN PFLEGE ZU BIETEN ?

ZUSAMMENFASSUNG

Das schweizerische Krankenversicherungsgesetz ist das zentrale Regulierungsinstrument, über das die Eidgenossenschaft in Sachen Gesundheitspolitik verfügt, während die Organisation des Sanitätswesens im Aufgabenbereich der Kantone liegt. Dieses Gesetz bestimmt insbesondere wer obligatorisch grundversichert wird und welche Leistungen von den Krankenkassen in diesem Rahmen vergütet werden müssen.

Neu im revidierten Krankenversicherungsgesetz ist u. a., dass die Krankenkassen seit dem 1. Januar 1996 nicht nur dazu verpflichtet sind, all jene Leistungen abzudecken, die in einem 'Katalog' beschrieben werden, der die ganze Spannweite der sozialen Krankenversicherung umfasst, sondern es ist ihnen von nun an auch verboten, im Rahmen der sozialen Krankenversicherung die im 'Katalog' nicht enthaltenen Leistungen abzudecken. Für die Kosten der Leistungen, die vom 'Katalog' ausgeschlossen sind, kommt der Patient selbst auf, entweder direkt oder über private Zusatzversicherungen.

Um eine Zweiklassenmedizin zu vermeiden, muss der 'Leistungskatalog' der sozialen Krankenversicherung somit die als wirksam erachteten Leistungen umfassend abdecken, während die sogenannten Komfortleistungen von den privaten Zusatzversicherungen übernommen werden.

Das Projekt 'Leistungen der sozialen Krankenversicherung' ist eines der Teilprojekte, die im Rahmen der Wirkungsanalyse des KVG vom Bundesamt für Sozialversicherungen ausgearbeitet wurden. Das Ziel der Studie, die von der Abteilung Gesundheitsdienste des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne durchgeführt wurde, ist zu überprüfen, ob der Leistungskatalog der sozialen Krankenversicherung ausreicht, um der ganzen Bevölkerung die als wirksam anerkannten Gesundheitsleistungen zu bieten.

Zwei komplementäre Ansätze sollen uns zur Beantwortung der Frage nach dem 'ausreichend' weiterhelfen: zum einen wird der 'Leistungskatalog' der Schweiz mit jenem anderer Länder verglichen, und zum anderen wird die Vergütung von Gesundheitsproblemen (*tracer*) analysiert.

Einige Länder haben versucht, einen 'Korb der Grundleistungen' zu definieren; faktisch gibt es aber keinen abschliessenden Katalog, der sich an eine ganze Bevölkerung richtet, und der ausdrücklich und im einzelnen alle versicherten Leistungen definiert. Es gibt hingegen verschiedene Formen von teilweise expliziten Katalogen. Der schweizerische 'Katalog' ist keine Ausnahme, da er implizite Abschnitte enthält (z.B. die von einem Arzt oder Chiropraktiker erbrachten Leistungen), und explizite positive oder negative Listen (siehe Anhang 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung). Für den internationalen Vergleich wurden fünf Länder einbezogen, die wegen des Ausmasses an verfügbarer Dokumentation, des Bestehens eines Katalogs oder Ansatzes eines Leistungskataloges, sowie ihrer geographischen Nähe gewählt wurden: Frankreich, Deutschland, Israel, die Niederlande und Luxemburg.

Dieser Vergleich hebt folgende Besonderheiten des schweizerischen 'Katalogs' hervor: die Vergütung und die Verordnungsautonomie zugunsten der Chiropraktiker, eine relativ breite Vergütung der Ernährungsberatung, die Kostenübernahme einiger präventiver Leistungen in Verbindung mit der Mutterschaft (Beitrag für kollektive Geburtsvorbereitung und Stillberatung), sowie ein Beitrag für Rettungs- oder Bergungskosten (die Kosten eines Transportes im Krankenwagen sind hingegen eher schlechter abgedeckt als in den anderen ausgewählten Ländern).

Der schweizerische 'Katalog' beinhaltet indessen, im Vergleich zu den oben genannten Ländern, einige wichtige und besondere Einschränkungen: es handelt sich hierbei um den weitläufigen Ausschluss der mit der Zahnmedizin verbundenen Kosten, den Ausschluss der von Psychologen und Neuropsychologen erbrachten Leistungen, sowie die Nichterstattung der Kosten von Aushilfe im Haushalt, die im Krankheitsfall oder nach einem Unfall benötigt werden könnte. Was diesen letzten Punkt betrifft, sei auf die in einigen Ländern bestehende Pflegeversicherung hingewiesen, die eben jene Leistungen abdeckt, deren Zunahme mit der demographischen Entwicklung und der 'Desinstitutionalisierungsbewegung' einhergeht. Unter den speziellen Leistungen des Anhangs 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung hebt sich die Schweiz besonders dadurch ab, dass Fortpflanzungsmedizin und Chirurgie bei erektiler Dysfunktion von einer Vergütung ausgeschlossen sind.

Im Unterschied zu den anderen erwähnten Ländern gilt die Franchise in der Schweiz für alle Leistungen (mit Ausnahme der Mutterschaft). Es kann somit befürchtet werden, dass sie eine wirksame finanzielle Schranke für die Versicherten darstellt und den Zugang zu vorsorglichen Leistungen erschwert, besonders für jene, die Pflegeleistungen äusserst selten in Anspruch nehmen.

Im übrigen macht der zwar breitgefaste schweizerische 'Katalog' die Vergütung von der ärztlichen Verordnung, oft sogar von der ärztlichen Ausführung der Leistung abhängig. Letztere Voraussetzung stellt an sich keine Einschränkung für den Zugang zu den Leistungen dar, vorausgesetzt, dass die Ärzteschaft zahlreich und ausgebildet genug ist, um der Nachfrage nach Leistungen gerecht zu werden, die teilweise von anderen Pflegeberufen übernommen werden könnten.

Schliesslich zeigt sich, dass im KVG für alle Medikamente eine einheitliche Kostenbeteiligung vorgesehen ist, sofern das Medikament nicht ausdrücklich ausgeschlossen wurde. Der Vergleich mit anderen Ländern zeigt, dass Frankreich und Luxemburg differenzierter vorgehen. In diesen Ländern wird das Medikament nach Bewertung des 'erbrachten medizinischen Nutzens' erstattet, was von gewissem Interesse ist.

Im zweiten Teil der Studie geht es um die Leistungsvergütung bei einigen geläufigen Erkrankungen durch den schweizerischen 'Katalog'. Dabei wird die Methode der *tracers* angewendet, die von Kessner et al. im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung entwickelt wurde. Um die Vergütung bei Erkrankungen bzw. Gesundheitszuständen für beide Geschlechter und für alle Altersklassen analysieren zu können, wurden fünf *tracers* ausgewählt: ischämischer cerebrovaskulärer Insult, Hüftfraktur, Adipositas, akute Leukämie, sowie die normale Schwangerschaft und die Pflege des gesunden Neugeborenen. Die *tracers* wurden so gewählt, dass sie zusammen einen guten Überblick über die verschiedenen Leistungsbereiche (Primär- und Sekundärprävention, Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation, Nachsorge) bieten. Mit Ausnahme der akuten Leukämie ist die Prävalenz der *tracers* in der Schweiz hoch. Die Wahl der akuten Leukämie rechtfertigt sich dadurch, dass sie einen Einblick in die hochtechnisierte Medizin und deren Kostenübernahme erlaubt (Evaluationsprotokolle, fortschrittliche Behandlungsmethoden, Transplantationen, usw.).

Für jeden *tracer* wurde eine Reihe von Leistungen ausgewählt, die ihrerseits einer partiellen Literaturdurchsicht unterzogen wurden. Diese Durchsicht beschränkte sich auf die Identifizierung von Leistungen, für die sich die Literatur einstimmig im Sinne einer positiven Empfehlung ausspricht. Dann wurde die Vergütung dieser Leistungen durch das KVG untersucht. Die *tracers*-Methode ist zwangsläufig nicht umfassend. Sie soll nicht etwa die Einzelheiten aller erstatteten oder nicht erstatteten Leistungen des Katalogs schildern, sondern vielmehr auf Lücken des 'Katalogs' hinweisen. Im übrigen diente die Revue der Literatur nicht dazu, unwirksame oder unwirtschaftliche Leistungen zu finden.

Von allen *tracers* ist wahrscheinlich die akute Leukämie die Erkrankung, für welche die ausgewählten Leistungen am häufigsten von der Grundversicherung abgedeckt werden. Dabei gilt es zu beachten, welche Leistungsbereiche bei diesem *tracer* im Zentrum standen, nämlich hauptsächlich jene der Diagnostik und der Behandlung. Die Leistungen dieser beiden Bereiche werden mehrheitlich von Ärzten erbracht, und sie werden auch bei den anderen *tracers* am besten vergütet.

Dagegen zeigen die Bereiche, in denen Kompetenzen anderer Pflegeberufe gefragt sind (Prävention, Rehabilitation, Nachsorge), schon eher eine unvollständige Kostenabdeckung. Es zeigt sich auch, dass die vorhandene Literatur, sowie vor allem deren Qualität, nachlassen, sobald man den Bereich der rein ärztlichen Leistungen verlässt. Lücken in der Literatur können jedoch durch Pilotprojekte geschlossen werden, welche den genauen Stellenwert einiger Leistungen evaluieren, wie zum Beispiel die laufende Untersuchung im Rahmen der Studie zur Bewertung des osteoporotischen Frakturrisikos.

Erkrankungen wie der ischämische cerebrovaskuläre Insult oder die Hüftfraktur verlangen vielfältige Eingriffe, deren Koordination eine Leistung *per se* ist. Während im Spital auf die Multidisziplinarität geachtet wird, u. a. mit der Schaffung von Abteilungen für Rehabilitation und spezialisierte Pflege (siehe 'stroke units'), scheint der KVG-Katalog die Kostenübernahme der notwendigen Leistungskoordination nicht vorzusehen. So ist es zum Beispiel schwierig, einen gesetzlichen Rahmen für die Übernahme von Präventions- (formelle Trainingsprogramme) oder Rehabilitationsprogrammen zu finden, während einzelne Leistungen ausdrücklich erwähnt sind (z. B. Krankengymnastik). Es könnte sein, dass dadurch die Übernahme der ambulanten multidisziplinären Patientenbetreuung gefährdet ist.

Schliesslich machen zwei *tracers* die fehlende Kostenerstattung der Aushilfen im Haushalt im schweizerischen 'Katalog' deutlich. Dabei verlangt ein zu Hause lebender behinderter Mensch ein Mindestmass an Hygiene und somit oft auch Leistungen wie Verpflegungsdienste, Hilfe bei der Wäsche und im Haushalt.

SCHLUSSFOLGERUNG

Der schweizerische 'Leistungskatalog' geht vom Grundsatz der ärztlichen Kompetenz für die Krankenversicherung aus, wodurch den Ärzten das fast exklusive Verordnungs- und Behandlungsrecht zu Lasten der Versicherung eingeräumt wird. So gesehen sind nur die zahnärztlichen Leistungen im Krankheitsfall vom 'Katalog' ausgeschlossen. Sonst kann behauptet werden, dass der derzeitige Inhalt des Leistungskatalogs im Bereich Diagnostik und Behandlung ausreichend ist, um eine Zweiklassenmedizin zu verhindern. Anders sieht es im Bereich der Prävention aus, wo Versicherte, die wenig Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, auf vorsorgliche Massnahmen womöglich verzichten, weil sie für die Franchise selbst aufkommen müssten. Man kann auch dann eine Zweiklassenmedizin befürchten, wenn eine Leistung nur Ärzten vorenthalten ist (zumindest was die Kostenübernahme betrifft) und die Anzahl der dafür ausgebildeten Ärzte zu gering ist; dies könnte bei psychotherapeutischen sowie ambulanten Rehabilitationsleistungen der Fall sein.

Es ist durchaus verständlich, dass ein Grundleistungskatalog der Krankenversicherung hauptsächlich die als wirksam erachteten medizinischen Leistungen im Krankheitsfall beinhaltet; es gibt jedoch explizite oder implizite Entscheidungen, die in die Randbereiche des Leistungskatalogs fallen und hier zwei Fragen aufwerfen. Erstens, ob der 'Katalog' der obligatorischen Krankenversicherung 'absolut' wirksame Leistungen beinhalten sollte, oder im Gegenteil nur solche, die im Vergleich zur natürlichen Entwicklung, zu einem Placebo oder zu anderen Therapien als wirksam angesehen werden. Zweitens, ob der 'Katalog' der obligatorischen Krankenversicherung Leistungen enthalten sollte, die zwar sicher wirksam sind, jedoch nicht die Kompetenz der Gesundheitsberufe benötigen.

Falls die Krankenversicherung mehr abdecken soll als nur eine auf wissenschaftlichen Prinzipien beruhende Medizin, könnte es zu einer Zweiklassenmedizin kommen; dann nämlich, wenn Leistungen in den 'Katalog' aufgenommen würden, die zwar wünschenswert sind, deren Wirksamkeit jedoch nicht nachgewiesen ist, und wenn zugleich wirksame Leistungen ausgeschlossen würden, weil sie keine besonderen Kompetenzen der Pflegeberufe erfordern. Wenn der 'Katalog' erweitert werden soll, scheint daher eine Arbitrage notwendig, da die Bevölkerungsgruppen, die von den jeweiligen Leistungen profitieren könnten, in einem ungleichen Kräfteverhältnis stehen. So gehören zum Beispiel die Komplementärmedizin nachfragenden Personen und jene, die Aushilfe im Haushalt beanspruchen, verschiedenen Altersklassen an, und es ist anzunehmen, dass diese ihre Wünsche nicht gleich lautstark geltend machen können. Es bleibt zu wünschen, dass ein Verzicht auf Kostenübernahme solcher Leistungen nur dann erfolgt, wenn die vorhersehbaren Konsequenzen auf die Gesundheit der Gesamtbevölkerung sorgfältig geprüft worden sind.

1 INTRODUCTION

1.1 CONTEXTE

La loi suisse sur l'assurance-maladie est l'instrument central de régulation dont dispose la Confédération en matière de politique de santé, l'organisation des services de santé étant du ressort des cantons. Cette loi stipule en particulier quelles personnes doivent être couvertes par l'assurance-maladie sociale et quelles sont les prestations obligatoirement à charge des caisses-maladie dans ce cadre.

La révision de la loi sur l'assurance maladie (LAMal), entrée en vigueur au 1^{er} janvier 1996, comprend plusieurs mesures visant à étendre la population assurée et à favoriser la solidarité entre assurés. Elle intervient en outre dans un contexte de croissance des coûts de la santé et de stagnation économique et poursuit à la fois des objectifs d'extension des prestations et de maîtrise des coûts. En conséquence, la loi renforce les incitatifs financiers destinés à responsabiliser les assurés et surtout à limiter leur consommation de soins (augmentation de l'étendue de la franchise obligatoire et de la participation aux frais médicaux, qui ne sont pas réassurables). La LAMal limite en outre l'accès aux soins collectivement financés aux seules prestations jugées efficaces, appropriées et économiques. Dès lors, la LAMal non seulement définit le «catalogue» des prestations à charge de l'assurance maladie sociale, mais elle exclut également le remboursement par les caisses-maladie de toute prestation n'y figurant pas. Les frais liés aux prestations non prévues par le «catalogue» des prestations sont assumés par les patients, soit directement, soit par le biais d'assurances complémentaires privées.

L'interdiction du remboursement «à bien plaisir» des prestations ne figurant pas dans le «catalogue» (une pratique tolérée dans la version antérieure de la loi sur l'assurance-maladie) vise à garantir à tous un même accès aux soins, en évitant l'arbitraire des décisions prises par les caisses-maladie. Le but poursuivi par la LAMal étant l'égalité de traitement, le contenu du «catalogue» des prestations a acquis une importance cruciale dans la mesure où ce dernier définit complètement le champ de l'accès aux soins dans le cadre de l'assurance-maladie sociale. Pour éviter le développement d'une médecine à deux vitesses, le «catalogue» des prestations à charge de l'assurance-maladie doit couvrir exhaustivement la pratique médicale jugée efficace, laissant au champ de l'assurance complémentaire privée les prestations dites de confort.

Le contenu d'un «catalogue» des prestations connaît des bornes supérieure et inférieure. La borne supérieure est fixée par le caractère efficace, économique et approprié des prestations; celles qui ne remplissent pas ces conditions devraient être exclues du «catalogue». Les travaux de la Commission fédérale des prestations (CFP), dont la mission est de préavisier sur la base de ces critères quant aux prestations à inclure ou exclure du «catalogue», s'y réfèrent, la décision finale appartenant au domaine politique. La borne inférieure est définie par la capacité du «catalogue» à couvrir l'entier d'une pratique médicale de qualité; elle fait l'objet du présent rapport.

1.2 DÉFINITION ET LIMITES DU MANDAT

Le projet «prestations de l'assurance-maladie sociale» est l'un des projets partiels élaborés par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal. On relève parmi les questions primordiales abordées dans le Plan de réalisation de l'analyse des effets de la LAMal¹ la préoccupation suivante: «Le besoin en soins de base de qualité est-il satisfait par les

¹ OFAS, p. 17, éd. déc. 1998

prestations de l'assurance de base, ou des assurances complémentaires sont-elles nécessaires pour satisfaire ce besoin ?».

Le but du projet réalisé par l'Unité des services de santé de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne est de vérifier si les prestations couvertes par l'assurance-maladie sociale (cf. section 1.3) répondent à l'un des trois objectifs centraux de la loi, à savoir l'accès à des soins de qualité. Parallèlement à ce projet, un mandat d'analyse juridique est confié à l'Institut du droit de la santé de l'Université de Neuchâtel (M. Dominique Sprumont).

Deux approches complémentaires sont adoptées pour répondre à la question du caractère suffisant du «catalogue» suisse des prestations à charge de l'assurance-maladie sociale: d'une part, la comparaison des «catalogues» des prestations remboursées en Suisse et à l'étranger (cf. chapitre 2) et, d'autre part, l'examen de la couverture par le «catalogue» des prestations de problèmes de santé utilisés comme traceurs (cf. chapitre 3).

Les limites respectives de ces deux approches sont relevées dans les sections méthodologiques (2.1 et 3.1) du présent rapport. Il convient en outre de relever que l'analyse réalisée ici porte exclusivement sur la notion de «**catalogue**» **suffisant**. D'autres propriétés des prestations ne sont pas abordées, telles que leur caractère nécessaire ou approprié. En effet, ces notions se réfèrent à l'application de prestations dans des situations individuelles; en l'absence d'information contextuelle et individuelle détaillée il n'est pas possible de porter un jugement sur le caractère approprié (et souvent également sur le caractère efficace) des interventions médicales réalisées en faveur d'un patient donné. L'analyse du «catalogue» des prestations se limite en conséquence à vérifier, à un niveau global:

- dans quelle mesure certaines prestations couvertes dans d'autres pays pourraient n'avoir pas été prévues par le «catalogue» suisse, et
- si le «catalogue» suisse couvre certaines prestations recommandées par la littérature médicale pour la prise en charge d'affections sélectionnées.

Les limites du premier volet de l'analyse (comparaison internationale) sont fixées par la disponibilité relative des «catalogues» des prestations d'autres pays, par leur degré de détail et de lisibilité, et par leur diversité de forme et de contenu. Ces limites ne peuvent être dépassées que par la collaboration bénévole de partenaires dans les pays concernés, pour une comparaison nécessitant de leur part un investissement certain en temps.

Dans le second volet de l'analyse (approche par traceurs), un nombre restreint de problèmes de santé sont sélectionnés; en outre, il n'est pas envisageable d'étudier exhaustivement la multitude des interventions applicables à chacun de ces problèmes de santé. Des choix doivent en conséquence être effectués. L'approche par traceurs n'a pas pour vocation l'analyse de chacune des prestations contenue dans, ou peut-être négligée par, le «catalogue» des prestations; elle a essentiellement pour fonction de mettre en évidence d'éventuels domaines de faiblesse de la couverture offerte par l'assurance-maladie sociale, sans prétendre à l'exhaustivité.

1.3 LE «CATALOGUE» DES PRESTATIONS

1.3.1 Composition actuelle

La loi précise, dans un «catalogue» intégré à l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), les prestations remboursées en Suisse par l'assurance-maladie sociale. Le terme de «catalogue» est trompeur et devrait être utilisé avec précaution, car il pourrait faire croire en l'existence d'une liste explicite et exhaustive des prestations couvertes par l'assurance de base, ce qui n'est vrai que pour certaines catégories de prestations (voir tableau page 12).

Les prestations les plus importantes, soit celles fournies quotidiennement par les médecins au cabinet et dans les hôpitaux, n'ont volontairement pas été énumérées dans une liste positive². Leur remboursement est en principe systématique, à moins que leur caractère efficace, approprié et économique n'ait pas (ou pas encore) été prouvé. La pratique montre que la plupart des prestations se sont imposées d'elles-mêmes, au vu des résultats positifs obtenus auprès des utilisateurs, davantage que comme résultat d'une évaluation rigoureuse. Toutefois, quelques rares technologies médicales ont fait (ou font) l'objet d'une contestation, qui mène à une évaluation par la Commission fédérale des prestations (CFP) et à une décision de remboursement - ou de non remboursement - par le Département fédéral de l'intérieur. Cette décision, parfois assortie de certaines conditions, figure dès lors dans l'annexe 1 de l'OPAS. A ce jour, et depuis 1967, environ 160 prestations ont été évaluées par la CFP.

En outre, certaines prestations médicales échappent au «principe de confiance» dont bénéficie l'activité des médecins en général. Il s'agit essentiellement des mesures de prévention et des prestations spécifiques en cas de maternité, qui font l'objet d'une liste positive, explicitée dans l'OPAS. La psychothérapie représente un cas particulier, dans la mesure où son remboursement est soumis à des limitations d'indications et de durée précisées dans l'OPAS, sans qu'il s'agisse d'une liste positive à proprement parler.

D'autres prestations fournies par des médecins ou d'autres catégories professionnelles font l'objet d'une liste positive, définies précisément pour celles figurant au chiffre 1.1 du tableau ci-après, et moins précisément pour les cas particuliers énumérés au chiffre 4.

² Message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie, du 6.11.1991. Feuille fédérale. 144^e année. Vol. I, p. 141.

Prestations médicales selon la LAMal³

	Types de prestations	Source
1. Liste positive	Analyses	Liste des analyses (LA)
	Médicaments	Liste des médicaments avec tarif (LMT), liste des spécialités (LS)
1.1 Prestations définies	Moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques	Liste des moyens et appareils (LiMA)
	Certaines prestations des chiropraticiens (analyses, médicaments, moyens et appareils)	OPAS art. 4
	Prestations des physiothérapeutes	OPAS art. 5
	Soins à domicile	OPAS art. 7
	Conseils nutritionnels	OPAS art. 9 <i>b</i>
	Prestations des logopédistes-orthophonistes	OPAS art. 10
	Mesures de prévention	OPAS art. 12
	Prestations spécifiques en cas de maternité	OPAS art. 13 à 15
	Prestations des sages-femmes	OPAS art. 16
	Soins dentaires	OPAS art. 17 à 19 <i>a</i>
2. Liste non positive	Prestations évaluées par la CFP (env. 160)	Annexe 1 de l'OPAS
3. Pas de liste	Toutes les prestations des médecins et chiropraticiens ne figurant pas dans l'OPAS	
4. Cas particuliers	Psychothérapie	OPAS art. 2 et 3
	Prestations des ergothérapeutes	OPAS art. 6
	Cures balnéaires	OPAS art. 25
	Transport	OPAS art. 26
	Sauvetage	OPAS art. 27

1.3.2 Participation d'autres assurances sociales et des pouvoirs publics

L'assurance-maladie fait partie d'un ensemble d'assurances sociales constituant la sécurité sociale du pays. Bien que les prestations en matière de santé soient essentiellement du ressort de l'assurance-maladie (environ 90%), d'autres branches sont également concernées. Il s'agit en particulier de l'assurance-accidents et maladies professionnelles, de l'assurance invalidité (AI), de l'assurance vieillesse et survivants (AVS), des prestations complémentaires à l'AVS/AI (PC) et de l'assurance militaire fédérale.

³ Adapté du Manuel de standardisation pour l'évaluation médicale et économique des prestations médicales, OFAS, Éd. 1998, Annexe II, Tableau 1, p. 115.

Ces assurances fournissent des prestations dans des domaines variés. La liste des moyens et appareils de l'AI, par exemple, est beaucoup plus étendue que celle de l'assurance-maladie. Elle comprend, entre autres, des fournitures orthopédiques, des appareils acoustiques, des chiens-guides pour aveugles, des fauteuils roulants, des perruques, des chaussures sur mesure et supports plantaires, etc. L'assurance-maladie peut toutefois prendre en charge ces prestations à titre subsidiaire, aux mêmes conditions qu'appliquerait l'assurance sociale correspondante.

Par ailleurs, il faut également garder à l'esprit que les dépenses de santé sont aussi prises en charge par les assurances privées et les patients eux-mêmes (environ 30%), ainsi que directement par les cantons et les communes (environ 25%).

Par conséquent, il conviendra de rester prudent dans l'interprétation des éventuelles différences de couverture émergeant de la comparaison internationale. Ainsi, par exemple, les moyens auxiliaires pris en charge par l'assurance-maladie allemande peuvent paraître beaucoup plus nombreux qu'en Suisse si l'on ne tient pas compte de la liste des moyens et appareils de l'AVS/AI/PC. De même, l'adaptation du domicile d'une personne handicapée, par exemple après un accident vasculaire cérébral, ne fait pas partie du «catalogue» des prestations de l'assurance-maladie, contrairement à ce qui figure dans la législation hollandaise. En réalité, l'assuré suisse pourra tout de même bénéficier d'une aide financière extérieure, mais elle sera accordée par l'AI. Un problème se pose néanmoins pour les personnes ne pouvant plus bénéficier des prestations de l'AI pour des raisons d'âge, car les prestations de l'AVS et des PC sont moins étendues que celles de l'AI.

1.4 APPROCHES MÉTHODOLOGIQUES

1.4.1 Comparaison internationale

Ce volet consiste à comparer le contenu du «catalogue» des prestations à charge de l'assurance-maladie sociale suisse à celui, plus ou moins explicite, d'autres pays. Dans cette comparaison, l'accent est mis sur les prestations qui ne seraient pas systématiquement couvertes dans tous les pays examinés, ou qui le seraient par une contribution variable de l'assurance sociale.

Les pays étudiés dans cette section ont été sélectionnés sur la base de la documentation disponible (en particulier, l'analyse comparative nécessite l'existence de liste(s) plus ou moins explicites de prestations à charge de l'assurance sociale) et de critères tels que la proximité ou la diversité d'organisation des systèmes sanitaires.

Les prestations générales dont le remboursement est prévu par les «catalogues» en Suisse et dans chacun des pays choisis sont d'abord examinées. Dans un second temps, l'analyse porte plus particulièrement sur la couverture, dans les pays sélectionnés pour la comparaison, des prestations ayant fait l'objet en Suisse d'une décision explicite de remboursement ou d'exclusion du «catalogue» (prestations spéciales). Des listes négatives ou limitatives sont en outre recherchées dans les pays étudiés. La comparaison internationale permet ainsi d'apprécier l'entier du «catalogue» des prestations prévu par la LAMal, dans la mesure où il est explicite.

1.4.2 Etude de conditions-traceurs

Les traceurs sont des affections ou états de santé courants, sélectionnés pour mettre en lumière différents aspects de l'activité sanitaire. Le choix des traceurs est guidé par le souci de permettre une étude de prestations variées, intéressant plusieurs groupes de population.

Pour chaque traceur, une multitude de prestations pourraient en principe être analysées; une sélection est d'abord opérée dans le but principal de couvrir, avec l'ensemble des traceurs, un large éventail de prestations sans redondances. Par définition, l'approche par traceurs étudie un choix de prestations, et

non la totalité des prestations médicales ou la totalité du «catalogue» des prestations à charge de l'assurance-maladie sociale.

La littérature médicale est ensuite étudiée afin d'identifier, pour chaque traceur, des prestations jugées en général pertinentes pour la prévention, l'évaluation, le traitement, la réadaptation ou les suites de soins. Sur ce point, nous devons rendre le lecteur attentif aux limites particulières de cette consultation de littérature, qui ne doit pas être interprétée au-delà du contexte particulier de notre démarche. La littérature médicale actuelle, marquée par le mouvement de «médecine fondée sur des preuves», voit se multiplier les recommandations pour la pratique médicale et de nombreuses sociétés médicales développent leurs propres directives au moyen de longues procédures de revue systématique et de consultation. Notre revue de la littérature effectuée pour chaque traceur est par définition partielle, de même que le jugement porté sur le niveau de preuve relatif à l'efficacité des prestations. Les synthèses de littérature réalisées dans le cadre de ce projet n'ont en aucun cas la vocation de constituer une référence pour la pratique médicale (toutes les prestations pertinentes relatives à un traceur ne sont en effet pas nécessairement étudiées) et ne sauraient être considérées comme une évaluation complète de l'efficacité de chaque prestation étudiée. L'accent a été mis sur l'identification des prestations clairement recommandées par la littérature récente et le fait que cette dernière soit insuffisante pour démontrer l'efficacité de certaines des prestations étudiées ne traduit souvent que la pauvreté de la recherche scientifique sur certains aspects de la pratique médicale.

Enfin, pour chaque traceur, la mesure dans laquelle les prestations sélectionnées sont couvertes par le «catalogue» prévu par la LAMal est étudiée.

2 ANALYSE PAR COMPARAISON INTERNATIONALE

2.1 MÉTHODE

2.1.1 Choix des pays

La comparaison internationale supposait la sélection de 4 à 6 pays répondant aux critères suivants :

1. Existence d'une liste explicite et documentée des prestations remboursées;
2. Proximité géographique de la Suisse;
3. Diversité des modes d'organisation de leur système de santé.

Après une présélection d'une vingtaine de pays, nous en avons contacté onze pour en retenir finalement cinq. Il s'agit des pays suivants :

- France
- Allemagne
- Israël
- Pays-Bas
- Luxembourg.

Les critères 2 et 3 de sélection des pays sont ainsi respectés, à l'exception des points suivants : tout d'abord, le choix d'Israël s'impose, malgré l'éloignement géographique, en raison de l'existence dans ce pays d'un «catalogue» des prestations explicite et exhaustif, ce qui rend la comparaison particulièrement aisée. Ensuite, aucun pays à système de santé d'inspiration beveridgienne (Royaume-Uni, pays scandinaves) n'a été retenu, ni aucun pays à organisation mixte (Espagne, Italie). Pour les premiers, le choix s'explique par le fait que la responsabilité politique de définir le catalogue des prestations est souvent déléguée aux autorités locales. C'est dire qu'il existe plusieurs catalogues différents selon la région du pays concerné. Dès lors, la comparaison doit se limiter à un comté suédois ou une région norvégienne, et elle en perd de sa représentativité. Quant aux pays méditerranéens, ils ont été écartés en raison du problème de l'accessibilité aux soins. Dans ces pays, en effet, les assurés ne bénéficient pas toujours des soins auxquels ils auraient théoriquement droit. Comme au Royaume-Uni ou en Nouvelle-Zélande, les listes d'attente sont longues, si bien que bon nombre d'assurés préfèrent contracter une assurance privée pour obtenir des prestations dans de meilleures conditions.

Le choix des pays finalement retenus a été dicté par les considérations suivantes :

- De par sa proximité et sa langue, le choix de la France est logique. Ce pays a édité plusieurs listes positives. De plus, nous avons bénéficié de l'aide précieuse de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), dont l'une des missions est de donner un avis sur le remboursement des actes, prestations et fournitures.
- En Allemagne, un «catalogue» des prestations est disponible, mais la loi reste très générale dans la définition des prestations. De plus, elle laisse aux caisses une certaine marge de manœuvre dans trois domaines précis : les cures, les soins à domicile et l'aide à domicile. Comme pour la France, la proximité et la langue de ce pays en font néanmoins un sujet de comparaison intéressant.

- Une liste explicite et documentée des prestations remboursées n'existe que dans de très rares pays. Tous ceux qui parlaient d'en créer une se sont heurtés à des difficultés de mise en œuvre pratique, malgré des études préliminaires détaillées, menées par des commissions parlementaires et des comités de professionnels. Ceci est par exemple le cas de la Nouvelle-Zélande, de la Suède, de la Province de Québec et des Pays-Bas. Seul Israël a défini un «panier» de prestations obligatoires dans sa loi sur l'assurance-maladie de 1995, ce qui, comme mentionné plus haut, a motivé son inclusion dans l'étude.
- Avec le rapport de la commission Dekker, les Pays-Bas étaient sans doute le pays le plus proche de la création d'un «catalogue» explicite et exhaustif. Le gouvernement a finalement rejeté la création d'un tel «catalogue», lui préférant l'introduction de critères de priorisation. Nous avons néanmoins choisi d'inclure les Pays-Bas dans notre comparaison, notamment en raison de la qualité des sources disponibles.
- Le Luxembourg répond à tous les critères de sélection et, de par sa petite taille, il permet d'aborder le remboursement des prestations effectuées à l'étranger, problème qui se pose aussi ponctuellement en Suisse. Bien que la nomenclature luxembourgeoise représente en réalité un tarif, nous l'avons assimilé dans ce cas, et contrairement au tarif suisse, à un «catalogue» des prestations obligatoires dans la mesure où toutes les prestations qui y figurent sont également celles qui sont remboursées par l'assurance-maladie, hormis celles qui sont précédées du sigle APCM ou ACM (autorisation [préalable] du conseil médical requise).

Un paramètre important dans la comparaison internationale des prestations de santé est sans aucun doute la part des dépenses nationales en matière de santé. Comme précisé plus haut, il est vrai que l'assurance-maladie n'est qu'un agent payeur parmi d'autres (pouvoirs publics, autres assurances et les assurés eux-mêmes). Cependant, il nous paraît intéressant de relever l'évolution des dépenses nationales en matière de santé dans les pays choisis pour notre comparaison. En Israël, la part est de 8.4% du produit national brut (PNB) en 1998 (base de données de l'OMS, Office régional pour l'Europe).

Evolution des dépenses nationales en matière de santé dans cinq pays européens (Allemagne, Suisse, France, Pays-Bas, Luxembourg) entre 1975 et 1998

Pays	Part des dépenses nationales en matière de santé (en % du PNB)					
	1975	1980	1985	1990	1995	1998
Allemagne	9.0	9.0	9.5	8.2	10.4	10.6
Suisse	7.0	7.3	8.1	8.4	9.7	10.2
France	7.0	7.6	8.5	8.9	9.8	9.6
Pays-Bas	7.5	7.5	7.9	8.3	8.8	8.6
Luxembourg	5.1	6.2	6.1	6.6	7.0	7.0

Source : Organisation pour la Coopération et le Développement Economique (OCDE), Paris

2.1.2 Objet et limites de la comparaison

L'objet de l'analyse par comparaison internationale est d'étudier dans un premier temps la couverture des **prestations générales**, qui pour chaque pays est confrontée à celle prévue par le «catalogue» suisse. L'ensemble du «catalogue» est examiné. Exception faite des aides visuelles et auditives, il ne sera cependant pas entré dans le détail des listes positives des moyens et appareils, médicaments et analyses;

certaines de ces prestations particulières seront abordées ponctuellement dans l'examen des problèmes de santé.

La comparaison des prestations générales se fait d'abord indépendamment pour chaque pays considéré, et par type de prestations. Dans un second temps, un commentaire met en évidence, pour chaque catégorie de prestations, les différences observées à travers les six « catalogues » analysés. L'intérêt de la comparaison des prestations générales est en particulier de mettre en évidence des catégories de prestations qui seraient remboursées dans les autres pays sélectionnés mais écartées par le « catalogue » suisse.

L'analyse se poursuit par l'examen de la couverture, dans chacun des six pays, des prestations ayant fait l'objet d'une décision explicitée (ci-après « **prestations spéciales** »), soit :

- celles qui ont été évaluées par la Commission fédérale des prestations listées dans l'annexe 1 de l'OPAS;
- celles qui figurent sur une liste négative d'un autre pays (pour autant que nous en disposions).

L'intérêt d'une telle démarche réside dans l'identification des prestations qui sont les plus susceptibles de poser problème.

2.1.3 Recherche de documentation et collaborations

La recherche de documentation s'est déroulée en plusieurs phases :

Tout d'abord, la recherche de littérature préliminaire qui avait permis d'identifier les pays à inclure dans la comparaison a été intensifiée afin de préciser le fonctionnement du système de santé de chaque pays, fonctionnement dont un bref descriptif est présenté au début de chaque partie consacrée aux différents pays de la comparaison. La recherche s'est faite à la fois de manière manuelle et informatisée (cette deuxième modalité au moyen de la banque de données Medline).

Dans un deuxième temps, des contacts ont été établis dans chaque pays avec des personnes compétentes dans le domaine des prestations de l'assurance-maladie. Pour identifier ces personnes, nous avons bénéficié de la collaboration de Mme Claudine Marcuard et du Dr Pedro Koch, respectivement adjointe scientifique et chef de la section prestations médicales de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS). Les collaborations établies dans chaque pays, ainsi que les sources et références utilisées, sont indiquées en tête des chapitres spécifiques.

Les personnes de contact ont alors été sollicitées, soit pour nous indiquer le niveau de couverture, par l'assurance-maladie sociale de leur pays, des prestations générales pour lesquelles nous ne disposions pas de l'information nécessaire, ainsi que celui des prestations figurant dans l'annexe 1 de l'OPAS, soit pour compléter et valider les informations que nous avions tirées des documents officiels déjà en notre possession. Une traduction anglaise des documents officiels a été utilisée pour les Pays-Bas et Israël.

2.2 RÉSULTATS

2.2.1 Suisse

2.2.1.1 Collaborations établies, sources et références

Les sources à disposition pour la connaissance du système de santé et du « catalogue » des prestations suisse sont de très bonne qualité.

Ce chapitre a été préparé sur la base des textes de loi, disponibles en format papier grâce à l'Office fédéral central des imprimés et du matériel, CH-3003 Bern, ainsi qu'en format électronique sur le site Internet de la Confédération. Les références sont :

- Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal), RS⁴ 832.10 : http://www.admin.ch/ch/f/rs/832_10/index.html;
- Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal), RS 832.102 : http://www.admin.ch/ch/f/rs/832_102/index.html;
- Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (DFI) du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS), RS 832.112.31 : http://www.admin.ch/ch/f/rs/832_112_31/index.html.

Par ailleurs, pour les questions relatives au remboursement, nous avons bénéficié de l'aide de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), et en particulier de Mme Claudine Marcuard (Commission des principes), Dr Pedro Koch et Jörg Schürer (Commission des prestations), Dr Gertrud Mäder (Commission des analyses), Dr Reinhard Kämpf, Evelin Asen et Dominique Marcuard (Commission des médicaments), Dr Stefan Otto (Commission des moyens et appareils), ainsi que de la publication de l'OFAS «Manuel de standardisation pour l'évaluation médicale et économique des prestations médicales», édition 1998.

Autres sources :

- M. Jean-Pierre Desjacques⁵, coordinateur des fédérations cantonales au Concordat des assureurs-maladies suisses (CAMS), Soleure;
- Mme Béatrice Desplands, professeur à l'École d'Etudes Sociales et Pédagogiques (EESP), Lausanne;
- Mme Jacqueline Deck, juriste au Bureau Central d'Aide Sociale, Genève;
- Mmes Suzanne Peyron et Muriel Baudraz, Office des finances, Hospices Cantonaux, Lausanne;
- M. A. Sollberger, fondé de pouvoir, caisse-maladie SUPRA, Lausanne;
- Registre Suisse des Donneurs de Moëlle, Berne;
- Association Suisse des Neuropsychologues, Zurich.

Des documents publiés⁶ ont complété les informations obtenues par ces sources.

⁴ Recueil systématique des lois fédérales.

⁵ A titre privé.

⁶ Les références sont présentées par ordre chronologique et, à l'intérieur d'une même année, par ordre alphabétique :

- Perneger TV, Etter JF. Impact des HMO sur les coûts et la qualité des soins. *Rev Med Suisse Romande* 1995;115:971-6.
- Dreifuss R. Le printemps de la LAMal. *Rev Med Suisse romande* 1996;116:549-52.
- Perneger TV, Etter JF, Gaspoz JM, Raetzo MA, Schaller P. Nouveaux modèles d'assurance-maladie et gestion des soins. *Soz Präventivmed* 1996;41:47-57.
- Perneger TV, Etter JF, Rougemont A. Switching Swiss enrollees from indemnity health insurance to managed care: the effect on health status and satisfaction with care. *Am J Public Health* 1996;86(3):388-93.
- L'assurance-maladie en Suisse. Etat au 1^{er} janvier 1997. Publication de l'OFAS (97.105).
- Perneger TV, Etter JF. Introducing managed care in Switzerland: impact on use of health services. *Public Health* 1997;111(6):417-22.
- Bisig B, Gutzwiller F, Domenighetti G. Incidence of operations in Switzerland related to insurance status. *Swiss Surg* 1998;4(3):109-116.
- Perneger TV, Etter JF. Health care expenditures after introduction of a gatekeeper and a global budget in a Swiss health insurance plan. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:370-6.
- Tableaux synoptiques concernant la sécurité sociale suisse. Etat au 1^{er} janvier 1999. Publication de l'OFAS (99.165).
- Sommer JH, Burgi M, Theiss R. A randomized experiment of the effects of including alternative medicine in the mandatory benefit package of health insurance funds in Switzerland. *Complement Ther Med* 1999;7(2):54-61.

2.2.1.2 Historique

- 1890 : première loi sur l'assurance sociale en cas d'accident et de maladie;
- 1914 : loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMA);
- 1946 : loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS);
- 1952 : loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture du 20 juin 1952 (LFA)⁷;
- 1959 : loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI);
- 1964 : première révision partielle importante de la LAMA;
- 1965 : loi fédérale du 19 mars 1965 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC);
- 1981 : loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA);
- 1982 : loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP);
- 1991 : après l'échec de plusieurs tentatives de révision, un nouveau projet de loi sur l'assurance-maladie est proposé par quatre experts indépendants;
- 1994 : adoption par le Parlement de la nouvelle loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal);
- 1996 : entrée en vigueur de la LAMal.

La nécessité de réformer la LAMA découlait de plusieurs facteurs, en particulier l'accroissement du coût des soins et l'existence de groupes de risques séparés. En effet, dans l'ancien système, les risques ne se répartissaient pas de façon uniforme entre toutes les caisses. D'une part, il était possible à l'assureur de conclure des assurances collectives; d'autre part, le montant des primes était calculé en fonction de l'âge de l'assuré à son entrée dans la caisse et les caisses étaient autorisées à fixer un âge maximal d'entrée, ainsi que des réserves (exclusion de l'assurance pour cause de maladie préexistante par exemple). Le caractère facultatif de l'assurance-maladie rendait impossible à l'Etat d'imposer la suppression de ces réserves et d'instaurer un libre-passage intégral d'une caisse à l'autre. Enfin, les subventions fédérales étaient versées par capitation, sans différenciation selon les revenus des assurés (système de l'arrosoir).

2.2.1.3 Organisation actuelle

Le système de sécurité sociale est géré par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS). Il s'organise autour des trois grands piliers que sont :

- 1^{er} pilier : l'assurance-pensions de base (assurance-vieillesse, prestations aux survivants et assurance-invalidité), avec ses prestations complémentaires dans le cas où les rentes ne suffisent pas à couvrir les besoins vitaux;
- 2^e pilier : la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité;
- 3^e pilier : la prévoyance individuelle liée.

Les autres types d'assurance existants sont l'assurance-maladie, l'assurance-accidents et maladies professionnelles, et les allocations familiales. L'assurance-chômage est du ressort de l'Office fédéral du développement économique et de l'emploi (OFDE).

L'assurance-maladie sociale, régie par la LAMal, comporte deux volets :

1. assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, dite assurance des soins, obligatoire pour toutes les personnes domiciliées en Suisse;
2. assurance d'indemnités journalières, facultative⁸.

⁷ Il existe, parallèlement au régime fédéral, 26 régimes cantonaux d'allocations familiales destinées aux salariés (dans certains cantons, également aux indépendants ou aux personnes sans activité lucrative).

⁸ Ce deuxième volet ne sera pas traité ici.

L'assurance-maladie sociale couvre de plus les prestations en nature en cas de maternité. En cas d'accident, elle remplit une fonction subsidiaire, i.e. elle peut prendre en charge des frais non couverts par une assurance-accidents spécifique.

Il s'agit d'une assurance individuelle. Les primes ne sont pas proportionnelles au revenu de l'assuré. La loi sur l'assurance maladie s'applique exclusivement à une assurance dite de base dont les prestations sont définies selon une liste positive. L'assurance de base peut être élargie par une assurance dite complémentaire, régie quant à elle par le droit des assurances privées.

Il existe une pluralité d'assureurs, caisses-maladie ou institutions d'assurance privées. Les caisses-maladie sont définies comme des personnes juridiques de droit privé ou public sans but lucratif. Elles gèrent principalement l'assurance-maladie sociale et sont reconnues par le Département fédéral de l'intérieur (DFI). Les autres assureurs sont régis par la loi sur la surveillance des assurances (LSA). Pour l'assurance-maladie sociale, ils doivent bénéficier d'une autorisation de pratiquer. Tous les assureurs doivent pratiquer d'une manière totalement distincte les uns des autres et sans rechercher de profit.

Une institution commune assume les tâches obligatoirement partagées, comme les coûts afférents aux prestations légales en lieu et place des assureurs insolubles, ou d'autres tâches qui lui sont confiées par le Conseil fédéral.

Les assureurs sont enfin contraints par la loi à gérer en commun et avec les cantons une institution dont le but est d'encourager la prévention des maladies et la promotion de la santé.

Plusieurs organismes sont chargés de la surveillance. Le Conseil fédéral veille à l'application de la loi et édicte les dispositions à cet effet. Les cantons sont chargés du contrôle de l'affiliation de chaque personne. L'OFAS est chargé d'appliquer la loi et ses dispositions d'exécution à l'égard des assureurs. L'Office fédéral des assurances privées (OFAP) surveille la pratique des assurances autres que l'assurance-maladie sociale, en particulier l'assurance complémentaire.

Toute décision d'un assureur peut être attaquée dans les 30 jours. Cette procédure est gratuite. Le tribunal des assurances compétent est le tribunal cantonal. La dernière instance de recours est le Tribunal fédéral des assurances (TFA).

2.2.1.4 Financement

Il existe trois sources de financement :

1. la prime individuelle;
2. la participation aux frais;
3. les subsides des pouvoirs publics.

Il s'agit d'un système de tiers-garant. Les ressources de l'assurance ne peuvent être affectées à d'autres fins (principe de mutualité) : toute recherche de profit de la part des caisses-maladie dans le cadre de l'assurance-maladie sociale est donc interdite.

PRIME INDIVIDUELLE

Chaque assureur fixe lui-même les primes nécessaires à couvrir ses dépenses. Les assurés auprès d'un même assureur paient tous la même prime, indépendamment d'aucun paramètre (âge, sexe, revenu, etc.).

Un échelonnement régional des primes est autorisé, pour lequel le lieu de domicile est déterminant. Il ne peut aller au-delà de trois niveaux par canton.

Il existe plusieurs exceptions à cette règle. D'une part, l'assureur a le devoir de fixer des primes plus basses pour les assurés de moins de 18 ans révolus, et il est autorisé à le faire pour les assurés de moins de 25 ans révolus qui sont encore en formation; d'autre part, il existe des formes particulières d'assurance pour laquelle les primes sont réduites : citons, parmi celles-ci, l'assurance de type *HMO*

(*health maintenance organization*), où le choix de l'assuré est limité aux prestataires désignés par l'assureur en fonction de leurs prestations plus avantageuses.

PARTICIPATION AUX COÛTS

La participation aux coûts par l'assuré a lieu à plusieurs niveaux :

- a. paiement d'un montant annuel fixe (franchise);
- b. paiement de 10% des coûts dépassant la franchise (quote-part), jusqu'à concurrence d'un montant annuel fixe (actuellement, Frs 600.-);
- c. contribution quotidienne fixe aux frais de séjour hospitalier (actuellement, Frs 10.-).

Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) désigne des prestations particulières pour lesquelles la participation est plus élevée, et fixe le montant de cette dernière. La participation peut aussi être augmentée lorsque la prestation a été fournie pour une certaine durée ou a atteint un volume déterminé.

La participation peut être réduite ou supprimée en cas de maladies graves ou de traitements de longue durée. Aucune participation n'est exigée en cas de maternité. La participation aux frais n'est pas réassurable par des assurances complémentaires.

REDUCTION DE PRIME

Le système actuel de subsides vise à réduire les primes des assurés de condition économique modeste. Ces réductions de prime sont accordées par les cantons; pour ce faire, ces derniers reçoivent des subsides annuels de la Confédération, auxquels ils doivent apporter un complément minimal.

2.2.1.5 Description du «catalogue» des prestations

Le «catalogue» des prestations suisse est présenté de manière détaillée dans le chapitre 1.3 de ce rapport. Rappelons qu'il est composé de parties implicites et explicites. Les parties implicites concernent la plus grande partie des prestations des médecins et chiropraticiens. Quelques 160 prestations examinées par la Commission fédérale des prestations font l'objet d'une décision de remboursement explicite - négative ou positive, voire conditionnelle. Les listes positives concernant les médicaments, les analyses et les moyens et appareils, ainsi qu'un groupe de prestations comprenant la physiothérapie, les soins à domicile, les soins dentaires, les conseils nutritionnels, la logopédie, les mesures de prévention, les prestations spécifiques de la maternité et celles des sages-femmes. Bien qu'expressément mentionné dans l'OPAS, un autre groupe de prestations est défini de manière plus générale : psychothérapie, ergothérapie, cures balnéaires, transport et sauvetage.

2.2.2 France

2.2.2.1 Collaborations établies, sources et références

Ce chapitre a été préparé sur la base de renseignements de bonne qualité et très complets, obtenus grâce à :

- ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé), Paris :
Prof Yves Matillon, Directeur Général de l'Agence, Dr Marie-Josée Moquet, Chargée de la Mission Nomenclature;
- CNAMTS (Caisse Nationale d'assurance-maladie des Travailleurs Salariés), Paris :
Dr Bertille Roche-Apaire, médecin-conseil à l'échelon national du Service Médical;
- Dr Emmanuel Rusch, Département de Santé Publique, Faculté Lariboisière-Saint Louis, Paris.

Les documents publiés⁹ ont complété les informations obtenues par ces sources :

2.2.2.2 Historique

- 1920 : définition des principes sur lesquels repose la médecine libérale (voir plus loin);
- 1945 : création du système de sécurité sociale;
- 1960 : entrée en vigueur d'un barème de rémunération des médecins appelé nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), applicable à l'échelle nationale aux médecins libéraux. Les médecins ayant signé cette convention sont appelés médecins conventionnés et représentent la très grande majorité des médecins;
- 1971 : introduction d'un numerus clausus pour les étudiants en médecine, intervenant à la fin de la première année d'études;
- 1979 : introduction de budgets prospectifs dans le secteur hospitalier;
- 1981 : les médecins se répartissent désormais en deux catégories (secteurs 1 et 2). Dans le secteur 1, les médecins s'en tiennent strictement au barème et jouissent en échange de certains avantages sociaux. Dans le secteur 2, ils établissent eux-mêmes leurs honoraires («avec tact et modération»), mais sont tenus de cotiser au titre de leur retraite et de leur assurance-maladie. En 1990, 26% des médecins, pour la plupart des généralistes et spécialistes de grandes villes, avaient choisi d'exercer dans le secteur 2;
- années 90: les taux de croissance des dépenses sont négociés avec les médecins et d'autres professions médicales (biologistes, radiologistes, hôpitaux privés etc.);
- 1990 : établissement de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale, remplacée actuellement par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES);
- 1991 : loi sur la réforme hospitalière. Cette loi introduit la planification régionale des soins, élargit l'autonomie de gestion des hôpitaux publics et oblige les hôpitaux privés à s'accorder avec les caisses-maladie sur le volume des soins;

⁹ Les références sont présentées par ordre chronologique et, à l'intérieur d'une même année, par ordre alphabétique :

- La réforme des systèmes de santé. Analyse comparée de 7 pays de l'OCDE. OCDE, Paris, 1992.
- Feldbaum E, Hughesman H. Health care systems: cost containment versus quality. Financial Times Management Reports 1994.
- de Kervasdoué J. The French reforms: a rich area for health services research. J Health Serv Res Policy 1997;2(4):197-9.
- Le Pen C. Pharmaceutical economy and the economic assessment of drugs in France. Soc Sci Med 1997;45(4):635-43.
- Commission européenne. MISSOC. La protection sociale dans les États membres de l'Union européenne. Situation au 1^{er} janvier 1998 et évolution.
- Mitchell P. France gets smart with health à la carte. Lancet 1998;351:736.
- Sorum PC. Striking against managed care. The last gasp of La médecine libérale? JAMA 1999;280(7):659-64.
- Dorozynski A. France abandons fines to control health costs. BMJ 1999;318:76.
- French healthcare reform - CNAM submits revised plan. PharmacoEconomics and Outcomes News 1999;223:11.
- Site Internet du Ministère de l'emploi et de la solidarité :<http://www.sante.gouv.fr/index.htm> et notamment :
 - Aubry M. L'assurance-maladie. Discours du 12 février 1999.
 - La couverture maladie universelle. Dossier de presse du 21 juillet 1999.
 - Politique du médicament : deux ans d'action continue. Dossier de presse du 21 juillet 1999.
 - Communiqué du 17 septembre 1999 concernant l'évaluation des médicaments.
 - Communiqué du 22 septembre 1999 concernant les cures thermales.

- 1993 : première publication de «références médicales opposables» (recommandations cliniques de bonne pratique médicale, visant concrètement à interdire les pratiques jugées inappropriées). Introduction de dossiers médicaux personnels que le patient doit présenter à chaque consultation médicale, dans le but d'assurer une meilleure coordination des soins;
- 1996 : le premier ministre Alain Juppé institue par décret un plan de régulation des dépenses, visant à étendre les mesures déjà en œuvre et en introduisant deux nouvelles, à savoir l'établissement de réseaux de santé (où le généraliste joue le rôle de *gatekeeper*), et l'introduction de budgets prospectifs globaux pour le domaine ambulatoire;
- 1997 : le mouvement de protestation suscité par le plan Juppé culmine en mars avec une grève nationale de 5 semaines des médecins. En mai, le gouvernement Juppé est remplacé par une majorité socialiste, avec Lionel Jospin comme premier ministre; les réformes se poursuivent à un rythme ralenti. Création dans chacune des 23 régions du pays d'une Agence d'hospitalisation régionale, avec pour but de réduire les inégalités régionales, et de fixer les prix hospitaliers sur la base de DRGs (*diagnosis-related groups*);
- 1998 : Martine Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité, présente à l'Assemblée nationale un projet de loi de financement de la sécurité sociale, visant à l'établissement d'une couverture universelle et à la maîtrise des coûts par divers moyens;
- 1999 : entrée en vigueur du droit de substitution pour les pharmaciens encourageant le développement des médicaments génériques.

2.2.2.3 Organisation actuelle

L'ensemble de la population est couvert (en principe¹⁰) par un système d'assurance-maladie obligatoire. Il existe une caisse-maladie principale et deux caisses accessoires. Le régime général d'assurance-maladie couvre 80% de la population, pour la plupart des personnes salariées. Il existe des régimes particuliers pour les agriculteurs, les travailleurs indépendants, les fonctionnaires, les cheminots, les mineurs etc.

Les patients s'acquittent directement de leurs factures et se font ensuite rembourser par leur caisse (système du tiers-garant). Le remboursement s'effectue après déduction de la participation. Le taux de la participation varie selon la prestation considérée. La plupart des assurés contractent une assurance complémentaire, qui couvre également la participation, auprès d'assureurs privés (compagnies d'assurance à but en général non lucratif). Il est à noter que le taux de paiement direct par l'assuré est l'un des plus élevés d'Europe : 14% des coûts totaux de la santé en 1997.

Les soins ambulatoires sont organisés selon les principes de la médecine libérale : libre choix du médecin, liberté de prescription et de traitement, libre détermination des honoraires et paiement direct par le patient.

Le secteur hospitalier est divisé en secteur public (la majorité des lits) et secteur privé (hôpitaux à buts lucratif et non lucratif).

Les prix des médicaments sont soumis à deux régimes, l'un concernant les médicaments ambulatoires remboursables, l'autre les médicaments ambulatoires non remboursables et les médicaments

¹⁰ En réalité, les problèmes d'accès aux soins sont réels pour une frange importante de la population: en 1997, 20% de la population (10 millions de personnes) n'avaient pas d'assurance complémentaire qui couvre les participations (dont les taux sont élevés); de plus, il était estimé en 1999 que 700'000 personnes n'avaient pas accès au régime de base obligatoire et étaient couvertes par le biais de l'assurance personnelle, régime qui s'accompagne de lenteurs dans l'affiliation et de risques de rupture de droits; en 1999 toujours, il était estimé que 150'000 personnes environ ne bénéficiaient d'aucune couverture. La loi exclusion de 1999 vise à assurer une couverture maladie universelle.

hospitaliers. Tout nouveau médicament arrivant sur le marché suit un processus en trois étapes : homologation par l'Agence du médicament, évaluation de l'amélioration représentée par ce médicament sur le plan médical par la Commission de la transparence (le résultat de cette évaluation fixe le taux de remboursement), et enfin établissement du prix de vente par le Comité économique. La consommation de médicaments est la plus élevée du monde, et les dépenses par personne en matière de médicaments sont parmi les plus élevées d'Europe.

2.2.2.4 Financement

Les caisses-maladie sont financées par une contribution sociale obligatoire, payée par les employeurs (13% du salaire sous le régime général) et les salariés (7% du salaire sous le régime général). Les soins aux chômeurs et aux malades chroniques sont financés par l'Etat grâce à l'impôt général.

Le système de sécurité sociale est en grave crise financière et traverse actuellement une période d'intenses réformes (voir historique).

2.2.2.5 Description du «catalogue» des prestations

La France ne possède pas de «catalogue» explicite et exhaustif des prestations obligatoirement à charge des caisses maladie. Des listes positives existent cependant pour :

- les prestations médicales réalisées dans le secteur libéral (nomenclature générale des actes professionnels), actuellement en cours de modification;
- les prestations des médecins-dentistes, en grande partie obsolète et également en cours de modification;
- les moyens et appareils (tarif interministériel des prestations sanitaires);
- les médicaments, dont la liste est publiée dans les «fiches de transparence», contenant également les limitations de prescription et les coûts par jour ou par mois;
- les vaccinations;
- les analyses (nomenclature des actes de biologie médicale).

Toutes les prestations médicales réalisées dans le secteur hospitalier public peuvent être remboursées dans le cadre du budget global. L'assurance-maladie en a une connaissance imparfaite. Les seules limites sont représentées par la loi de protection des personnes, dite Loi Huriot, et l'enveloppe financière que constitue la dotation globale d'un établissement hospitalier : depuis 1982, l'assurance-maladie ne rembourse plus de forfait journalier, mais alloue à l'établissement hospitalier une enveloppe budgétaire mensuelle correspondant au douzième du montant de l'année précédente, majorée de 1 à 2% chaque année. La dotation budgétaire couvre ainsi tous les frais hospitaliers, y compris la recherche et l'enseignement, sans que l'assurance-maladie puisse connaître le détail des prestations offertes.

2.2.2.6 Tableau comparatif des prestations générales

Le tableau ci-après compare les prestations générales remboursées par l'assurance-maladie sociale en Suisse et en France. Le «catalogue» des prestations des deux pays a été arbitrairement subdivisé en 24 catégories, afin de faciliter la comparaison. La colonne de gauche, concernant la Suisse, est reproduite de manière identique dans le chapitre consacré à chacun des cinq autres pays.

Dans ce tableau, le terme «participation» est réservé à la part des frais qui est à la charge de l'assuré, alors que «contribution» et «remboursement» désignent la part qui est payée par l'assurance-maladie.

Pour une meilleure lisibilité, les montants exprimés dans la colonne de droite ont été convertis de francs français en francs suisses d'après le taux de change approximatif de : FF 100.- ~ CHF 23.65 (mai 2000).

Catégorie	Suisse	France
Médecins	La quasi totalité des actes et services médicaux est remboursée, après déduction de la franchise et de la quote-part de 10% (voir catégorie Participation aux frais), sur le principe de la confiance et ne figure donc sur aucune liste. Certaines prestations remboursées sont toutefois explicitées (prévention, maternité, psychothérapie, analyses et médicaments : voir ci-dessous). D'autres, particulièrement controversées (environ 160), ont fait - et peuvent faire en tout temps - l'objet d'une étude approfondie en termes d'efficacité, d'économicité et d'adéquation par une commission fédérale. La liste de ces prestations figure dans une ordonnance accompagnant la loi (voir annexe 1 de l'OPAS).	Les actes médicaux réalisés dans le secteur libéral et remboursés par l'assurance-maladie sont inscrits dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP). Participation aux frais, appelée «ticket modérateur», de 30%. Des assurances complémentaires (assureurs privés ou mutuelles) peuvent prendre en charge des prestations spéciales, le ticket modérateur et d'éventuels dépassements d'honoraires demandés par les quelque 26% de médecins qui ne s'en tiennent pas au barème convenu (médecins appartenant au secteur 2).
Hospitalisation	Remboursement partiel ¹¹ , sans limite de durée. <u>Restrictions</u> : – participation aux coûts de 10.-/j (sauf maternité et assurés vivant en ménage commun avec au moins une personne de leur famille), en plus de la franchise et de la quote-part de 10%; – l'établissement de soins doit être reconnu et figurer sur la liste de planification hospitalière cantonale; – hospitalisation hors-canton : sauf cas d'urgence et d'absence d'équipement adéquat dans le canton de domicile, la différence entre le prix facturé et les tarifs applicables par l'hôpital aux résidents du canton de domicile est à la charge de l'assuré.	Remboursement partiel (participation de l'assuré : 17.-/j + 20% de ticket modérateur, sauf exceptions mentionnées ci-dessous) des hospitalisations pour soins aigus en hôpital public ou privé. Dans le cadre de l'hospitalisation publique, tous les actes médicaux peuvent être remboursés par l'assurance-maladie dans le cadre du budget global ¹² . Pour les établissements publics et privés/contrat : <i>1. Court séjour et moyen séjour.</i> Remboursement complet pour : – malades en ALD ¹³ ; – malades ayant une intervention dont le coefficient opératoire est >50 ¹⁴ ; – au-delà du 30 ^{ème} jour d'hospitalisation; – accident du travail - maladie professionnelle; – accouchement, maternité.

¹¹ Pour toutes les mentions Remboursement partiel, se référer à la catégorie Participation aux frais.

¹² Voir chapitre 2.2.2.5: «Description du catalogue de prestations».

¹³ Liste de 30 affections de longue durée donnant droit à une exonération du ticket modérateur: tuberculose, diabète, HTA sévère, SIDA, lèpre, .

¹⁴ Le coefficient opératoire cherche à rendre compte de la difficulté technique de l'opération (ex: appendicectomie = coefficient 50). Ce système de hiérarchisation est cependant contesté et il est possible qu'il soit entièrement refondu.

Catégorie	Suisse	France
		<p>Dans les autres cas, participation aux frais de l'assuré de 20%. Pour tous, sauf accident du travail et assurance maternité, forfait journalier de 17.-.</p> <p>2. <i>Long séjour</i> Voir «Soins à domicile ou en établissement médico-social» – Hospitalisation hors région : idem Suisse.</p>
<p>Médicaments</p>	<p>Remboursement partiel, sans limite de durée, de certains vaccins (voir catégorie Prévention) et de tous les médicaments (environ 3'000) figurant sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> – liste des médicaments avec tarif (LMT) : constituants de préparation magistrales, récipients, mais aussi prestations des pharmaciens; – liste des spécialités (LS) : préparations pharmaceutiques et médicaments confectionnés. <p>Existence d'une Liste négative (LN) officielle, qui contient les médicaments non pris en charge, même pas par les assurances complémentaires.</p> <p>Prise en charge provisoire, en attendant des critères d'évaluation des médicaments : spécialités de la médecine complémentaire (phytothérapie, homéopathie, médecine anthroposophique).</p> <p><u>Restrictions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> – le remboursement de certains médicaments est limité à des indications précises et à une quantité fixe par unité de temps; – critères d'admission dans la LS : besoin d'ordre médical, valeur thérapeutique, fiabilité et caractère économique prouvés; – le pharmacien peut délivrer un générique en lieu et place de l'original si le médecin le note sur l'ordonnance. Le délai de protection des préparations originales a été ramené de 30 à 15 ans dans la nouvelle loi; – ne sont (entre autres) pas remboursés : les contraceptifs oraux, sauf maladie, les anorexigènes, les régimes, les fortifiants, les médicaments contre la chute de cheveux et les mucolytiques; 	<p>Des médicaments spécialisés sont remboursés sur ordonnance médicale s'ils sont inscrits sur une liste positive. Pour être inscrits sur cette liste, les médicaments doivent fournir un service médical rendu (SMR) majeur ou important, modéré ou faible.</p> <p>Ils sont remboursés à 100% si le SMR est majeur ou important et s'ils sont irremplaçables et particulièrement coûteux (anticancéreux par exemple).</p> <p>Ils sont remboursés à 65% si le SMR est majeur ou important (c'est la majorité des médicaments).</p> <p>Ils sont remboursés à 35% si le SMR est modéré ou faible et si les affections soignées par ces médicaments ne présentent pas un réel caractère de gravité.</p> <p>Il n'existe pas de liste négative, mais la réévaluation peut intervenir à tout moment à la demande des pouvoirs publics. Par exemple, en 1983 et en 1991, des médicaments ont été radiés de la liste positive (mélanges vitaminiques, antiasthéniques par exemple). Le SMR de la totalité des médicaments inscrits au remboursement (soit environ 6'000 présentations) est actuellement en phase de réévaluation.</p> <p>Le remboursement des médicaments peut être de 100% dans certaines pathologies après avis du service médical de la caisse-maladie. C'est pourquoi le taux moyen de remboursement des médicaments se situe à 72%. Le coût moyen d'une ordonnance est de 74.-. et le montant moyen remboursé est de 53.-.</p>

Catégorie	Suisse	France
	<ul style="list-style-type: none"> – sont (entre autres) remboursés : médicaments veineux, vasopresseurs, stimulants cardiaques, vasodilatateurs périphériques, activateurs de la fonction cérébrale (nootropes), minéraux et vitamines. 	<p>Médicaments anticonceptionnels : remboursement à 65%, sans restriction d'âge, sur prescription médicale. Les pilules microdosées, dont le prix est jugé trop élevé, ne sont actuellement pas remboursées, mais il est possible que la pratique change à l'avenir.</p>
Analyses	<p>Remboursement partiel des analyses figurant dans une liste positive (Liste des analyses, LAna).</p> <p><u>Restrictions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> – certaines analyses ne sont prises en charge que si elles sont pratiquées par certains prestataires qualifiés et reconnus, parfois après accord du médecin-conseil de l'assurance; – les analyses effectuées dans le cadre des soins de base (cabinet médical, pharmacie) font l'objet d'une liste restreinte détaillée, de même que les analyses effectuées par des médecins spécialistes, pour lesquels la liste est élargie; – les chiropraticiens ne peuvent confier à la charge de l'assurance que 28 analyses à des laboratoires; – les sages-femmes ne peuvent confier à la charge de l'assurance que 13 analyses à des laboratoires reconnus. 	<p>Remboursement partiel des analyses inscrites dans une liste limitative : la nomenclature des actes de biologie médicale. Participation aux frais de 40%.</p> <p><u>Restrictions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> – certains actes sont réservés à certains laboratoires ou à certaines catégories de personnes; – certains actes sont soumis à autorisation ministérielle; – 9 analyses courantes sont autorisées aux pharmaciens d'officine; – les analyses effectuées au cabinet du médecin ne sont pas remboursées; – les chiropraticiens ne sont pas reconnus et ne peuvent pas prescrire; – les sages-femmes ne peuvent prescrire que 22 examens pris en charge par l'assurance-maladie¹⁵.
Soins dentaires	<p>Remboursement partiel des soins dentaires s'ils sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> – occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication; – occasionnés par une maladie grave autre ou ses séquelles; – nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles; – occasionnés par un accident, dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge. <p>La liste exhaustive détaillée figure dans l'OPAS.</p>	<p>Les soins dentaires sont remboursés en fonction d'une nomenclature en grande partie obsolète en cours de modification. Consultations, soins chirurgicaux et conservateurs remboursés à 70%.</p> <p>Prothèses remboursées à 15% environ.</p> <p>Soins orthodontiques remboursés à 40% à condition que le traitement débute avant le 16^{ème} anniversaire.</p>

¹⁵ Voir arrêté du 17/10/83 modifié par arrêtés du 10/10/89 et du 30/09/97.

Catégorie	Suisse	France
Conseils nutritionnels	Remboursement partiel, sur prescription médicale, des conseils diététiques prodigués par des diététiciens aux assurés souffrant de : <ul style="list-style-type: none"> - troubles du métabolisme¹⁶; - obésité (BMI > 30) et affections qui découlent de la surcharge pondérale ou qui y sont associées; - maladies cardio-vasculaires; - maladies du système digestif; - maladies des reins; - états de malnutrition ou de dénutrition; - allergies alimentaires ou réactions allergiques dues à l'alimentation. <u>Restriction :</u> <ul style="list-style-type: none"> - max. 6 séances renouvelables 1 fois. Au-delà de 12 séances, accord du médecin-conseil de l'assurance nécessaire. 	Non pris en charge par l'assurance-maladie en dehors de la réalisation de ces actes au sein d'une consultation hospitalière médicale à laquelle cette prise en charge diététique serait associée.
Physiothérapie	Remboursement partiel : <ul style="list-style-type: none"> - rayons UV; - rayons colorés et infrarouges; - air chaud; - ondes courtes; - radar (micro-ondes); - diathermie (ondes longues); - aérosols; - massages manuels et kinésithérapie (massage musculaire, local ou général, du tissu conjonctif et réflexogène; gymnastique médicale; gymnastique d'après Bobath ou Kabath; gymnastique 	Remboursement avec participation aux frais de 40%. Toute technique est considérée potentiellement comme une technique de rééducation et inclue dans le coefficient de l'acte de rééducation. Seule l'électrothérapie isolée peut être cotée et prise en charge Voir aussi Réadaptation et rééducation fonctionnelles.

¹⁶ Le conseil aux diabétiques, prodigué sur OM par des infirmières reconnues et spécialement formées, comprenant les conseils et instructions sur tous les aspects des soins nécessaires au traitement de la maladie, est remboursé à raison de 10 séances renouvelables 1 fois, mais au max. 20 séances/an.

Catégorie	Suisse	France
	<p>de groupe; extension vertébrale; drainage lymphatique pour traitement des oedèmes lymphatiques; hippothérapie-K pour le traitement de la sclérose en plaques);</p> <ul style="list-style-type: none"> - ultrasons; - électrothérapie (galvanisation, iontophorèse; faradisation); - hydrothérapie (enveloppements et compresses; fango, boue et paraffine; douches médicales; bains médicinaux; bains électriques; massage au jet; massage sous l'eau; bains hyperthermiques). <p><u>Restriction</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - max. 12 séances/3 mois (limite qui peut être dépassée par une nouvelle prescription). 	<p>Restriction :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>pas</u> de restriction du nombre total de séances réalisées sur prescription médicale dans l'année.
Ergothérapie	<p>Remboursement partiel dans les affections somatiques et psychiatriques, pour autant qu'elle procure à l'assuré, en cas d'affection somatique, l'autonomie dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie. Les indications ne sont pas précisées en détail dans la loi.</p> <p><u>Restriction</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - max. 12 séances par prescription et par 3 mois (limite qui peut être dépassée par une nouvelle prescription). 	<p>Prise en charge dans le cadre d'établissements ou de centres médico-sociaux, mais pas sous forme d'activité libérale.</p> <p>L'assurance-maladie n'a pas établi de convention avec les ergothérapeutes. Il n'existe pas de nomenclature des actes d'ergothérapie.</p>
Chiropraticiens	<p>Comme pour les médecins, les actes des chiropraticiens ne font pas l'objet d'une liste positive. Toutefois, ces derniers ne peuvent prescrire à charge de l'assurance que certaines analyses (cf Analyses), certains médicaments (analgésiques, préparations anti-inflammatoires percutanées, préparations pour bains et cataplasmes) et appareils (minerve, matériel de pansement exclusivement utilisé pour la colonne vertébrale).</p>	<p>Les chiropraticiens ne sont pas reconnus dans le Code de la Santé Publique en tant que professionnels médicaux ou qu'auxiliaires médicaux. Leurs prestations ne sont pas prises en charge.</p>

Catégorie	Suisse	France
Logopédie	<p>Remboursement partiel (voir chapitre “participation aux frais”), sur prescription médicale, pour les affections ayant une des causes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> – atteinte cérébrale organique (infection, traumatisme, post-opératoire, intoxication, tumeur, troubles vasculaires); – affections phoniatriques. <p><u>Restriction</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> – max. 12 séances/prescription et par 3 mois (limite qui peut être dépassée par une nouvelle prescription) et max. 60 séances par an (limite qui peut être dépassée après accord du médecin-conseil). 	<p>Orthophonie.</p> <p>Prise en charge sur prescription médicale avec participation aux frais de 40% sans restriction du nombre de séances dans l'année.</p> <p>Pour les ALD (affections de longue durée), prise en charge à 100% du traitement des affections suivantes : troubles de l'articulation, de la déglutition, apprentissage de la voix oesophagienne, rééducation de la pathologie du langage écrit, de la lecture, du calcul, de l'écriture, rééducation du langage dans les états neurologiques.</p>
Psychothérapie	<p>Remboursement partiel de la psychothérapie pratiquée par des médecins seulement; exceptionnellement, un psychothérapeute non médecin peut être remboursé s'il pratique au cabinet du médecin responsable et que sa prestation est facturée au nom du médecin¹⁷.</p> <p><u>Restrictions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> – non remboursées : psychothérapie en vue de la découverte ou de la réalisation de soi-même, de la maturation de la personnalité ou dans tout autre but que le traitement de la maladie; psychothérapie appliquée avec d'autres méthodes que celles des institutions reconnues; – max. 2 séances/sem (1h) pendant les 3 premières années, 1 h/sem pendant les 3 années suivantes et 1 h/2 sem par la suite; – au-delà de 60 h/2 ans, accord du médecin-conseil nécessaire. 	<p>Remboursement de la psychothérapie pratiquée par des médecins seulement dans le cadre d'état pathologique relevant de la nosographie psychiatrique. Prise en charge à 100% en cas d'affections de longue durée pour pathologie psychiatrique telle que psychose ou troubles graves de la personnalité. La psychothérapie pratiquée dans le but de la découverte ou de la réalisation de soi-même n'est pas prise en charge.</p> <p><u>Restrictions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> – <u>pas</u> de limitation du nombre de séances dans la semaine ni de limitation de la durée totale du traitement.

¹⁷ D'après la jurisprudence du TFA.

Catégorie	Suisse	France
Réadaptation et rééducation fonctionnelles	Remboursement partiel : – des mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin (celles-ci comprennent, outre les prestations médicales, les mêmes soins que ceux pratiqués par les infirmiers à domicile : instructions et conseils, examens et soins, soins de base); – des mesures thérapeutiques en cas d'infirmité congénitale, dès que l'assuré atteint l'âge auquel cesse le droit aux prestations de l'AI.	Remboursement à 60% des actes de masso-kinésithérapie prescrits par le médecin et réalisés par le kinésithérapeute, à 70% des actes de rééducation réalisés par le médecin lui-même. Dans le cadre d'affections de longue durée (ALD), prise en charge à 100% (y compris le séjour de réadaptation).
Moyens et appareils	Remboursement partiel de tous les moyens et appareils figurant dans la LiMA, liste positive très détaillée ne comprenant toutefois pas les appareils implantés dans le corps (ex : implant cochléaire, dont la couverture est précisée dans l'annexe 1 de l'OPAS). Deux exemples de cette liste sont illustrés ci-dessous : aides visuelles et auditives. Certains moyens et appareils sont pris en charge par d'autres assurances du système de sécurité sociale (assurances vieillesse et invalidité) : fauteuil roulant, appareils acoustiques, perruques post-chimiothérapie, etc.	Il existe un Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires (TIPS) qui fixe le tarif de responsabilité (montant maximal sujet à remboursement, le solde restant à la charge de l'assuré), base sur laquelle les moyens et appareils sont pris en charge. Participation aux frais variable de 0 à 35%. Les implants cochléaires posés dans certains hôpitaux sont pris en charge dans le cadre du budget global de l'hôpital. Pas de tarification à l'acte ni au matériel.
Aides visuelles	Verres de lunettes/lentilles de contact : – jusqu'à 18 ans révolus, 1x/an : 200.- – dès 19 ans, 1x/5 ans : 200.- <i>Limitation :</i> OM pour les premières lunettes ou lentilles de contact. Verres de lunettes, lentilles de contact ou verres protecteurs : 200.- – 1x/an, par œil	– < 6 ans : prise en charge des verres, montures et fournitures diverses sans limitation annuelle d'attribution; – 6 ans - 16 ans : prise en charge dans la limite d'une attribution par an. Les indications médicales relatives à la prise en charge des lunettes ne sont pas définies. Verres : – forfait de 81.- pour les enfants < 16 ans.

Catégorie	Suisse	France
	<p><i>Limitation :</i> Sur OM, tous les groupes d'âge, en cas de modifications de la réfraction dues à une maladie, par ex¹⁸ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - cataracte; - diabète; - pathologies maculaires; - troubles du muscle oculomoteur; - amblyopie; - suites de la prise de médicaments; - nécessité après une opération (p. ex. cataracte, glaucome, amotio-retinae). <p>Cas spéciaux pour les lentilles de contact I : 300.- Tous les groupes d'âge, 1x/2 ans, par œil</p> <p><i>Limitation :</i> Sur OM, acuité améliorée de 2/10 par rapport aux lunettes. En cas de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - myopie > - 8,0; - hyperopie > + 6,0; - anisométrie dès 3 dioptries, en présence de troubles. <p>Cas spéciaux pour les lentilles de contact II, sans limitation de temps, par œil : 700.-</p> <p><i>Limitation :</i> Sur OM, en cas de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - astigmatisme irrégulier; - kératocône; - pathologie ou lésion de la cornée; - nécessité après une opération de la cornée; - défauts de l'iris. 	<p>Montures :</p> <ul style="list-style-type: none"> - forfait de 53.- pour les enfants < 16 ans, 5.- > 16 ans. Les fournisseurs sont tenus de mettre à disposition des enfants et adolescents < 16 ans des montures d'un prix inférieur ou égal au tarif de responsabilité fixé dans la nomenclature. <p>Remboursement des lentilles de contact - et des consultations médicales qui les accompagnent - seulement dans le cas de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - kératocône; - astigmatisme irrégulier; - myopie de l'ordre de 15 dioptries; - aphakie; - anisométrie à 3 dioptries non corrigible par lunette; - strabisme accommodatif. <p>Prise en charge sur la base d'un forfait annuel par œil appareillé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 92.- verres scléro-cornéens; - 69.- lentilles cornéennes.

¹⁸ Liste non exhaustive.

Catégorie	Suisse	France
	<p>Produits de nettoyage et de conservation des lentilles non remboursés.</p> <p>Remboursement partiel de loupes, lunettes télescopiques, appareil de lecture à l'écran, cannes pour aveugles, chiens pour aveugles, systèmes de lecture et d'écriture : seulement subsidiairement à l'assurance-invalidité.</p>	
Aides auditives	<p>Remboursement partiel subsidiairement à d'autres assurances sociales si la personne ne satisfait pas aux conditions d'assurance; dès lors, aux mêmes conditions qu'appliquerait l'assurance sociale correspondante : appareillage monaural ou binaural, y compris les piles, appareillage complexe selon liste détaillée dans la LAI. «Tinnitus-masker» : en cours d'évaluation.</p>	<p>Remboursés selon le Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - chez l'enfant < 16 ans, remboursement intégral de deux prothèses; - chez les adultes, remboursement partiel d'une seule prothèse, déduction faite de 350.-. <p>L'appareillage binaural (= livré en stéréophonie) n'est pris en charge que chez les enfants < 16 ans. Un forfait de 64.- est alloué (à tout âge) pour l'entretien et les réparations (y compris piles, accumulateurs, pièces détachées, main-d'œuvre), et il existe un tarif pour la fourniture supplémentaire d'autres pièces (écouteur, microphone, potentiomètre, vibreur à conduction osseuse, embout auriculaire).</p>
Prévention	<p>Remboursement partiel d'une vingtaine de prestations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8 examens de bonne santé et de développement de l'enfant de l'âge préscolaire; - Guthrie; - 1 examen gynécologique (y compris le PAP test) tous les 3 ans (1x/an les 2 premières années); - colonoscopie en cas de cancer du côlon familial; - examen de la peau en cas de risque élevé de mélanome familial; - max. 1 mammographie/an en cas de cancer de la mère, de la fille ou de la sœur et 1 mammographie/2 ans dès 50 ans; 	<ul style="list-style-type: none"> - examens de santé de l'enfant pris en charge sous forme de consultation de médecin et de pédiatre; - Guthrie fait à la maternité; - colonoscopie - droit commun; - examen de la peau : prise en charge sans aucune condition; - mammographie : prise en charge sans aucune condition;

Catégorie	Suisse	France
	<ul style="list-style-type: none"> - test HIV pour les nourrissons de mère contaminée et les personnes exposées; - vaccins et rappels (Di-Te-Per-Pol, ROR, Hib, grippe, HBV, HBIg) pour certaines indications précises; - prophylaxie à la vitamine K chez les nouveaux-nés; - prophylaxie du rachitisme par vitamine D chez les < 1 an; - ultrason des hanches entre 0 et 6 semaines. 	<p>HIV test à toute personne à qui cet examen est prescrit;</p> <ul style="list-style-type: none"> - les vaccinations prises en charge sont inscrites sur une liste positive depuis 1995 : coqueluche, diphtérie, hépatite B, infection à Haemophilus influenzae, infections à pneumocoques, oreillons, poliomyélite, rougeole, rubéole, tétanos, tuberculose. Les vaccins prévenant ces maladies sont inscrits sur la liste des médicaments remboursables. Pour la grippe prise en charge seulement pour les plus de 70 ans et pour les patients atteints de certaines maladies; - vitamine K : prise en charge sans aucune condition; - vitamine D : prise en charge sans aucune condition; - ultrason des hanches : prise en charge sans aucune condition
Soins à domicile, ambulatoires ou dispensés en établissement médico-social (EMS)	<p>Remboursement partiel de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - instructions et conseils (liste détaillée); - examens et soins (liste détaillée); - soins de base pour patients dépendants ou psychiatriques et psycho-gériatriques (liste détaillée). <p><u>Restrictions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la prescription ne peut dépasser 3 mois pour une maladie aiguë et 6 mois pour une maladie de longue durée (limite qui peut être dépassée par une nouvelle prescription); - les soins ne peuvent dépasser 60 heures/trimestre, sauf accord de l'assurance; - évaluation des soins requis avant le début des soins; - aide ménagère : non remboursée. 	<ul style="list-style-type: none"> - soins à domicile : soins médicaux et paramédicaux financés de façon forfaitaire ou dans le droit commun pour les personnes âgées sur prescription médicale; - aide ménagère non financée par l'assurance-maladie; - longs séjours pour personnes âgées dépendantes : remboursement d'un forfait soins à 64.- pour l'an 2000, le forfait hébergement restant à la charge de l'assuré ou du Conseil Général. Ce forfait correspond à 71.-. Pas de limite de durée, avec accord de la caisse-maladie. Financement de l'hébergement : assurance-maladie 32.5%, conseils généraux 9.3%, usagers 58.2%.

Catégorie	Suisse	France
Maternité	<p>Remboursement intégral, sans franchise ni quote-part, de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7 examens de contrôle lors d'une grossesse normale, davantage en cas de pathologie; 2 ultrasons, davantage en cas de pathologie; CTG prénatal en cas de grossesse à risque; - amniocentèse, prélèvement des villosités chorales chez les > 35 ans et les femmes plus jeunes à risque comparable; - 1 consultation post-partum entre la 6^{ème} et la 10^{ème} sem post-partum; - frais d'accouchement hospitalier ou ambulatoire (y compris à domicile); - soins à domicile remboursés; - aide à domicile non remboursée; - pas d'indemnité de maternité. <p><u>Remboursement des prestations des sages-femmes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 100.- de participation pour un cours collectif de préparation à l'accouchement dispensé par une sage-femme; - 3 séances de conseils en matière d'allaitement (par sage-femme ou infirmière spécialisée); - 6 sur les 7 examens de contrôle décrits ci-dessus peuvent être pratiqués par une sage-femme; - prestations sur prescription médicale en cas de grossesse pathologique; 	<ul style="list-style-type: none"> - exonération de toute participation aux frais à partir du 1^{er} jour du 5^{ème} mois de grossesse. Pas de distinction de prise en charge selon qu'il s'agisse de soins réalisés par une sage-femme ou par un médecin. - tous les examens réalisés sont pris en charge; - il n'y a qu'une formalité d'entente préalable pour que soient prises en charge plus d'une échographie par trimestre. Peu de refus; - amniocentèse et biopsie de trophoblaste >38 ans et pour certains risques comme anomalies chromosomiques parentales, antécédent de grossesse avec caryotype anormal, diagnostic de maladie liée au sexe, etc .; - toutes les consultations du post-partum estimées nécessaires par le médecin traitant; - visite à domicile par sage-femme en cas de sortie anticipée d'établissement après accouchement. Pas de contenu défini; - aide à domicile non remboursée; 8 séances de préparation à l'accouchement par sage-femme ou par médecin; - pas de prise en charge de séances de conseils en matière d'allaitement

Catégorie	Suisse	France
	<ul style="list-style-type: none"> – prescription (et non pas réalisation) d'un US de contrôle; – 1 CTG prénatal lors de grossesse à risque; – une consultation post-partum entre la 6^{ème} et la 10^{ème} sem post-partum; – instructions et conseils, examens et soins, soins de base (du même type que ceux réalisés par les soins à domicile), y compris rééducation du périnée, à condition qu'ils soient prodigués après un accouchement à domicile ou ambulatoire, ou encore après la sortie anticipée d'un hôpital ou d'une institution de soins semi-hospitaliers. 	
Balnéothérapie	Remboursement partiel de : <ul style="list-style-type: none"> – 10.-/j pendant max. 21 jours; – soins médicaux, physio, etc. <u>Restriction</u> : sur prescription médicale.	Rééducation en bassin ou en piscine prise en charge sur prescription médicale pour certaines atteintes. Remboursement partiel des honoraires médicaux et des frais de traitement dans les établissements thermaux (participation aux frais : voir hospitalisation), mais pas d'indemnités journalières (sauf recours à la caisse-maladie). La thalassothérapie en centre de remise en forme n'est pas prise en charge.
Transports	Remboursement partiel de : 50% des coûts de transports médicalement justifiés et impossibles à réaliser par des moyens privés ou publics. <u>Restrictions</u> : <ul style="list-style-type: none"> – max. 500.-/an; – transferts secondaires entre établissements de soins non remboursés (inclus dans le forfait d'hospitalisation). 	Prise en charge du transport couché (ambulance) et du transport assis lorsque les conditions médico-administratives sont remplies : entrée et sortie d'établissements de santé, affection de longue durée, urgence.
Sauvetage	Remboursement partiel de : 50% des coûts en Suisse. <u>Restriction</u> : max. 5'000.-/an.	Non pris en charge par l'assurance-maladie.

Catégorie	Suisse	France
Soins à l'étranger	Remboursement partiel de : <ul style="list-style-type: none"> - prestations qui ne peuvent être fournies en Suisse; - prestations d'urgence; - coûts d'un accouchement ayant eu lieu à l'étranger lorsqu'il constitue le seul moyen de procurer à l'enfant la nationalité de la mère ou du père, ou lorsque l'enfant serait apatride s'il était né en Suisse. <u>Restriction</u> : max. le double du tarif suisse. Pour les accouchements, max. le tarif suisse.	Sont pris en charge : <ul style="list-style-type: none"> - les soins inopinés réalisés à l'étranger sur la base du tarif français; - les soins programmés après avis du médecin-conseil national, s'ils ne peuvent être réalisés en France ou s'ils ne peuvent être réalisés en France dans des délais satisfaisants, alors qu'ils le seraient au sein de la communauté européenne. Prise en charge sur la base des frais engagés.
Participation aux coûts	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Franchise</i> : Montant fixé par le Conseil Fédéral, actuellement 230.-/an; possibilité pour l'assuré de choisir une franchise plus haute (jusqu'à un max. de 1'500.- par an), choix assorti d'une réduction correspondante de la prime mensuelle d'assurance. Libération de la franchise pour les mineurs, les prestations de maternité, la dialyse pour l'insuffisance rénale terminale. 2. <i>Quote-part</i> : Pour mineurs : 10%, mais max. 300.- par an; Pour adultes : 10%, mais max. 600.- par an; Plusieurs enfants d'une même famille paient ensemble au max. le montant de la franchise et de la quote-part dus par un adulte. 	Il n'existe pas de franchise forfaitaire, mais une participation aux frais pour chaque catégorie d'actes, dont on peut être exonéré dans certaines conditions médico-administratives.
Indemnité funéraire	Aucune.	Aucune.

2.2.2.7 Commentaire sur les prestations générales

Les renseignements obtenus pour la France sont de bonne qualité; ils émanent de sources autorisées et bien informées. Ils n'ont été que légèrement remaniés pour faciliter la comparaison.

En faisant abstraction de la participation aux frais des assurés, on constate à partir de la comparaison des prestations générales que sont couverts en Suisse et non en France essentiellement :

- les conseils nutritionnels prodigués par un diététicien indépendant
- l'ergothérapie pratiquée par un ergothérapeute indépendant
- la chiropratique
- les prestations de sauvetage.

A l'inverse, deux domaines paraissent mieux couverts en France :

- la médecine dentaire
- les montures de lunettes.

Il faut toutefois tenir compte dans la comparaison de l'importance de la participation aux frais. En moyenne, ceux-ci sont en effet plus élevés en France qu'en Suisse. Cela se voit particulièrement dans les domaines de la médecine ambulatoire, de l'hospitalisation, des médicaments, des analyses, de la physiothérapie, de la logopédie, de la prévention non liée à la maternité, ainsi que des quatre premiers mois de la grossesse. Il faut cependant signaler l'exemption en France de la participation aux frais pour les patients souffrant d'une des 30 affections définies comme "affections de longue durée" (hypertension artérielle sévère, diabète, SIDA, etc.) notamment dans la réadaptation, la logopédie et la psychothérapie, ainsi que la possibilité de réassurer la participation.

Selon le plan stratégique de la Caisse nationale d'assurance-maladie française, rendu public en juillet 1999¹⁹, plusieurs nouveautés pourraient intervenir prochainement. Ainsi, il est possible qu'à l'avenir les soins dentaires prophylactiques annuels soient remboursés intégralement chez les < 20 ans et les soins bisannuels partiellement chez les > 20 ans. Pour ceux qui ne se soumettraient pas à ces soins prophylactiques, les prothèses et l'ortho-dentisterie faciale ne seraient plus remboursées. De même, il est prévu de mieux rembourser les soins palliatifs à domicile, ainsi que de rembourser de manière préférentielle les assurés qui seraient d'accord d'adhérer à un réseau d'opticiens agréés.

2.2.3 Allemagne

2.2.3.1 Collaborations établies, sources et références

Ce chapitre a été préparé sur la base de renseignements de bonne qualité, obtenus grâce à plusieurs sources différentes :

- Kassenärztliche Bundesvereinigung, Köln:
Dr Heinrich Weichmann, Referent, Dr Andreas Köhler;
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Köln:
Dr Gerhard Brenner, Mitglied der Geschäftsführung, Maria Rita Meye;
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, Essen:
Dr Friedrich Kruse, Fachgebietsleiter Chirurgische/Orthopädische Versorgung, K. Wiltung;
- Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK)-Bundesverband, Bonn:
Dr Bernhard Egger, Dr Partsch;

¹⁹ Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés. Plan stratégique du 12 juillet 1999 : des soins de qualité pour tous. URL:<http://www.cnamts.fr/act/pst/sompst.htm>.

- Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK), Siegburg:
Paul Raffauf, Thomas Ballast, Hr. Materna;
- Deutsche Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf:
Dr Josef Düllings, Referent Finanzierung/Planung.

Références de base :

- Sozialgesetzbuch fünftes Buch: Gesetzliche Krankenversicherung, également disponible sur le site Internet: <http://www.rententips.de/gesetze/sgbv/index.html>.
- Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) mit den Vertragsgebührenordnungen, Stand 1.7.1997. Deutscher Ärzte-Verlag.
- Verträge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit Sozialversicherungs- und anderen Kostenträgern sowie Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, Stand Oktober 1998. Deutscher Ärzte-Verlag.

Des documents publiés²⁰ ont complété les informations obtenues par ces sources :

- ²⁰ Les références sont présentées par ordre chronologique et, à l'intérieur d'une même année, par ordre alphabétique :
- La réforme des systèmes de santé. Analyse comparée de 7 pays de l'OCDE. OCDE, Paris, 1992.
 - Feldbaum E, Hughesman H. Health care systems: cost containment versus quality. Financial Times Management Reports 1994.
 - La nouvelle assurance de soins de la République fédérale d'Allemagne. Sécurité sociale 1995;1:45-7.
 - Wysong JA, Abel T. Risk equalization, competition, and choice: A preliminary assessment of the 1993 German health reforms. Soz Präventivmed 1996;41:212-23.
 - Gesundheit in Deutschland. Bundesministerium für Gesundheit, Bonn, janvier 1997.
 - Kur-Wegweiser für das Arzt-Patienten-Gespräch: Kuren in Deutschland mit Abrechnungshilfen. Deutscher Bäderverband, Bonn, 1997.
 - Graf von der Schulenburg JM, Uber A. Current issues in German health care. Pharmacoeconomics 1997;12(5):517-23.
 - Hörgeräte und Batterien. Informationsblatt Nr. 27-11 vom 5.5.1997. Bundesministerium für Gesundheit.
 - Wahner-Roedler DL, Knuth P, Juchems RH. The German health care system. Mayo Clin Proc 1997;72(11):1061-8.
 - Schneider M, Beckmann M, Biene-Dietrich P, Gabanyi M, Hofman U, Köse et al. Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Übersicht 1997.
 - Brillen und Kontaktlinsen. Informationsblatt Nr. 27-10 vom 16.3.1998. Bundesministerium für Gesundheit.
 - Freeman R. Competition in context: the politics of health care reform in Europe. Int J Qual Health Care 1998;10(5):395-401.
 - Geraedts M. Do we really want managed care? Gesundheitswesen 1998; 60(8-9): 473-81.
 - Jost T. German health care reform: the next steps. J Health Polit Polic Law 1998;23(4):697-711.
 - Kamke K. The German health care system and health care reform. Health Policy 1998;43(2):171-94.
 - Scholte M, Doherty J: German health care system slow to change. Manag Care Q 1998;6(2):68-70.
 - Winkelhake O, Jürgen J. Risk equalization, competition and choice in Germany: A reply to Wysong and Abel. Soz Präventivmed 1998;43:3-4.
 - Wysong JA, Abel T. Competition and «cream skimming» in Germany: incentives and opportunities. Soz Präventivmed 1998;43(1):5-6.
 - Zweifel P. Managed care in Germany and Switzerland. Two approaches to a common problem. Pharmacoeconomics 1998;14 (Suppl 1):1-8.
 - Cooper-Mahkorn, D. German doctors strike against health budget cuts. BMJ 1999;318: 76.
 - Gesetzliche Krankenversicherung: Bald fällt die Klappe. Finanztest 9/99:78-85.
 - Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein. Gesundheitsreform 2000: Kabinettsentwurf. KVNO extra, September 1999.

2.2.3.2 Historique

- 1883 : première législation sur l'assurance-maladie (création du 1^{er} pilier) : le chancelier Otto von Bismarck jette les bases d'un système de santé dans lequel le financement est public mais les prestataires autonomes;
- 1884 : législation sur l'assurance-accidents (2^e pilier);
- 1889 : législation sur l'assurance-vieillesse et invalidité (3^e pilier, appelée aujourd'hui assurance-retraite);
- 1927 : législation sur l'assurance-chômage (4^e pilier);
- 1977 : introduction d'une enveloppe budgétaire ambulatoire globale, par laquelle les caisses-maladie paient les médecins constitués en associations. Certaines prestations sont exclues de la liste soumise à remboursement;
- 1986 : décision selon laquelle les dépenses d'exploitation des hôpitaux sont désormais financées par dotations budgétaires globales prospectives, les hôpitaux étant tenus de fonctionner dans de bonnes conditions de rentabilité. L'installation de nouveaux médecins est restreinte dans certaines zones et pour certaines spécialités;
- 1^{er} janvier 1989 :
entrée en vigueur de la *Gesundheitsreformgesetz*. Cette nouvelle loi est née de réformes destinées à encourager la concurrence et à augmenter la rentabilité. Les prestations préventives sont exclues de la palette des prestations et de nouvelles prestations (pour les personnes fonctionnellement dépendantes) sont ajoutées. Ces dernières seront bientôt remplacées par la loi sur l'assurance des soins (voir ci-dessous, 1994);
- 1989 : établissement d'une liste de produits pharmaceutiques non remboursables, publication des prix de médicaments comparables, encouragement à la prescription de médicaments génériques, contrôle des marges bénéficiaires des pharmaciens;
- octobre 90 :
après la réunification, le système de santé de la RDA (services de santé à la fois fournis et financés par les pouvoirs publics) est transformé pour l'harmoniser avec celui de la RFA;
- 1^{er} janvier 1993 :
entrée en vigueur de la *Gesundheitsstrukturgesetz*. Les coûts de la santé ne sont autorisés à croître que dans la mesure où ils sont compensés par une même croissance des cotisations. Il est introduit un taux fixe de médecins par nombre d'habitants, et les assurés sont autorisés à changer de caisse-maladie. Le système de paiement à l'acte est remplacé par un mélange entre paiement à la capitation et paiement par ensemble de services (*service complex payment*);
- 1994 : introduction d'une nouvelle assurance dite assurance de soins, destinée à couvrir le risque de dépendance fonctionnelle (5^e pilier);
- pour l'avenir :
d'autres réformes sont prévues, destinées à stabiliser la situation financière, en particulier en renforçant la responsabilité individuelle.

2.2.3.3 Organisation actuelle

Le système de sécurité sociale en Allemagne repose sur cinq grands piliers qui couvrent respectivement la maladie, les accidents, l'invalidité et le revenu de vieillesse, le chômage et enfin la dépendance en matière de soins. En ce qui concerne l'assurance-maladie, la réglementation des services de santé est partagée entre l'Etat, les Länder et l'administration locale. L'assurance-maladie est régie par la loi sur l'assurance-maladie (*Recht der gesetzlichen Krankenversicherung [GKV], Sozialgesetzbuch V*). C'est le

département n° 2 du ministère de la Santé (*Bundesministerium für Gesundheit*) qui est chargé des questions relatives à l'assurance-maladie.

Le système de santé se compose d'un ensemble d'organisations publiques et privées (caisses-maladie, professions soignantes, hôpitaux et autres prestataires) travaillant dans le cadre légal défini par l'Etat.

Les caisses-maladie régies par la loi, au nombre de 873 en 1995, assurent 90% de la population en 1997. Elles sont obligées par la loi de proposer un certain nombre de prestations qui se sont multipliées avec le temps; elles sont autorisées à proposer des prestations supplémentaires facultatives, et se livrent à une vive concurrence pour attirer les assurés volontaires (la majorité de la population étant couverte à titre obligatoire). L'assuré est libre de choisir son médecin et la caisse-maladie paie directement les prestataires pour les prestations fournies à ses membres (système du tiers-payant). Le reste de la population est assuré soit par des organisations d'utilité publique (diverses organisations de prévoyance sociale souvent liées à la profession : paysans, marins, mineurs...), soit par des assureurs privés. Il existe une cinquantaine d'assureurs privés à but essentiellement non lucratif. Leurs prestations doivent être au moins aussi généreuses que les prestations minimales servies par le régime obligatoire. Ils peuvent donc remplacer l'assurance de base; le plus souvent, toutefois, ils la complètent. Contrairement à ce qui se passe avec les caisses-maladie régies par la loi, l'assuré paie de sa poche les prestations, qui lui sont ensuite remboursées partiellement ou dans leur intégralité (système du tiers-garant).

Les soins ambulatoires et hospitaliers sont très séparés, la plupart des hôpitaux n'offrant pas de services de consultations externes. Les associations entre médecins se développent; les médecins touchent des honoraires plus élevés pour les patients privés. Ils sont organisés en associations qui reçoivent des caisses-maladie un montant forfaitaire prospectif. Les associations des médecins de caisse (*kassenärztliche Vereinigungen*) redistribuent ce montant aux médecins en fonction de leur activité et d'un barème d'honoraires (système de valeurs relatives ou points). Les tarifs sont négociés dans les limites d'un taux maximal de progression des dépenses qui vise à maintenir constants les taux de cotisation.

Les hôpitaux publics et les hôpitaux privés appartenant à des institutions religieuses emploient des médecins salariés. Ils reçoivent des caisses-maladie un forfait journalier incluant la rémunération des médecins. Les hôpitaux privés appartenant à des médecins emploient des médecins rémunérés à l'acte. Ils reçoivent des caisses un forfait journalier ne comprenant pas cette rémunération. Les maisons de repos et les résidences pour personnes âgées sont mises à disposition, en dehors du système d'assurance obligatoire, par des collectivités locales et des organisations bénévoles.

2.2.3.4 Financement

Le financement des services de santé dépend pour une petite partie de subsides fédéraux, mais est principalement assuré par des cotisations perçues sur les salaires. Ces cotisations sont proportionnelles au revenu, avec un plafond; elles sont payées à parts égales par l'employé et par l'employeur. Le montant des cotisations est fixé par les caisses-maladie et correspondait en 1995 à 13.2% du salaire brut. Les enfants et le (la) conjoint(e) de la personne assurée sont automatiquement inclus dans l'assurance et ne paient pas de cotisations, sauf s'ils exercent eux-mêmes une activité soumise à assurance obligatoire ou si leur revenu personnel est élevé. Les membres des forces armées et de la police reçoivent des soins gratuits. Une caisse de sécurité sociale finance les cotisations des chômeurs, des pensionnés d'Etat et des personnes handicapées.

Comme mentionné plus haut, les dépenses d'exploitation des hôpitaux sont financées par les caisses-maladie et les assureurs privés, mais leurs dépenses d'investissement sont financées par les gouvernements des Länder. Les maisons de repos et les résidences pour personnes âgées sont financées par des paiements privés faisant souvent l'objet de prestations d'aide sociale.

Finalement, les prestations couvertes par l'assurance des soins sont financées, depuis le 1^{er} janvier 1995, par un taux uniforme de 1% perçu sur les recettes sujettes à cotisation (salaire brut des employés). Depuis le 1^{er} juillet 1996, ce taux a été relevé à 1.7% pour les prestations de soins en

institutions. Les cotisations sont payées à parts égales par les employeurs et les employés (décision assortie de la suppression d'un jour férié).

2.2.3.5 Description du «catalogue» des prestations

Un «catalogue» des prestations existe en Allemagne, mais, à l'instar du «catalogue» suisse, il est à la fois implicite et explicite. En effet, la loi sur l'assurance-maladie (*gesetzliche Krankenversicherung, GKV*) reste générale dans bon nombre de domaines. D'autres sources²¹ nous ont permis de préciser le remboursement de certaines prestations, mais il est très fastidieux de se faire une image précise et exhaustive du «catalogue». Les prestations hospitalières, en particulier, peuvent toutes être prises en charge dans le cadre du budget global. De plus, la loi accorde expressément une marge de manœuvre aux caisses-maladie dans les domaines des cures, des soins à domicile et de l'aide à domicile. Certaines prestations figurent sur une liste négative. Il s'agit en particulier de médicaments (pour lesquels il n'existe pas de liste positive), ainsi que d'une vingtaine de prestations-limites, examinées par une commission fédérale regroupant médecins et assureurs.

2.2.3.6 Tableau comparatif des prestations générales

Le tableau ci-après compare les prestations générales remboursées par l'assurance-maladie sociale en Suisse et en Allemagne. Le «catalogue» des prestations des deux pays a été arbitrairement subdivisé en 24 catégories, afin de faciliter la comparaison. La colonne de gauche, concernant la Suisse, est reproduite de manière identique dans le chapitre consacré à chacun des cinq autres pays.

Dans ce tableau, le terme «participation» est réservé à la part des frais qui est à la charge de l'assuré, alors que «contribution» et «remboursement» désignent la part qui est payée par l'assurance-maladie.

Pour une meilleure lisibilité, les montants exprimés dans la colonne de droite ont été convertis de deutsche mark en francs suisses d'après le taux de change approximatif de : DM 100.- ~ CHF 80.- (mai 2000).

²¹ Voir «Collaborations établies, sources et références».

Catégorie	Suisse	Allemagne
Médecins	La quasi totalité des actes et services médicaux est remboursée, après déduction de la franchise et de la quote-part de 10% (voir catégorie Participation aux frais), sur le principe de la confiance et ne figure donc sur aucune liste. Certaines prestations remboursées sont toutefois explicitées (prévention, maternité, psychothérapie, analyses et médicaments : voir ci-dessous). D'autres, particulièrement controversées (160 env.), ont fait - et peuvent faire en tout temps - l'objet d'une étude approfondie en termes d'efficacité, d'économicité et d'adéquation par une commission fédérale. La liste de ces prestations figure dans une ordonnance accompagnant la loi (voir annexe 1 de l'OPAS).	Tous les actes médicaux (y compris les méthodes d'examen et de traitement modernes et scientifiquement reconnues) sont entièrement remboursés, pour autant que le traitement soit nécessaire pour diagnostiquer ou guérir une maladie, pour éviter une aggravation ou soulager le patient. Pas de limite de durée. Libre choix du médecin. Pas de participation aux frais lors de consultations médicales (auprès de généralistes et spécialistes).
Hospitalisation	Remboursement partiel ²² , sans limite de durée. <u>Restrictions</u> : – participation aux coûts de 10.-/j (sauf maternité et assurés vivant en ménage commun avec au moins une personne de leur famille), en plus de la franchise et de la quote-part de 10%; – l'établissement de soins doit être reconnu et figurer sur la liste de planification hospitalière cantonale; – hospitalisation hors-canton : sauf cas d'urgence et d'absence d'équipement adéquat dans le canton de domicile, la différence entre le prix facturé et les tarifs applicables par l'hôpital aux résidents du canton de domicile est à la charge de l'assuré.	Remboursement intégral ²³ , y compris dans des cliniques spécialisées, sans limite de durée. L'hébergement (pour des raisons médicales) d'un proche aux côtés d'un patient hospitalisé est remboursé.
Médicaments	Remboursement partiel, sans limite de durée, de certains vaccins (voir catégorie Prévention) et de tous les médicaments (environ 3'000) figurant sur : – liste des médicaments avec tarif (LMT) : constituants de préparation magistrales, récipients, mais aussi prestations des pharmaciens;	Remboursement intégral seulement pour les enfants < 18 ans et les assurés aux moyens modestes. Sinon, participation aux frais variant de CHF ~6.40 à 8.- selon la taille de l'emballage. Médicaments phytothérapeutiques, homéopathiques et de la médecine anthroposophe remboursés.

²² Pour toutes les mentions Remboursement partiel, se référer à la catégorie Participation aux frais.

²³ La participation aux frais de DM 20.-/jour a été récemment supprimée.

Catégorie	Suisse	Allemagne
	<p>– liste des spécialités (LS) : préparations pharmaceutiques et médicaments confectionnés.</p> <p>Existence d'une Liste négative (LN) officielle, qui contient les médicaments non pris en charge, même pas par les assurances complémentaires.</p> <p>Prise en charge provisoire, en attendant des critères d'évaluation des médicaments : spécialités de la médecine complémentaire (phytothérapie, homéopathie, médecine anthroposophique).</p> <p><u>Restrictions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> – le remboursement de certains médicaments est limité à des indications précises et à une quantité fixe par unité de temps; – critères d'admission dans la LS : besoin d'ordre médical, valeur thérapeutique, fiabilité et caractère économique prouvés; – le pharmacien peut délivrer un générique en lieu et place de l'original si le médecin le note sur l'ordonnance. Le délai de protection des préparations originales a été ramené de 30 à 15 ans dans la nouvelle loi; – ne sont (entre autres) pas remboursés : les contraceptifs oraux, sauf maladie, les anorexigènes, les régimes, les fortifiants, les médicaments contre la chute de cheveux et les mucolytiques; – sont (entre autres) remboursés : médicaments veineux, vasopresseurs, stimulants cardiaques, vasodilatateurs périphériques, activateurs de la fonction cérébrale (nootropes), minéraux et vitamines. 	<p><u>Restrictions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> – médicaments remboursés seulement pour les < 18 ans : médicaments contre les refroidissements et les états grippaux (antitussifs, topiques nasaux), médicaments de la sphère bucco-pharyngée²⁴, laxatifs, médicaments contre le mal de voyage, anticonceptionnels²⁵ (pilule, pessaire et pilule du lendemain exclusivement); – médicaments non remboursés en raison de leur composition²⁶ : analgésiques+vitamines ou caféine, antiarythmiques combinés, anti-inflammatoires+vitamines, corticoïdes combinés (sauf en application topique et en infiltration locale, ainsi que les produits ophtalmologiques combinant stéroïdes et antibiotiques ou antifongiques), antitussifs + expectorants, régulateurs de la flore intestinale (sauf Saccharomyces boulardii); – médicaments non remboursés en raison de leur caractère non économique : médicaments à but de perte pondérale, anabolisants, combinaisons antianémiques, antihistaminiques à application cutanée, préparations enzymatiques, nootropes, antihémorroïdaires oraux et locaux, produits cosmétiques, combinaisons antimigraineuses; – certains médicaments ne sont remboursés que dans certaines indications précises.

²⁴ Sauf en cas de maladie fongique.

²⁵ Remboursement intégral < 18 ans, partiel entre 18 et 20 ans, nul > 20 ans.

²⁶ Médicaments contenant des substances inutiles ou médicaments dont la sécurité n'est pas garantie en raison de leurs nombreux composants.

Catégorie	Suisse	Allemagne
Analyses	<p>Remboursement partiel des analyses figurant dans une liste positive (Liste des analyses, LAna).</p> <p><u>Restrictions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> – certaines analyses ne sont prises en charge que si elles sont pratiquées par certains prestataires qualifiés et reconnus, parfois après accord du médecin-conseil de l'assurance; – les analyses effectuées dans le cadre des soins de base (cabinet médical, pharmacie) font l'objet d'une liste restreinte détaillée, de même que les analyses effectuées par des médecins spécialistes, pour lesquels la liste est élargie; – les chiropraticiens ne peuvent confier à la charge de l'assurance que 28 analyses à des laboratoires; – les sages-femmes ne peuvent confier à la charge de l'assurance que 13 analyses à des laboratoires reconnus. 	<p>Remboursement intégral.</p> <p><u>Restrictions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> – un médecin ne peut facturer des analyses que pour un certain montant, dépendant de sa spécialité. Les maladies suivantes ne sont pas touchées par le budget global : mucoviscidose, insuffisance rénale chronique, maladies nécessitant un traitement cytostatique ou une radiothérapie, suites de traitement après une greffe, infection HIV, diabète insulino-dépendant, polyarthrite rhumatoïde et collagénose traitée par traitement de fond; – ni les chiropraticiens, ni les sage-femmes ne peuvent prescrire d'analyses.
Soins dentaires	<p>Remboursement partiel des soins dentaires s'ils sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> – occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication; – occasionnés par une maladie grave autre ou ses séquelles; – nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles; – occasionnés par un accident, dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge. <p>La liste exhaustive détaillée figure dans l'OPAS.</p>	<p>Remboursement intégral de soins prophylactiques bisannuels chez les enfants < 18 ans.</p> <p>Remboursement partiel des traitements dentaires, comprenant les prestations du dentiste et du technicien dentaire. La participation aux frais est de 50%, voire 35 à 40% si l'assuré peut prouver une bonne prophylaxie²⁷.</p> <p>Remboursement partiel des traitements orthodontiques chez les enfants < 18 ans. La participation aux frais est de 20% pour le premier enfant d'une famille et de 10% pour les suivants.</p> <p>Remboursement des traitements orthodontiques chez les adultes seulement dans certaines indications.</p>

²⁷ Participation aux frais de 40% s'il y a eu consultation prophylactique régulière d'un dentiste (2x/an < 18 ans et 1x/an > 18 ans), participation aux frais de 35% si les consultations prophylactiques ont eu lieu depuis au moins 10 ans.

Catégorie	Suisse	Allemagne
Conseils nutritionnels	<p>Remboursement partiel, sur prescription médicale, des conseils diététiques prodigués par des diététiciens aux assurés souffrant de :</p> <ul style="list-style-type: none"> – troubles du métabolisme²⁸; – obésité (BMI > 30) et affections qui découlent de la surcharge pondérale ou qui y sont associées; – maladies cardio-vasculaires; – maladies du système digestif; – maladies des reins; – états de malnutrition ou de dénutrition; – allergies alimentaires ou réactions allergiques dues à l'alimentation. <p><u>Restriction :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – max. 6 séances renouvelables 1 fois. Au-delà de 12 séances, accord du médecin-conseil de l'assurance nécessaire. 	<p>Non remboursés, sauf en tant que prestation hospitalière, incluse dans le forfait, ou en tant que prestation bénévole de certaines caisses.</p>
Physiothérapie	<p>Remboursement partiel :</p> <ul style="list-style-type: none"> – rayons UV; – rayons colorés et infrarouges; – air chaud; – ondes courtes; – radar (micro-ondes); – diathermie (ondes longues); – aérosols; – massages manuels et kinésithérapie (massage musculaire, local ou général, du tissu conjonctif et réflexogène; gymnastique médicale; gymnastique d'après Bobath ou Kabath; gymnastique 	<p>Remboursement intégral de la plupart des prestations de physiothérapie chez les enfants < 18 ans, y compris le PNF (Proprioceptive Neuro Facilitation) et la thérapie manuelle. Pour les adultes, participation aux frais de 15%.</p> <p><u>Restrictions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – non remboursés : massage musculaire général, hippothérapie-K; – max. 6 séances/prescription (limite qui peut être dépassée par une nouvelle prescription).

²⁸ Le conseil aux diabétiques, prodigué sur OM par des infirmières reconnues et spécialement formées, comprenant les conseils et instructions sur tous les aspects des soins nécessaires au traitement de la maladie, est remboursé à raison de 10 séances renouvelables 1 fois, mais au max. 20 séances/an.

Catégorie	Suisse	Allemagne
	<p>de groupe; extension vertébrale; drainage lymphatique pour traitement des oedèmes lymphatiques; hippothérapie-K pour le traitement de la sclérose en plaques);</p> <ul style="list-style-type: none"> - ultrasons; - électrothérapie (galvanisation, iontophorèse; faradisation); - hydrothérapie (enveloppements et compresses; fango, boue et paraffine; douches médicales; bains médicinaux; bains électriques; massage au jet; massage sous l'eau; bains hyperthermiques). <p><u>Restriction</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - max. 12 séances/3 mois (limite qui peut être dépassée par une nouvelle prescription). 	
Ergothérapie	<p>Remboursement partiel dans les affections somatiques et psychiatriques, pour autant qu'elle procure à l'assuré, en cas d'affection somatique, l'autonomie dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie. Les indications ne sont pas précisées en détail dans la loi.</p> <p><u>Restriction</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - max. 12 séances par prescription et par 3 mois (limite qui peut être dépassée par une nouvelle prescription). 	<p>Remboursement intégral des traitements individuels ou en groupe, en ambulatoire (au cabinet de l'ergothérapeute ou au domicile du patient) ou en séjour de cure thermale.</p> <p><u>Restriction</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - max. 10 séances, sur prescription médicale.
Chiropraticiens	<p>Comme pour les médecins, les actes des chiropraticiens ne font pas l'objet d'une liste positive. Toutefois, ces derniers ne peuvent prescrire à charge de l'assurance que certaines analyses (cf Analyses), certains médicaments (analgésiques, préparations anti-inflammatoires percutanées, préparations pour bains et cataplasmes) et appareils (minerve, matériel de pansement exclusivement utilisé pour la colonne vertébrale).</p>	<p>Spécialité non reconnue et non remboursée, sauf si elle est pratiquée par un chirurgien orthopédiste avec formation complémentaire en chirothérapie.</p>

Catégorie	Suisse	Allemagne
Logopédie	<p>Remboursement partiel (voir chapitre “participation aux frais”), sur prescription médicale, pour les affections ayant une des causes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> – atteinte cérébrale organique (infection, traumatisme, post-opératoire, intoxication, tumeur, troubles vasculaires); – affections phoniatriques. <p><u>Restriction :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – max. 12 séances/prescription et par 3 mois (limite qui peut être dépassée par une nouvelle prescription) et max. 60 séances par an (limite qui peut être dépassée après accord du médecin-conseil). 	<p>Remboursement partiel, dans plusieurs indications, avec participation aux frais de 15%.</p> <p><u>Restriction :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – max. 10 séances/prescription (limite qui peut être dépassée par une nouvelle prescription).
Psychothérapie	<p>Remboursement partiel de la psychothérapie pratiquée par des médecins seulement; exceptionnellement, un psychothérapeute non médecin peut être remboursé s’il pratique au cabinet du médecin responsable et que sa prestation est facturée au nom du médecin²⁹.</p> <p><u>Restrictions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – non remboursées : psychothérapie en vue de la découverte ou de la réalisation de soi-même, de la maturation de la personnalité ou dans tout autre but que le traitement de la maladie; psychothérapie appliquée avec d’autres méthodes que celles des institutions reconnues; – max. 2 séances/sem (1h) pendant les 3 premières années, 1 h/sem pendant les 3 années suivantes et 1 h/2 sem par la suite; – au-delà de 60 h/2 ans, accord du médecin-conseil nécessaire. 	<p>Remboursement intégral de la psychothérapie, individuelle ou en groupe, pratiquée par des médecins ou des psychologues non médecins³⁰.</p> <p>Remboursement intégral de prestations psychosociales, psychologiques et pédagogiques, à but diagnostique et thérapeutique, chez des enfants.</p> <p><u>Restrictions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – max. 25 séances (limite qui peut être dépassée avec l’accord de la caisse-maladie); – max. 2 séances/jour.

²⁹ D’après la jurisprudence du TFA (Tribunal fédéral des assurances).

³⁰ Pour autant que la maladie ait été confirmée par un médecin, que le traitement soit médicalement nécessaire, approprié et économique, et que la caisse ait donné son accord avant le début du traitement. Une participation aux frais de la psychothérapie non médicale, prévue à hauteur de 10%, n’a finalement pas été instaurée par le nouveau gouvernement.

Catégorie	Suisse	Allemagne
Réadaptation et rééducation fonctionnelles	<p>Remboursement partiel :</p> <ul style="list-style-type: none"> – des mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin (celles-ci comprennent, outre les prestations médicales, les mêmes soins que ceux pratiqués par les infirmiers à domicile : instructions et conseils, examens et soins, soins de base); – des mesures thérapeutiques en cas d'infirmité congénitale, dès que l'assuré atteint l'âge auquel cesse le droit aux prestations de l'AI. 	<p>Remboursement intégral de mesures médicales de réadaptation ambulatoire, au besoin dans un centre de réadaptation³¹. Participation aux frais de médicaments, de moyens et appareils à hauteur de 15%. Contribution de 12.-/jour pour les frais d'hébergement. Remboursement partiel ou intégral de cures pour mères venant d'accoucher³². Remboursement partiel du sport de réadaptation.</p> <p><u>Restriction</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> – max. 3 semaines/4 ans (sauf exceptions en raison de maladie).
Moyens et appareils	<p>Remboursement partiel de tous les moyens et appareils figurant dans la LiMA, liste positive très détaillée ne comprenant toutefois pas les appareils implantés dans le corps (ex : implant cochléaire, dont la couverture est précisée dans l'annexe 1 de l'OPAS). Deux exemples de cette liste sont illustrés ci-dessous : aides visuelles et auditives. Certains moyens et appareils sont pris en charge par d'autres assurances du système de sécurité sociale (assurances vieillesse et invalidité) : fauteuil roulant, appareils acoustiques, perruques post-chimiothérapie, etc.</p>	<p>Remboursement intégral ou partiel de tous les moyens et appareils mentionnés dans une liste très complète. Participation aux frais variables (aucune pour les lentilles de contact médicalement nécessaires, 20% pour les bandages, semelles orthopédiques et moyens de compression, par exemple; beaucoup d'articles sont remboursés jusqu'à concurrence d'un certain montant, correspondant au tarif négocié pour l'article efficace le moins cher pour une situation donnée).</p> <p>En plus de la liste suisse, la liste allemande contient les moyens et appareils suivants : aides adaptatives, aides pour le bain, moyens auxiliaires pour personnes aveugles, appareils de stimulation électrique, moyens de lutte contre les escarres, moyens de communication, véhicules pour patients, moyens auxiliaires de positionnement, aides à la mobilité, aides aux positions assise et debout, moyens auxiliaires pour la parole, aides pour la toilette.</p>

³¹ Remboursement des frais de réadaptation hospitalière pour les personnes actives par d'autres branches de l'assurance sociale.

³² Prestation bénévole des caisses, prévue par la loi. La plupart d'entre elles remboursent la totalité des frais, moins CHF ~13.60/jour les deux premières semaines.

Catégorie	Suisse	Allemagne
Aides visuelles	<p>Verres de lunettes/lentilles de contact :</p> <ul style="list-style-type: none"> – jusqu'à 18 ans révolus, 1x/an : 200.- – dès 19 ans, 1x/5 ans : 200.- <p><i>Limitation</i> : OM pour les premières lunettes ou lentilles de contact.</p> <p>Verres de lunettes, lentilles de contact ou verres protecteurs : 200.-</p> <ul style="list-style-type: none"> – 1x/an, par œil <p><i>Limitation</i> :</p> <p>Sur OM, tous les groupes d'âge, en cas de modifications de la réfraction dues à une maladie, par ex³³ :</p> <ul style="list-style-type: none"> – cataracte; – diabète; – pathologies maculaires; – troubles du muscle oculomoteur; – amblyopie; – suites de la prise de médicaments; – nécessité après une opération (p. ex. cataracte, glaucome, amotio-retinae). <p>Cas spéciaux pour les lentilles de contact I : 300.-</p> <p>Tous les groupes d'âge, 1x/2 ans, par œil</p> <p><i>Limitation</i> :</p> <p>Sur OM, acuité améliorée de 2/10 par rapport aux lunettes.</p> <p>En cas de :</p> <ul style="list-style-type: none"> – myopie > -8,0; – hyperopie > +6,0; – anisométrie dès 3 dioptries, en présence de troubles. 	<p>Verres de lunettes³⁴/lentilles de contact³⁵ :</p> <ul style="list-style-type: none"> – < 14 ans : aussi souvent que nécessaire; – > 14 ans : en cas d'augmentation de 0.5 dioptries. <p>Remboursement sans limite de fréquence de toutes les indications reconnues en Suisse. Ne sont pas remboursés : verres phototropes, trifocaux, lunettes sportives (sauf dans le cadre du sport scolaire), deuxième paire de lunettes.</p>

³³ Liste non exhaustive.

³⁴ Depuis 1997, l'assuré paie la totalité des frais de la monture.

³⁵ Seulement si les lentilles sont médicalement nécessaires. Dans ce cas, l'assurance rembourse en plus une paire de lunettes. Sinon, l'assurance rembourse le montant prévu pour des lunettes.

Catégorie	Suisse	Allemagne
	<p>Cas spéciaux pour les lentilles de contact II, sans limitation de temps, par œil : 700.-</p> <p><i>Limitation :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sur OM, en cas de : - astigmatisme irrégulier; - kératocône; - pathologie ou lésion de la cornée; - nécessité après une opération de la cornée; - défauts de l'iris. <p>Produits de nettoyage et de conservation des lentilles non remboursés.</p> <p>Remboursement partiel de loupes, lunettes télescopiques, appareil de lecture à l'écran, cannes pour aveugles, chiens pour aveugles, systèmes de lecture et d'écriture : seulement subsidiairement à l'assurance invalidité.</p>	<p>Produits de nettoyage et de conservation des lentilles non remboursés.</p> <p>Remboursement de loupes, lunettes télescopiques, appareil de lecture à l'écran, cannes pour aveugles, chiens pour aveugles, systèmes de lecture et d'écriture.</p>
Aides auditives	<p>Remboursement partiel subsidiairement à d'autres assurances sociales si la personne ne satisfait pas aux conditions d'assurance; dès lors, aux mêmes conditions qu'appliquerait l'assurance sociale correspondante : appareillage monaural ou binaural, y compris les piles, appareillage complexe selon liste détaillée dans la LAI.</p> <p>«Tinnitus-masker» : en cours d'évaluation.</p>	<p>Remboursement intégral de l'appareillage monaural ou binaural, sans les piles³⁶. Des appareils complexes sont également remboursés, après accord de la caisse.</p> <p>En cas de tinnitus, remboursement d'un appareil acoustique, éventuellement combiné à un «tinnitus-masker».</p>

³⁶ Les moyens et appareils à prix très bas (par ex. les piles pour appareil acoustique) ne sont plus remboursés depuis 1990.

Catégorie	Suisse	Allemagne
Prévention	<p>Remboursement partiel d'une vingtaine de prestations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8 examens de bonne santé et de développement de l'enfant de l'âge préscolaire; - Guthrie; - 1 examen gynécologique (y compris le PAP test) tous les 3 ans (1x/an les 2 premières années); - colonoscopie en cas de cancer du côlon familial; - examen de la peau en cas de risque élevé de mélanome familial; - max. 1 mammographie/an en cas de cancer de la mère, de la fille ou de la sœur et 1 mammographie/2 ans dès 50 ans; - test HIV pour les nourrissons de mère contaminée et les personnes exposées; - vaccins et rappels (Di-Te-Per-Pol, ROR, Hib, grippe, HBV, HBIg) pour certaines indications précises; - prophylaxie à la vitamine K chez les nouveaux-nés; - prophylaxie du rachitisme par vitamine D chez les < 1 an; - ultrason des hanches entre 0 et 6 semaines. 	<p>Remboursement intégral de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dépistage de maladies cardio-vasculaires et rénales, ainsi que du diabète chez les > 35 ans : 1x/2 ans; - 9 examens de bonne santé de l'enfant de l'âge préscolaire (< 6 ans) et 1 examen après 10 ans; - Guthrie; - dosage de la TSH dans le dépistage de l'hypothyroïdie congénitale; - 1 examen gynécologique/an dès l'âge de 20 ans, compris dans le dépistage du cancer, 1 examen de dépistage du cancer/an chez l'homme dès l'âge de 45 ans (y compris recherche de sang dans les selles); - tous les vaccins pour enfants; pour les adultes (> 18 ans), seulement comme vaccination post-expositionnelle ou alors comme prestation bénévole des caisses; - prophylaxie du rachitisme par la vitamine D; - prophylaxie de la carie dentaire au fluor; - ultrason des hanches entre 4 et 6 semaines (après accord de la caisse). <p>Remboursement de mesures médicales de prévention ambulatoire, au besoin dans un centre de prévention. Participation aux frais de médicaments, de moyens et appareils à hauteur de 15%.</p> <p>Remboursement partiel ou intégral de cures préventives pour mères venant d'accoucher³⁷.</p> <p><u>Restriction</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - max. 3 semaines/4 ans (sauf exceptions en raison de maladie).

³⁷ Prestation bénévole des caisses, prévue par la loi. La plupart d'entre elles remboursent la totalité des frais, moins DM 17.-/jour (CHF ~13.60) les deux premières semaines.

Catégorie	Suisse	Allemagne
Soins à domicile, ambulatoires ou dispensés en établissement médico-social (EMS)	Remboursement partiel de : <ul style="list-style-type: none"> – instructions et conseils (liste détaillée); – examens et soins (liste détaillée); – soins de base pour patients dépendants ou psychiatriques et psycho-gériatriques (liste détaillée). <p><u>Restrictions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – la prescription ne peut dépasser 3 mois pour une maladie aiguë et 6 mois pour une maladie de longue durée (limite qui peut être dépassée par une nouvelle prescription); – les soins ne peuvent dépasser 60 heures/trimestre, sauf accord de l'assurance; – évaluation des soins requis avant le début des soins; – aide ménagère : non remboursée. 	Remboursement intégral de : <ul style="list-style-type: none"> – soins infirmiers à domicile : injections, lavements, cathétérismes. <p><u>Restriction :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – max. 4 semaines (limite qui peut être dépassée si nécessaire); – soins de base : remboursement le plus souvent partiel et seulement comme prestation bénévole des caisses; – aide à domicile. <p><u>Restriction :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – seulement s'il n'y a pas de proche vivant dans le même ménage capable d'assumer cette tâche et s'il y a sous le même toit un enfant de < 12 ans ou un enfant handicapé. La plupart des caisses remboursent plus largement l'aide à domicile, en tant que prestation bénévole. La durée de la prise en charge est variable, allant de 4 à 52 semaines, parfois même illimitée. Nombre d'heures allant de 3 à 8 heures/jour selon les caisses. <p>Depuis 1994, frais de maladies chroniques et gériatriques remboursés par l'assurance-dépendance : soins à domicile ou allocation dépendance, aide à domicile, suppléance pour soins, soins avec hébergement partiel en centre, soins de courte durée en centre de jour ou de nuit, soins en établissement avec assistance sociale.</p>
Maternité	Remboursement intégral, sans franchise ni quote-part, de : <ul style="list-style-type: none"> – 7 examens de contrôle lors d'une grossesse normale, davantage en cas de pathologie; – 2 ultrasons, davantage en cas de pathologie; – CTG prénatal en cas de grossesse à risque; <ul style="list-style-type: none"> – amniocentèse, prélèvement des villosités choriales chez les > 35 ans et les femmes plus jeunes à risque comparable; – 1 consultation post-partum entre la 6^{ème} et la 10^{ème} sem post-partum; 	Remboursement intégral de : <ul style="list-style-type: none"> – examens de contrôle nécessaires pendant la grossesse et l'accouchement (nombre non précisé); – 1 ultrason, davantage en cas de pathologie; – CTG prénatal selon les directives professionnelles, exceptionnellement avant 28 semaines; – amniocentèse, prélèvement de sang du cordon, prélèvement des villosités choriales, amnioscopie; – 1 consultation post-partum à la 1^{ère} sem ou entre la 6^{ème} et la 8^{ème} sem post-partum;

Catégorie	Suisse	Allemagne
	<ul style="list-style-type: none"> – frais d'accouchement hospitalier ou ambulatoire (y compris à domicile); – soins à domicile remboursés; – aide à domicile non remboursée; – pas d'indemnité de maternité. <u>Remboursement des prestations des sages-femmes :</u> – 100.- de participation pour un cours collectif de préparation à l'accouchement dispensé par une sage-femme; – 3 séances de conseils en matière d'allaitement (par sage-femme ou infirmière spécialisée); – 6 sur les 7 examens de contrôle décrits ci-dessus peuvent être pratiqués par une sage-femme; – prestations sur prescription médicale en cas de grossesse pathologique; – prescription (et non pas réalisation) d'un US de contrôle; – 1 CTG prénatal lors de grossesse à risque; – une consultation post-partum entre la 6^{ème} et la 10^{ème} sem post-partum; – instructions et conseils, examens et soins, soins de base (du même type que ceux réalisés par les soins à domicile), y compris rééducation du périnée, à condition qu'ils soient prodigués après un accouchement à domicile ou ambulatoire, ou encore après la sortie anticipée d'un hôpital ou d'une institution de soins semi-hospitaliers. 	<ul style="list-style-type: none"> – frais d'accouchement hospitalier ou ambulatoire (y compris à domicile); – soins à domicile remboursés pour autant qu'il n'y ait pas de proche vivant dans le même ménage capable d'assumer cette tâche; – aide à domicile remboursée pour autant qu'il n'y ait pas de proche vivant dans le même ménage capable d'assumer cette tâche; – indemnité de maternité de 6 sem avant à 8 sem après l'accouchement (12 en cas d'accouchement prématuré ou de grossesse multiple), max. 20.-/jour.

Catégorie	Suisse	Allemagne
Balnéothérapie	Remboursement partiel de : – 10.-/j pendant max. 21 jours; – soins médicaux, physio, etc. <u>Restriction</u> : sur prescription médicale.	Remboursement intégral en tant que cure, voir Réadaptation et Prévention. Frais d'hébergement non remboursés, sauf parfois contribution de 12.-/jour.
Transports	Remboursement partiel de : 50% des coûts de transports médicalement justifiés et impossibles à réaliser par des moyens privés ou publics. <u>Restrictions</u> : – max. 500.-/an; – transferts secondaires entre établissements de soins non remboursés (inclus dans le forfait d'hospitalisation).	Remboursement partiel des transports médicalement indiqués. Participation aux frais de 20.-/trajet.
Sauvetage	Remboursement partiel de : 50% des coûts en Suisse. <u>Restriction</u> : – max. 5'000.-/an.	Remboursement partiel des sauvetages médicalement indiqués. Participation aux frais de 20.-/sauvetage.
Soins à l'étranger	Remboursement partiel de : – prestations qui ne peuvent être fournies en Suisse; – prestations d'urgence; – coûts d'un accouchement ayant eu lieu à l'étranger lorsqu'il constitue le seul moyen de procurer à l'enfant la nationalité de la mère ou du père, ou lorsque l'enfant serait apatride s'il était né en Suisse. <u>Restriction</u> : – max. le double du tarif suisse. Pour les accouchements, max. le tarif suisse.	Remboursement partiel ou intégral d'un traitement électif qui ne peut se faire qu'à l'étranger, ainsi que d'un traitement d'urgence, pour autant qu'il ait lieu dans un pays de l'Union Européenne ou dans un pays avec lequel ont été signés des accords bilatéraux. Les frais médicaux d'autres pays ne sont remboursés que pendant 6 sem/année et jusqu'à concurrence du montant qu'aurait coûté le traitement en Allemagne.

Catégorie	Suisse	Allemagne
Participation aux coûts	<p>1. <i>Franchise</i> :</p> <p>Montant fixé par le Conseil Fédéral, actuellement 230.-/an; possibilité pour l'assuré de choisir une franchise plus haute (jusqu'à un max. de 1'500.- par an), choix assorti d'une réduction correspondante de la prime mensuelle d'assurance. Libération de la franchise pour les mineurs, les prestations de maternité, la dialyse pour l'insuffisance rénale terminale.</p> <p>2. <i>Quote-part</i> :</p> <p>Pour mineurs : 10%, mais max. 300.- par an; Pour adultes : 10%, mais max. 600.- par an; Plusieurs enfants d'une même famille paient ensemble au max. le montant de la franchise et de la quote-part dus par un adulte.</p>	Participations aux frais variables, allant de 0 à 50%. Voir les différentes catégories pour les détails.
Indemnité funéraire	Aucune.	Contribution aux frais en cas de décès : 1680.- (840.- si c'est un membre de la famille de l'assuré).

2.2.3.7 Commentaire sur les prestations générales

La qualité des renseignements obtenus pour l'Allemagne peut être qualifiée de bonne. Les sources sont des textes de loi et des documents officiels; de plus, elles ont été, pour la plupart, validées par une personne qualifiée³⁸.

En faisant abstraction de la participation aux frais des assurés, on constate que les prestations couvertes en Suisse et non en Allemagne sont au nombre de quatre :

- chiropratique
- conseils nutritionnels
- piles des appareils acoustiques
- ultrasons de routine pendant la grossesse (2 en Suisse, 1 en Allemagne)

A l'inverse, cinq domaines paraissent mieux couverts en Allemagne :

- soins dentaires
- psychothérapie par psychologues
- lunettes (pas de limitation de fréquence en Allemagne, la seule limitation concernant l'augmentation du trouble de la réfraction chez les personnes de > 14 ans)
- cures préventives
- aide à domicile

Comme en Suède, aux Pays-Bas et en Autriche, les participations aux frais en Allemagne sont en-dessous de la moyenne avec un «catalogue» des prestations relativement large. Par ailleurs, le volume représenté par les prestations non remboursées en Allemagne, mais remboursées en Suisse, est très faible, comparativement aux prestations prises en charge en Allemagne, mais pas en Suisse.

Les cures préventives sont une particularité allemande. Même si les conditions nécessaires à se voir rembourser une cure sont devenues plus strictes ces dernières années, les caisses-maladie sont toujours libres d'inclure dans leur catalogue des cures préventives, notamment pour jeunes mères venant d'accoucher. En pratique, une jeune mère peut ainsi bénéficier d'un séjour de 3 semaines dans une station climatique reconnue (qui peut être thermale ou non³⁹), dans le but de prévenir ou de soigner un état d'épuisement suivant l'accouchement. Bien que la loi rende cette prestation facultative, elle est offerte par la plupart des caisses-maladie.

Enfin, même s'il s'agit d'une prestation en espèces, l'indemnité funéraire fait également partie des prestations offertes par l'Allemagne. Seul le Luxembourg prévoit cette même prestation.

2.2.4 Israël

2.2.4.1 Collaborations établies, sources et références

Ce chapitre a été préparé sur la base de références de bonne qualité, mais non validées. Les renseignements ont été fournis par :

- Dr David Chinitz, Hebrew University-Hadassah, School of Public Health and Community Medicine, Jerusalem;
- Dr Boaz Lev, Ministry of Health, Associate Director General, Jerusalem;

³⁸ Voir section «Collaborations établies, sources et références».

³⁹ «Badekurort» et «Luftkurort».

- Joël Hanhart, cand med, Université de Lausanne (traduction du «catalogue» des prestations d'hébreu en français).

Références de base :

- National Health Insurance Law, 5754-1994 (version anglaise).
- «Panier de prestations de santé» (version en hébreu).

Des documents publiés⁴⁰ ont complété les informations obtenues par ces sources :

2.2.4.2 Historique

Avant la création de l'Etat d'Israël, sous mandat anglais, les services de santé sont dispensés par trois entités différentes, à savoir le gouvernement anglais, des organisations privées bénévoles et un certain nombre de caisses-maladie, la plus importante étant (à l'époque et aujourd'hui encore) le *General Sick Fund* (KHC) créé en 1921 par la Fédération des travailleurs hébreux (*Histadrut*).

1948 : création de l'Etat d'Israël et du Ministère de la Santé, ce dernier héritant des fonctions du gouvernement et de certaines des organisations privées;

années 80 :

le KHC connaît une crise financière;

1990 : soumission du rapport de la Commission d'enquête Netanyahu;

1995 : entrée en vigueur d'une nouvelle loi sur l'assurance-maladie (*National health insurance law, NHI*), comprenant un paquet de prestations de base et rendant l'assurance de base obligatoire.

2.2.4.3 Organisation actuelle

La loi institue un régime de couverture universelle. Le Ministère de la Santé définit un ensemble de services de base que les caisses-maladie sont obligées de prendre en charge et qui est le même pour toutes les caisses-maladie. Les caisses-maladie elles-mêmes dispensent les services de santé; le Ministère a un rôle de réglementation uniquement. Les caisses-maladie sont autorisées à offrir des assurances complémentaires. La loi garantit le libre passage entre les caisses. Les assurés peuvent s'adresser directement à un spécialiste s'ils le désirent.

La prise en charge ambulatoire est réalisée d'une part par des cabinets de soins primaires où travaillent des généralistes et des pédiatres (et parfois quelques spécialistes), d'autre part par des cabinets de spécialistes. Israël compte 47 hôpitaux généraux dont le budget se fait par dotation prospective plafonnée, qui tient compte des performances de l'année précédente; les prix sont réglementés par le Ministère de la santé, sur la base d'un forfait journalier auquel s'ajoute un paiement complémentaire, déterminé par DRGs, pour 15 procédures importantes.

⁴⁰ Les références sont présentées par ordre chronologique et, à l'intérieur d'une même année, par ordre alphabétique :

- Chinitz D, Israeli A: Health reform and rationing in Israel. *Health Affairs*, 1997;16(5):205-10.
- Chinitz D, Shalev C, Galai N, Israeli A. Israel's basic basket of services: the importance of being explicitly implicit. *BMJ* 1998;317:1005-7.
- Gross R, Rosen B, Chinitz D. Evaluating the Israeli health care reforms: strategy, challenges and lessons. *Health Policy* 1998;45:99-117.
- Israeli A, Ashkenazi Y, Chinitz D. Israel - A health system in transition. *The Physician Executive* 1998; mars-avril, 39-42.
- Shmueli A. Supplemental health insurance ownership in Israel: an empirical analysis and some implications. *Soc Sci Med* 1998;46(7):821-9.
- Siegel-Itzkovitch, J. Israel restricts fertility treatment. *BMJ* 1999;318: 88.

2.2.4.4 Financement

Le financement repose sur la taxation. Le gouvernement (par le biais du *National Insurance Institute*) récolte les primes et les redistribue aux caisses-maladie selon une formule à la capitation qui se base sur l'âge de l'assuré.

De 1990 à 1993, les dépenses de santé représentaient 7,8% du PNB (moyenne pour les pays de l'OCDE à cette même époque : 8%). En 1998, elles étaient de 8.4%.

2.2.4.5 Description du «catalogue» des prestations

Le «catalogue» des prestations israélien se veut explicite et exhaustif. En effet, il comprend de nombreuses prestations, énumérées sous forme de liste paraissant très détaillée. Cependant, il faut relativiser son caractère exhaustif, car il reste lui aussi évasif et général dans certains domaines. Il faut signaler, en particulier, que nous avons souvent trouvé la formulation «kégon», équivalent hébreu du mot «tel que» en français, introduisant une liste de prestations qui ne saurait donc par définition pas être exhaustive. Certains traitements médicaux sont mentionnés de manière très brève, comme par exemple : «traitement de l'énurésie», sans expliciter si toutes les formes de traitement (matelas avertisseur, pharmacothérapie, psychothérapie, physiothérapie) sont comprises, ou encore, dans le chapitre «activités opératoires», «toute intervention curative dans tous les systèmes du corps, et transplantation d'organe», sans préciser les exceptions éventuelles.

2.2.4.6 Tableau comparatif des prestations générales

Le tableau ci-après compare les prestations générales remboursées par l'assurance-maladie sociale en Suisse et en Israël. Le «catalogue» des prestations des deux pays a été arbitrairement subdivisé en 24 catégories, afin de faciliter la comparaison. La colonne de gauche, concernant la Suisse, est reproduite de manière identique dans le chapitre consacré à chacun des cinq autres pays.

Dans ce tableau, le terme «participation» est réservé à la part des frais qui est à la charge de l'assuré, alors que «contribution» et «remboursement» désignent la part qui est payée par l'assurance-maladie.

Pour une meilleure lisibilité, les montants exprimés dans la colonne de droite ont été convertis de Israël new shekels en francs suisses d'après le taux de change approximatif de : ILS 100.- ~ CHF 41.- (mai 2000).

Il faut cependant noter qu'à l'époque de la rédaction du document original israélien, le cours était plus proche de la parité 1:1.

Catégorie	Suisse	Israël
Médecins	La quasi totalité des actes et services médicaux est remboursée, après déduction de la franchise et de la quote-part de 10% (voir catégorie Participation aux frais), sur le principe de la confiance et ne figure donc sur aucune liste. Certaines prestations remboursées sont toutefois explicitées (prévention, maternité, psychothérapie, analyses et médicaments : voir ci-dessous). D'autres, particulièrement controversées (160 env.), ont fait - et peuvent faire en tout temps - l'objet d'une étude approfondie en termes d'efficacité, d'économicité et d'adéquation par une commission fédérale. La liste de ces prestations figure dans une ordonnance accompagnant la loi (voir annexe 1 de l'OPAS).	Remboursement intégral des prestations diagnostiques et thérapeutiques des médecins de premier recours et des spécialistes. Participation aux frais pour les visites à domicile (4.-), plus chère (18.-) si elle a lieu hors des heures d'ouverture de cabinet. Participation aux frais de 1.60/amp et de 41.-/mois pour le traitement hormonal de la stérilité. Les opérations de chirurgie esthétique sont remboursées pour les enfants âgés de 3 à 6 ans, déduction faite d'une participation aux frais de 6.-/opération, et au max. pour 18 opérations /an.
Hospitalisation	Remboursement partiel ⁴¹ , sans limite de durée. <u>Restrictions :</u> - participation aux coûts de 10.-/j (sauf maternité et assurés vivant en ménage commun avec au moins une personne de leur famille), en plus de la franchise et de la quote-part de 10%; - l'établissement de soins doit être reconnu et figurer sur la liste de planification hospitalière cantonale; - hospitalisation hors-canton : sauf cas d'urgence et d'absence d'équipement adéquat dans le canton de domicile, la différence entre le prix facturé et les tarifs applicables par l'hôpital aux résidents du canton de domicile est à la charge de l'assuré.	Remboursement intégral des consultations, investigations et traitements hospitaliers. Participation aux frais de 26.-/j seulement pour les longs séjours (voir Soins à domicile et en établissement médico-social). Les frais occasionnés par les soins médicaux en salle de tri (urgences hospitalières) sont à la charge de l'assuré s'il n'a pas de raison valable de consulter ⁴² .

⁴¹ Pour toutes les mentions Remboursement partiel, se référer à la catégorie Participation aux frais.

⁴² Exemples de raisons valables: patient adressé par un médecin, patient hospitalisé suite à sa consultation aux urgences, personne accidentée munie d'une attestation de son employeur, personne accidentée de la route lorsque l'accident est documenté par la police, personne amenée en ambulance d'un lieu public suite à un événement inopiné, élève accidenté lors d'une activité scolaire, fracture, luxation, plaie à suturer, corps étranger dans les voies respiratoires et dans l'oeil, cancer, hémophilie, mucoviscidose, début du travail chez la femme enceinte, nourrisson < 2 mois avec état fébrile > 38.5°, patient dialysé.

Catégorie	Suisse	Israël
Médicaments	<p>Remboursement partiel, sans limite de durée, de certains vaccins (voir catégorie Prévention) et de tous les médicaments (environ 3'000) figurant sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> – liste des médicaments avec tarif (LMT) : constituants de préparation magistrales, récipients, mais aussi prestations des pharmaciens; – liste des spécialités (LS) : préparations pharmaceutiques et médicaments confectionnés. <p>Existence d'une Liste négative (LN) officielle, qui contient les médicaments non pris en charge, même pas par les assurances complémentaires.</p> <p>Prise en charge provisoire, en attendant des critères d'évaluation des médicaments : spécialités de la médecine complémentaire (phytothérapie, homéopathie, médecine anthroposophique).</p> <p><u>Restrictions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> – le remboursement de certains médicaments est limité à des indications précises et à une quantité fixe par unité de temps; – critères d'admission dans la LS : besoin d'ordre médical, valeur thérapeutique, fiabilité et caractère économique prouvés; – le pharmacien peut délivrer un générique en lieu et place de l'original si le médecin le note sur l'ordonnance. Le délai de protection des préparations originales a été ramené de 30 à 15 ans dans la nouvelle loi; – ne sont (entre autres) pas remboursés : les contraceptifs oraux, sauf maladie, les anorexigènes, les régimes, les fortifiants, les médicaments contre la chute de cheveux et les mucolytiques; – sont (entre autres) remboursés : médicaments veineux, vasopresseurs, stimulants cardiaques, vasodilatateurs périphériques, activateurs de la fonction cérébrale (nootropes), minéraux et vitamines. 	<p>Remboursement intégral de tous les médicaments prescrits par un médecin et figurant dans une liste positive.</p> <p>Anticonceptionnels non couverts.</p>

Catégorie	Suisse	Israël
Analyses	<p>Remboursement partiel des analyses figurant dans une liste positive (Liste des analyses, LAna).</p> <p><u>Restrictions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> – certaines analyses ne sont prises en charge que si elles sont pratiquées par certains prestataires qualifiés et reconnus, parfois après accord du médecin-conseil de l'assurance; – les analyses effectuées dans le cadre des soins de base (cabinet médical, pharmacie) font l'objet d'une liste restreinte détaillée, de même que les analyses effectuées par des médecins spécialistes, pour lesquels la liste est élargie; – les chiropraticiens ne peuvent confier à la charge de l'assurance que 28 analyses à des laboratoires; – les sages-femmes ne peuvent confier à la charge de l'assurance que 13 analyses à des laboratoires reconnus. 	<p>Remboursement intégral des analyses et examens de laboratoire suivants : biochimie, pharmacologie, endocrinologie, hématologie, immunologie; pathologie, cytologie, cytochimie; investigation de la stérilité, examens d'urgence, test de grossesse, microscopie électronique, cultures.</p> <p>Participation aux frais de 12.- pour les contrôles de l'alpha-fœtoprotéine pendant la grossesse.</p>
Soins dentaires	<p>Remboursement partiel des soins dentaires s'ils sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> – occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication; – occasionnés par une maladie grave autre ou ses séquelles; – nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles; – occasionnés par un accident, dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge. <p>La liste exhaustive détaillée figure dans l'OPAS.</p>	<p>Remboursement partiel des contrôles de routine et des traitements subséquents⁴³, ainsi que de l'instruction par des dentistes scolaires.</p> <p>Patients avec cancer : remboursement partiel (50%) des soins dentaires précédant la chimio- et la radiothérapie, remboursement intégral des soins dentaires suivant la chimio- et la radiothérapie.</p> <p>Remboursement intégral des soins dentaires et de l'anesthésie chez des patients psychiatriques, avec syndrome de Down, ou anticoagulés pour une cardiopathie.</p>

⁴³ Selon les directives du Ministère de la Santé.

Catégorie	Suisse	Israël
Conseils nutritionnels	<p>Remboursement partiel, sur prescription médicale, des conseils diététiques prodigués par des diététiciens aux assurés souffrant de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - troubles du métabolisme⁴⁴; - obésité (BMI > 30) et affections qui découlent de la surcharge pondérale ou qui y sont associées; - maladies cardio-vasculaires; - maladies du système digestif; - maladies des reins; - états de malnutrition ou de dénutrition; - allergies alimentaires ou réactions allergiques dues à l'alimentation. <p><u>Restriction</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - max. 6 séances renouvelables 1 fois. Au-delà de 12 séances, accord du médecin-conseil de l'assurance nécessaire. 	<p>Remboursement intégral des conseils nutritionnels, mais pour indications médicales uniquement : conseils nutritionnels pendant une hospitalisation, en ambulatoire pour une maladie aiguë ou chronique (diabète, insuffisance rénale chronique, hyperlipidémie, maladies métaboliques rares).</p>
Physiothérapie	<p>Remboursement partiel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - rayons UV; - rayons colorés et infrarouges; - air chaud; - ondes courtes; - radar (micro-ondes); - diathermie (ondes longues); - aérosols; - massages manuels et kinésithérapie (massage musculaire, local ou général, du tissu conjonctif et réflexogène; gymnastique médicale; gymnastique d'après Bobath ou Kabath; gymnastique 	<p>Remboursement intégral de la physiothérapie hospitalière et ambulatoire, pour le traitement de maladies aiguës ou chroniques. Participation aux frais de 6.-/séance si le fournisseur de prestations n'est pas reconnu par l'assurance-maladie.</p>

⁴⁴ Le conseil aux diabétiques, prodigué sur OM par des infirmières reconnues et spécialement formées, comprenant les conseils et instructions sur tous les aspects des soins nécessaires au traitement de la maladie, est remboursé à raison de 10 séances renouvelables 1 fois, mais au max. 20 séances/an.

Catégorie	Suisse	Israël
	<p>de groupe; extension vertébrale; drainage lymphatique pour traitement des oedèmes lymphatiques; hippothérapie-K pour le traitement de la sclérose en plaques);</p> <ul style="list-style-type: none"> - ultrasons; - électrothérapie (galvanisation, iontophorèse; faradisation); - hydrothérapie (enveloppements et compresses; fango, boue et paraffine; douches médicales; bains médicinaux; bains électriques; massage au jet; massage sous l'eau; bains hyperthermiques). <p><u>Restriction</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - max. 12 séances/3 mois (limite qui peut être dépassée par une nouvelle prescription). 	
Ergothérapie	<p>Remboursement partiel dans les affections somatiques et psychiatriques, pour autant qu'elle procure à l'assuré, en cas d'affection somatique, l'autonomie dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie. Les indications ne sont pas précisées en détail dans la loi.</p> <p><u>Restriction</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - max. 12 séances par prescription et par 3 mois (limite qui peut être dépassée par une nouvelle prescription). 	Remboursement intégral.
Chiropraticiens	<p>Comme pour les médecins, les actes des chiropraticiens ne font pas l'objet d'une liste positive. Toutefois, ces derniers ne peuvent prescrire à charge de l'assurance que certaines analyses (cf Analyses), certains médicaments (analgésiques, préparations anti-inflammatoires percutanées, préparations pour bains et cataplasmes) et appareils (minerve, matériel de pansement exclusivement utilisé pour la colonne vertébrale).</p>	Remboursement intégral des prestations médicales mentionnées dans le chapitre «troubles du système musculo-squelettique». La chiropratique n'est par contre pas remboursée.

Catégorie	Suisse	Israël
Logopédie	<p>Remboursement partiel (voir chapitre “participation aux frais”), sur prescription médicale, pour les affections ayant une des causes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> – atteinte cérébrale organique (infection, traumatisme, post-opératoire, intoxication, tumeur, troubles vasculaires); – affections phoniatriques. <p><u>Restriction</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> – max. 12 séances/prescription et par 3 mois (limite qui peut être dépassée par une nouvelle prescription) et max. 60 séances par an (limite qui peut être dépassée après accord du médecin-conseil). 	<p>Remboursement intégral des prestations mentionnées dans les chapitres «développement de l’enfant» et «troubles de la communication». Participation aux frais de 6.-/séance si le fournisseur de prestations n’est pas reconnu par l’assurance-maladie.</p> <p>Participation aux frais de 50% pour le traitement du bégaiement chez l’enfant > 6 ans.</p>
Psychothérapie	<p>Remboursement partiel de la psychothérapie pratiquée par des médecins seulement; exceptionnellement, un psychothérapeute non médecin peut être remboursé s’il pratique au cabinet du médecin responsable et que sa prestation est facturée au nom du médecin⁴⁵.</p> <p><u>Restrictions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> – non remboursées : psychothérapie en vue de la découverte ou de la réalisation de soi-même, de la maturation de la personnalité ou dans tout autre but que le traitement de la maladie; psychothérapie appliquée avec d’autres méthodes que celles des institutions reconnues; – max. 2 séances/sem (1h) pendant les 3 premières années, 1 h/sem pendant les 3 années suivantes et 1 h/2 sem par la suite; – au-delà de 60 h/2 ans, accord du médecin-conseil nécessaire. 	<p>Remboursement intégral de différentes prestations psychologiques et de la psychothérapie active et continue de moins de 2 ans, pour des indications médicales uniquement. Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> – prestations psychologiques : bilan, consultation dans les dispensaires de premier recours, les hôpitaux somatiques, les institutions et jardins d’enfants spécialisés, traitement psychologique de réadaptation, traitement neuropsychologique; – prestations hospitalières : urgences, hospitalisation en hôpital psychiatrique ou somatique, hospitalisation de jour, surveillance à domicile ou en appartement protégé (comme alternative à l’hospitalisation); – prestations ambulatoires : évaluation, psychothérapie individuelle ou en groupe, visites à domicile, prestations en jardin d’enfants spécialisé, en atelier surveillé; – prestations de sevrage : hospitalisation, sevrage à domicile.

⁴⁵ D’après la jurisprudence du TFA.

Catégorie	Suisse	Israël
Réadaptation et rééducation fonctionnelles	<p>Remboursement partiel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin (celles-ci comprennent, outre les prestations médicales, les mêmes soins que ceux pratiqués par les infirmiers à domicile : instructions et conseils, examens et soins, soins de base); - des mesures thérapeutiques en cas d'infirmité congénitale, dès que l'assuré atteint l'âge auquel cesse le droit aux prestations de l'AI. 	<p>Remboursement intégral de la réadaptation hospitalière et ambulatoire, après maladies aiguës ou chroniques. Suite à un pontage aorto-coronarien ou à une désobstruction coronarienne, la réadaptation doit débuter dans les 5 jours suivant la sortie d'hôpital. La réadaptation cardio-vasculaire comprend des prestations de médecins, infirmiers, diététiciens, éducatrices médicales et gymnastique supervisée, mais pendant une durée limitée. En général, la convalescence ne peut excéder 3 mois, sauf autorisation de la caisse maladie.</p>
Moyens et appareils	<p>Remboursement partiel de tous les moyens et appareils figurant dans la LiMA, liste positive très détaillée ne comprenant toutefois pas les appareils implantés dans le corps (ex : implant cochléaire, dont la couverture est précisée dans l'annexe 1 de l'OPAS). Deux exemples de cette liste sont illustrés ci-dessous : aides visuelles et auditives. Certains moyens et appareils sont pris en charge par d'autres assurances du système de sécurité sociale (assurances vieillesse et invalidité) : fauteuil roulant, appareils acoustiques, perruques post-chimiothérapie, etc.</p>	<p>Subventionnement par le Ministère de la Santé des moyens et appareils figurant sur une liste positive :</p> <ul style="list-style-type: none"> - appareils de réadaptation (prothèses, bas pour moignons, gants pour recouvrir une prothèse de main, orthèses, chaussures spéciales); - appareils fournis par l'intermédiaire des dispensaires (chaise roulante avec ou sans moteur, coussins pour chaises roulantes, déambulateur, cannes, matelas anti-escarre, aides visuelles et auditives [voir ci-dessous], prothèses mammaires, épithèses, leviers domestiques, lits manuels et électriques); - appareils fournis gratuitement aux personnes au bénéfice d'allocations (cannes, trépieds, béquilles, coussins et matelas anti-escarres). <p>D'autres sont remboursés partiellement par l'assurance-maladie, avec une participation aux frais variable⁴⁶ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - aiguilles pour auto-contrôles de la glycémie (10%); - CPAP en cas de troubles respiratoires (70%); - appareil d'assistance respiratoire prescrit par un pneumologue (20%);

⁴⁶ Les pourcentages entre parenthèses correspondent à la quote-part à la charge de l'assuré.

Catégorie	Suisse	Israël
		<ul style="list-style-type: none"> - bandages compressifs (40%); - remplacement du cristallin (100% dès l'âge de 65 ans); - implants de l'oreille interne (70%); - prothèses (80%); - prothèses péniennes pour le traitement de l'impuissance (US\$ 350.-).
Aides visuelles	<p>Verres de lunettes/lentilles de contact :</p> <ul style="list-style-type: none"> - jusqu'à 18 ans révolus, 1x/an : 200.- - dès 19 ans, 1x/5 ans : 200.- <p><i>Limitation</i> : OM pour les premières lunettes ou lentilles de contact.</p> <p>Verres de lunettes, lentilles de contact ou verres protecteurs : 200.-</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1x/an, par œil <p><i>Limitation</i> :</p> <p>Sur OM, tous les groupes d'âge, en cas de modifications de la réfraction dues à une maladie, par ex⁴⁷ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - cataracte; - diabète; - pathologies maculaires; - troubles du muscle oculomoteur; - amblyopie; - suites de la prise de médicaments; - nécessité après une opération (p. ex. cataracte, glaucome, amotio-retinae). <p>Cas spéciaux pour les lentilles de contact I : 300.-</p> <p>Tous les groupes d'âge, 1x/2 ans, par œil.</p>	<p>Remboursement partiel de 50% des frais d'orthoptique, sur la base d'un certificat établi par un ophtalmologue-conseil de la caisse-maladie.</p> <p>Les lunettes et verres de contact ne sont subventionnés par le Ministère de la Santé que pour les enfants de < 18 ans. Subventionnement également pour les prothèses oculaires.</p>

⁴⁷ Liste non exhaustive.

Catégorie	Suisse	Israël
	<p><i>Limitation :</i> Sur OM, acuité améliorée de 2/10 par rapport aux lunettes. En cas de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - myopie > -8,0; - hyperopie > +6,0; - anisométrie dès 3 dioptries, en présence de troubles. <p>Cas spéciaux pour les lentilles de contact II, sans limitation de temps, par œil : 700.-</p> <p><i>Limitation :</i> Sur OM, en cas de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - astigmatisme irrégulier; - kératocône; - pathologie ou lésion de la cornée; - nécessité après une opération de la cornée; - défauts de l'iris. <p>Produits de nettoyage et de conservation des lentilles non remboursés.</p> <p>Remboursement partiel de loupes, lunettes télescopiques, appareil de lecture à l'écran, cannes pour aveugles, chiens pour aveugles, systèmes de lecture et d'écriture : seulement subsidiairement à l'assurance invalidité.</p>	
Aides auditives	<p>Remboursement partiel subsidiairement à d'autres assurances sociales si la personne ne satisfait pas aux conditions d'assurance; dès lors, aux mêmes conditions qu'appliquerait l'assurance sociale correspondante : appareillage monaural ou binaural, y compris les piles, appareillage complexe selon liste détaillée dans la LAI. «Tinnitus-masker» : en cours d'évaluation.</p>	<p>Subventionnement par le Ministère de la Santé d'aides et d'appareils acoustiques pour enfants et adolescents < 18 ans seulement.</p>

Catégorie	Suisse	Israël
Prévention	<p>Remboursement partiel d'une vingtaine de prestations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8 examens de bonne santé et de développement de l'enfant de l'âge préscolaire; - Guthrie; - 1 examen gynécologique (y compris le PAP test) tous les 3 ans (1x/an les 2 premières années); - colonoscopie en cas de cancer du côlon familial; - examen de la peau en cas de risque élevé de mélanome familial; - max. 1 mammographie/an en cas de cancer de la mère, de la fille ou de la sœur et 1 mammographie/2 ans dès 50 ans; - test HIV pour les nourrissons de mère contaminée et les personnes exposées; - vaccins et rappels (Di-Te-Per-Pol, ROR, Hib, grippe, HBV, HBIg) pour certaines indications précises; - prophylaxie à la vitamine K chez les nouveaux-nés; - prophylaxie du rachitisme par vitamine D chez les < 1 an; - ultrason des hanches entre 0 et 6 semaines. 	<p>Remboursement intégral des prestations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dépistage et traitement de différentes maladies survenant chez les enfants (généralement > 6 ans), par une équipe multidisciplinaire⁴⁸; - dépistage de la maladie de Tay-Sachs, de la thalassémie, de l'hypothyroïdie et de la phénylcétonurie chez les nouveau-nés; - vaccination de routine (HBV, Di-Te-Per-Pol, ROR); - vaccination et traitement prophylactique des groupes à risque (Hib, HAIg, HBIg, rage, rifampicine [méningocoque], BCG, rappels pour enfants immigrés, Mantoux, RX thorax). <p>Remboursement intégral des examens de screening du cancer suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 mammographie/2 ans pour les femmes de 50 à 74 ans; - 1 mammographie/an pour les femmes de 40 à 49 ans avec un cancer du sein chez une parente proche; - 1 recherche de sang occulte dans les selles/an chez les personnes de 40 à 49 ans avec un cancer colo-rectal chez un parent proche, ainsi que chez les personnes de 50 à 74 ans; - 1 recto-sigmoïdoscopie souple/2 ans pour les personnes de 40 à 74 ans avec un cancer colo-rectal chez un parent proche; - 1 frottis gynécologique du col/3 ans pour les femmes de 35 à 54 ans. <p>Remboursement partiel des prestations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - soins préventifs chez les personnes âgées; - soins de médecine générale prodigués dans les dispensaires et de médecine scolaire dans les écoles; - prophylaxie dentaire et instruction par le dentiste et le dentiste scolaire, soins selon les directives du Ministère de la Santé.

⁴⁸ Neuropédiatre, psychologue, physiothérapeute, assistant social, logopédiste, spécialiste de la rééducation.

Catégorie	Suisse	Israël
Balnéothérapie	<p>Remboursement partiel de :</p> <ul style="list-style-type: none"> – 10.-/j pendant max. 21 jours; – soins médicaux, physio, etc. <p><u>Restriction :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – sur prescription médicale. 	<p>Remboursement non assuré, sauf comme complément à un traitement de physiothérapie et sauf les cures au bord de la Mer Morte en cas de psoriasis.</p>
Transports	<p>Remboursement partiel de :</p> <p>50% des coûts de transports médicalement justifiés et impossibles à réaliser par des moyens privés ou publics.</p> <p><u>Restrictions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – max. 500.-/an; – transferts secondaires entre établissements de soins non remboursés (inclus dans le forfait d'hospitalisation). 	<p>Remboursement intégral des frais de transports en commun pour un patient avec cancer ou insuffisance rénale chronique, et remboursement partiel de 50% des frais d'ambulance ou de taxi pour ce même patient.</p> <p>Remboursement intégral des transports urgents en ambulance, à condition que le patient soit hospitalisé. S'il ne l'est pas, il a à sa charge 50% des frais de l'ambulance médicalisée, voire la totalité des frais de l'ambulance non médicalisée.</p>
Sauvetage	<p>Remboursement partiel de :</p> <p>50% des coûts en Suisse.</p> <p><u>Restriction :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – max. 5'000.-/an. 	<p>Remboursement incertain.</p>
Soins à l'étranger	<p>Remboursement partiel de :</p> <ul style="list-style-type: none"> – prestations qui ne peuvent être fournies en Suisse; – prestations d'urgence; <p>coûts d'un accouchement ayant eu lieu à l'étranger lorsqu'il constitue le seul moyen de procurer à l'enfant la nationalité de la mère ou du père, ou lorsque l'enfant serait apatride s'il était né en Suisse.</p> <p><u>Restriction :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – max. le double du tarif suisse. Pour les accouchements, max. le tarif suisse. 	<p>Remboursement incertain.</p>

Catégorie	Suisse	Israël
	<ul style="list-style-type: none"> – frais d'accouchement hospitalier ou ambulatoire (y compris à domicile); – soins à domicile remboursés; – aide à domicile non remboursée; – pas d'indemnité de maternité. <p><u>Remboursement des prestations des sages-femmes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – 100.- de participation pour un cours collectif de préparation à l'accouchement dispensé par une sage-femme; – 3 séances de conseils en matière d'allaitement (par sage-femme ou infirmière spécialisée); – 6 sur les 7 examens de contrôle décrits ci-dessus peuvent être pratiqués par une sage-femme; – prestations sur prescription médicale en cas de grossesse pathologique; – prescription (et non pas réalisation) d'un US de contrôle; – 1 CTG prénatal lors de grossesse à risque; – une consultation post-partum entre la 6^{ème} et la 10^{ème} sem post-partum; – instructions et conseils, examens et soins, soins de base (du même type que ceux réalisés par les soins à domicile), y compris rééducation du périnée, à condition qu'ils soient prodigués après un accouchement à domicile ou ambulatoire, ou encore après la sortie anticipée d'un hôpital ou d'une institution de soins semi-hospitaliers. 	<p>Remboursement partiel :</p> <ul style="list-style-type: none"> – alpha-foeto-protéine (participation aux frais de 13.-).

Catégorie	Suisse	Israël
Soins à domicile, ambulatoires ou dispensés en établissement médico-social (EMS)	Remboursement partiel de : <ul style="list-style-type: none"> – instructions et conseils (liste détaillée); – examens et soins (liste détaillée); – soins de base pour patients dépendants ou psychiatriques et psycho-gériatriques (liste détaillée). <u>Restrictions :</u> <ul style="list-style-type: none"> – la prescription ne peut dépasser 3 mois pour une maladie aiguë et 6 mois pour une maladie de longue durée (limite qui peut être dépassée par une nouvelle prescription); – les soins ne peuvent dépasser 60 heures/trimestre, sauf accord de l'assurance; – évaluation des soins requis avant le début des soins; – aide ménagère : non remboursée. 	Remboursement intégral des soins à domicile et des prestations psychosociales justifiées médicalement par des troubles aigus ou chroniques, pour autant que les soins à domicile permettent d'éviter une hospitalisation. Longs séjours (patients gériatriques assistés socialement, psychiatriques, psycho-gériatriques, invalides assistés socialement) : participation aux frais de 26.-/jour. Aide à domicile couverte par le biais d'une autre loi («national insurance plan»), à raison de max. 16h/sem.
Maternité	Remboursement intégral, sans franchise ni quote-part, de : <ul style="list-style-type: none"> – 7 examens de contrôle lors d'une grossesse normale, davantage en cas de pathologie; – 2 ultrasons, davantage en cas de pathologie; – CTG prénatal en cas de grossesse à risque; – amniocentèse, prélèvement des villosités chorales chez les > 35 ans et les femmes plus jeunes à risque comparable; – 1 consultation post-partum entre la 6^{ème} et la 10^{ème} sem post-partum; 	Remboursement intégral des prestations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> – consultations gynécologiques et obstétricales, en cas de grossesse normale ou pathologique (en nombre non précisé). Les examens de contrôle peuvent être effectués par une sage-femme; – ultrasons en cas de suspicion de malformation cardiaque (en nombre non précisé); – anesthésie péridurale; – détection de malformations précoces; – amniocentèse si la probabilité de syndrome de Down dépasse 1:380 (risque dépendant de l'âge maternel et du <i>what if</i>); – frais d'hospitalisation pour la période du post-partum, pour la mère et l'enfant.

Catégorie	Suisse	Israël
Participation aux coûts	<p>1. <i>Franchise</i> :</p> <p>Montant fixé par le Conseil Fédéral, actuellement 230.-/an; possibilité pour l'assuré de choisir une franchise plus haute (jusqu'à un max. de 1'500.- par an), choix assorti d'une réduction correspondante de la prime mensuelle d'assurance. Libération de la franchise pour les mineurs, les prestations de maternité, la dialyse pour l'insuffisance rénale terminale.</p> <p>2. <i>Quote-part</i> :</p> <p>Pour mineurs : 10%, mais max. 300.- par an; Pour adultes : 10%, mais max. 600.- par an; Plusieurs enfants d'une même famille paient ensemble au max. le montant de la franchise et de la quote-part dus par un adulte.</p>	Participations aux frais variables, sous forme de montant fixe ou de quote-part.
Indemnité funéraire	Aucune.	Aucune.

2.2.4.7 Commentaire sur les prestations générales

La qualité des renseignements obtenus pour Israël peut être qualifiée de moyenne. La source est certes officielle, mais nous n'avons pas pu la faire valider dans sa version traduite en français. Il n'est en particulier pas impossible que certaines prestations soumises à participation soient mentionnées dans notre tableau comme remboursées intégralement. Par ailleurs, certaines prestations non retrouvées dans le document israélien original sont peut-être néanmoins prises en charge, soit par l'assurance-maladie, soit par d'autres voies.

En faisant abstraction de la participation aux frais des assurés, on constate que les prestations suivantes sont couvertes en Suisse et ne le sont pas nécessairement en Israël :

- chiropratique
- sauvetage en ambulance si le patient n'est pas hospitalisé
- consultation aux urgences d'un hôpital sans raison valable
- balnéothérapie (sauf cures au bord de la Mer Morte en cas de psoriasis)
- soins à l'étranger (couverture incertaine)

A l'inverse, le «catalogue» israélien prévoit une couverture plus complète :

- des soins dentaires aux patients psychiatriques et trisomiques⁴⁹, des soins dentaires prophylactiques
- de la psychothérapie par les psychologues, du traitement par les neuropsychologues
- de l'aide à domicile

Les participations aux frais sont en outre moins élevées (voire nulles) en Israël pour les prestations médicales ambulatoires, les médicaments, les analyses, les conseils nutritionnels, la physiothérapie, la logopédie, la réadaptation et les soins à domicile.

2.2.5 Pays-Bas

2.2.5.1 Collaborations établies, sources et références

Ce chapitre a été préparé sur la base de renseignements de bonne qualité, obtenus de :

- National Sickness Fund Council (College voor Zorgverzekeringen⁵⁰), Amstelveen: Dr Josee Hulshof, Dr Marc Sprenger, Director, Dr R. Langenberg, Cure Division;
- Dutch Institute for Quality Improvement of Healthcare, Utrecht: Cees van Zwieten, library.

Référence de base :

Ministry of Health, Welfare and Sport. Health insurance in the Netherlands. Fourth Edition. Situation as at 1st January 1998.

Des documents publiés⁵¹ ont complété les informations obtenues par ces sources :

⁴⁹ Sauf si les affections dentaires sont causées par ces maladies ou leurs séquelles.

⁵⁰ Autrefois appelé «Ziekenfondsraad».

2.2.5.2 Historique

- 1941 : sous occupation allemande, introduction d'une assurance obligatoire pour les travailleurs et leurs familles (*Sickness Benefits Act*);
- 1966 : entrée en vigueur du *Health Insurance Act (HLA)*;
- 1968 : entrée en vigueur du *Exceptional Medical Expenses Act (EMEA)*;
- années 70 :
- émergence de trois objectifs majeurs, à savoir la maîtrise des coûts, la promotion des services de première ligne et l'harmonisation de la distribution géographique des ressources;
- 1974-1986 :
- le gouvernement propose des solutions basées sur la régionalisation, solutions auxquelles s'opposent aussi bien les hôpitaux que les caisses-maladie;
- 1983 : introduction de budgets annuels prospectifs pour les hôpitaux;
- 1986 : publication du rapport Dekker par une nouvelle coalition gouvernementale (démocrates-chrétiens et conservateurs). Ce rapport propose d'instaurer un régime unique d'assurance de base, destiné à couvrir 85% des dépenses de la santé, et complété par une assurance privée facultative destinée à couvrir les prestations telles que physiothérapie, soins dentaires et médicaments. Il vise également à affranchir le marché des réglementations gouvernementales et à encourager la concurrence entre prestataires. En 1986 également, entrée en vigueur du *Medical Insurance Act (MLA)*, qui régleme l'accès aux assurances privées;
- 1989 : les assureurs privés sont obligés d'offrir aux adhérents de plus de 65 ans une couverture de base pour des primes fixes, inférieures au montant habituel;
- 1990 : après un nouveau changement dans la coalition gouvernementale (démocrates-chrétiens et socialistes), les réformes suivantes sont réalisées : régime uniforme d'assurance-maladie national (assurance de base) pour tous les résidents néerlandais,

⁵¹ Les références sont présentées par ordre chronologique et, à l'intérieur d'une même année, par ordre alphabétique :

- Schrijvers AJ. The Netherlands introduce some competition into the health services. *JAMA* 1991;266(16):2215-7.
- La réforme des systèmes de santé. Analyse comparée de 7 pays de l'OCDE. OCDE, Paris, 1992.
- A report by the Government Committee on «Choices in Health care», The Netherlands, 1992.
- Tymstra T, Andela M. Opinions of Dutch physicians, nurses and citizens on health care policy, rationing, and technology. *JAMA* 1993;270(24):2995-9.
- Honigsbaum F, Calltorp J, Ham C, Holmström S. Priority setting processes for healthcare. Radcliffe medical press, Oxford and New-York, 1995.
- Klein R. Priorities and rationing: pragmatism or principles? Time for Britain to follow the Netherlands, New Zealand, and Sweden's lead and get serious. *BMJ* 1995;311(7008):761-2.
- Kieke O. Why, when and how should patients be charged? *J Health Serv Res Policy* 1998; 3(3):131-3.
- Kulu-Glasgow I, Delnoij D, de Bakker D. Self-referral in a gate-keeping system: patients' reasons for skipping the general practitioner. *Health Policy* 1998;45:221-38.
- Lamers LM. Risk-adjusted capitation payments: developing a diagnostic cost groups classification for the Dutch situation. *Health Policy* 1998;45:15-32.
- MacLeod, Stuart M, Bienenstock J. Evidence-based rationing: Dutch pragmatism or government insensitivity? *Can Med Ass J* 1998;158(2):213-4.
- Scholten GRM, Roex AJM, Sindram JW. Cost-control and medical specialist payment: the Dutch alternative. *Int J Health Plann Mgmt* 1998;13:69-82.
- Ministry of Health, Welfare and Sport. Health insurance in the Netherlands. Fourth Edition. Situation as at 1st January 1998.
- Pays-Bas: «Privatisation» de l'assurance-maladie sociale couvrant les travailleurs. *Sécurité sociale* 1999, numéro 1.

intégration dans un même régime des services de santé et des services sociaux, et glissement déterminé d'une intervention directe des pouvoirs publics vers un régime de «concurrence gérée», aussi bien sur le marché de l'assurance-maladie que sur celui des soins;

- 1991 : l'ensemble des soins et services considérés comme essentiels, soit 95% environ de tous les soins et services, sont regroupés en une palette de prestations de base (*basic insurance package*). Application d'un prix de référence pour les médicaments; si le fabricant pratique des prix plus élevés, le patient paie la différence dans les cas où de tels médicaments ont été prescrits par le médecin;
- 1992 : publication du rapport du *Choices in Health Care Committee* (ou rapport Dunning), chargé d'examiner les moyens de limiter l'introduction de nouvelles technologies médicales et de gagner le soutien du public aux mesures destinées à résoudre les problèmes de rationnement. Ce rapport définit quatre critères de choix des prestations essentielles : leur capacité à permettre à des individus de fonctionner dans la société, leur efficacité, leur caractère économique, et le fait qu'elles relèvent ou non de la responsabilité individuelle;
- 1994 : sont retirés de la palette de prestations les médicaments homéopathiques, ceux de la médecine anthroposophe et les médicaments ne faisant pas l'objet d'une ordonnance médicale (*over-the-counter drugs*).
- 1998 : entrée en vigueur du *Health Insurance Restructuring Act*, visant en particulier à améliorer la situation des personnes âgées de plus de 65 ans.

2.2.5.3 Organisation actuelle

Le gouvernement régleme les tarifs des médecins, les budgets hospitaliers, l'utilisation de la technologie médicale et l'approvisionnement en lits d'hôpital. Les prestations sont réparties en trois grandes catégories : les services de base (*basic care*) qui sont des activités de prévention, les services de première ligne (*primary care*) et les services hospitaliers (*hospital care*), y compris les prestations dispensées par des spécialistes. L'accès aux spécialistes n'est possible que sur avis du médecin généraliste (choisi par le patient mais ayant établi un contrat avec la caisse-maladie de ce même patient, et chez qui le patient est inscrit) qui joue le rôle de *gatekeeper*.

Une quarantaine de caisses-maladie (*Ziekenfonds*), organisations privées à but non lucratif, couvrent les services de santé selon trois régimes d'assurance.

Le premier régime concerne toutes les personnes ayant un revenu inférieur à un certain seuil ou bénéficiant de la sécurité sociale; il leur garantit la couverture des traitements médicaux, des hospitalisations et des médicaments. Il existe tout un éventail de programmes d'assurance, dont le plus important est régi par le *HLA*. Les médecins généralistes reçoivent un paiement à la capitation pour cette catégorie de patients. Toutes les personnes ayant un revenu supérieur à ce même seuil sont obligées par la loi à contracter une assurance privée; les médecins généralistes sont rémunérés à l'acte (*fee-for-services*) pour cette autre catégorie de patients. Au 1^{er} janvier 1998, 64% de la population était assurée par le régime réglementé par le *HLA*, 31% avait une assurance privée (dont 14% bénéficiait d'une couverture standard selon le *HLA*), et 5% était assurée par le régime des fonctionnaires.

Le deuxième régime, réglementé par le *EMEA*, couvre les soins à long terme et les soins dont le coût est élevé, c'est-à-dire les dépenses médicales dans les secteurs de la santé mentale (soins extra-hospitaliers, hôpitaux psychiatriques et institutions pour handicapés mentaux), des soins à domicile et des *nursing homes*, mais sous condition de participation financière des assurés. Il couvre tous les résidents néerlandais, quelle que soit leur nationalité, ainsi que tous les non-résidents soumis à impôt. Les spécialistes sont rémunérés à l'acte pour tous les patients.

Le troisième régime couvre des prestations considérées comme moins nécessaires, comme les lunettes, une partie des soins dentaires, la médecine parallèle et l'hospitalisation dans une division autre que commune. Il est offert uniquement par des assurances privées.

2.2.5.4 Financement

Le financement est basé pour sa plus grande part sur des déductions salariales partiellement proportionnelles au revenu. L'employé paie à la fois un montant mensuel fixe et 1.2% du salaire, alors que l'employeur paie 5.6% du salaire (chiffres valables pour 1998). Une caisse générale d'assurance obligatoire répartit les cotisations.

D'autre part, le gouvernement verse des subsides dont le montant est déterminé chaque année.

2.2.5.5 Description du «catalogue» des prestations

Les Pays-Bas connaissent deux régimes d'assurance-maladie sociale : la loi sur les caisses d'assurance-maladie (HIA) et la loi générale sur les frais exceptionnels de maladie (EMEA). Les prestations prises en charge par ces deux régimes font l'objet d'un «catalogue» exhaustif, mais, comme dans les autres pays de la comparaison, seulement en partie explicite. La plupart des prestations médicales sont a priori remboursées, à moins qu'elles soient considérées comme inappropriées. Les guidelines édictées par des autorités médicales (par exemple le *Dutch Institute for Quality Improvement in Healthcare [CBO]*, ou le *Het Nederlands Huisartsen Genootschap [NHG]*), servent de référence au *National Sickness Fund Council (College voor Zorgverzekeringen)*⁵² dans ses décisions de prise en charge.

2.2.5.6 Tableau comparatif des prestations générales

Le tableau ci-après compare les prestations générales remboursées par l'assurance-maladie sociale en Suisse et aux Pays-Bas. Le «catalogue» des prestations des deux pays a été arbitrairement subdivisé en 24 catégories, afin de faciliter la comparaison. La colonne de gauche, concernant la Suisse, est reproduite de manière identique dans le chapitre consacré à chacun des cinq autres pays.

Dans ce tableau, le terme «participation» est réservé à la part des frais qui est à la charge de l'assuré, alors que «contribution» et «remboursement» désignent la part qui est payée par l'assurance-maladie.

Pour une meilleure lisibilité, les montants exprimés dans la colonne de droite ont été convertis de florins néerlandais en francs suisses d'après le taux de change approximatif de : FN 100.- ~CHF 70.- (mai 2000).

Pour chaque catégorie de prestations, nous avons indiqué le régime d'assurance-maladie applicable⁵³ :

- HIA : Health Insurance Act = Ziekenfondswet (Zfw)
- EMEA : Exceptional Medical Expenses Act = Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

⁵² Autrefois appelé *Ziekenfondsraad*.

⁵³ Voir «Organisation actuelle».

Catégorie	Suisse	Pays-Bas
Médecins	La quasi totalité des actes et services médicaux est remboursée, après déduction de la franchise et de la quote-part de 10% (voir catégorie Participation aux frais), sur le principe de la confiance et ne figure donc sur aucune liste. Certaines prestations remboursées sont toutefois explicitées (prévention, maternité, psychothérapie, analyses et médicaments : voir ci-dessous). D'autres, particulièrement controversées (160 env.), ont fait - et peuvent faire en tout temps - l'objet d'une étude approfondie en termes d'efficacité, d'économicité et d'adéquation par une commission fédérale. La liste de ces prestations figure dans une ordonnance accompagnant la loi (voir annexe 1 de l'OPAS).	HIA Remboursement intégral de la quasi totalité des prestations des généralistes. Pour les spécialistes, participation aux frais de 20% depuis 1997 (voir Participation aux frais).
Hospitalisation	Remboursement partiel ⁵⁴ , sans limite de durée. <u>Restrictions :</u> – participation aux coûts de 10.-/j (sauf maternité et assurés vivant en ménage commun avec au moins une personne de leur famille), en plus de la franchise et de la quote-part de 10%; – l'établissement de soins doit être reconnu et figurer sur la liste de planification hospitalière cantonale; – hospitalisation hors-canton : sauf cas d'urgence et d'absence d'équipement adéquat dans le canton de domicile, la différence entre le prix facturé et les tarifs applicables par l'hôpital aux résidents du canton de domicile est à la charge de l'assuré.	HIA Remboursement partiel des frais d'hospitalisation en hôpital non psychiatrique. Participation aux frais de 5.60/j, mais au maximum 70.-/an. Passé le délai de 365 jours, c'est l'EMEA qui prend le relais. L'admission dans un hôpital nécessite l'accord de la caisse-maladie. L'hospitalisation est justifiée si elle est médicalement nécessaire et si le patient est en attente d'une place dans un établissement médico-social. EMEA Remboursement partiel des frais d'hospitalisation en hôpital psychiatrique, et en hôpital somatique > 365 jours. Remboursement des frais de transplantation et de prélèvement d'organes. Ces prestations sont limitées à certains hôpitaux désignés par le Ministre.

⁵⁴ Pour toutes les mentions Remboursement partiel, se référer à la catégorie Participation aux frais.

Catégorie	Suisse	Pays-Bas
Médicaments	<p>Remboursement partiel, sans limite de durée, de certains vaccins (voir catégorie Prévention) et de tous les médicaments (environ 3'000) figurant sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> – liste des médicaments avec tarif (LMT) : constituants de préparation magistrales, récipients, mais aussi prestations des pharmaciens; – liste des spécialités (LS) : préparations pharmaceutiques et médicaments confectionnés. – Existence d'une Liste négative (LN) officieuse, qui contient les médicaments non pris en charge, même pas par les assurances complémentaires. <p>Prise en charge provisoire, en attendant des critères d'évaluation des médicaments : spécialités de la médecine complémentaire (phytothérapie, homéopathie, médecine anthroposophique).</p> <p><u>Restrictions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> – le remboursement de certains médicaments est limité à des indications précises et à une quantité fixe par unité de temps; – critères d'admission dans la LS : besoin d'ordre médical, valeur thérapeutique, fiabilité et caractère économique prouvés; – le pharmacien peut délivrer un générique en lieu et place de l'original si le médecin le note sur l'ordonnance. Le délai de protection des préparations originales a été ramené de 30 à 15 ans dans la nouvelle loi; – ne sont (entre autres) pas remboursés : les contraceptifs oraux, sauf maladie, les anorexigènes, les régimes, les fortifiants, les médicaments contre la chute de cheveux et les mucolytiques; – sont (entre autres) remboursés : médicaments veineux, vasopresseurs, stimulants cardiaques, vasodilatateurs périphériques, activateurs de la fonction cérébrale (nootropes), minéraux et vitamines. 	<p>Remboursement partiel des médicaments figurant dans une liste positive. Participation aux frais de 20%, plus l'éventuel dépassement du montant correspondant à l'alternative médicamenteuse moins chère.</p> <p>Non remboursés : remèdes homéopathiques, de la médecine anthroposophe, et <i>over-the-counter drugs</i>.</p> <p>Remboursement le plus souvent intégral des anticonceptionnels, sauf pour certaines marques considérées comme trop chères, où une participation est exigée.</p>

Catégorie	Suisse	Pays-Bas
Analyses	Remboursement partiel des analyses figurant dans une liste positive (Liste des analyses, LAna). <u>Restrictions :</u> <ul style="list-style-type: none"> – certaines analyses ne sont prises en charge que si elles sont pratiquées par certains prestataires qualifiés et reconnus, parfois après accord du médecin-conseil de l'assurance; – les analyses effectuées dans le cadre des soins de base (cabinet médical, pharmacie) font l'objet d'une liste restreinte détaillée, de même que les analyses effectuées par des médecins spécialistes, pour lesquels la liste est élargie; – les chiropraticiens ne peuvent confier à la charge de l'assurance que 28 analyses à des laboratoires; – les sages-femmes ne peuvent confier à la charge de l'assurance que 13 analyses à des laboratoires reconnus. 	Remboursement partiel des analyses prescrites par un médecin. Participation aux frais de 20%.
Soins dentaires	Remboursement partiel des soins dentaires s'ils sont : <ul style="list-style-type: none"> – occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication; – occasionnés par une maladie grave autre ou ses séquelles; – nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles; – occasionnés par un accident, dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge. La liste exhaustive détaillée figure dans l'OPAS.	HIA Remboursement intégral des soins dentaires chez les enfants et adolescents < 18 ans ⁵⁵ : prévention, application de fluor 2x/an dès 6 ans, plombages, orthodontie, chirurgie dentaire. Remboursement intégral des soins préventifs chez l'adulte, pour autant qu'il se rende 1x/an chez le dentiste. Remboursement partiel des soins dentaires chirurgicaux spécialisés, dans certains cas également des implants et des radiographies, des prothèses dentaires complètes ⁵⁶ , des soins pour affections dentaires spéciales, des soins aux handicapés physiques et mentaux ⁵⁷ , ainsi que des soins consécutifs à un traitement médical. Participation aux frais de 20%. Couronnes et bridges non remboursés (remboursement partiel par des assurances privées).

⁵⁵ Dès l'âge de 2 ans, les assurés reçoivent une carte dentaire valable un an. Les jeunes de > 13 ans qui n'ont pas de carte paient une participation aux frais de 50%, mais au maximum 350.-/an. En 1995, il était question de supprimer le remboursement des soins dentaires pour les jeunes.

⁵⁶ Prestation réintroduite le 1.1.97 dans le catalogue.

⁵⁷ Dans certaines conditions et en cas de nécessité.

Catégorie	Suisse	Pays-Bas
Conseils nutritionnels	<p>Remboursement partiel, sur prescription médicale, des conseils diététiques prodigués par des diététiciens aux assurés souffrant de :</p> <ul style="list-style-type: none"> – troubles du métabolisme⁵⁸; – obésité (BMI > 30) et affections qui découlent de la surcharge pondérale ou qui y sont associées; – maladies cardio-vasculaires; – maladies du système digestif; – maladies des reins; – états de malnutrition ou de dénutrition; – allergies alimentaires ou réactions allergiques dues à l'alimentation. <p><u>Restriction :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – max. 6 séances renouvelables 1 fois. Au-delà de 12 séances, accord du médecin-conseil de l'assurance nécessaire. 	<p>EMEA</p> <p>Remboursement intégral (compris dans le forfait hospitalier) de consultations diététiques fournies à des fins thérapeutiques par un établissement reconnu.</p>
Physiothérapie	<p>Remboursement partiel :</p> <ul style="list-style-type: none"> – rayons UV; – rayons colorés et infrarouges; – air chaud; – ondes courtes; – radar (micro-ondes); – diathermie (ondes longues); – aérosols; – massages manuels et kinésithérapie (massage musculaire, local ou général, du tissu conjonctif et réflexogène; gymnastique médicale; gymnastique d'après Bobath ou Kabath; gymnastique de groupe; extension vertébrale; drainage lymphatique pour 	<p>Remboursement partiel de 9 séances/an de physiothérapie prescrite par un médecin, voire davantage dans des cas particuliers, avec l'accord de la caisse-maladie. Participation aux frais de 20%.</p>

⁵⁸ Le conseil aux diabétiques, prodigué sur OM par des infirmières reconnues et spécialement formées, comprenant les conseils et instructions sur tous les aspects des soins nécessaires au traitement de la maladie, est remboursé à raison de 10 séances renouvelables 1 fois, mais au max. 20 séances/an.

Catégorie	Suisse	Pays-Bas
	<p>traitement des oedèmes lymphatiques; hippothérapie-K pour le traitement de la sclérose en plaques);</p> <ul style="list-style-type: none"> – ultrasons; – électrothérapie (galvanisation, iontophorèse; faradisation); – hydrothérapie (enveloppements et compresses; fango, boue et paraffine; douches médicales; bains médicaux; bains électriques; massage au jet; massage sous l'eau; bains hyperthermiques). <p><u>Restriction</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> – max. 12 séances/3 mois (limite qui peut être dépassée par une nouvelle prescription). 	
Ergothérapie	<p>Remboursement partiel dans les affections somatiques et psychiatriques, pour autant qu'elle procure à l'assuré, en cas d'affection somatique, l'autonomie dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie. Les indications ne sont pas précisées en détail dans la loi.</p> <p><u>Restriction</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> – max. 12 séances par prescription et par 3 mois (limite qui peut être dépassée par une nouvelle prescription). 	<p>HIA</p> <p>Remboursement partiel de l'ergothérapie prescrite par un médecin. Participation aux frais de 20%.</p> <p>Des prestations supplémentaires peuvent être accordées grâce à un fonds spécial, géré par le Conseil des caisses-maladie.</p> <p>EMEA</p> <p>Remboursement complet dans le cadre d'un séjour dans un établissement de soins, dans un centre pour handicapés ou dans un foyer de jour.</p>
Chiropraticiens	<p>Comme pour les médecins, les actes des chiropraticiens ne font pas l'objet d'une liste positive. Toutefois, ces derniers ne peuvent prescrire à charge de l'assurance que certaines analyses (cf Analyses), certains médicaments (analgésiques, préparations anti-inflammatoires percutanées, préparations pour bains et cataplasmes) et appareils (minerve, matériel de pansement exclusivement utilisé pour la colonne vertébrale).</p>	<p>Non remboursé (prestation remboursée par les assurances privées).</p>

Catégorie	Suisse	Pays-Bas
Logopédie	<p>Remboursement partiel (voir chapitre “participation aux frais”), sur prescription médicale, pour les affections ayant une des causes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> – atteinte cérébrale organique (infection, traumatisme, post-opératoire, intoxication, tumeur, troubles vasculaires); – affections phoniatriques. <p><u>Restriction</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> – max. 12 séances/prescription et par 3 mois (limite qui peut être dépassée par une nouvelle prescription) et max. 60 séances par an (limite qui peut être dépassée après accord du médecin-conseil). 	<p>Remboursement partiel de la logopédie dans la récupération de la parole, mais pas dans la dyslexie. Participation aux frais de 20%.</p>
Psychothérapie	<p>Remboursement partiel de la psychothérapie pratiquée par des médecins seulement; exceptionnellement, un psychothérapeute non médecin peut être remboursé s’il pratique au cabinet du médecin responsable et que sa prestation est facturée au nom du médecin⁵⁹.</p> <p><u>Restrictions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> – non remboursées : psychothérapie en vue de la découverte ou de la réalisation de soi-même, de la maturation de la personnalité ou dans tout autre but que le traitement de la maladie; psychothérapie appliquée avec d’autres méthodes que celles des institutions reconnues; – max. 2 séances/sem (1h) pendant les 3 premières années, 1 h/sem pendant les 3 années suivantes et 1 h/2 sem par la suite; – au-delà de 60 h/2 ans, accord du médecin-conseil nécessaire. 	<p>EMEA</p> <p>Remboursement intégral de 90 séances de 45 minutes de psychothérapie. Des séances supplémentaires ne sont remboursées qu’après un délai de 52 sem. Le patient doit être adressé au psychiatre par un RIAGG⁶⁰.</p> <p>Remboursement partiel de la psychothérapie déléguée, pratiquée par un psychothérapeute non-médecin. Participation aux frais de 14.-/séance, maximum 630.-/an.</p>

⁵⁹ D’après la jurisprudence du TFA.

⁶⁰ Institut régional d’hygiène mentale ambulatoire.

Catégorie	Suisse	Pays-Bas
Réadaptation et rééducation fonctionnelles	Remboursement partiel : – des mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin (celles-ci comprennent, outre les prestations médicales, les mêmes soins que ceux pratiqués par les infirmiers à domicile : instructions et conseils, examens et soins, soins de base); – des mesures thérapeutiques en cas d'infirmité congénitale, dès que l'assuré atteint l'âge auquel cesse le droit aux prestations de l'AI.	HIA Remboursement intégral de la réadaptation ambulatoire effectuée par une équipe multidisciplinaire. Participation aux frais de 5.60/j en cas de réadaptation hospitalière. EMEA Remboursement identique, mais passé le délai de 365 jours.
Moyens et appareils	Remboursement partiel de tous les moyens et appareils figurant dans la LiMA, liste positive très détaillée ne comprenant toutefois pas les appareils implantés dans le corps (ex : implant cochléaire, dont la couverture est précisée dans l'annexe 1 de l'OPAS). Deux exemples de cette liste sont illustrés ci-dessous : aides visuelles et auditives. Certains moyens et appareils sont pris en charge par d'autres assurances du système de sécurité sociale (assurances vieillesse et invalidité) : fauteuil roulant, appareils acoustiques, perruques post-chimiothérapie, etc.	Remboursement variable de moyens et appareils figurant dans une liste positive, avec l'accord de la caisse maladie. Dans certaines conditions, prise en charge également d'éventuelles modifications et réparations, ainsi que de la fourniture de pièces de rechange. Non remboursés : frais liés à l'utilisation normale et à l'entretien des appareils. Participations aux frais de différents moyens et appareils : – prothèses : 20%; – prothèses mammaires : 270.-; – chaussures orthopédiques : 70.-/an < 16 ans, 140.- > 16 ans; – perruques : 380.-; Remboursement des frais d'adaptation du domicile et d'un éventuel surcoût de chauffage au domicile.
Aides visuelles	Verres de lunettes/lentilles de contact : – jusqu'à 18 ans révolus, 1x/an : 200.- – dès 19 ans, 1x/5 ans : 200.- <i>Limitation</i> : OM pour les premières lunettes ou lentilles de contact.	Les lunettes et verres de contact ne sont plus remboursés depuis 1989, sauf le premier achat et sauf exceptions (prescription médicale spécifique).

Catégorie	Suisse	Pays-Bas
	<p>Verres de lunettes, lentilles de contact ou verres protecteurs : 200.- – 1x/an, par œil.</p> <p><i>Limitation :</i> Sur OM, tous les groupes d'âge, en cas de modifications de la réfraction dues à une maladie, par ex⁶¹ :</p> <ul style="list-style-type: none"> – cataracte; – diabète; – pathologies maculaires; – troubles du muscle oculomoteur; – amblyopie; – suites de la prise de médicaments; – nécessité après une opération (p. ex. cataracte, glaucome, amotio-retinae). <p>Cas spéciaux pour les lentilles de contact I : 300.- Tous les groupes d'âge, 1x/2 ans, par œil</p> <p><i>Limitation :</i> Sur OM, acuité améliorée de 2/10 par rapport aux lunettes. En cas de :</p> <ul style="list-style-type: none"> – myopie > -8,0; – hyperopie > +6,0; – anisométrie dès 3 dioptries, en présence de troubles. <p>Cas spéciaux pour les lentilles de contact II, sans limitation de temps, par œil : 700.-</p>	

⁶¹ Liste non exhaustive.

Catégorie	Suisse	Pays-Bas
	<p><i>Limitation :</i> Sur OM, en cas de : – astigmatisme irrégulier; – kératocône; – pathologie ou lésion de la cornée; – nécessité après une opération de la cornée; – défauts de l'iris.</p> <p>Produits de nettoyage et de conservation des lentilles non remboursés. Remboursement partiel de loupes, lunettes télescopiques, appareil de lecture à l'écran, cannes pour aveugles, chiens pour aveugles, systèmes de lecture et d'écriture : seulement subsidiairement à l'assurance invalidité.</p>	
Aides auditives	<p>Remboursement partiel subsidiairement à d'autres assurances sociales si la personne ne satisfait pas aux conditions d'assurance; dès lors, aux mêmes conditions qu'appliquerait l'assurance sociale correspondante : appareillage monaural ou binaural, y compris les piles, appareillage complexe selon liste détaillée dans la LAI. «Tinnitus-masker» : en cours d'évaluation.</p>	<p>Remboursement intégral des aides auditives. Remboursement partiel, sur indication du généraliste, du pédiatre ou de l'oto-rhino-laryngologiste, des prestations d'un centre multidisciplinaire d'audiologie (HIA), comprenant l'examen audiolologique, le counseling et une aide psychosociale. Passé le délai de six semaines, il faut l'accord de la caisse-maladie. Participation aux frais de 20%.</p>
Prévention	<p>Remboursement partiel d'une vingtaine de prestations : – 8 examens de bonne santé et de développement de l'enfant de l'âge préscolaire; – Guthrie; – 1 examen gynécologique (y compris le PAP test) tous les 3 ans (1x/an les 2 premières années); – colonoscopie en cas de cancer du côlon familial; – examen de la peau en cas de risque élevé de mélanome familial;</p>	<p>Remboursement intégral de⁶² : – Guthrie; – screening du cancer du col pour les femmes de 30 à 50 ans;</p>

⁶² Liste non exhaustive.

Catégorie	Suisse	Pays-Bas
	<ul style="list-style-type: none"> - max. 1 mammographie/an en cas de cancer de la mère, de la fille ou de la sœur et 1 mammographie/2 ans dès 50 ans; - test HIV pour les nourissons de mère contaminée et les personnes exposées; - vaccins et rappels (Di-Te-Per-Pol, ROR, Hib, grippe, HBV, HBIg) pour certaines indications précises; - prophylaxie à la vitamine K chez les nouveaux-nés; - prophylaxie du rachitisme par vitamine D chez les < 1 an; - ultrason des hanches entre 0 et 6 semaines. 	<ul style="list-style-type: none"> - mammographie pour les femmes de 50 à 75 ans; - vaccins et rappels (Di-Te-Per-Pol, ROR, Hib, grippe pour les > 65 ans);
Soins à domicile, ambulatoires ou dispensés en établissement médico-social (EMS)	<p>Remboursement partiel de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - instructions et conseils (liste détaillée); - examens et soins (liste détaillée); - soins de base pour patients dépendants ou psychiatriques et psycho-gériatriques (liste détaillée). <p><u>Restrictions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - la prescription ne peut dépasser 3 mois pour une maladie aiguë et 6 mois pour une maladie de longue durée (limite qui peut être dépassée par une nouvelle prescription); - les soins ne peuvent dépasser 60 heures/trimestre, sauf accord de l'assurance; - évaluation des soins requis avant le début des soins; - aide ménagère : non remboursée. 	<p>EMEA</p> <p>Remboursement partiel des soins infirmiers et médicaux à domicile, y compris l'encadrement et l'instruction. Les prestations comprennent aussi le prêt d'appareils nécessaires aux soins infirmiers pour une période de 26 semaines au plus. Participation aux frais de 20%.</p> <p>Remboursement partiel de séjours dans des établissements de soins, des établissements pour handicapés physiques, un centre pour handicapés spécialement aménagé à Arnhem⁶³, des appartements protégés, des appartements de jour.</p>

⁶³ Inchant soins médicaux et infirmiers, physiothérapie, logopédie, ergothérapie, soins dentaires, médicaments et pansements, fauteuils roulants et voitures de handicapés.

Catégorie	Suisse	Pays-Bas
Maternité	<p>Remboursement intégral, sans franchise ni quote-part, de :</p> <ul style="list-style-type: none"> – 7 examens de contrôle lors d’une grossesse normale, davantage en cas de pathologie; – 2 ultrasons, davantage en cas de pathologie; – CTG prénatal en cas de grossesse à risque; – amniocentèse, prélèvement des villosités choriales chez les > 35 ans et les femmes plus jeunes à risque comparable; – 1 consultation post-partum entre la 6^{ème} et la 10^{ème} sem post-partum; – frais d’accouchement hospitalier ou ambulatoire (y compris à domicile); – soins à domicile remboursés; – aide à domicile non remboursée; – pas d’indemnité de maternité. <p><u>Remboursement des prestations des sages-femmes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – 100.- de participation pour un cours collectif de préparation à l’accouchement dispensé par une sage-femme; – 3 séances de conseils en matière d’allaitement (par sage-femme ou infirmière spécialisée); – 6 sur les 7 examens de contrôle décrits ci-dessus peuvent être pratiqués par une sage-femme; 	<p>Remboursement intégral de tous les soins obstétricaux pris en charge en Suisse et de tous les soins prescrits par un médecin. Le suivi de grossesse⁶⁴ et les examens de bonne santé de l’enfant d’âge préscolaire sont remboursés par EMEA.</p> <p>Remboursement d’un maximum de 10 jours (80 heures) de soins post-natals par une aide maternelle s’occupant de la santé de la mère et de l’enfant, ainsi que du ménage.</p> <p>Les soins obstétricaux doivent en principe être dispensés par une sage-femme; les généralistes et les spécialistes n’interviennent qu’en cas d’indisponibilité d’une sage-femme ou en cas d’indication médicale.</p>

⁶⁴ Dont la sérologie HBV (hépatite B).

Catégorie	Suisse	Pays-Bas
	<ul style="list-style-type: none"> – prestations sur prescription médicale en cas de grossesse pathologique; – prescription (et non pas réalisation) d'un US de contrôle; – 1 CTG prénatal lors de grossesse à risque; – une consultation post-partum entre la 6^{ème} et la 10^{ème} sem post-partum; – instructions et conseils, examens et soins, soins de base (du même type que ceux réalisés par les soins à domicile), y compris rééducation du périnée, à condition qu'ils soient prodigués après un accouchement à domicile ou ambulatoire, ou encore après la sortie anticipée d'un hôpital ou d'une institution de soins semi-hospitaliers. 	
Balnéothérapie	<p>Remboursement partiel de :</p> <ul style="list-style-type: none"> – 10.-/j pendant max. 21 jours; – soins médicaux, physio, etc. <p><u>Restriction</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> – sur prescription médicale. 	Non remboursée.
Transports	<p>Remboursement partiel de :</p> <p>50% des coûts de transports médicalement justifiés et impossibles à réaliser par des moyens privés ou publics.</p> <p><u>Restrictions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> – max. 500.-/an; – transferts secondaires entre établissements de soins non remboursés (inclus dans le forfait d'hospitalisation). 	<p>Remboursement partiel des frais d'ambulance, pour autant qu'un tel transport soit médicalement justifié. Avec l'accord de la caisse-maladie, le transport par hélicoptère est aussi remboursé. Participation aux frais de 20%, y compris pour les trajets en transports en commun, en taxi ou en voiture particulière, mais au plus de 105.-/an.</p> <p>En cas de rapatriement aux Pays-Bas, seule la partie du trajet à partir de la frontière ou de l'aéroport est prise en charge. La totalité du trajet n'est remboursée que si l'assuré a subi un traitement à l'étranger avec l'accord préalable de la caisse-maladie ou si l'assuré est un frontalier.</p>

Catégorie	Suisse	Pays-Bas
Sauvetage	Remboursement partiel de : 50% des coûts en Suisse. <u>Restriction</u> : – max. 5'000.-/an.	Idem Transports.
Soins à l'Étranger	Remboursement partiel de : – prestations qui ne peuvent être fournies en Suisse; – prestations d'urgence; – coûts d'un accouchement ayant eu lieu à l'étranger lorsqu'il constitue le seul moyen de procurer à l'enfant la nationalité de la mère ou du père, ou lorsque l'enfant serait apatride s'il était né en Suisse. <u>Restriction</u> : – max. le double du tarif suisse. Pour les accouchements, max. le tarif suisse.	Remboursement intégral des prestations non réalisables aux Pays-Bas (avec l'accord de la caisse-maladie), des consultations transfrontalières dans le cadre de programmes régionaux spécifiques ou de contrats internationaux dans une région transfrontalière.
Participation aux coûts	1. <i>Franchise</i> : Montant fixé par le Conseil Fédéral, actuellement 230.-/an; possibilité pour l'assuré de choisir une franchise plus haute (jusqu'à un max. de 1'500.- par an), choix assorti d'une réduction correspondante de la prime mensuelle d'assurance. Libération de la franchise pour les mineurs, les prestations de maternité, la dialyse pour l'insuffisance rénale terminale. 2. <i>Quote-part</i> : Pour mineurs : 10%, mais max. 300.- par an; Pour adultes : 10%, mais max. 600.- par an; Plusieurs enfants d'une même famille paient ensemble au max. le montant de la franchise et de la quote-part dus par un adulte.	HIA Depuis le 1.1.1997, participation aux frais de 20% s'ajoutant au ticket modérateur qui existait pour certaines prestations jusqu'alors, mais au maximum 140.-/an ⁶⁵ pour l'assuré et ses co-assurés. Libération de cette participation pour les prestations du médecin de famille et les soins dentaires à l'exception des soins dentaires chirurgicaux spécialisés, pour les soins obstétricaux (ambulatoires ou hospitaliers) et les soins post-natals. Pour le séjour hospitalier, participation aux frais fixe de 5.60.-/j. EMEA Participation aux frais variable selon que l'assuré vit seul ou non, seulement pour les adultes > 18 ans. Pour les séjours en centre de soins, participation maximale de 2'200.-/mois.

⁶⁵ 70.-/an pour certaines catégories d'assurés défavorisés.

Catégorie	Suisse	Pays-Bas
Indemnité funéraire	Aucune.	Aucune.
Centre de recherches sur l'hérédité		Remboursement partiel, sur indication d'un médecin de famille ou d'un spécialiste, d'un examen d'anomalies héréditaires, de counseling en la matière et d'encadrement psychosocial, également à d'autres personnes que l'assuré.

Dans certaines conditions, les assurés peuvent bénéficier de subventions dans la fourniture de prestations supplémentaires, financées par un fonds spécial géré par le Conseil des caisses-maladie.

Parmi ces prestations supplémentaires, celles qui dépendent de l'EMEA sont :

- les foyers-logements pour handicapés mentaux;
- les soins individuels pour handicapés mentaux;
- les soins dans les cliniques spécialisées dans les interruptions volontaires de grossesse;
- les examens pré- et périnataux sur les groupes sanguins/facteur Rhésus et la syphilis;
- l'encadrement en cas d'habitation autonome de certaines catégories d'assurés
- l'encadrement de la famille en cas d'enfants handicapés auditifs graves;
- le programme national de prévention de la grippe.

celles qui dépendent de l'HIA sont :

- la fécondation in vitro
- les soins intensifs à domicile
- l'ergothérapie ambulatoire simple (depuis 1997).

2.2.5.7 Commentaire sur les prestations générales

La qualité des renseignements obtenus pour les Pays-Bas peut être qualifiée de bonne. Des informations de plusieurs sources ont été regroupées et, de plus, elles ont été validées par une personne compétente. Il se peut néanmoins que des erreurs se soient glissées par endroits, en raison de malentendus dus essentiellement à des problèmes de langue.

En faisant abstraction de la participation aux frais des assurés, on constate que les prestations couvertes en Suisse et non aux Pays-Bas sont les suivantes :

- chiropratique
- conseils nutritionnels en pratique indépendante
- physiothérapie (au-delà de 9 séances)
- lunettes et verres de contact
- balnéothérapie.

A l'inverse, onze domaines paraissent mieux couverts aux Pays-Bas :

- soins dentaires (prévention, orthodontie, soins dentaires aux enfants de < 18 ans, prothèses pour patients handicapés physiques ou mentaux)
- psychothérapie par psychologues
- adaptation du domicile
- centre multidisciplinaire spécialisé en audiologie, comprenant un soutien psychosocial
- aide à domicile dans le cadre de soins post-natals
- ultrasons en nombre illimité pendant la grossesse
- fécondation in vitro
- soins intensifs à domicile
- foyers-logements pour handicapés mentaux
- soins individuels pour handicapés mentaux
- encadrement en cas d'habitation autonome de certaines catégories d'assurés.

Aux Pays-Bas comme en Suisse, les participations aux frais représentent une quote-part identique pour presque toutes les catégories de prestations. Les exceptions ne concernent que les soins de maternité en Suisse, alors qu'aux Pays-Bas, la participation est nulle pour trois catégories : la maternité, les prestations de médecine de famille et certains soins dentaires.

La quote-part est plus élevée aux Pays-Bas (20%) qu'en Suisse (10%). Cependant, il faut relativiser ce déséquilibre : le plafond annuel pour le calcul de la quote-part aux Pays-Bas est de 140.-, voire 70.- pour certains groupes d'assurés défavorisés, alors qu'en Suisse, il est de 600.- pour les adultes et de 300.- pour les enfants. De plus, la Suisse connaît une franchise minimale de 230.-/an pour les assurés adultes, les Pays-Bas n'en ont pas.

2.2.6 Luxembourg

2.2.6.1 Collaborations établies, sources et références

Ce chapitre a été préparé sur la base de renseignements de bonne qualité, obtenus de :

- Ministère de la sécurité sociale, Luxembourg : Romain Fehr, Inspecteur principal, ainsi que le site Internet <http://www.etat.lu/MSS/maladie/prestsan.htm>;
- Dr Norbert Watgen, administrateur du Contrôle médical, Union des caisses-maladie.

Références de base :

- «Aperçu sur la législation de la sécurité sociale» du Ministère de la sécurité sociale et de l'Inspection générale de la sécurité sociale du Grand-Duché du Luxembourg, éd. novembre 1998;
- Nomenclatures des actes et services des médecins et médecins-dentistes et tarifs 1999;
- Nomenclatures des actes et services des professions de santé et tarifs 1999;
- Liste des médicaments à usage humain, 3^{ème} éd. 1998.

Des documents publiés⁶⁶ ont complété les informations obtenues par ces sources.

2.2.6.2 Historique

- 1901 : première loi luxembourgeoise en matière d'assurances sociales, concernant l'assurance obligatoire des ouvriers contre les maladies.
- 1974 : les neuf caisses-maladie s'associent en Union dans le but de mieux répartir les risques. Loi du 2 mai 1974 visant à uniformiser les conditions de financement et les prestations des différentes caisses-maladie, et prévoyant une participation accrue de l'Etat au financement des dépenses et la création d'un fonds de gros risques.
- 1977 : Loi du 20 avril 1977 assimilant le régime de la caisse-maladie agricole aux autres régimes de caisses-maladie.
- 1978 : Loi du 27 juillet 1978 uniformisant pour tous les assurés (sauf les exploitants agricoles) le taux de cotisation et le plafond cotisable.
- 1979 : Loi du 23 avril 1979 introduisant les principales dispositions du code des assurances sociales dans le régime des professions indépendantes.
- 1990-91 :
réforme de la sécurité sociale destinée à limiter l'explosion des coûts dans le secteur de la santé. Cette réforme introduit en particulier la méthode du financement prospectif par allocations budgétaires.
- 1995 : entrée en vigueur du nouveau système de financement des hôpitaux par budget prévisionnel.
- 1996-97 :
présentation à la Chambre des députés d'un projet de loi prévoyant l'introduction d'une assurance-dépendance largement calquée sur le modèle allemand. La loi est entrée en vigueur en 1999.

2.2.6.3 Organisation actuelle

L'assurance-maladie est obligatoire, et 97% environ de la population sont inscrits auprès de l'une des neuf caisses-maladie. Il est possible de contracter une assurance complémentaire destinée à couvrir tout ou partie des risques non couverts par l'assurance obligatoire. L'Union des caisses-maladie négocie régulièrement les tarifs autorisés avec les associations des différents prestataires de soins.

⁶⁶ Les références sont présentées par ordre chronologique et, à l'intérieur d'une même année, par ordre alphabétique :

- Metz H: The health care system of the Grand Duchy of Luxembourg. Bull Soc Sci Med 1996;2:13-25.
- Ministère de la sécurité sociale. Projet de loi portant sur l'introduction d'une assurance-dépendance. Session ordinaire 1996-97 de la Chambre des députés.
- Lair ML. Nouvelles orientations hospitalières au Grand-Duché de Luxembourg. Epistula Alass 1999, avril, 29-30.
- Luxembourg: Introduction d'une assurance-dépendance. Sécurité Sociale 1999;1:47.

2.2.6.4 Financement

Le financement a une double origine : 60% du financement provient des contributions des assurés et 40% des subventions de l'Etat. L'Etat couvre également les risques importants (gros risques).

2.2.6.5 Description du «catalogue» des prestations

Les prestations de santé remboursées par les caisses-maladie figurent de manière explicite et exhaustive, du moins dans les domaines des prestations de médecins, de dentistes, et de certaines professions de la santé, dans les différentes nomenclatures citées plus haut. Certaines prestations sont assorties de limitations, d'autres sont soumises à autorisation (préalable ou non) par le Conseil médical de la caisse-maladie. La question du remboursement des prestations ne se trouvant pas dans les nomenclatures (soins à l'étranger, réadaptation, soins à domicile, etc.) sont réglées par la loi sur l'assurance-maladie, dont nous avons utilisé l'aperçu cité ci-dessus.

2.2.6.6 Tableau comparatif des prestations générales

Le tableau ci-après compare les prestations générales remboursées par l'assurance-maladie sociale en Suisse et au Luxembourg. Le «catalogue» des prestations des deux pays a été arbitrairement subdivisé en 24 catégories, afin de faciliter la comparaison. La colonne de gauche, concernant la Suisse, est reproduite de manière identique dans le chapitre consacré à chacun des cinq autres pays.

Dans ce tableau, le terme «participation» est réservé à la part des frais qui est à la charge de l'assuré, alors que «contribution» et «remboursement» désignent la part qui est payée par l'assurance-maladie.

Pour une meilleure lisibilité, les montants exprimés dans la colonne de droite ont été convertis de francs luxembourgeois en francs suisses d'après le taux de change approximatif de : LUF 100.- ~ CHF 3.85 (mai 2000).

Catégorie	Suisse	Luxembourg
Médecins	La quasi totalité des actes et services médicaux est remboursée, après déduction de la franchise et de la quote-part de 10% (voir catégorie Participation aux frais), sur le principe de la confiance et ne figure donc sur aucune liste. Certaines prestations remboursées sont toutefois explicitées (prévention, maternité, psychothérapie, analyses et médicaments : voir ci-dessous). D'autres, particulièrement controversées (160 env.), ont fait - et peuvent faire en tout temps - l'objet d'une étude approfondie en termes d'efficacité, d'économicité et d'adéquation par une commission fédérale. La liste de ces prestations figure dans une ordonnance accompagnant la loi (voir annexe 1 de l'OPAS).	<p><u>Remboursement des actes et services médicaux</u>⁶⁷ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tous ceux figurant dans la nomenclature; - certains actes ne figurant pas dans la nomenclature et acceptés cas par cas, sur OM⁶⁸, par le contrôle médical (APCM⁶⁹). <p><u>Remboursement des consultations et visites</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 95% (100% si consultation/visite hospitalières ou en rapport avec la maternité); - 80% pour la 1^{ère} visite, mais la participation de l'assuré ne peut se répéter dans un délai de 28 j. <p><u>Restrictions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - A(P)CM : max. 1 consultation/visite par 24h, sauf urgence; - A(P)CM : max. 2 consultations/visites par 7j; - A(P)CM : max. 12 consultations/visites par semestre, sauf patient hospitalisé ou en long séjour gériatrique; - sont exemptés des règles ci-dessus les renouvellements d'ordonnance, les injections et pansements en série; - consultation longue (majorée) : max. 1x/6 mois, sauf neurologues et neuropsychiatres.

⁶⁷ Principe de la médication économique:

- les prestations doivent correspondre au mieux à l'état de santé des assurés, ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire et doivent être faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et être conformes aux données acquises par la science et à la déontologie médicale.
- les prestations peuvent ne pas être prises en charge et il peut même y avoir des sanctions en cas des abus suivants:
 - a) l'assuré bénéficie de prestations par un médecin qu'il a sciemment laissé dans l'ignorance de moyens de diagnostic et thérapeutiques mis en œuvre par un autre médecin pour les mêmes troubles au cours des 3 mois précédents;
 - b) l'assuré sollicite (sans APCM) plus de 2 médecins de la même spécialité en 6 mois;
 - c) l'assuré sollicite (sans APCM) plus de 3 médecins de quelque spécialité que ce soit en 3 mois (exception faite pour les dentistes, radiologues, ophtalmologues et anesthésistes);
 - d) l'assuré provoque la répétition de prestations en série en matière de physiothérapie, d'ergothérapie ou d'orthophonie en raison de l'interruption injustifiée d'un traitement autorisé.

⁶⁸ Ordonnance médicale.

⁶⁹ APCM: Autorisation Préalable du Conseil Médical requise. ACM: Autorisation du Conseil Médical requise.

Catégorie	Suisse	Luxembourg
Hospitalisation	<p>Remboursement partiel⁷⁰, sans limite de durée.</p> <p><u>Restrictions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> – participation aux coûts de 10.-/j (sauf maternité et assurés vivant en ménage commun avec au moins une personne de leur famille), en plus de la franchise et de la quote-part de 10%; – l'établissement de soins doit être reconnu et figurer sur la liste de planification hospitalière cantonale; – hospitalisation hors-canton : sauf cas d'urgence et d'absence d'équipement adéquat dans le canton de domicile, la différence entre le prix facturé et les tarifs applicables par l'hôpital aux résidents du canton de domicile est à la charge de l'assuré. 	<p>Remboursement partiel (voir participation aux coûts) :</p> <ul style="list-style-type: none"> – traitement ambulatoire ou stationnaire; – séjour en chambre 2^{ème} classe; – suite ambulatoire du traitement de physiothérapie, d'orthophonie et d'ergothérapie commencé à l'hôpital, à condition qu'il soit continué par le même prestataire, et pour une durée de 2 mois au plus. <p><u>Restrictions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> – participation aux coûts de 9.-/j (sauf maternité); – séjour et traitement hospitaliers en relation avec les activités hospitalières étrangères à l'objet de l'assurance pas remboursés; – simple hébergement non remboursé.
Médicaments	<p>Remboursement partiel, sans limite de durée, de certains vaccins (voir catégorie Prévention) et de tous les médicaments (environ 3'000) figurant sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> – liste des médicaments avec tarif (LMT) : constituants de préparation magistrales, récipients, mais aussi prestations des pharmaciens; – liste des spécialités (LS) : préparations pharmaceutiques et médicaments confectionnés. <p>Existence d'une Liste négative (LN) officielle, qui contient les médicaments non pris en charge, même pas par les assurances complémentaires.</p> <p>Prise en charge provisoire, en attendant des critères d'évaluation des médicaments : spécialités de la médecine complémentaire (phytothérapie, homéopathie, médecine anthroposophique).</p>	<p>La plupart des médicaments sont remboursés à 80%, y compris les préparations magistrales. Prise en charge à 80% de médicaments en principe non remboursés, mais APCM :</p> <ul style="list-style-type: none"> – antiovuatoires dans le ttt de maladies caractérisées; – produits de soins dermatologiques dans des affections dermatologiques graves et étendues; – nootropes dans les affections hématologiques ou rhumatologiques; – psychostimulants non amphétaminiques dans le ttt de la narcolepsie. <p>Prise en charge à 100% : médicaments à indication thérapeutique précise, ne contenant en général qu'une seule matière active et destinés à combattre des maladies de longue durée : antidiabétiques oraux et insuline, AINS intestinaux, anticoagulants, antiangoreux nitrés, digitaliques, antiarythmiques, antiHTA, hormones hypothalamiques, antiTBC, chimio, antirhumatismaux (sels d'or, pénicillamine), antiépileptiques, antiparkinsoniens,</p>

⁷⁰ Pour toutes les mentions Remboursement partiel, se référer à la catégorie Participation aux frais.

Catégorie	Suisse	Luxembourg
	<p><u>Restrictions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le remboursement de certains médicaments est limité à des indications précises et à une quantité fixe par unité de temps; - critères d'admission dans la LS : besoin d'ordre médical, valeur thérapeutique, fiabilité et caractère économique prouvés; - le pharmacien peut délivrer un générique en lieu et place de l'original si le médecin le note sur l'ordonnance. Le délai de protection des préparations originales a été ramené de 30 à 15 ans dans la nouvelle loi; - ne sont (entre autres) pas remboursés : les contraceptifs oraux, sauf maladie, les anorexigènes, les régimes, les fortifiants, les médicaments contre la chute de cheveux et les mucolytiques; - sont (entre autres) remboursés : médicaments veineux, vasopresseurs, stimulants cardiaques, vasodilatateurs périphériques, activateurs de la fonction cérébrale (nootropes), minéraux et vitamines. 	<p>antiasthmatiques.</p> <p>Prise en charge à 100% de médicaments en principe moins bien ou pas remboursés, mais APCM :</p> <ul style="list-style-type: none"> - certains médicaments reconnus comme irremplaçables et particulièrement coûteux, figurant sur une liste particulière; - pour le traitement d'une des maladies longues et coûteuses suivantes : mucoviscidose, déficit immunitaire sévère, primitif ou acquis, hémoglobinopathies homozygotes, angio-oedème neurotique héréditaire sur déficit en C1 estérase inhibiteur; - dans un ttt à domicile par voie iv, lorsque ces médicaments génèrent une charge économique substantielle et à condition que soit réalisé immédiatement après un ttt hospitalier stationnaire. <p>Prise en charge à 100%, sans APCM : dispensation des médicaments à l'hôpital.</p> <p>Prise en charge à 40% : médicaments à indication thérapeutique plus limitée : analgésiques et antiinflammatoires percutanés, préparations bucco-pharyngées à visée antibactérienne (à principes actifs non associés sous forme de bains de bouche), anorexigènes non amphétaminiques, orexigènes, anxiolytiques, hypnotiques et sédatifs, cholérétiques et cholagogues, hépatotropes et hépatoprotecteurs, laxatifs, purgatifs et fibres diététiques, veinotoniques et vasculoprotecteurs, vasoconstricteurs ORL, lubrifiants oculaires.</p> <p>Prise en charge à 0% : médicaments et fournitures de confort : antiovlatoires, trousse de voyage et de secours. La fixation du taux de remboursement est de la compétence de l'Union des Caisses de Maladie (le conseil d'administration tranche sur la base d'un avis conjoint du médecin-directeur et du pharmacien-conseil du contrôle médical). Le pharmacien doit délivrer le médicament le moins cher (générique) chaque fois que le médecin n'indique que le nom de la substance active sans préciser le nom de marque.</p>

Catégorie	Suisse	Luxembourg
Analyses	<p>Remboursement partiel des analyses figurant dans une liste positive (Liste des analyses, LAna).</p> <p><u>Restrictions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - certaines analyses ne sont prises en charge que si elles sont pratiquées par certains prestataires qualifiés et reconnus, parfois après accord du médecin-conseil de l'assurance; - les analyses effectuées dans le cadre des soins de base (cabinet médical, pharmacie) font l'objet d'une liste restreinte détaillée, de même que les analyses effectuées par des médecins spécialistes, pour lesquels la liste est élargie; - les chiropraticiens ne peuvent confier à la charge de l'assurance que 28 analyses à des laboratoires; - les sages-femmes ne peuvent confier à la charge de l'assurance que 13 analyses à des laboratoires reconnus. 	<p>Remboursement intégral des analyses et examens de laboratoire détaillés dans la nomenclature.</p> <p><u>Restrictions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - facteur Rhésus et groupe sanguin : en ambulatoire, remboursement seulement sur prescription médicale en justifiant la nécessité; - analyses à des fins de recherche pas remboursées.
Soins dentaires	<p>Remboursement partiel des soins dentaires s'ils sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication; - occasionnés par une maladie grave autre ou ses séquelles; - nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles; - occasionnés par un accident, dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge. <p>La liste exhaustive détaillée figure dans l'OPAS.</p>	<p>Remboursement intégral de toutes les prestations figurant dans la nomenclature (soins conservateurs, extractions, orthodontie et prothèses), avec cependant une participation des assurés de 53.- + 20% des frais dépassant ce montant.</p> <p>La <u>participation n'est pas exigée</u> dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - prothèses restauratrices maxillo-faciales; - prothèses pour les personnes protégées qui ont eu 1 examen préventif/an au cours des 2 ans écoulés; - renouvellement ou réparation d'une prothèse totale. <p><u>Restrictions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - anesthésie locale ou régionale remboursée seulement en cas d'extractions, de pulpectomies ou de chirurgie maxillo-faciale; - détartrage 1x/an;

Catégorie	Suisse	Luxembourg
		<ul style="list-style-type: none"> - APCM : prothèses provisoires (seulement si indispensable sur le plan fonctionnel et si coefficient masticatoire < 50%); - APCM : orthodontie (surveillance et remboursement seulement du travail effectivement accompli) et certaines prothèses (devis); - APCM : renouvellement de prothèses conjointes < 1x/15 ans et de prothèses adjointes < 1x/5 ans; rebasage total ou partiel d'une prothèse adjointe seulement 1x/an depuis le 2 ^{ème} rebasage.
Conseils nutritionnels	Remboursement partiel, sur prescription médicale, des conseils diététiques prodigués par des diététiciens aux assurés souffrant de : <ul style="list-style-type: none"> - troubles du métabolisme⁷¹; - obésité (BMI > 30) et affections qui découlent de la surcharge pondérale ou qui y sont associées; - maladies cardio-vasculaires; - maladies du système digestif; - maladies des reins; - états de malnutrition ou de dénutrition; - allergies alimentaires ou réactions allergiques dues à l'alimentation. <u>Restriction</u> : <ul style="list-style-type: none"> - max. 6 séances renouvelables 1 fois. Au-delà de 12 séances, accord du médecin-conseil de l'assurance nécessaire. 	Pas de remboursement.

⁷¹ Le conseil aux diabétiques, prodigué sur OM par des infirmières reconnues et spécialement formées, comprenant les conseils et instructions sur tous les aspects des soins nécessaires au traitement de la maladie, est remboursé à raison de 10 séances renouvelables 1 fois, mais au max. 20 séances/an.

Catégorie	Suisse	Luxembourg
Physiothérapie	<p>Remboursement partiel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - rayons UV; - rayons colorés et infrarouges; - air chaud; - ondes courtes; - radar (micro-ondes); - diathermie (ondes longues); - aérosols; - massages manuels et kinésithérapie (massage musculaire, local ou général, du tissu conjonctif et réflexogène; gymnastique médicale; gymnastique d'après Bobath ou Kabath; gymnastique de groupe; extension vertébrale; drainage lymphatique pour traitement des oedèmes lymphatiques; hippothérapie-K pour le traitement de la sclérose en plaques); - ultrasons; - électrothérapie (galvanisation, iontophorèse; faradisation); - hydrothérapie (enveloppements et compresses; fango, boue et paraffine; douches médicales; bains médicinaux; bains électriques; massage au jet; massage sous l'eau; bains hyperthermiques). <p><u>Restriction</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - max. 12 séances/3 mois (limite qui peut être dépassée par une nouvelle prescription). 	<p>Les prestations détaillées de manière exhaustive dans la nomenclature sont remboursées à 80% pour les 8 1ères séances/an, puis à 100%⁷².</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Remboursement à 80% pour les 8 1ères séances/an, puis à 100% : <ul style="list-style-type: none"> - drainage lymphatique; - rééducation fct de l'appareil locomoteur (gymnastique, massage, pouliothérapie, traction et thérapie manuelle); - rééducation pour affection du neurone moteur périphérique et pour myopathie; - rééducation pour affection du SNC (IMC, hémi- para- et tétraplégie, SEP, parkinson, trouble de l'équilibre d'origine centrale ou vestibulaire APCM); - physiothérapie respiratoire; - rééducation après affection cardio-vasculaire aiguë; - rééducation du plancher pelvien. 2. Remboursement de 80% seulement même au-delà de 8 séances : <ul style="list-style-type: none"> - massage manuel; - massage sous l'eau et sous pression; - fango; - électrothérapie; - traitement par courants excito-moteurs par électrode mobile ou courant progressif; - ultrasons.

⁷² Les séances effectuées pendant l'hospitalisation sont remboursées à 100% quel que soit le nombre de séances les ayant précédées.

Catégorie	Suisse	Luxembourg
		<p><u>Restrictions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> – au-delà de 8 séances, ACM; – remboursement à condition que le traitement ait commencé dans les 30 jours suivant la prescription médicale; – APCM : drainage lymphatique; – rééducation périnéale : <ul style="list-style-type: none"> – post-natale : au plus tôt 6 sem après l'accouchement, max. 1 séance/j, max. 10 séances; – chez le patient (homme ou femme) souffrant d'incontinence : réévaluation urologique, voire urodynamique requise après 20 séances de bio-feedback.
Ergothérapie	<p>Remboursement partiel dans les affections somatiques et psychiatriques, pour autant qu'elle procure à l'assuré, en cas d'affection somatique, l'autonomie dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie. Les indications ne sont pas précisées en détail dans la loi.</p> <p><u>Restriction</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> – max. 12 séances par prescription et par 3 mois (limite qui peut être dépassée par une nouvelle prescription). 	<p>Remboursement des rééducations psychomotrices (individuelles ou collectives), y compris en cas de psychose grave, d'arriération profonde ou de déambulation gravement troublée : 100%.</p> <p><u>Restrictions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> – relaxation psychomotrice (45 min) : 80%; – APCM pour toutes les prestations; – bilan et rapport exigé avant chaque traitement; – remboursement à condition que le traitement ait commencé dans les 6 mois suivant la prescription médicale.
Chiropraticiens	<p>Comme pour les médecins, les actes des chiropraticiens ne font pas l'objet d'une liste positive. Toutefois, ces derniers ne peuvent prescrire à charge de l'assurance que certaines analyses (cf Analyses), certains médicaments (analgésiques, préparations anti-inflammatoires percutanées, préparations pour bains et cataplasmes) et appareils (minerve, matériel de pansement exclusivement utilisé pour la colonne vertébrale).</p>	<p>Pas de remboursement.</p>

Catégorie	Suisse	Luxembourg
Logopédie	<p>Remboursement partiel (voir chapitre “participation aux frais”), sur prescription médicale, pour les affections ayant une des causes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> – atteinte cérébrale organique (infection, traumatisme, post-opératoire, intoxication, tumeur, troubles vasculaires); – affections phoniatriques. <p><u>Restriction</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> – max. 12 séances/prescription et par 3 mois (limite qui peut être dépassée par une nouvelle prescription) et max. 60 séances par an (limite qui peut être dépassée après accord du médecin-conseil). 	<p>Remboursement intégral à condition que le traitement ait commencé dans les 3 mois suivant la prescription médicale.</p> <p><u>Restrictions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> – ACM au-delà de 8 séances/an; – APCM pour tous les traitements et sur la base d’un bilan initial obligatoire avant traitement; – les séances d’exploration de l’aphasie (et/ou de la dysarthrie) pour juger de la rééducabilité du malade, avec rapport et plan de traitement, sont limitées à 10 au maximum.
Psychothérapie	<p>Remboursement partiel de la psychothérapie pratiquée par des médecins seulement; exceptionnellement, un psychothérapeute non médecin peut être remboursé s’il pratique au cabinet du médecin responsable et que sa prestation est facturée au nom du médecin⁷³.</p> <p><u>Restrictions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> – non remboursées : psychothérapie en vue de la découverte ou de la réalisation de soi-même, de la maturation de la personnalité ou dans tout autre but que le traitement de la maladie; psychothérapie appliquée avec d’autres méthodes que celles des institutions reconnues; – max. 2 séances/sem (1h) pendant les 3 premières années, 1 h/sem pendant les 3 années suivantes et 1 h/2 sem par la suite; – au-delà de 60 h/2 ans, accord du médecin-conseil nécessaire. 	<p>Remboursement partiel (80% pour la première consultation et 95% pour les suivantes, voir Médecins) de tests mentaux⁷⁴ (max. 4/j et 10/an), d’exploration du milieu familial et thérapie de couple, de psychothérapie de soutien⁷⁵, de psychothérapie d’élucidation directe, relaxation spécifique, de psychothérapie d’inspiration psychanalytique ou psychanalyse, de psychothérapie de groupe (max. 8 malades), d’électrochoc et convulsivothérapie chimique.</p>

⁷³ D’après la jurisprudence du TFA.

⁷⁴ Egaleme nt remboursés s’ils sont pratiqués par des médecins non psychiatres.

⁷⁵ Egaleme nt remboursés s’ils sont pratiqués par des médecins non psychiatres, mais avec APCM pour >6 séances/an.

Catégorie	Suisse	Luxembourg
Réadaptation et rééducation fonctionnelles	<p>Remboursement partiel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin (celles-ci comprennent, outre les prestations médicales, les mêmes soins que ceux pratiqués par les infirmiers à domicile : instructions et conseils, examens et soins, soins de base); - des mesures thérapeutiques en cas d'infirmité congénitale, dès que l'assuré atteint l'âge auquel cesse le droit aux prestations de l'AI. 	<p>Remboursement partiel variable pour des séjours dans des établissements extra-hospitaliers sous la responsabilité d'un médecin spécialisé.</p> <p><u>Restrictions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - APCM sur la base d'un rapport du médecin-traitant et d'un plan de traitement du médecin rééducateur; - après 3 mois, nouvelle APCM. <p>Après une grande intervention chirurgicale, une hospitalisation de longue durée ou après une maladie grave, remboursement partiel d'une cure de convalescence dans un établissement luxembourgeois reconnu.</p> <p><u>Restrictions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - contribution par la caisse-maladie de max. 6.-/j pendant 21j/cas.
Moyens et appareils	<p>Remboursement partiel de tous les moyens et appareils figurant dans la LiMA, liste positive très détaillée ne comprenant toutefois pas les appareils implantés dans le corps (ex : implant cochléaire, dont la couverture est précisée dans l'annexe 1 de l'OPAS). Deux exemples de cette liste sont illustrés ci-dessous : aides visuelles et auditives. Certains moyens et appareils sont pris en charge par d'autres assurances du système de sécurité sociale (assurances vieillesse et invalidité) : fauteuil roulant, appareils acoustiques, perruques post-chimiothérapie, etc.</p>	<p>Prothèses, orthèses et épithèses inscrites dans la nomenclature : remboursement à 100%.</p> <p><u>Restrictions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - chaussures orthopédiques : participation de l'assuré d'un forfait de 100.- /paire (max. 2 paires à la 1^{ère} prescription, puis 1 paire/an, voire davantage sur APCM); - réparation de prothèses, orthèses et épithèses (sur prescription) : participation de l'assuré de 22.- (renouvellement 1x/5 ans), APCM si frais > 200.-; - pansements, moyens accessoires et fournitures diverses pris en charge d'après un taux de remboursement appliqué soit à un prix de vente, soit à un prix de référence fixé pour chacune des fournitures ou pour des groupes déterminés de fourniture. Il s'agit en particulier de : tests urinaires, sanguins, glucomètres, seringues, aiguilles, autopiqueurs et lancettes pour diabétiques, systèmes d'injection de GH, pansements, bandages, articles pour stomisés, certains articles pour l'incontinence urinaire masculine.

Catégorie	Suisse	Luxembourg
Aides visuelles	<p>Verres de lunettes/lentilles de contact :</p> <ul style="list-style-type: none"> - jusqu'à 18 ans révolus, 1x/an : 200.- - dès 19 ans, 1x/5 ans : 200.- <p><i>Limitation</i> : OM pour les premières lunettes ou lentilles de contact.</p> <p>Verres de lunettes, lentilles de contact ou verres protecteurs : 200.-</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1x/an, par œil <p><i>Limitation</i> :</p> <p>Sur OM, tous les groupes d'âge, en cas de modifications de la réfraction dues à une maladie, par ex⁷⁶ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - cataracte; - diabète; - pathologies maculaires; - troubles du muscle oculomoteur; - amblyopie; - suites de la prise de médicaments; - nécessité après une opération (p. ex. cataracte, glaucome, amotio-retinae). <p>Cas spéciaux pour les lentilles de contact I : 300.-</p> <p>Tous les groupes d'âge, 1x/2 ans, par œil</p> <p><i>Limitation</i> :</p> <p>Sur OM, acuité améliorée de 2/10 par rapport aux lunettes.</p> <p>En cas de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - myopie > -8,0; - hyperopie > +6,0; - anisométrie dès 3 dioptries, en présence de troubles. 	<p>Remboursement, sur prescription médicale, d'une paire de verres et d'une monture/2 ans (sauf en cas de changement de dioptrie et chez les enfants < 14 ans). Les montures sont prises en charge jusqu'à un montant de 64.- et les verres, fournitures diverses et lentilles au taux des tarifs fixés dans la convention collective. Sont pris en charge pour certaines affections : les verres teintés, les lentilles de contact et les verres incassables (ces derniers dans tous les cas chez l'enfant de < 14 ans).</p>

⁷⁶ Liste non exhaustive.

Catégorie	Suisse	Luxembourg
	<p>Cas spéciaux pour les lentilles de contact II, sans limitation de temps, par œil : 700.-</p> <p><i>Limitation :</i> Sur OM, en cas de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - astigmatisme irrégulier; - kératocône; - pathologie ou lésion de la cornée; - nécessité après une opération de la cornée; - défauts de l'iris. <p>Produits de nettoyage et de conservation des lentilles non remboursés.</p> <p>Remboursement partiel de loupes, lunettes télescopiques, appareil de lecture à l'écran, cannes pour aveugles, chiens pour aveugles, systèmes de lecture et d'écriture : seulement subsidiairement à l'assurance invalidité.</p>	
Aides auditives	<p>Remboursement partiel subsidiairement à d'autres assurances sociales si la personne ne satisfait pas aux conditions d'assurance; dès lors, aux mêmes conditions qu'appliquerait l'assurance sociale correspondante : appareillage monaural ou binaural, y compris les piles, appareillage complexe selon liste détaillée dans la LAI. «Tinnitus-masker» : en cours d'évaluation.</p>	<p>Prothèses auditives et prothèses vocales : APCM sur la base d'un certificat du médecin spécialiste et après détermination du type de prothèse par le centre de ressources technologiques pour personnes malentendantes.</p>
Prévention	<p>Remboursement partiel d'une vingtaine de prestations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8 examens de bonne santé et de développement de l'enfant de l'âge préscolaire; - Guthrie; - 1 examen gynécologique (y compris le PAP test) tous les 3 ans (1x/an les 2 premières années); - colonoscopie en cas de cancer du côlon familial; - examen de la peau en cas de risque élevé de mélanome familial; 	<p>La loi ne distingue pas entre médecine curative et préventive, mais il est prévu que la médecine préventive puisse faire l'objet de programmes spécifiques (comme actuellement la mammographie de dépistage et la vaccination des adolescents contre l'hépatite B), remboursés par les caisses.</p> <ul style="list-style-type: none"> - échographie du sein : seulement si consécutive à une mammographie dont l'interprétation justifie un examen US; - détartrage : 1x/an.

Catégorie	Suisse	Luxembourg
	<ul style="list-style-type: none"> – max. 1 mammographie/an en cas de cancer de la mère, de la fille ou de la sœur et 1 mammographie/2 ans dès 50 ans; – test HIV pour les nourrissons de mère contaminée et les personnes exposées; – vaccins et rappels (Di-Te-Per-Pol, ROR, Hib, grippe, HBV, HBIg) pour certaines indications précises; – prophylaxie à la vitamine K chez les nouveaux-nés; – prophylaxie du rachitisme par vitamine D chez les < 1 an; – ultrason des hanches entre 0 et 6 semaines. 	
Soins à domicile, ambulatoires ou dispensés en établissement médico-social (EMS)	<p>Remboursement partiel de :</p> <ul style="list-style-type: none"> – instructions et conseils (liste détaillée); – examens et soins (liste détaillée); – soins de base pour patients dépendants ou psychiatriques et psycho-gériatriques (liste détaillée). <p><u>Restrictions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – la prescription ne peut dépasser 3 mois pour une maladie aiguë et 6 mois pour une maladie de longue durée (limite qui peut être dépassée par une nouvelle prescription); – les soins ne peuvent dépasser 60 heures/trimestre, sauf accord de l'assurance; – évaluation des soins requis avant le début des soins; – aide ménagère : non remboursée. 	<p>Remboursement des soins infirmiers à 100%, à condition qu'ils aient commencé dans les 30 jours suivant la prescription médicale. <u>Prestations de l'assurance-dépendance, en vigueur depuis le 1.7.98 :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Maintien à domicile (prioritaire) <ul style="list-style-type: none"> – prestations en nature : aides et soins pour les actes essentiels de la vie quotidienne (tâches domestiques, activités de soutien et de conseil), au max. 24.5 h/sem; – prestations en espèces : rémunération de personnes assurant les mêmes tâches que ci-dessus, mais n'appartenant pas à un réseau officiel de soins; – mise à disposition d'appareils spéciaux et adaptation du logement, voire déménagement dans un logement adapté. 2. Prestations en milieu stationnaire <ul style="list-style-type: none"> – idem, mais max. 31.5 h/sem pour les cas exceptionnels, max. 3'687.-/mois.

Catégorie	Suisse	Luxembourg
Maternité	<p>Remboursement intégral, sans franchise ni quote-part, de :</p> <ul style="list-style-type: none"> – 7 examens de contrôle lors d'une grossesse normale, davantage en cas de pathologie; – 2 ultrasons, davantage en cas de pathologie; – CTG prénatal en cas de grossesse à risque; – amniocentèse, prélèvement des villosités choriales chez les > 35 ans et les femmes plus jeunes à risque comparable; – 1 consultation post-partum entre la 6^{ème} et la 10^{ème} sem post-partum; – frais d'accouchement hospitalier ou ambulatoire (y compris à domicile); – soins à domicile remboursés; – aide à domicile non remboursée; – pas d'indemnité de maternité. <p><u>Remboursement des prestations des sages-femmes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – 100.- de participation pour un cours collectif de préparation à l'accouchement dispensé par une sage-femme; – 3 séances de conseils en matière d'allaitement (par sage-femme ou infirmière spécialisée); – 6 sur les 7 examens de contrôle décrits ci-dessus peuvent être pratiqués par une sage-femme; – prestations sur prescription médicale en cas de grossesse pathologique; 	<ul style="list-style-type: none"> – max. 3 ultrasons pendant la grossesse, 59.- dans le 1^{er} et 3^{ème} trimestre et 88.- dans le 2^{ème} trimestre + frais de location d'appareil (25.-); <p>amniocentèse : APCM.</p> <p><u>Forfait d'accouchement hospitalier :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – prestations des médecins pendant l'accouchement et dans le post-partum; – prestations des sages-femmes et frais liés à l'accouchement (frais de salle, de médicaments et de matériel de pansement) : 937.-; – frais de séjour de la mère et de l'enfant à l'hôpital : 314.- /j pendant max. 12 j; – prestations des sages-femmes à domicile dans le post-partum, pour autant que le séjour hospitalier de la mère < 5j (max. 10j de soins post-partum si séjour hosp < 2j, 9j si séjour hosp < 3j, etc.); – frais de produits diététiques ou du matériel accessoire pour l'allaitement maternel : 32.- si séjour hospitalier < 5j; 16.- si séjour hospitalier ≥ 5j. <p><u>Remboursement des prestations des sages-femmes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – forfait d'accouchement : 100%; – hors forfait d'accouchement : 80%. Il s'agit de : <ol style="list-style-type: none"> 1. surveillance et soins obstétricaux en cas de pathologie, sur OM (26.-); 2. idem + CTG, en cas de pathologie, sur OM (43.-); 3. intervention dans le post-partum ou pendant la période d'allaitement, en cas de pathologie, sur OM (28.-).

Catégorie	Suisse	Luxembourg
	<ul style="list-style-type: none"> - prescription (et non pas réalisation) d'un US de contrôle; - 1 CTG prénatal lors de grossesse à risque; - une consultation post-partum entre la 6^{ème} et la 10^{ème} sem post-partum; - instructions et conseils, examens et soins, soins de base (du même type que ceux réalisés par les soins à domicile), y compris rééducation du périnée, à condition qu'ils soient prodigués après un accouchement à domicile ou ambulatoire, ou encore après la sortie anticipée d'un hôpital ou d'une institution de soins semi-hospitaliers. 	
Balnéothérapie	<p>Remboursement partiel de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10.-/j pendant max. 21 jours; - soins médicaux, physio, etc. <p><u>Restriction</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sur prescription médicale. 	<ul style="list-style-type: none"> - cure de convalescence : max. 33.- /j pendant 21 j, APCM⁷⁷; - cure thermique et hydrothérapique (Mondorf-les-Bains) : remboursement à 100% pour les forfaits prévus (57.-/j), 80% pour les autres prestations détaillées dans la nomenclature et 60% pour le fango. <p><u>Restrictions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - APCM avec rapports du médecin-traitant et du médecin de centre thermal avant la cure; - indication(s) médicale(s) précise(s); - pas de remboursement en cas d'interruption de la cure; - remboursement à condition que la cure ait commencé dans les 6 mois suivant l'autorisation.

⁷⁷ Voir Réadaptation.

Catégorie	Suisse	Luxembourg
Transports	<p>Remboursement partiel de : 50% des coûts de transports médicalement justifiés et impossibles à réaliser par des moyens privés ou publics.</p> <p><u>Restrictions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - max. 500.-/an; - transferts secondaires entre établissements de soins non remboursés (inclus dans le forfait d'hospitalisation). 	<p>Sont remboursés :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Transport aérien urgent (et non urgent si une OM certifie que le transport ne peut se faire en ambulance) à 100%. APCM si le transporteur n'est pas lié par convention à l'UCM⁷⁸. 2. Transport en ambulance urgent à 100% (et non urgent si une OM établie dans les 3 jours suivant le transport certifie qu'une position allongée ou immobilisée est indispensable à 70%). Les courses à vide dépêchées par la centrale des secours d'urgence sont prises en charge, à condition qu'il n'y ait pas d'abus et qu'il soit établi que la personne à transporter relève de la compétence de l'assurance-maladie. Sont inclus (sur OM) les rapatriements de patients hospitalisés à l'étranger vers un hôpital luxembourgeois, ainsi que (sur OM et APCM) les transports en série en ambulance ou en taxi, au Luxembourg et à l'étranger, pour un traitement programmé comportant au moins 4 séances/3 mois : <ul style="list-style-type: none"> - dans un hôpital (chimio- et radiothérapie, hémodialyse, traitement spécial sur APCM); - dans un CTR (rééducation et réadaptation fonctionnelles); - les périodes d'attente (0.40.-/10 min au taux de 70%) et la désinfection de l'ambulance (sur 160.- comme forfait) sont remboursées. <p>Transport de personnes accompagnantes.</p> <p><u>Restrictions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - remboursement jusqu'à concurrence de 400 km à l'aller, sauf indemnité forfaitaire spéciale pour les pays extra-UE (790.-) - les demandes de remboursement qui ne remplissent pas les conditions ci-dessus donnent tout de même droit à une indemnité de voyage, remboursement forfaitaire quel que soit le moyen de transport utilisé, à raison de 0.28.-/km

⁷⁸ Union des Caisses de Maladie du Luxembourg.

Catégorie	Suisse	Luxembourg
Sauvetage	Remboursement partiel de : 50% des coûts en Suisse. <u>Restriction</u> : – max. 5'000.-/an.	Tous les transports urgents sont remboursés, quel que soit le moyen de transport utilisé, même pour les courses à vide, aux conditions décrites sous Transport.
Soins à l'étranger	Remboursement partiel de : – prestations qui ne peuvent être fournies en Suisse; – prestations d'urgence; – coûts d'un accouchement ayant eu lieu à l'étranger lorsqu'il constitue le seul moyen de procurer à l'enfant la nationalité de la mère ou du père, ou lorsque l'enfant serait apatride s'il était né en Suisse. <u>Restriction</u> : – max. le double du tarif suisse. Pour les accouchements, max. le tarif suisse.	Les actes, services et fournitures sont pris en charge : – s'il s'agit d'une urgence survenue à l'étranger; – si le traitement n'est pas possible au Luxembourg; – APCM pour les autres cas ⁷⁹ . <u>Cas particuliers</u> : – frais de séjour pour traitement ambulatoire : remboursés aux tarifs applicables aux assurés de l'étranger, y compris pour la personne accompagnante (sur OM et APCM). A défaut d'un tel tarif, max. 88.-/j; – cures : remboursées dans des établissements reconnus et dans des pays avec accord tarifaire avec le Luxembourg, aux tarifs applicables aux assurés de l'étranger; – médicaments nécessaires pour le traitement de maladies chroniques pendant un séjour prolongé à l'étranger : remboursés sur OM et APCM. <u>Restriction</u> : – montant maximal remboursé en cas d'hospitalisation : 547.- (= coût moyen d'hospitalisation au Luxembourg), voire le double (1'094.-) si le traitement a lieu dans un pays sans accord avec le Luxembourg.

⁷⁹ Toutefois, dans son arrêt du 28.4.98, la Cour de justice européenne a implicitement autorisé deux assurés à bénéficier, sans autorisation préalable et à charge de l'Etat luxembourgeois, de prestations dans des pays de l'UE (arrêts Kohll et Decker sur des soins dentaires et des lunettes).

Catégorie	Suisse	Luxembourg
Participation aux coûts	<p>1. <i>Franchise</i> : Montant fixé par le Conseil Fédéral, actuellement 230.-/an; possibilité pour l'assuré de choisir une franchise plus haute (jusqu'à un max. de 1'500.- par an), choix assorti d'une réduction correspondante de la prime mensuelle d'assurance. Libération de la franchise pour les mineurs, les prestations de maternité, la dialyse pour l'insuffisance rénale terminale.</p> <p>2. <i>Quote-part</i> : Pour mineurs : 10%, mais max. 300.- par an; Pour adultes : 10%, mais max. 600.- par an; Plusieurs enfants d'une même famille paient ensemble au max. le montant de la franchise et de la quote-part dus par un adulte.</p>	<p>Prestations soumises à participation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - soins médicaux; - physiothérapie, ergothérapie; - sages-femmes; - médicaments; - honoraires et indemnités de pharmaciens et de pansements, moyens accessoires et fournitures diverses; - consultations/visites de médecins : 5% (pas de participation pour les consultations de médecins à l'hôpital ni pour les 12 premiers jours en relation avec la maternité). 20% pour une 1^{ère} visite; - hospitalisation : 9.-/j; - soins dentaires : <ul style="list-style-type: none"> - 20% de participation, mais seulement au-delà de 53.-; - 20% pour les prothèses dentaires (sauf : prothèses restauratrices et pour les assurés qui ont eu 1 examen préventif/an au cours des 2 ans écoulés, renouvellement ou réparation d'une prothèse totale); - participation maximum : max. 3% du revenu cotisable annualisé de l'année précédente.
Indemnité funéraire	Aucune.	Forfait de 1'536.-, sauf pour les enfants < 6 ans (50%) et pour les enfants mort-nés (20%).

2.2.6.7 Commentaire sur les prestations générales

La qualité des renseignements obtenus pour le Luxembourg peut être qualifiée de bonne. Les sources sont des tarifs (nomenclatures) et des documents officiels, et de plus, elles ont été, pour la plupart, validées par une personne qualifiée⁸⁰.

En faisant abstraction de la participation aux frais des assurés, on constate que les prestations couvertes en Suisse et non au Luxembourg sont au nombre de quatre :

- chiropratique
- conseils nutritionnels
- ergothérapie (seuls les psychomotriciens sont remboursés)
- prévention (sauf mammographies, vaccination contre l'hépatite B)⁸¹.

A l'inverse, sept domaines paraissent mieux couverts au Luxembourg :

- soins dentaires : prévention, orthodontie, soins conservateurs, extractions, prothèses
- psychothérapie par les psychologues
- montures de lunettes
- aide à domicile⁸²
- adaptation du logement
- ultrasons de routine pendant la grossesse (trois contre deux en Suisse)
- hébergement d'une personne accompagnante lors de soins à l'étranger.

Les participations aux frais sont très variables au Luxembourg. Elles sont tantôt moins importantes qu'en Suisse, comme pour les consultations de médecins (sauf en ce qui concerne la première consultation), l'hospitalisation, les analyses, la logopédie, les orthèses et prothèses, les lunettes, les soins à domicile, les transports; et tantôt plus importantes, comme pour les médicaments (participation variable de 0 à 100%, mais en moyenne de 20%) et les huit premières séances de physiothérapie.

2.2.7 Comparaison internationale des prestations générales, par catégorie

Dans cette partie, nous passons en revue les prestations catégorie par catégorie, afin de mettre en évidence les similitudes et les différences de couverture entre les six pays choisis pour la comparaison. L'unité monétaire utilisée est le franc suisse. Les taux de conversion sont ceux de mai 2000.

2.2.7.1 Médecins

Le remboursement des consultations et visites de médecins est assuré dans les six pays. La seule exception concerne la consultation abusive des urgences d'un hôpital en Israël. Dans cette situation, la totalité des frais de la consultation est à la charge de l'assuré.

La différence réside dans la participation aux frais des assurés. L'Allemagne est le seul pays inclus dans notre comparaison⁸³ à ne pas imposer de participation aux frais en cas de consultation d'un médecin, qu'il soit spécialiste ou généraliste. Les Pays-Bas réservent la participation aux seuls spécialistes (20%),

⁸⁰ Voir «Collaborations établies, sources et références».

⁸¹ Le Luxembourg ne fait pas de distinction entre prestations curatives et préventives. Il se peut que des prestations préventives soient remboursées, sans être expressément mentionnées comme préventives.

⁸² Prise en charge par la nouvelle assurance-dépendance (depuis 1999).

⁸³ Avec le Royaume-Uni et la province d'Ontario au Canada, qui font partie de la comparaison de 18 pays dans Schneider M, Beckmann M, Biene-Dietrich P, Gabanyi M, Hofmann U, Köse A et al. Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Übersicht 1997, BASYS.

la consultation d'un généraliste étant remboursée intégralement. Israël exige une faible participation, mais exclusivement pour les visites à domicile. Au Luxembourg, les assurés paient 20% pour la première consultation, puis 5% pour les suivantes, aucune participation pour les consultations en rapport avec la grossesse. La participation est de 10% en Suisse, en plus de la franchise de 230.-/an. En France, la participation s'élève à 30% pour la consultation d'un médecin installé, à 25% pour les consultations aux urgences d'un hôpital et à 20% pour les soins dispensés au cours d'une hospitalisation.

2.2.7.2 Hospitalisation

Tous les pays étudiés remboursent l'hospitalisation sans limite de durée. Dans ce domaine, l'Allemagne⁸⁴ et Israël⁸⁵ se distinguent des autres pays en ne demandant aucune participation aux frais de l'assuré.

Le séjour hospitalier lié à la maternité est remboursé intégralement par tous les pays, sauf pendant les cinq premiers mois de la grossesse en France (participation de 30%).

La participation de l'assuré aux frais de l'hospitalisation va de 5.60 à 17.-/jour. Elle est la plus faible aux Pays-Bas, suivis du Luxembourg, de la Suisse, puis de la France. La Suisse (quote-part et franchise habituelles) et la France (quote-part de 20% les 30 premiers jours) exigent encore des participations supplémentaires, sauf exceptions⁸⁶.

Pour une comparaison objective, il faut tenir compte du fait que les frais hospitaliers sont partagés entre l'assurance-maladie et les pouvoirs publics selon une répartition propre à chaque pays.

2.2.7.3 Médicaments

La plupart des médicaments sont remboursés par tous les pays. Cependant, la participation aux frais varie d'un pays à l'autre.

Israël semble rembourser intégralement un grand nombre de médicaments, mais le «catalogue» n'est pas suffisamment détaillé pour tirer des conclusions. L'Allemagne n'exige aucune participation des enfants, alors que les adultes ne paient que 6.40 à 8.- par emballage, selon la taille de celui-ci. Il n'existe pas de liste positive dans ce pays, mais certaines classes médicamenteuses figurent sur une liste négative. En Suisse, les médicaments sont soumis à la quote-part de 10% et aux 230.- de franchise annuelle. Certaines spécialités sont remboursées conditionnellement. Les Pays-Bas exigent une participation de 20%, voire davantage si le prix du médicament dépasse le prix fixé par convention. Au Luxembourg, la participation est aussi de 20% pour la plupart des préparations, mais certaines sont prises en charge intégralement, à 40%, ou pas du tout. Le taux de remboursement de chaque médicament est clairement indiqué dans la nomenclature. Le même système est appliqué en France, où les médicaments sont évalués en fonction du service médical rendu et remboursés à raison de 0, 35, 65 ou 100% (en moyenne la participation de l'assuré s'élève à 28%).

2.2.7.4 Analyses

Trois pays remboursent intégralement les analyses médicalement justifiées : l'Allemagne, le Luxembourg⁸⁷ et Israël⁸⁸. La participation est de 10% en Suisse, en plus de la franchise annuelle de 230.-, de 20% aux Pays-Bas, et de 40% en France. Dans ce dernier pays, les analyses faites au cabinet du médecin ne sont pas remboursées.

⁸⁴ En Allemagne, le changement de gouvernement a entraîné l'abolition du *Notopfer* (sacrifice d'urgence) de 12.-/jour, qu'il était au contraire prévu d'augmenter sous l'ancien gouvernement.

⁸⁵ Exception faite des longs séjours, pour lesquels Israël demande une participation de 26.-/jour.

⁸⁶ En France, pas de participation pour les accidents du travail et maladies professionnelles, maladies d'une certaine gravité, maternité.

⁸⁷ Sauf les analyses à des fins de recherche.

⁸⁸ Sauf l'alpha-foeto-protéine pendant la grossesse en Israël (participation de l'assuré: 12.-).

2.2.7.5 Soins dentaires

Dans ce domaine, il existe d'importantes différences de couverture entre les six pays étudiés pour la comparaison.

Les pays dans lesquels les soins dentaires sont les mieux couverts sont l'Allemagne, le Luxembourg et les Pays-Bas. Les soins dentaires prophylactiques y sont remboursés intégralement pour les assurés de tous âges et ils représentent même une condition de prise en charge de traitements ultérieurs : ainsi, l'Allemagne offre un bonus de 10 à 15% aux assurés qui peuvent faire la preuve de consultations préventives régulières chez le dentiste, le Luxembourg 20%. Les soins dentaires prophylactiques sont partiellement remboursés en Israël.

L'orthodontie est remboursée intégralement pour les assurés jusqu'à l'âge de 18 ans aux Pays-Bas, partiellement en Allemagne (participation de 10-20%), au Luxembourg (20% + 53.-) et en France (60%, seulement pour les assurés âgés de moins de 16 ans). Les prothèses sont prises en charge intégralement au Luxembourg, partiellement aux Pays-Bas⁸⁹ (participation de 20%), en Allemagne (35 à 50% selon le bonus) et en France (85%).

Certains groupes de patients bénéficient d'un remboursement préférentiel des soins dentaires : les enfants (voir ci-dessus), les «patients avec un handicap physique ou mental» aux Pays-Bas, les «patients psychiatriques, trisomiques, et anticoagulés» en Israël.

En France, la participation aux frais de traitement conservateur est, comme pour les autres actes médicaux, de 30%.

En cas de traitement lié à une radiothérapie ou une chimiothérapie, Israël distingue les soins «pré-traitement» des soins «post-traitement». Le remboursement est de 50% pour les premiers, de 100% pour les deuxièmes. L'orthodontie et les prothèses ne sont pas prises en charge.

Même si le «catalogue» des prestations suisse a été élargi dans la LAMal, le remboursement des soins dentaires reste très partiel en comparaison avec les cinq autres pays. La prévention, l'orthodontie et les prothèses ne sont pas prises en charge, sauf circonstances particulières comme suite de maladie et d'accident, préalable au traitement d'une maladie ou de ses séquelles.

2.2.7.6 Conseils nutritionnels

Seuls la Suisse et Israël mentionnent expressément les conseils nutritionnels par des diététiciens dans leur «catalogue». Le remboursement semble être intégral en Israël, alors que cette prestation est soumise à la participation aux frais habituelle en Suisse (10% de quote-part et franchise de 230.-/an). Elle y est de plus réservée à certaines indications.

Les autres pays remboursent les conseils nutritionnels uniquement en tant que prestation comprise dans le forfait hospitalier, mais pas en tant que consultation ambulatoire.

2.2.7.7 Physiothérapie

La seule différence de remboursement concerne ici la participation aux frais. En effet, la physiothérapie est prise en charge partout. Aucun des six pays choisis ne la rembourse intégralement⁹⁰, sauf Israël, pour autant qu'elle soit effectuée par un prestataire reconnu, et l'Allemagne, mais seulement pour les enfants (15% de participation pour les adultes).

La Suisse prend en charge la physiothérapie avec la participation aux frais habituelle. Le nombre de séances est limité à douze, mais il peut-être prolongé si nécessaire. Le Luxembourg exige une participation de 20%, mais seulement pour les huit premières séances. Au-delà, le remboursement est

⁸⁹ Si l'assuré peut attester d'une consultation dentaire préventive au cours des deux années écoulées.

⁹⁰ Des 18 pays inclus dans la comparaison de BASYS, seul le Royaume-Uni ne demande pas de participation aux frais en matière de physiothérapie (Schneider M, Beckmann M, Biene-Dietrich P, Gabanyi M, Hofmann U, Köse A et al. Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Übersicht 1997, BASYS, p. 51).

intégral, sauf pour les massages, le fango, l'électrothérapie et les ultrasons, où la participation de 20% est maintenue. Par opposition, les Pays-Bas ne remboursent plus du tout la physiothérapie au-delà de neuf séances, alors que les assurés paient 20% de participation pour les neuf premières. En France, la participation est élevée (40%), mais il n'y a pas de limite de durée.

2.2.7.8 Ergothérapie

L'Allemagne prend en charge intégralement dix séances, qu'elles aient lieu à l'hôpital, au cabinet d'un ergothérapeute ou même à domicile. Le remboursement est également intégral aux Pays-Bas, mais seulement pour les prestations nécessitées par des affections de longue durée sous le régime de l'EMEA; les assurés paient 20% pour les consultations ambulatoires sous le HIA. Le Luxembourg ne mentionne pas expressément l'ergothérapie, mais les prestations de rééducation par des psychomotriciens sont prises en charge intégralement, alors qu'une participation de 20% est exigée si l'indication au traitement est la relaxation. En France, l'ergothérapie n'est prise en charge que si elle fait partie de prestations hospitalières, dans le cadre du budget global. L'ergothérapie est entièrement couverte en Israël.

En Suisse, l'ergothérapie est prise en charge à raison de douze séances (ou plus sur prescription justifiée), mais avec la participation aux frais habituelle.

2.2.7.9 Chiropraticiens

La Suisse est le seul pays à rembourser les prestations des chiropraticiens, déduction faite de la participation aux frais habituelle. En Allemagne, la chiropratique n'est remboursée que si elle est pratiquée par un médecin qui aurait acquis une formation complémentaire dans ce domaine. Les quatre autres pays ne la prennent pas en charge.

2.2.7.10 Logopédie

En principe, les six pays remboursent la logopédie si elle est médicalement indiquée.

La prise en charge est complète au Luxembourg (huit séances ou plus), en France pour les affections de longue durée (sans limitation de la durée) et en Israël, pour autant que le prestataire soit reconnu. La participation aux frais est de 10% en Suisse, en plus des 230.- de franchise annuelle (12 séances, voire 24, mais au plus 60 séances/an), 15% en Allemagne (10 séances, voire 20), 20% aux Pays-Bas, 40% en France, sauf pour les affections de longue durée (pas de limitation du nombre de séances). La dyslexie n'est pas une indication à la logopédie reconnue aux Pays-Bas, ni le bégaiement chez les enfants âgés de plus de 6 ans en Israël (participation de 50% exigée).

2.2.7.11 Psychothérapie

Les six pays remboursent la psychothérapie, mais en limitant le traitement aux seules indications médicalement justifiées.

Aucune participation aux frais n'est demandée en Allemagne (25 séances ou plus), aux Pays-Bas (90 séances ou plus, mais seulement après un délai de 52 semaines), en France (seulement les affections de longue durée) ni en Israël (séances pendant moins de 2 ans). Au Luxembourg, les patients paient 20% de participation pour la première consultation, puis 5% pour les suivantes. En Suisse, la participation se monte aux 10% de quote-part habituelle et aux 230.- de franchise annuelle (60 séances en 2 ans). Pour les affections qui ne sont pas considérées comme de longue durée en France, les assurés paient 30% de participation.

Seules la Suisse et la France ne remboursent pas les psychothérapies effectuées par des psychologues, ni les traitements de neuropsychologues. La participation aux frais pour les prestations de psychologues est nulle en Allemagne⁹¹ et au Luxembourg, le nombre de séances annuelles étant

⁹¹ L'ancien gouvernement avait prévu une participation de 10%, mais cette mesure n'est pas entrée en vigueur avec l'arrivée au pouvoir de la nouvelle coalition.

cependant limité à six au Luxembourg. Aux Pays-Bas, contrairement à la psychothérapie médicale, les assurés paient 14.- par séance de psychothérapie effectuée par un psychologue, mais au maximum 630.-/an.

2.2.7.12 Réadaptation et rééducation fonctionnelle

Les six pays prennent en charge les frais de réadaptation, dans une certaine mesure au moins. La comparaison est difficile dans ce domaine où la prise en charge dépend largement de la nature des indications reconnues dans chaque pays.

En Israël, le remboursement des mesures de réadaptation serait intégral durant trois mois. La France n'exige pas non plus de participation, mais seulement pour les affections de longue durée; pour les autres affections, l'assuré paie 30% des frais médicaux et 40% des frais de physiothérapie. Aux Pays-Bas, seuls 5.60.-/jour sont demandés pour la réadaptation hospitalière. En Allemagne, l'assuré reçoit de la caisse une contribution de 12.-/j aux frais d'hébergement, le reste étant à sa charge. Les soins médicaux sont intégralement remboursés, alors que sa participation se monte à 15% pour les médicaments et la fourniture de moyens et appareils. La durée de la réadaptation est limitée, sauf exception justifiée, à 3 semaines par période de 4 ans. Au Luxembourg, la participation aux frais est variable et la durée des prestations est limitée à 3 mois, voire davantage si la caisse donne son accord.

2.2.7.13 Moyens et appareils

Le domaine des moyens et appareils est typiquement celui qui rend très difficile une comparaison objective. En effet, les sources de financement sont multiples : outre l'assurance-maladie, les partenaires payeurs peuvent être d'autres branches de l'assurance sociale, voire les pouvoirs publics, à des degrés divers suivant les pays.

Une participation aux frais est appliquée dans tous les pays de la comparaison. Les moyens et appareils sont remis en prêt ou en vente, le plus souvent à des prix fixés par convention avec les fournisseurs, qui sont tenus de mettre à disposition des assurés un modèle au moins au prix convenu. Généralement, les frais dépassant ce montant sont à la charge de l'assuré. De plus, il existe une participation sous forme de quote-part : 10% pour la Suisse (en plus de la franchise annuelle de 230.-), 10-100% en Israël, 20% pour certains articles en Allemagne (bandages, semelles orthopédiques, moyens de compression), 20% pour les prothèses aux Pays-Bas. Au Luxembourg, les orthèses, épithèses et prothèses, ainsi que les chaussures orthopédiques ne sont pas soumises à une quote-part supplémentaire. Aux Pays-Bas, c'est l'assurance-maladie qui intervient pour le remboursement des frais liés à l'adaptation du domicile, y compris les modifications apportées au système de chauffage, dans les situations justifiées médicalement. Au Luxembourg, ces frais peuvent être pris en charge par l'assurance-dépendance (voir Soins à domicile et EMS).

2.2.7.14 Aides visuelles

Le seul pays à avoir exclu les lunettes du «catalogue» des prestations est les Pays-Bas, en 1989. Sur demande justifiée, les patients souffrant de certaines affections médicales peuvent néanmoins se voir rembourser tout ou partie des frais.

Les autres pays remboursent les aides visuelles à des degrés divers : 50% en Israël (voire plus pour les jeunes âgés de moins de 16 ans⁹²). En France, la caisse rembourse partiellement les lunettes⁹³ (y compris les montures⁹⁴) et les lentilles⁹⁵, avec une limite de fréquence d'une paire par année, le remboursement étant plus généreux pour les jeunes âgés de moins de 16 ans. En Allemagne, les lunettes et les lentilles sont partiellement remboursées, sans restriction de fréquence, mais avec une

⁹² Subventionnement par les pouvoirs publics.

⁹³ 80.- chez les < 16 ans, maximum 1x/an.

⁹⁴ 50.- chez les < 16 ans, 20.- > 16 ans.

⁹⁵ 70.-/oeil, maximum 1x/an.

restriction d'indication pour les assurés âgés de moins de 14 ans⁹⁶; les montures n'y sont plus remboursées depuis 1997. Au Luxembourg, les lunettes, les montures⁹⁷ et les lentilles sont partiellement remboursées, avec une limite de fréquence d'une paire tous les deux ans pour les assurés âgés de moins de 14 ans. En Suisse, les lunettes⁹⁸ et les lentilles⁹⁹ sont partiellement remboursées, avec une limite de fréquence d'une paire de lunettes par année pour les jeunes âgés de moins de 18 ans et une tous les 5 ans pour les adultes; le remboursement des lentilles est plus ou moins généreux suivant l'indication, avec une limite de fréquence d'une paire par année. La quote-part de 10% et la franchise annuelle de 230.- s'ajoutent aux frais dépassant le tarif fixé. Les montures de lunettes ne sont pas remboursées.

2.2.7.15 Aides auditives

Les six pays étudiés remboursent les appareils acoustiques à des degrés divers.

Ce sont les Pays-Bas qui couvrent le mieux ce type de prestation, puisque l'assuré bénéficie du remboursement complet de l'appareil, ainsi que du remboursement partiel, déduction faite d'une participation de 20%, de prestations d'un centre audiologique multidisciplinaire, incluant un examen audiologique, un counselling professionnel et un soutien psychosocial. En Allemagne, l'assuré de tout âge est intégralement remboursé pour les frais d'appareil monaural et binaural, mais il doit payer lui-même les piles¹⁰⁰. En France, l'adulte a la totalité des frais de l'appareil binaural à sa charge, alors qu'il reçoit une contribution de la caisse de 350.- pour un appareil monaural; l'enfant âgé de moins de 16 ans est intégralement remboursé, autant pour l'appareil monaural que binaural. Tous les assurés reçoivent en outre un forfait de 65.- pour l'entretien, la réparation et les piles. En Israël, c'est le Ministère de la santé qui subventionne les appareils acoustiques, mais seulement pour les enfants et adolescents âgés de moins de 18 ans. En Suisse, l'appareillage monaural ou binaural est pris en charge, de même que les piles, mais seulement subsidiairement à d'autres assurances sociales. La participation aux frais habituelle s'applique aux aides auditives.

2.2.7.16 Prévention

Il est difficile de faire une comparaison internationale rigoureuse de la vingtaine de mesures préventives énumérées dans le «catalogue» suisse. En effet, il est le seul à lister ces mesures de manière groupée dans la loi sur l'assurance-maladie. En outre, il est vraisemblable qu'un certain nombre de prestations préventives sont remboursées par d'autres pays sans figurer explicitement dans leur «catalogue» respectif.

Ainsi, le Luxembourg ne distingue pas entre mesures préventives et curatives; seuls des programmes spécifiques de prévention sont remboursés expressément, comme la campagne de dépistage du cancer du sein par mammographie et la vaccination des pré-adolescents contre l'hépatite B. Ces prestations sont entièrement remboursées. La France demande une participation de 30% pour les mesures préventives¹⁰¹, comme c'est le cas pour les mesures médicales en général. En Allemagne et aux Pays-Bas, les mêmes prestations qu'en Suisse sont intégralement prises en charge, alors qu'en Suisse, ces mesures sont soumises à la participation aux frais habituelle. De plus, l'Allemagne offre des prestations préventives supplémentaires par rapport à la Suisse¹⁰². Les cures préventives pour jeunes mères représentent une particularité de la législation allemande, qui laisse aux caisses la liberté de rembourser

⁹⁶ Si augmentation du handicap visuel de 0.5 dioptries.

⁹⁷ 64.- par monture.

⁹⁸ 200.-

⁹⁹ 200.-, 300.- ou 700.-, maximum 1x/an.

¹⁰⁰ Depuis 1990, les moyens et appareils à prix très bas (comme les piles) ne sont plus remboursés.

¹⁰¹ Sauf les prestations en rapport avec la maternité.

¹⁰² La prophylaxie de la carie dentaire par fluor, le dépistage bisannuel de maladies cardio-vasculaires et rénales chez les adultes de > 35 ans, le dépistage annuel du cancer chez l'homme de > 45 ans, le dépistage annuel du cancer chez la femme de > 20 ans, un examen de bonne santé de l'enfant d'âge préscolaire de plus que la Suisse et un examen de bonne santé chez l'enfant de > 10 ans.

cette prestation à ses assurées. Une participation de 15% est prévue pour les moyens et appareils et les médicaments préventifs. Israël semble rembourser l'intégralité des frais liés à la prévention, sauf en ce qui concerne les soins préventifs chez la personne âgée, les soins de médecine de famille fournis dans les dispensaires et les soins de prophylaxie dentaire.

2.2.7.17 Soins à domicile et établissements médico-sociaux (EMS)

Les soins à domicile et les séjours en EMS sont pris en charge par les six pays étudiés. Deux pays ont instauré une nouvelle forme d'assurance, dite assurance-dépendance, destinée à décharger l'assurance-maladie des cas chroniques : l'Allemagne depuis 1994 et le Luxembourg depuis 1999. Ses prestations comprennent les soins à domicile, l'aide ménagère à domicile, le séjour en centre de jour ou de nuit, ainsi qu'en institution. Des prestations en espèces sont aussi offertes. En Allemagne, les soins à domicile remboursés par l'assurance-maladie sont variables, puisque la loi laisse aux caisses une certaine marge de manœuvre - et une concurrence certaine - dans ce domaine. Le minimum légal est de 4 semaines, incluant les soins infirmiers, mais pas les soins de base.

Selon le «catalogue» des prestations, les soins à domicile et les soins de longue durée en institution sont fournis sans participation aux frais et sans limitation de durée, du moins à notre connaissance. Il est possible que d'éventuelles restrictions au remboursement n'apparaissent pas dans le «catalogue».

En matière de soins à domicile, la France paie des forfaits aux assurés, alors que les patients hollandais et suisses connaissent une participation aux frais de respectivement 20% et 10% (plus franchise annuelle de 230.- pour la Suisse). En Suisse, la durée des soins à domicile est limitée à 3 mois¹⁰³, mais elle peut être prolongée de 3 mois supplémentaires.

L'aide à domicile est remboursée par l'intermédiaire de l'assurance-dépendance en Allemagne¹⁰⁴ et au Luxembourg. En Israël, c'est également une autre loi qui couvre l'aide à domicile, mais au plus 16 heures hebdomadaires. Les Pays-Bas sont le seul pays de notre comparaison à offrir le remboursement de l'aide à domicile par l'assurance-maladie, déduction faite de 20% de participation, sauf les 10 jours d'aide à domicile (80 heures au maximum) faisant partie du «paquet» des soins post-nataux, qui sont pris en charge intégralement.

La prise en charge des frais d'EMS est difficile à comparer, car elle est le plus souvent partagée entre plusieurs agents payeurs, dont l'assurance-maladie, les pouvoirs publics et le patient lui-même ou sa famille. En Allemagne et au Luxembourg, ces prestations sont du domaine de l'assurance-dépendance. Aux Pays-Bas, c'est l'EMEA qui définit les prestations de ce type; elles comprennent des soins en institution pour handicaps physiques ou psychiques, des appartements protégés, ainsi que des séjours dans un centre spécialement aménagé à Arnhem, incluant toutes les prestations nécessaires aux soins pour les personnes handicapées¹⁰⁵. En Suisse, la part des frais d'EMS à la charge de l'assurance-maladie diffère selon le canton. La part de l'assurance-maladie en France est de 32.5%, celle des pouvoirs publics de 9.3%, alors que les usagers doivent supporter 58.2% des frais.

2.2.7.18 Maternité

Dans le domaine de la maternité, les assurées des six pays étudiés n'ont pas de frais d'hospitalisation à leur charge, sauf en France, où une participation de 30% est exigée pour les cinq premiers mois, ainsi qu'au Luxembourg, où les frais dépassant 315.-/jour doivent être payés par la patiente. Des séances de préparation à l'accouchement sont expressément remboursées en Suisse (100.-) et en France (8 séances). Les conseils en cas d'allaitement ne sont remboursés qu'en Suisse (3 séances). Des forfaits sont prévus pour le matériel d'allaitement au Luxembourg, alors qu'en Suisse, il est pris en charge jusqu'à concurrence des prix fixés dans la LiMA. Les prestations des sages-femmes au Luxembourg

¹⁰³ 6 mois pour les affections de longue durée (idem pour la prolongation).

¹⁰⁴ L'assurance-maladie allemande rembourse également l'aide à domicile, mais à certaines conditions très précises. Les caisses ont toutefois la possibilité d'offrir plus de prestations dans ce domaine.

¹⁰⁵ Soins médicaux et infirmiers, physiothérapie, logopédie, ergothérapie, soins dentaires, médicaments et pansements, fauteuils roulants et voitures pour handicapés.

sont soumises à une participation de 20%, lorsque ces prestations sont hors forfait d'accouchement. Le forfait se monte à Frs 940.-.

Le nombre d'ultrasons de routine remboursés pendant la grossesse est variable : 1 en Allemagne, 2 en Suisse, 3 en France et au Luxembourg, en nombre illimité en Israël et aux Pays-Bas. Tous les pays prennent en charge des ultrasons supplémentaires en cas de pathologie.

L'aide à domicile dans le post-partum n'est remboursée qu'en Allemagne et aux Pays-Bas.

2.2.7.19 Balnéothérapie

Tous les pays, sauf les Pays-Bas et Israël, remboursent au moins partiellement les frais médicaux liés à une cure thermique. Trois pays remboursent en plus une partie des frais d'hébergement : 6.-/jour au Luxembourg, 10.-/jour en Suisse et 12.-/jour en Allemagne, pour une durée maximale de trois semaines dans ces trois pays. L'Allemagne ne rembourse une cure que tous les quatre ans.

La participation aux frais sur les prestations médicales est nulle en Allemagne, de 10% plus franchise annuelle de 230.- en Suisse et de 20% en France. La thalassothérapie n'est remboursée nulle part, si l'on excepte la thérapie climatique au bord de la Mer Morte pour les assurés israéliens souffrant de psoriasis. En Suisse, cette dernière a été expressément exclue en 1997 du «catalogue» des prestations par la Commission fédérale des prestations.

2.2.7.20 Transports

Tous les pays contribuent aux frais de transports. Le remboursement est intégral pour les affections de longue durée en France, en Israël¹⁰⁶ et au Luxembourg¹⁰⁷. Dans ces deux derniers pays, les indications reconnues - outre l'urgence - sont l'hémodialyse et le traitement de chimio- ou de radiothérapie pour un cancer. D'autres affections peuvent être reconnues au Luxembourg, après autorisation de la caisse. Les assurés allemands paient 20.-/trajet, les hollandais 20% des frais, avec un plafond annuel de 100.-, les suisses 50% ou davantage, si la somme annuelle de 500.- leur a déjà été versée. En revanche, en Suisse, les frais de transfert entre hôpitaux sont inclus dans le forfait hospitalier.

Les participations aux coûts mentionnées ci-dessus sont valables pour les transports urgents et non urgents. L'exception concerne Israël, qui fait payer 50% des frais d'ambulance médicalisée à l'assuré s'il s'avère qu'il n'est pas hospitalisé, voire même l'intégralité des frais d'ambulance non médicalisée.

2.2.7.21 Sauvetage

La Suisse est le seul pays à prendre expressément en charge les frais de sauvetage (à l'intérieur de ses frontières), au moins partiellement. Le remboursement est limité à 50% des frais et au plus 5000.-/an. Il est cependant possible que les autres pays ne distinguent pas entre transport d'urgence et sauvetage. Dans ce cas, les frais de sauvetage y seraient remboursés de la même manière que les transports. Le Luxembourg rembourse expressément les frais de rapatriement au pays après une maladie ou un accident survenu à l'étranger. Aux Pays-Bas, il faut l'accord de la caisse pour prendre en charge la part des frais liés au trajet hors du pays. En France, l'assurance-maladie ne contribue en rien aux frais de sauvetage.

2.2.7.22 Soins à l'étranger

Tous les pays remboursent les soins à l'étranger médicalement justifiés, sauf Israël, où cette prestation n'est pas comprise dans le «catalogue» pourtant exhaustif. Bien que la situation géopolitique d'Israël puisse expliquer cette lacune, il n'est pas exclu que des situations particulières autorisent malgré tout la prise en charge de soins à l'étranger.

¹⁰⁶ En Israël, participation aux frais de 50% si le transport est effectué en ambulance ou en taxi.

¹⁰⁷ Au Luxembourg, au maximum 400 km, ou 800.- pour les trajets hors de l'Union européenne.

La hauteur du remboursement varie du simple au double du tarif appliqué dans le pays de résidence de l'assuré : simple en France, en Allemagne et au Luxembourg¹⁰⁸, double en Suisse et au Luxembourg¹⁰⁹.

2.2.7.23 Participation aux coûts

Seuls deux pays ont choisi une quote-part unique pour toutes les catégories de prestations¹¹⁰ : 10% en Suisse, 20% aux Pays-Bas. Le plafond annuel est de 600.- (300.- pour les mineurs) en Suisse, 140.- (70.- pour les défavorisés) aux Pays-Bas. La Suisse est en outre seule à demander chaque année une participation aux frais supplémentaire correspondant au montant de la franchise fixée par le gouvernement (230.- actuellement).

Tous les autres pays fixent une participation aux frais variable, soit une quote-part allant de 5 à 80% selon la nature de la prestation, soit le montant dépassant un forfait convenu, soit une participation fixe par jour.

2.2.7.24 Indemnité funéraire

Bien qu'il s'agisse d'une prestation en espèces, dont il n'est pas question ailleurs dans ce rapport, il est intéressant de relever que l'assurance-maladie offre cette prestation dans deux des six pays étudiés : le Luxembourg (1'500.-) et l'Allemagne (1'700.-). Au Luxembourg, la prestation est réduite à 750.- si le décès touche un enfant âgé de moins de 6 ans et à 300.- s'il s'agit d'un mort-né.

2.2.8 Comparaison internationale des prestations spéciales

Après avoir passé en revue les prestations générales, nous examinerons dans ce chapitre les prestations dont l'efficacité, l'adéquation et l'économie est (ou a été) controversée au point de figurer dans des listes documentées. Ces prestations représentent sans doute une part non négligeable des dépenses de l'assurance-maladie, soit par leur fréquence, soit par leur caractère particulièrement onéreux.

2.2.8.1 Prestations controversées en Suisse

En Suisse, une liste de prestations controversées se trouve dans l'une des ordonnances d'application de la loi sur l'assurance-maladie. L'annexe 1 de l'OPAS énumère en effet quelque 160 prestations, que le Conseil fédéral, sur préavis d'une commission de spécialistes (Commission fédérale des prestations), a expressément désignées comme remboursées, remboursées à certaines conditions, ou non remboursées par l'assurance sociale.

La majorité des décisions de remboursement datent d'avant l'entrée en vigueur de la LAMal, puisque la CFP donne des préavis au Conseil fédéral depuis plus de trente ans. Cependant, le système des commissions étant actuellement maintenu¹¹¹, les décisions de remboursement antérieures à 1996 font partie intégrante du «catalogue» de la nouvelle loi.

Des experts ont été sollicités afin de nous fournir des renseignements sur la prise en charge, dans leur pays, des prestations figurant dans l'annexe 1 de l'OPAS. Cependant, la comparaison s'est avérée plus difficile que prévue. Il existe plusieurs raisons à ces difficultés :

¹⁰⁸ Si les soins sont fournis dans un pays ayant un accord particulier avec le Luxembourg.

¹⁰⁹ Si les soins sont fournis dans un pays n'ayant pas d'accord particulier avec le Luxembourg.

¹¹⁰ Sauf pour la maternité en Suisse; sauf pour la maternité, les consultations de généralistes et les soins dentaires aux Pays-Bas.

¹¹¹ «Le principe actuel qui veut que le Conseil fédéral s'entoure de spécialistes pour déterminer, en détail, le catalogue des prestations à la charge de l'assurance des soins est maintenu. [...] Ce système permet, en effet, au Conseil fédéral d'établir un catalogue à la fois adapté à l'évolution de la science médicale et satisfaisant aux exigences de prise en charge par l'assurance sociale. Il convient de le maintenir.» Message du Conseil fédéral du 6.11.1991 concernant la révision de l'assurance-maladie. Feuille fédérale. 144^e année. Vol. I, p. 143.

a) Diversité des prestations

Les prestations de l'annexe 1 de l'OPAS relèvent de domaines très disparates, puisqu'elles concernent dix domaines aussi différents que la chirurgie et ses sous-spécialités, la médecine interne et ses sous-spécialités, la gynécologie-obstétrique, la pédiatrie et la psychiatrie de l'enfant, la dermatologie, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, la psychiatrie, la radiologie et les médecines complémentaires. Il est difficile de réunir en une seule personne l'expertise suffisante pour pouvoir répondre à des questions concernant des domaines aussi variés.

b) Complexité des prestations

La nature même des prestations est complexe. Il s'agit souvent de nouvelles technologies, peu connues, très spécialisées, auxquelles nos interlocuteurs étrangers ont eu parfois de la peine à trouver des équivalences dans leur pays.

c) Disponibilité de nos interlocuteurs étrangers

Il va de soi que les travaux de traduction, de recherche et de rédaction exigent beaucoup de temps si l'on veut disposer de renseignements fiables; ils requièrent en outre une connaissance approfondie de terminologies professionnelles complexes. Malgré leur bonne volonté, les personnes contactées dans les cinq autres pays n'ont pas toujours pu trouver la disponibilité nécessaire. En effet, leurs compétences dans les domaines asséurologique, juridique et médical en font des personnes extrêmement sollicitées. Ces compétences n'étant précisément pas fréquentes, il était difficile de trouver des remplaçants suffisamment qualifiés pour cette tâche.

d) Problèmes de langue

La comparaison englobe six pays, dont quatre pays non francophones. Si les documents suisses existent en allemand et en français, ce qui a permis l'envoi d'une version allemande de l'annexe 1 de l'OPAS en Allemagne et au Luxembourg, nous avons dû traduire ce même document en anglais pour Israël et les Pays-Bas. Même si l'anglais représente une langue universelle, le problème linguistique s'ajoute incontestablement aux difficultés citées plus haut.

En conséquence, la comparaison internationale des prestations controversées en Suisse se limitera dans ce rapport à cinq des six pays choisis, qui sont la Suisse, la France, l'Allemagne, le Luxembourg et Israël.

Bien qu'ils soient très lacunaires, les renseignements émanant d'Israël ont été conservés pour la comparaison, car certaines prestations de l'annexe 1 sont expressément mentionnées dans le «catalogue» israélien. Il faut néanmoins insister sur le fait que les rubriques remplies n'ont qu'une valeur indicative, car elles ne concernent qu'une petite partie des prestations remboursées. Une liste négative ne nous étant pas connue, les prestations non remboursées n'apparaissent pas dans ce tableau. Afin de ne pas surcharger le tableau, les cases pour lesquelles nous ne disposions pas de l'information nécessaire ont été laissées en blanc.

Les Pays-Bas ont été définitivement écartés; en effet, les spécialistes hollandais que nous avons contacté au *College voor Zorgverzekerings*¹¹², compétents en matière de décisions de remboursement aux Pays-Bas, étaient trop peu disponibles pour répondre à notre attente.

Le tableau présenté ci-après passe en revue toutes les prestations controversées en Suisse qui ont fait l'objet d'un examen par la CFP depuis sa création en 1967. Elles figurent dans l'énoncé original de l'annexe 1 de l'OPAS, avec, dans les deuxième et troisième colonnes, la décision de remboursement du Conseil fédéral et les conditions éventuelles. Afin de ne pas surcharger le tableau, les dates des décisions, ainsi que celles de leur réexamen éventuel, n'ont pas été représentées.

Les colonnes des trois autres pays ont été remplies sur la base des indications reçues de nos interlocuteurs étrangers. Pour ce faire, nous avons utilisé un code très simple, composé de cinq

¹¹² Autrefois appelé *Ziekenfondsraad*.

symboles aisément reconnaissables, afin de pouvoir repérer rapidement les différences de couverture entre pays. Ce code est explicité en début de tableau. Le symbole (+), propre au Luxembourg, a été maintenu tel que nous l'a transmis notre interlocuteur luxembourgeois. Il représente les prestations non inscrites dans la nomenclature luxembourgeoise sous la forme décrite dans l'énoncé suisse, mais qui sont néanmoins implicitement remboursées au Luxembourg.

Comparaison de la prise en charge des prestations examinées par la CFP de 1967 à 1999 (annexe 1 de l'OPAS) dans 5 pays choisis

Légende : + pris en charge
 +/- pris en charge à certaines conditions
 (+) pris en charge implicitement (Luxembourg)
 - non pris en charge
 ? prise en charge inconnue

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance suisse	Conditions	France	Allemagne	Luxembourg	Israël
1 Chirurgie						
<i>1.1 Chirurgie générale</i>						
Mesures en cas d'opération du cœur	Oui	Cathétérisme cardiaque;	+	+	+	+
		angiocardiographie, substance de contraste comprise	+	+ ¹¹³	+	+
		hibernation artificielle;	+	+	?	
		emploi du cœur-poumon artificiel;	+	+	?	
		emploi d'un «Cardioverter» comme stimulateur, défibrillateur ou moniteur cardiaque;	+	+ ¹¹⁴	?	+
		conserves de sang et sang frais;	+	+	?	
		mise en place d'une valvule mitrale artificielle, prothèse comprise;	+	+	?	+
		mise en place d'un stimulateur cardiaque, appareil compris.	+	+	+	+
Endoprothèses	Oui		+	+	+	
Reconstruction mammaire opératoire	Oui	Pour rétablir l'intégrité physique et psychique de la patiente après une amputation médicalement indiquée.	+	+ ¹¹⁵	+/- ¹¹⁶	+/- ¹¹⁷
Autotransfusion	Oui		+	+	+	

¹¹³ Seulement < 18 ans.

¹¹⁴ Seulement en cas d'urgence.

¹¹⁵ Après amputation, mais aussi *plasties de réduction et d'agrandissement avec implantation de prothèses ou «expanders»*.

¹¹⁶ Après une amputation.

¹¹⁷ Après une amputation *pour tumeur*.

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance suisse	Conditions	France	Allemagne	Luxembourg	Israël
Traitement chirurgical de l'obésité (Roux-en-Y gastric by-pass, Gastric Banding, Vertical Banded Gastroplasty)	Oui	a. Après en avoir référé au médecin-conseil. b. Le patient ne doit pas avoir plus de 60 ans. c. Le patient présente un indice de masse corporelle (BMI) de plus de 40. d. Une thérapie appropriée de deux ans pour réduire le poids n'a pas eu de succès. e. Le patient souffre en outre d'une des maladies suivantes: Hypertension artérielle mesurée à l'aide d'une manchette large; diabète sucré; syndrome d'apnée du sommeil; dyslipémie; affections dégénératives invalidantes de l'appareil locomoteur; coronaropathie; stérilité avec hyperandrogénisme; ovaires polykystiques d'une patiente en âge de procréer. f. L'opération doit être exécutée dans un centre hospitalier disposant d'une équipe interdisciplinaire et expérimentée en chirurgie, psychothérapie, conseils nutritionnels et médecine interne. g. L'hôpital doit tenir un registre d'évaluation.	+ ¹¹⁸	+/- ¹¹⁹	+	+/- ¹²⁰
Traitement de l'obésité par ballonnet intragastrique	Non		+ ¹²¹	-	-	
<i>1.2 Chirurgie de transplantation</i>			+ ¹²²			
Transplantation rénale	Oui	Sont inclus les frais d'opération du donneur, y compris le traitement des complications éventuelles et une indemnité adéquate pour la perte de gain effective. La responsabilité de l'assureur du receveur en cas de mort éventuelle du donneur est exclue.	+	+	+/- ¹²³	+
Transplantation cardiaque	Oui	En cas d'affections cardiaques graves et incurables telles que la cardiopathie ischémique, la cardiomyopathie idiopathique, les malformations cardiaques et l'arythmie maligne.	+	+	+/-	+

¹¹⁸ Si BMI > 40, l'accord préalable n'est le plus souvent pas nécessaire. Actuellement, il n'y pas de conditions de réalisation, mais il est prévu d'inscrire cet acte à la NGAP pour dissiper le flou actuel.

¹¹⁹ Gastric banding et vertical gastroplasty: en évaluation (prise en charge de cas en cas, avec l'accord de la caisse). L'omentectomie est une prestation obligatoire reconnue.

¹²⁰ Si pronostic vital est en jeu.

¹²¹ Si BMI > 40, l'accord préalable n'est le plus souvent pas nécessaire. Actuellement, il n'y pas de conditions de réalisation, mais il est prévu d'inscrire cet acte à la NGAP pour dissiper le flou actuel.

¹²² Uniquement en secteur public dans des centres particuliers avec budget global, sans conditions médicales préétablies - consensus et règle de l'art.

¹²³ Aucune transplantation ne se pratique au Luxembourg. Après accord du médecin-conseil (obligatoire si le traitement ne se fait pas dans le pays), la greffe est prise en charge à l'étranger (F, B, RFA en général) au même tarif que celui appliqué par le pays respectif pour ses assurés. La seule greffe pour laquelle une inscription dans le tarif est prévue est la greffe rénale.

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance suisse	Conditions	France	Allemagne	Luxembourg	Israël
Transplantation isolée du poumon	Oui	Stade terminal d'une maladie pulmonaire chronique. Aux centres suivants: Hôpital universitaire de Zurich, Hôpital cantonal universitaire de Genève en collaboration avec le Centre hospitalier universitaire vaudois; lorsque le centre tient un registre d'évaluation.		+	+/-	+
Transplantation cœur-poumon	Non		+	+	+/-	
Transplantation du foie	Oui	Exécution dans un centre qui dispose de l'infrastructure nécessaire et de l'expérience correspondante («fréquence minimale»: en moyenne dix transplantations de foie par an- née).	+	+	+/-	
Transplantation simultanée du pancréas et du rein	Oui	Aux centres suivants: Hôpital universitaire de Zurich, Hôpital cantonal universitaire de Genève; lorsque le centre tient un registre d'évaluation.	+	+	+/-	
Transplantation isolée du pancréas (Pancreas Alone, Pancreas After Kidney)	Non		?	+	+/-	
Greffe par épiderme autologue de culture (kératinocytes)	Oui	Exécution dans les hôpitaux universitaires de Zurich et au Centre hospitalier universitaire vaudois.	?	.124	+/-	
Greffe allogénique d'un équivalent de peau humaine bicouche vivant	Non	En cours d'évaluation.	?	-	+/-	
<i>1.3 Orthopédie, traumatologie</i>						
Traitement des défauts de posture	Oui	Prestation obligatoire seulement pour les traitements de caractère nettement thérapeutique, c.à.d. si des modifications de structure ou des malformations de la colonne vertébrale décelables à la radiographie sont devenues manifestes. Les mesures prophylactiques qui ont pour but d'empêcher d'imminentes modifications du squelette, telle la gymnastique spéciale pour fortifier un dos faible, ne sont pas à la charge de l'assurance.	+125	+126		
Traitement de l'arthrose par injection intra-articulaire d'un lubrifiant artificiel	Non		.127		(+)	
Traitement de l'arthrose par injection intra-articulaire de téflon ou de silicone en tant que «lubrifiants»	Non		.128		(+)	

¹²⁴ En évaluation.

¹²⁵ **Y compris la** gymnastique et la rééducation, si elles sont prescrites. Les indications ne sont pas formalisées

¹²⁶ Seulement traitement conservateur.

¹²⁷ En cours d'évaluation.

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance suisse	Conditions	France	Allemagne	Luxembourg	Israël
Traitement de l'arthrose par injection d'une solution mixte contenant de l'huile Jodoformöl	Non		-	-	(+)	
Thérapie par ondes de choc en orthopédie	Non		-	-	-	
Viscosupplémentation avec injection de substance hyaline pour le traitement de la gonarthrose	Non		-	-	(+)	
Protection des hanches pour prévenir les fractures du col du fémur	Non		+	-	?	
<i>1.4 Urologie</i>						
Uroflowmétrie (mesure du flux urinaire par enregistrement de courbes)	Oui	Limité aux adultes	+	+	+	
Lithotritie rénale extra-corporelle par ondes de choc (ESWL), fragmentation des calculs rénaux	Oui	Indications L'ESWL est indiquée en cas de a. lithiases du bassin; b. lithiases calicielles; c. lithiases de la partie supérieure de l'uretère, lorsque le traitement conservateur n'a pas eu de succès et que l'élimination spontanée du calcul est considérée comme invraisemblable, vu sa localisation, sa forme et sa dimension. Les risques accrus entraînés par la position spéciale du patient en cours de narcose exigent une surveillance anesthésique appropriée (formation spéciale des médecins et du personnel paramédical – aides en anesthésiologie – et appareils adéquats de surveillance).	+ ¹²⁹	+/- ¹³⁰	+	+
Traitement chirurgical des troubles de l'érection						
– Prothèses péniennes	Non		+	+/-	+/- ¹³¹	+ ¹³²
– Chirurgie de revascularisation	Non		+	+	+/- ¹³³	
Implantation d'un sphincter artificiel	Oui	En cas d'incontinence grave.	+	+/- ¹³⁴	+	

¹²⁸ En cours d'évaluation.

¹²⁹ Les indications ne sont pas formalisées.

¹³⁰ Seulement après accord de la caisse-maladie et par un spécialiste reconnu.

¹³¹ Après accord du médecin-conseil.

¹³² Participation aux frais de \$ 350 (pour l'assuré).

¹³³ Après accord du médecin-conseil.

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance suisse	Conditions	France	Allemagne	Luxembourg	Israël
Traitement au laser des tumeurs vésicales ou du pénis	Oui		+	+	(+) ¹³⁵	
Traitement de la varicocèle par embolisation	Oui		+	+	+	
- à l'aide d'un caustique ou par coils	Non		+	+	+	
- par balloons ou par microcoils	Non		-	-	(+) ¹³⁶	
Ablation transurétrale de la prostate à l'aide d'un laser dirigé par ultrasons	Non	En cours d'évaluation.	?	+/-	?	
Electroneuromodulation des racines sacrées à l'aide d'un appareil implanté pour traiter l'incontinence urinaire						
2 Médecine interne						
<i>2.1 Médecine interne générale</i>						
Thérapie par injection d'ozone	Non		-	-	-	
Traitement par O ₂ hyperbare	Oui	En cas: - de lésions actiniques chroniques ou tardives; - d'ostéomyélite de la mâchoire; - d'ostéomyélite chronique.	+	-	+	
Cellulothérapie à cellules fraîches	Non		-	-	-	
Sérocyclothérapie	Non		-	-	-	
Vaccination contre la rage	Oui	Lors du traitement d'un patient mordu par un animal atteint de la rage ou suspect d'avoir cette maladie.	+ ¹³⁷	+ ¹³⁸	+	
Traitement de l'obésité	Oui	- Si le poids est supérieur de 20% ou plus au poids idéal maximal; - Si une maladie concomitante peut être avantageusement influencée par la réduction du poids.	+	-	-	
- par des amphétamines et des dérivés	Non		-	-	-	
- par des hormones thyroïdiennes	Non		-	-	-	
- par des diurétiques	Non		-	-	-	
¹³⁴ En cours d'évaluation.						
¹³⁵ Laser non expressément pris en charge.						
¹³⁶ Laser non expressément pris en charge.						
¹³⁷ Mêmes conditions qu'en Suisse.						
¹³⁸ En cas de suspicion d'infection.						

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance suisse	Conditions	France	Allemagne	Luxembourg	Israël
- par l'injection de choriogonadotrophine	Non		-	-	-	
Hémodialyse (emploi du «rein artificiel»)	Oui		+	+	+	+
Hémodialyse à domicile	Oui		+	+	-	+
Dialyse péritonéale	Oui		+	+	+	+
Nutrition entérale à domicile	Oui	Lorsqu'une nutrition suffisante par voie orale sans utilisation de sonde est exclue.	+	+	-	
Nutrition parentérale à domicile	Oui		+	+	-	
Insulinothérapie à l'aide d'une pompe à perfusion continue	Oui	Prise en charge des frais de location de la pompe aux conditions suivantes: - Le patient souffre d'un diabète extrêmement labile; - Son affection ne peut pas être stabilisée de manière satisfaisante par la méthode des injections multiples; - L'indication du traitement au moyen de la pompe est déterminée et les soins sont dispensés par un centre qualifié ou, après consultation du médecin-conseil, par un médecin spécialisé installé en cabinet privé qui a l'expérience nécessaire.	+	+	-	
Perfusion parentérale d'antibiotiques à l'aide d'une pompe à perfusion continue, pratiquée à domicile	Oui		+	+	+/-	
Plasmaphérèse	Oui	Indications: - Syndrome d'hyperviscosité - Maladies du système immunitaire, lorsqu'une plasmaphérèse s'est révélée efficace, soit notamment en cas de: - myasthénie grave - purpura thrombotique thrombocytopénique - anémie hémolytique immune - leucémie - syndrome de Goodpasture - syndrome de Guillain-Barré - Empoisonnement aigu - Hypercholestérolémie familiale homozygote	+	+ ¹³⁹	+	+
LDL-Aphérèse	Oui Non	En cas d'hypercholestérolémie familiale homozygote En cas d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote	+/- ¹⁴⁰ +/-	+/- ¹⁴¹ +/- ¹⁴²	+	

¹³⁹ En cours d'évaluation.

¹⁴⁰ Prestation non facturable dans une structure libérale. Probablement réalisée dans le cadre hospitalier public.

¹⁴¹ Seulement aux conditions ci-après: 1. Evaluation angiologique, lipidologique et cardiologique préalable par un autre médecin; 2. Accord préalable de la caisse; 3. Réévaluation de l'indication après 1 an; 4. Les procédés utilisés doivent abaisser les LDL d'au moins 60%/séance (d'au plus 6 h de durée).

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance suisse	Conditions	France	Allemagne	Luxembourg	Israël
Transplantation de cellules souches hématopoïétiques – autologue			+ ¹⁴³	+/- ¹⁴⁴		
	Oui	En cas de: – lymphomes – leucémie lymphatique aiguë – leucémie myéloïde aiguë.	+		+	
	Oui	En cas de: – syndrome myélodysplasique – myélomes multiples – carcinome primaire du sein avec risque élevé de récurrence Dans les centres qui remplissent les conditions énoncées dans les directives du STABMT (Groupe de travail de Swiss Transplant pour la transplantation de cellules du sang et de la moelle). En cas de: – tumeur germinale à un stade avancé – carcinome ovarien – médulloblastome – neuroblastome – sarcome d'Ewing – tumeur de Wilms – rhabdomyosarcome – leucémie myéloïde chronique Dans les hôpitaux universitaires En cas de: – carcinome bronchique microcellulaire Au Centre Hospitalier Universitaire vaudois Les fournisseurs de prestations doivent tenir un registre d'évaluation	+		+	
	Non	En cas de: – récurrence d'une leucémie myéloïde aiguë – récurrence d'une leucémie lymphatique aiguë – carcinome du sein avec métastases des os – maladies congénitales			?	

¹⁴² Seulement aux conditions ci-dessus et ci-après: 1. Les LDL ne peuvent être abaissées suffisamment après 6 semaines de traitement diététique et médicamenteux maximal;

2. Les facteurs de risque doivent être considérés.

¹⁴³ Les conditions ne sont pas définies au niveau de l'assurance-maladie. Consensus professionnel, état de l'art. Structure d'hospitalisations publiques. Le donneur et le receveur relèvent tous deux de l'assurance-maladie.

¹⁴⁴ Seulement dans les cas de syndromes lympho- et myéloprolifératifs, de néoplasies osseuses et des tissus mous. Pas de prise en charge de la HDCT dans les cas de tumeurs solides, car considéré comme en cours d'évaluation (débat en cours avec les sociétés oncologiques).

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance suisse	Conditions	France	Allemagne	Luxembourg	Israël
– allogénique	Oui	En cas de: – leucémie myéloïde aiguë – leucémie lymphatique aiguë – leucémie myéloïde chronique – syndrome myéodysplasique – anémie aplasique – déficiences immunitaires et enzymopathies congénitales – thalassémie et anémie drépanocytaire (donneur génotypiquement HLA-identique)	+ ¹⁴⁵	+	+	
	Oui	En cas de: – myélomes multiples Dans les centres qui remplissent les conditions énoncées dans les directives du STABMT (Groupe de travail de Swiss Transplant pour la transplantation de cellules du sang et de la moelle) En cas de: – leucémie lymphatique chronique A l'Hôpital cantonal universitaire de Genève et à l'Hôpital cantonal de Bâle En cas de: – lymphome non-Hodgkinien Dans les hôpitaux universitaires En cas de: – lymphome de Hodgkin A l'Hôpital cantonal universitaire de Genève et à l'Hôpital cantonal de Bâle. Les fournisseurs de prestations doivent tenir un registre d'évaluation. Les frais de l'opération chez le donneur sont également à la charge de l'assureur du receveur, y compris le traitement des complications éventuelles et une indemnité adéquate pour la perte de gain effective. La responsabilité de l'assureur du receveur en cas de mort éventuelle du donneur est exclue. En cas de tumeurs solides		+	+	
	Non					
Lithotritie des calculs biliaires	Oui	Calculs biliaires intrahépatiques; calculs biliaires extrahépatiques dans la région du pancréas et du cholédoque. Lithotritie des calculs se trouvant dans la vésicule biliaire, lorsque le patient est inopérable (y compris par une cholécystectomie laparoscopique).	+ ¹⁴⁶	+/- ¹⁴⁷	+	+ ¹⁴⁸

¹⁴⁵ Les conditions ne sont pas définies au niveau de l'assurance-maladie. Consensus professionnel, état de l'art. Structure d'hospitalisations publiques. Le donneur et le receveur relèvent tous deux de l'assurance-maladie.

¹⁴⁶ Sans conditions établies.

¹⁴⁷ Uniquement dans le cadre hospitalier.

¹⁴⁸ Prise en charge de la cholécystectomie et autres traitements reconnus des cholélithiases.

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance suisse	Conditions	France	Allemagne	Luxembourg	Israël
Polysomnographie Polygraphie	Oui	En cas de forte suspicion de: – syndrome des apnées du sommeil – mouvements périodiques des jambes pendant le sommeil – narcolepsie, lorsque le diagnostic est incertain – parasomnie sévère (p. ex.: dystonie épileptique nocturne ou comportements violents pendant le sommeil), lorsque le diagnostic est incertain et qu'une thérapie s'impose. Indication et exécution par des centres qualifiés conformément aux directives de la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie de 1999.	+	+	+	+149
	Oui	En cas de forte suspicion de: – troubles de l'endormissement et du sommeil lorsque le diagnostic initial est incertain et seulement lorsque le traitement du comportement ou médicamenteux est sans succès – troubles persistants du rythme circadien quand le diagnostic est incertain Indication et exécution par des centres qualifiés conformément aux directives de la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie de 1999.	+/.150	+/.151	?	
	Non	Examen de routine de l'insomnie passagère et de l'insomnie chronique, du syndrome de fibrosité et du syndrome de la fatigue chronique	-	-	?	
Mesure de la mélatonine dans le sérum	Non		-	-	-	
Multiple Sleep Latency Test, Maintenance of Wakefulness Test, et actigraphie	Oui	Indication et exécution par des centres qualifiés conformément aux directives de la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie de 1999.	-152	- (?)	?	
Test respiratoire à l'urée (13C) pour évidence Helicobacter pylori	Oui	L'urée (13C) est remboursée selon la Liste des spécialités (LS), l'analyse selon la Liste des analyses (LA).	-	+	+	
<i>2.2 Maladies cardio-vasculaires, Médecine intensive</i>						
Insufflation de O ₂	Non		-	-	(+)	
Massage séquentiel pé- ristaltique	Oui		-	+	-	

149 Prise en charge des examens du sommeil.

150 Indications: apnées du sommeil, narcolepsie avec ou sans cataplexie. Pour les autres indications, uniquement dans le cadre hospitalier avec budget global.

151 Les indications neurologiques sont discutées et la décision de prise en charge se fait de cas en cas.

152 Prestation non prise en charge si elle est réalisée en secteur libéral (car non inscrite à la NGAP). Possible en hospitalisation dans le secteur public.

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance suisse	Conditions	France	Allemagne	Luxembourg	Israël
Enregistrement de l'ECG par télé-métrie	Oui	Comme indications, entrent avant tout en ligne de compte les troubles du rythme et de la transmission, les troubles de la circulation du sang dans le myocarde (maladies coronariennes). L'appareil peut aussi servir au contrôle de l'efficacité du traitement.	-	+	(+)	
Surveillance téléphonique des stimulateurs cardiaques	Non		-	+	(+)	
Réhabilitation des patients souffrant de maladies cardiovasculaires	Oui	<ul style="list-style-type: none"> - Patients ayant subi un infarctus du myocarde, avec ou sans PTCA - Patients ayant subi un pontage - Patients ayant subi d'autres interventions au niveau du coeur ou des grands vaisseaux - Patients après PTCA, en particulier après une période d'inactivité et/ou présentant de multiples facteurs de risque - Patients souffrant d'une maladie cardiaque chronique et présentant de multiples facteurs de risque réfractaires à la thérapie mais présentant une bonne espérance de vie - Patients souffrant d'une maladie cardiaque chronique et d'une mauvaise fonction ventriculaire. <p>La thérapie peut être pratiquée ambulatoirement ou dans une institution dirigée par un médecin. Le déroulement du programme, le personnel et l'infrastructure doivent correspondre aux indications formulées par le groupe de travail pour la réhabilitation cardiaque de la Société Suisse de Cardiologie.</p> <p>Un traitement hospitalier est plutôt indiqué lorsqu'existe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un risque cardiaque élevé; - une fonction diminuée du myocarde; - une comorbidité (diabète sucré, COPD, etc.). <p>La durée du traitement ambulatoire est de deux à six mois: elle dépend de l'intensité du traitement requis.</p> <p>La durée du traitement hospitalier est en règle générale de 4 semaines mais peut être, dans des cas peu compliqués, réduite à 2 ou 3 semaines</p>	+ ¹⁵³	+ ¹⁵⁴	-	+
Implantation d'un défibrillateur	Oui		+ ¹⁵⁵	+	+	
Application d'une pompe-ballon intra-aortique en cardiologie interventionnelle	Oui		+ ¹⁵⁶	+	(+)	

¹⁵³ Par série de 20 séances, sans conditions particulières sur le plan de la pathologie. Dans un établissement de soins intensifs cardiologiques ou une unité de réanimation ou une salle de surveillance post-interventionnelle, ou dans un établissement de réadaptation des cardiaques disposant d'une salle de réanimation.

¹⁵⁴ Prestation de l'assurance-vieillesse également; après accord de la caisse-maladie.

¹⁵⁵ En hôpital public.

¹⁵⁶ En public et privé.

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance suisse	Conditions	France	Allemagne	Luxembourg	Israël
Revascularisation transmyocardique par laser	Non	En cours d'évaluation	_157	_158	?	
<i>2.3 Neurologie y inclus la thérapie des douleurs</i>						
Massages en cas de paralysie consécutive à des affections du système nerveux central	Oui		+	+	+	
Potentiels évoqués visuels dans le cadre d'examens neurologiques spéciaux	Oui		+	+	+	
Electrostimulation de la moelle épinière par l'implantation d'un système de neurostimulation	Oui	Traitement de douleurs chroniques graves, avant tout des douleurs du type de désafférentation (douleurs fantômes), des douleurs par adhérences des racines après hernie discale et perte de sensibilité dans les dermatomes correspondants, des causalgies et notamment des douleurs provoquées par des fibroses du plexus après irradiation (cancer du sein), lorsqu'il existe une indication stricte et qu'un test a été effectué au moyen d'une électrode percutanée. Le changement du générateur d'impulsions est une prestation obligatoire.	? ¹⁵⁹	+	+	
Electrostimulation des structures cérébrales profondes par implantation d'un système de neurostimulation	Oui	Traitement des douleurs chroniques graves, avant tout de douleurs du type de désafférentation d'origine centrale (p.ex. lésion de la moelle épinière/intrarachidiale, lacération intradurale du nerf), lorsqu'il existe une indication stricte et qu'un test a été effectué au moyen d'une électrode percutanée. Le changement du générateur d'impulsions est une prestation obligatoire.	?	+	(+)	
Implantation d'un système de neurostimulation pour le traitement des troubles du mouvement	Oui	Pour autant que la coagulation à haute fréquence dans le secteur du thalamus implique un risque accru de complication. Le changement du générateur d'impulsions est une prestation obligatoire	?	+	?	
Electro-neurostimulation transcutanée (TENS)	Oui	Si le patient utilise lui-même le stimulateur TENS, l'assureur lui rembourse les frais de location de l'appareil lorsque les conditions suivantes sont remplies:	-	+/- ¹⁶⁰	+	

¹⁵⁷ En cours d'évaluation.

¹⁵⁸ Certaines caisses-maladie acceptent la prise en charge, bien que cette prestation soit considérée comme en évaluation.

¹⁵⁹ Prestations non inscrites à la NGAP. Probablement réalisées en hôpital public par des équipes spécialisées, mais l'assurance-maladie n'en a pas connaissance. Elles sont facturées dans le cadre du budget global.

¹⁶⁰ Prise en charge d'au plus 5 séances supervisées, puis utilisation par le patient lui-même. Durée de location le plus souvent limitée. Le médecin-conseil ne doit pas nécessairement donner son accord.

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance suisse	Conditions	France	Allemagne	Luxembourg	Israël
		<ul style="list-style-type: none"> - Le médecin ou, sur ordre de celui-ci, le physiothérapeute doit avoir testé l'efficacité du TENS sur le patient et l'avoir initié à l'utilisation du stimulateur; - Le médecin-conseil doit avoir confirmé que le traitement par le patient lui-même était indiqué; - L'indication est notamment donnée dans les cas suivants: <ul style="list-style-type: none"> - douleurs qui émanent d'un névrome; p. ex. des douleurs localisées pouvant être déclenchées par pression dans le secteur des membres amputés (moignons); - douleurs pouvant être déclenchées ou renforcées par stimulation (pression, extension ou stimulation électrique) d'un point névralgique comme p.ex. des douleurs sous forme de sciatique ou des syndromes de l'épaule et du bras; - douleurs provoquées par compression des nerfs; p. ex. douleurs irradiantes persistantes après opération pour hernie discale ou du canal carpien. 				
Thérapie au Baclofen à l'aide d'un doseur implantable de médicament	Oui	En cas de spasticité résistant à la thérapie.	?	+	(+)	
Traitement intrathécal de la douleur chronique somatique à l'aide d'un doseur implantable de médicament	Oui		+	+	+	
Potentiels évoqués moteurs comme examen neurologique spécialisé	Oui	Diagnostic de maladies neurologiques. L'examinateur responsable est titulaire du certificat de capacité ou de l'attestation de formation complémentaire en Electroencéphalographie ou en Electroneuromyographie de la Société Suisse de Neurophysiologie Clinique.				
Résection curative d'un foyer épileptogène	Oui	Indications: <ul style="list-style-type: none"> - Preuve de l'existence d'une épilepsie focale. - Fort handicap du patient en raison de souffrances dues à la maladie comitiale. - Résistance à la pharmacothérapie. - Investigations et exécution dans un centre pour épileptiques qui dispose des équipements diagnostiques adéquats (en électrophysiologie, IRM,PET, etc.), d'un service de neuro-psychologie, du savoir-faire chirurgical et thérapeutique ainsi que de possibilités de suivi du traitement. 				
Chirurgie palliative de l'épilepsie par: <ul style="list-style-type: none"> - commissurotomie - amygdalo-hippocampectomie sélective 	Oui	- Lorsque les investigations montrent que la chirurgie curative de l'épilepsie focale n'est pas indiquée et qu'une méthode palliative permettra un meilleur contrôle des crises ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie.			(+)	

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance suisse	Conditions	France	Allemagne	Luxembourg	Israël
– opération sous-apiale multiple (selon Morell-Whisler)		– Investigations et exécution dans un centre pour épileptiques qui dispose des équipements diagnostiques adéquats (en électrophysiologie, IRM, PET, etc.), d'un service de neuro-psychologie, du savoir-faire chirurgical et thérapeutique ainsi que de possibilités de suivi du traitement.				
– stimulation du nerf vague		– Tenue d'un registre d'évaluation				
Opération au laser (décompression au laser) de l'hernie discale.	Non		+	+/- ¹⁶¹	(+) ¹⁶²	
Cryoneurolyse	Non	Pour le traitement des douleurs des articulations intervertébrales lombaires	?	-	(+)	
Spondylodèse par cages intersomatiques	Oui en évaluation	– Instabilité dégénérative de la colonne vertébrale avec hernie discale, récurrence de hernie discale ou sténose pour des patients présentant un syndrome vertébral ou radiculaire invalidant, résistant au traitement conservateur, causé par des pathologies dégénératives de la colonne vertébrale avec instabilité, cliniquement et radiologiquement vérifiées. – Après échec d'une spondylodèse postérieure avec système de vis pédiculaires.	+	+	(?)	+
<i>2.4 Médecine physique, rhumatologie</i>						
Traitement de l'arthrose par injection intra-articulaire d'un lubrifiant artificiel	Non		. ¹⁶³	-	(+)	
Traitement de l'arthrose par injection intra-articulaire de teflon ou de silicone en tant que «lubrifiants»	Non		. ¹⁶⁴	-	(+)	
Synoviorthèse	Oui		+	+	+	
<i>2.5 Oncologie</i>						
Traitement du cancer par pompe à perfusion (chimiothérapie)	Oui		+	+	+	

¹⁶¹ En cours d'évaluation.

¹⁶² Laser non pris en charge.

¹⁶³ En cours d'évaluation.

¹⁶⁴ En cours d'évaluation.

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance suisse	Conditions	France	Allemagne	Luxembourg	Israël
Traitement au laser pour chirurgie minimale palliative	Oui		+	+	(+)	
Perfusion isolée des membres en hyperthermie et au moyen du facteur de nécrose tumorale-alpha	Oui	Effectuée dans un hôpital universitaire	-	+/- (?) ¹⁶⁵	(+)	
Photo-chimiothérapie extracorporelle	Oui	En cas de réticulomatose cutanée (syndrome de Sézary)	+ ¹⁶⁶	+	(+)	
3 Gynécologie, obstétrique						
Diagnostic par ultrasons en obstétrique et gynécologie	Oui	L'art. 13, let. b, OPAS demeure réservé pour les contrôles ultrasonographiques lors d'une grossesse	+	+ ¹⁶⁷	+	
Insémination artificielle	Non en évaluation		+	+ ¹⁶⁸	+	+
	Oui	Insémination intra-utérine homologue en cas de stérilité d'origine cervicale		+		
Fécondation in vitro pour examiner la stérilité	Non		-	+	+	
Fécondation in vitro et transfert d'embryon (FIVETE)	Non		+/- ¹⁶⁹	+/- ¹⁷⁰	(+)	+/- ¹⁷¹

Stérilisation:

¹⁶⁵ Prise en charge discutée, possible en ambulatoire d'après une référence, impossible d'après l'autre.

¹⁶⁶ En secteur public.

¹⁶⁷ 3 examens ultrasonographiques de routine dans une grossesse normale.

¹⁶⁸ Au plus 8 tentatives en cycle spontané et 6 après stimulation hormonale.

¹⁶⁹ < 43 ans.

¹⁷⁰ FIVETE: prise en charge d'au plus 4 tentatives, voire seulement 2 s'il n'y a pas eu fécondation dans ces deux tentatives et si une FIV n'est pas possible; âge maximal de la femme : 40, voire 45 ans avec l'accord de la caisse-maladie; seulement couples mariés. GIFT: prise en charge d'au plus 2 tentatives, aux conditions ci-après:

1. En cas de déficit fonctionnel tubaire non traitable; 2. Endométriose; 3. Stérilité idiopathique, à condition que toutes les possibilités diagnostiques et thérapeutiques aient été épuisées; 4. Subfertilité de l'homme, à condition que l'insémination artificielle après stimulation hormonale soit vaine. ICSI: pas de prise en charge.

¹⁷¹ Prise en charge de la FIV des 2 premiers enfants de conjoints n'ayant pu enfanter malgré leurs tentatives, ainsi que d'une femme sans enfants désireuse de fonder un foyer monoparental.

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance suisse	Conditions	France	Allemagne	Luxembourg	Israël
- d'une patiente	Oui	Pratiquée au cours du traitement médical d'une patiente en âge de procréer, la stérilisation doit être prise en charge par l'assurance-maladie dans les cas où une grossesse mettrait la vie de l'assurée en danger ou affecterait sa santé de manière vraisemblablement durable, à cause d'un état pathologique vraisemblablement permanent ou d'une anomalie physique, et si d'autres méthodes contraceptives n'entrent pas en ligne de compte pour des raisons médicales (au sens large).	+ ¹⁷²	+ ¹⁷³	(+)	
- du conjoint	Oui	Lorsqu'une stérilisation remboursable en soi s'avère impossible pour la femme ou lorsqu'elle n'est pas souhaitée par les époux, l'assureur de la femme doit prendre en charge la stérilisation du mari.	-	+	(+)	
Traitement au laser du cancer du col in situ	Oui		+	+	+	
Ablation non chirurgicale de l'endomètre	Oui	Pour le traitement des ménorragies fonctionnelles résistant à la thérapie chez les femmes pas encore ménopausées.	+ ¹⁷⁴	- ¹⁷⁵	?	
4 Pédiatrie, psychiatrie de l'enfant						
Thérapie par le jeu et la peinture chez les enfants	Oui	Pratiquée par le médecin ou sous sa surveillance directe.	- ¹⁷⁶	- ¹⁷⁷	-	
Traitement de l'énurésie par appareil avertisseur	Oui	Dès l'âge de 5 ans révolus	+	+	+	
Electrostimulation de la vessie	Oui	En cas de problèmes organiques de la miction	+	+	+	
Gymnastique de groupe pour enfants obèses	Non		-	-	-	
Monitoring de respiration; Monitoring de respiration et de fréquence cardiaque	Oui	Chez des nourrissons à risque, sur prescription d'un médecin pratiquant dans un centre régional de diagnostic de la mort subite du nourrisson (SIDS)	+	+	(+)	
5 Dermatologie						
Traitement par la lumière noire (PUVA) des affections cutanées	Oui		+	?	+	+ ¹⁷⁸
Photothérapie sélective par ultraviolets	Oui	Sous la responsabilité et le contrôle d'un médecin.	+	+	(+)	

¹⁷² Mêmes conditions qu'en Suisse.

¹⁷³ Egalement sur simple désir.

¹⁷⁴ Prestation prise en charge, mais pas inscrite en tant que telle à la NGAP.

¹⁷⁵ En cours d'évaluation.

¹⁷⁶ Pas en secteur libéral.

¹⁷⁷ Dans le cadre de projets modèles autorisés par la loi, prise en charge limitée dans le temps par 2 caisses-maladie (traitement individuel ou en groupe).

¹⁷⁸ Psoriasis et vitiligo.

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance suisse	Conditions	France	Allemagne	Luxembourg	Israël
Embolisation des hémangiomes du visage (radiologie interventionnelle)	Oui	Ne doit pas être facturée plus que le traitement chirurgical (excision).	+	179	+	
Traitement au laser						
– naevus teleangiectaticus	Oui		+	-	+	
– condylomata acuminata	Oui		+	-	(+)	
Thérapie climatique au bord de la Mer Morte	Non		-	-	-	+
6 Ophtalmologie						
Traitement orthoptique	Oui	Par le médecin lui-même ou sous sa surveillance directe.	+180	?181	-	+
Potentiels évoqués visuels dans le cadre d'examens ophtalmologiques spéciaux	Oui		+	+	+	
Biométrie de l'œil aux ultrasons, avant l'opération de la cataracte	Oui		+	+	(+)	
Irradiation thérapeutique au moyen de protons des mélanomes intraoculaires, à l'Institut Paul Scherrer	Oui		?	?	+	
Traitement au laser						
– rétinopathies diabétiques	Oui		+	+	+	
– lésions rétinienne (y compris l'apoplexie de la rétine)	Oui		+	+	+	
– capsulotomie	Oui		+	+	(+)	
– trabéculotomie	Oui		+	+	(+)	
Traitement par excimer-laser pour corriger la myopie	Non		-	-	(+)	
Kératotomie radiaire pour corriger la myopie	Non		-	-	-	
Chirurgie réfractive pour le traitement de l'anisométrie	Oui	L'anisométrie ne peut pas être corrigée par le port de lunettes et une intolérance aux lentilles de contact existe.	-	+/-182	(+)	
Implantation de lentilles intraoculaires en vue de traiter la myopie	Non	En cours d'évaluation	-	-	?	

179 Les opérations cosmétiques en général ne sont pas prises en charge.

180 Par l'orthoptiste sur prescription médicale.

181 Prise en charge d'après une référence, pas de prise en charge d'après une autre.

182 Décision de prise en charge de cas en cas par le médecin-conseil.

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance suisse	Conditions	France	Allemagne	Luxembourg	Israël
7 Oto-rhino-laryngologie						
Traitement des troubles du langage	Oui	Pratiqué par le médecin lui-même ou sous sa direction et surveillance directes (voir aussi les art. 10 et 11 de l'OPAS).	+ ¹⁸³	+ ¹⁸⁴	+	+
Aérosols soniques	Oui		-	+	+	
Traitement par oreille électronique selon la méthode Tomatis (appelée: audio-psycho-phonologie)	Non		- ¹⁸⁵	- ¹⁸⁶	-	
Prothèse vocale	Oui	Implantation lors d'une laryngectomie totale ou après une laryngectomie totale. Le changement d'une prothèse vocale implantée est une prestation obligatoire.	+	+	+	
Traitement au laser						
- papillomatose des voies respiratoires	Oui		+	+	+	
- résection de la langue	Oui		+	+	?	
Implant cochléaire pour le traitement d'une surdité des deux oreilles sans utilisation possible des restes d'audition	Oui	Pour les enfants atteints de surdité pérlinguale ou postlinguale et pour les adultes atteints de surdité tardive. Dans les centres suivants: Hôpital cantonal universitaire de Genève, Hôpitaux universitaires de Bâle, Berne et Zurich, Hôpital cantonal de Lucerne; lorsque le centre tient un registre d'évaluation. L'entraînement auditif dispensé dans le centre fait partie intégrante de la thérapie à prendre en charge.	+/- ¹⁸⁷	+	+	+
Implantation d'un appareil auditif par ancrage osseux percutané	Oui	Indications: - Maladies et malformations de l'oreille moyenne et du conduit auditif externe qui ne peuvent être corrigées chirurgicalement - Seule alternative à une intervention chirurgicale à risque sur la seule oreille fonctionnelle - Intolérance aux appareils à transmission aérienne - Remplacement d'un appareil conventionnel à transmission osseuse, suite à l'apparition de troubles, à une tenue ou à une fonctionnalité insuffisantes.	?	+	(+) ¹⁸⁸	
Palatoplastie au laser	Non		-	?	-	

¹⁸³ Voir orthophonie.

¹⁸⁴ Prise en charge d'un traitement individuel ou en groupe de 3-4 personnes, aux conditions ci-après:

1. Prescription ou traitement par un médecin ORL spécialisé en phoniatrie; 2. Au plus 10 séances.

¹⁸⁵ Les tribunaux des affaires sociales considèrent parfois qu'il s'agit d'une véritable technique d'orthophonie.

¹⁸⁶ Prise en charge refusée également dans plusieurs cas de jurisprudence.

¹⁸⁷ Les implants cochléaires sont posés dans certains hôpitaux, ils sont pris en charge dans le cadre du budget global de l'hôpital. Pas de tarification à l'acte ni au matériel.

¹⁸⁸ Prise en charge prévue dans le futur.

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance suisse	Conditions	France	Allemagne	Luxembourg	Israël
Lithotripsie de pyalolithes	Oui	Dans un centre spécialisé qui tient un registre d'évaluation	+/. ¹⁸⁹	+/. ¹⁹⁰	?	
8 Psychiatrie						
Traitement de toxicomanes						
– ambulatoire	Oui	Réductions de prestations admissibles en cas de faute grave de l'assuré	+	+	+	
– hospitalier	Oui		+	+	+	
Traitement à la méthadone	Oui	Il y a obligation de prise en charge des traitements des héroïnomanes par un traitement à la méthadone: 1. s'il est vraisemblable qu'un sevrage ou une désintoxication ne seront pas fructueux. En règle générale, les conditions suivantes doivent être remplies: 1.1. le patient est âgé de 18 ans au moins; 1.2. la dépendance à l'égard des opiacés dure depuis un an au moins; 1.3. un sevrage ou une désintoxication ne sont pas, d'après un avis médicalement fondé, indiqués à ce moment. 2. Le médecin traitant confirme au médecin-conseil de l'assureur: 2.1. que les indications selon le ch.1 sont remplies ou lui indique pour quelle raison il convient de faire une exception; 2.2. que l'autorisation cantonale, nécessaire selon l'art. 15a, al. 5, de la loi fédérale du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants (RS 812.121) a été délivrée; une copie de cette autorisation sera remise au médecin-conseil; 2.3 que l'examen de l'indication effectué après deux ans justifie la poursuite d'un traitement. Il doit aussi indiquer la dose nécessaire. 3. Le traitement est effectué selon les recommandations contenues dans le 3 ^e rapport sur la méthadone de décembre 1995.	+/. ¹⁹¹	+/. ¹⁹²	+ ¹⁹³	
Sevrage des opiacés ultra court (SOUC) sous sédation profonde	Oui	– patient mono-dépendant aux opiacés souhaitant un sevrage – dans le cadre d'un traitement complet de désintoxication physique	-	- (?)	-	

¹⁸⁹ Pris en charge à l'hôpital public, mais pas en secteur libéral.

¹⁹⁰ Pas de prise en charge d'après la loi, mais cas individuels possibles après accord du médecin-conseil.

¹⁹¹ Prise en charge sur prescription médicale, avec délivrance par le pharmacien pour une période de 7 jours, dans le cadre de la lutte de l'Etat contre la toxicomanie. Financement, selon la situation, par l'état ou par l'assurance-maladie.

¹⁹² Les indications à la prise en charge d'un traitement à la méthadone sont précisées en détail dans une directive officielle. Il n'y a pas de limite d'âge ni de durée, mais le but du traitement est l'abstinence de drogues. Une commission ad hoc peut donner son avis dans certains cas.

¹⁹³ Assimilé aux consultations médicales.

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance suisse	Conditions	France	Allemagne	Luxembourg	Israël
		– dans une institution reconnue sur le plan cantonal et qui participe à une étude multicentrique avec des protocoles communs et coordonnée par un hôpital universitaire.				
Sevrage des opiacés ultra court (SOUC) sous anesthésie générale	Non	En évaluation	-	- (?)	-	
Sevrage des opiacés en traitement ambulatoire selon la méthode Endorphine Stimulated Clean & Addiction Personality Enhancement (ESCAPE)	Non		?	- (?)	?	
Psychothérapie de groupe	Oui	Selon les art. 2 et 3 de l'OPAS.	+	+	+	+
Thérapie de relaxation d'après Ajuriaguerra	Oui	Dans le cabinet du médecin ou dans un hôpital sous surveillance directe du médecin.	+ ¹⁹⁴	+ ¹⁹⁵	+	
Thérapie par le jeu et la peinture chez les enfants	Oui	Pratiquée par le médecin ou sous sa surveillance directe.	?	,196	-	
Psychodrame	Oui	Selon les art. 2 et 3 de l'OPAS.	? ¹⁹⁷	-	-	
Contrôle de la thérapie par vidéo	Non		? ¹⁹⁸	?	-	
Musicothérapie	Non		?	,199	-	
9 Radiologie						
<i>9.1 Radiodiagnostic</i>						
Tomographie axiale computerisée (CT-scan)	Oui	Pas d'examen de routine (screening)	+	+	+	
Ostéodensitométrie – par absorptiométrie double énergie à rayons X (DEXA)	Oui	– En cas d'ostéoporose cliniquement manifeste et après une fracture lors d'un traumatisme inadéquat. – En cas de thérapie à long terme à la cortisone ou en cas d'hypogonadisme.	-	+/, ²⁰⁰	+	+ ²⁰¹

¹⁹⁴ Pas de prise en charge en libéral, mais peut-être en établissement public.

¹⁹⁵ Prise en charge du training autogène et de la relaxation selon Jacobson.

¹⁹⁶ Dans le cadre de projets modèles autorisés par la loi, prise en charge limitée dans le temps par 2 caisses-maladie (traitement individuel ou en groupe).

¹⁹⁷ Prestation non individualisée (non inscrite à la NGAP), mais peut-être prise en charge en hospitalisation dans le cadre du budget global.

¹⁹⁸ Prestation non individualisée (non inscrite à la NGAP), mais peut-être prise en charge en hospitalisation dans le cadre du budget global.

¹⁹⁹ Dans le cadre de projets modèles autorisés par la loi, prise en charge limitée dans le temps par 2 caisses-maladie (traitement individuel ou en groupe).

²⁰⁰ Dès le 1.4.2000, prise en charge seulement après un événement fracturaire.

²⁰¹ Indications: néoplasie, prise prolongée de corticoïdes, dysfonction parathyroïdienne, insuffisance rénale avancée.

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance suisse	Conditions	France	Allemagne	Luxembourg	Israël
		<ul style="list-style-type: none"> - En cas de maladies du système digestif (syndrome de malabsorption, maladie de Crohn, colite ulcéreuse). - En cas d'hyperparathyroïdie primaire (lorsque l'indication d'opérer n'est pas claire). - En cas d'osteogenesis imperfecta. <p>Les coûts engendrés par la DEXA ne sont pris en charge que pour l'application de cette mesure à une seule région du corps. Des examens ultérieurs à la DEXA sont uniquement pris en charge en cas de traitement médicamenteux de l'ostéoporose et, au maximum, tous les deux ans.</p>				
- par scanner	Non		-	?	-	
Ostéodensitométrie pour la prévention de l'ostéoporose par absorptiométrie double énergie à rayons X (DEXA)	Oui, en cours d'évaluation	Investigations pratiquées dans le cadre de l'étude multicentrique suisse pour l'évaluation clinique et économique du risque fracturaire ostéoporotique et effectuées dans les centres qui participent à l'étude. Les partenaires tarifaires conviennent d'un tarif pour cette prestation sur le plan suisse.	-	-	+	
Ostéodensitométrie pour la prévention de l'ostéoporose au moyen de la CT périphérique quantitative (pQCT)	Oui, en cours d'évaluation	Investigations pratiquées dans le cadre de l'étude multicentrique suisse pour l'évaluation clinique et économique du risque fracturaire ostéoporotique et effectuées dans les centres qui participent à l'étude. Les partenaires tarifaires conviennent d'un tarif pour cette prestation sur le plan suisse.	-	+	-	
Ultrasonographie	Oui, en cours d'évaluation	Investigations pratiquées dans le cadre de l'étude multicentrique suisse pour l'évaluation clinique et économique du risque fracturaire ostéoporotique et effectuées dans les centres qui participent à l'étude. Les partenaires tarifaires conviennent d'un tarif pour cette prestation sur le plan suisse.	-	-	+	
Tests de laboratoire			+	- (?)	-	
- Marqueurs de la résorption osseuse	Oui, en cours d'évaluation	Investigations pratiquées dans le cadre de l'étude multicentrique suisse pour l'évaluation clinique et économique du risque fracturaire ostéoporotique et effectuées dans les centres qui participent à l'étude. Les partenaires tarifaires conviennent d'un tarif pour cette prestation sur le plan suisse.	+	- (?)	-	
- Marqueurs de la formation osseuse	Oui, en cours d'évaluation	Investigations pratiquées dans le cadre de l'étude multicentrique suisse pour l'évaluation clinique et économique du risque fracturaire ostéoporotique et effectuées dans les centres qui participent à l'étude. Les partenaires tarifaires conviennent d'un tarif pour cette prestation sur le plan suisse.	+	- (?)	-	

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance suisse	Conditions	France	Allemagne	Luxembourg	Israël
<i>9.2 Autres procédés d'imagerie</i>						
Résonance magnétique nucléaire en tant que procédé d'imagerie (IRM)	Oui		+	+ ²⁰²	+	
Tomographie par émission de positrons	Oui	<ul style="list-style-type: none"> - En cas d'épilepsie focale résistante à la thérapie. - Comme mesure préopératoire en cas de tumeur du cerveau. - Comme mesure préopératoire avant une intervention chirurgicale compliquée de revascularisation en cas d'ischémie cérébrale. - Comme mesure préopératoire avant une transplantation cardiaque. - Staging de carcinome bronchique non microcellulaire et de mélanome malin <p>En oncologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En cas de lymphome malin: staging; diagnostic de récurrence; diagnostic de tumeur restante - En cas de tumeur de cellules germinales chez l'homme: staging; diagnostic de tumeur restante après thérapie - En cas de cancer colorectal: restaging lors de récurrence locale, lors de métastases de ganglion lymphatique ou de métastases distantes dans le cas de suspicion fondée (p.ex. augmentation d'un marker tumoral); diagnostic pour établir la différenciation entre tumeur et cicatrice; diagnostic de tumeur restante après thérapie. - En cas de cancer du sein: staging des ganglions lymphatiques; diagnostic de métastases distantes chez des patients à haut risque. <p>En neurologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour diagnostic de démence chez des patients âgés de moins de 70 ans. <p>En cardiologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En cas de suspicion de «hibernating myocardium» lors d'infarctus documenté par scintigraphie, échographie ou coronarographie avant une intervention (PTCA/CABG) pour confirmer ou exclure une ischémie lors de maladies coronaires des trois vaisseaux, p. ex. après by-pass dans le cas d'une anatomie complexe des coronaires. <p>Aux centres suivants: Hôpital cantonal universitaires de Genève, Hôpital universitaire de Zurich; lorsque le centre tient un registre d'évaluation.</p>	+/- ²⁰³	? ²⁰⁴	-	

²⁰² Pas de restriction de prise en charge, sauf pour l'IRM mammaire, exclue.

²⁰³ Prise en charge seulement dans 6 centres publics dans le cadre du budget global, à des conditions inconnues de l'assurance-maladie.

²⁰⁴ Décision de prise en charge dans le domaine ambulatoire en cours de discussion (décision attendue pour fin 2000).

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance suisse	Conditions	France	Allemagne	Luxembourg	Israël
9.3 Radiologie interventionnelle						
Irradiation thérapeutique au moyen de pions	Non	En cours d'évaluation	-	-	?	
Radiochirurgie	Oui	Indications – neurinome du nerf acoustique – récurrence d'adénome hypophysaire ou de pharyngiome crânien – adénome hypophysaire ou crânio-pharyngiome non opérable de manière radicale – malformations artérioveineuses – méningiome – métastases cérébrales d'un volume maximum de 25 cm ou d'un diamètre ne dépassant pas 3,5 cm, dans la mesure où il y a au maximum 3 métastases et lorsque la maladie primaire est sous contrôle (pas de métastases systémiques démontrables), lors de douleurs résistantes à toute autre thérapeutique. Les fournisseurs de prestations (Gamma Knife et LINAC) doivent tenir un registre d'évaluation et saisir les coûts. – tumeurs malignes primaires d'un volume maximum de 25 cm ou ne dépassant pas un diamètre de 3,5 cm lorsque la localisation de la tumeur ne permet pas de l'opérer. Les fournisseurs de prestations (Gamma Knife et LINAC) doivent tenir un registre d'évaluation et saisir les coûts.	+/-205	+/-206	?	
	Non	En cours d'évaluation – lors de troubles fonctionnels.				
10. Médecine complémentaire						
Acupuncture	Oui	Pratiquée par des médecins dont la formation dans cette discipline est reconnue par la Fédération des médecins suisses (FMH)	+207	+/-208	-	

²⁰⁵ LINAC et Gamma Knife pris en charge dans les établissements publics, à des conditions inconnues de l'assurance-maladie. Ces prestations ne sont pas inscrites à la NGAP.

²⁰⁶ Prise en charge du LINAC; Gamma Knife et traitement aux protons discuté.

²⁰⁷ Par tous les médecins généralistes.

²⁰⁸ Les thérapies alternatives ne sont pas exclues de la prise en charge, mais les prestations ne figurent dans aucune liste tarifaire. Un médecin peut porter l'appellation complémentaire *Naturheilverfahren*, mais là non plus, il n'existe pas de position tarifaire explicite. D'après une référence, il existe des projets modèles (*Modellvorhaben*) prévus par la loi, dans lesquels les caisses-maladie peuvent prendre en charge certaines thérapies alternatives durant une période limitée (au plus 8 ans), après laquelle le ministre décide s'il veut offrir la prestation en question aux assurés de toutes les caisses. Parmi ces méthodes se trouvent: eurythmie, massages rythmiques et bains, hydrothérapie du colon (bien que cette méthode ait été explicitement exclue de prise en charge), hydrothermothérapie, réflexologie, médecine de l'environnement, etc.

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance suisse	Conditions	France	Allemagne	Luxembourg	Israël
Médecine anthroposophique	Oui, en évaluation	Pratiquée par des médecins dont la formation est reconnue par la Fédération des médecins suisses (FMH)	+/- ²⁰⁹	+/-	-	
Médecine chinoise	Oui, en évaluation	Pratiquée par des médecins dont la formation dans cette discipline est reconnue par la Fédération des médecins suisses (FMH)	+/- ²¹⁰	+/-	-	
Homéopathie	Oui, en évaluation	Pratiquée par des médecins dont la formation dans cette discipline est reconnue par la Fédération des médecins suisses (FMH)	+ ²¹¹	+	-	
Thérapie neurale	Oui, en évaluation	Pratiquée par des médecins dont la formation dans cette discipline est reconnue par la Fédération des médecins suisses (FMH)	?	+	-	
Phytothérapie	Oui, en évaluation	Pratiquée par des médecins dont la formation dans cette discipline est reconnue par la Fédération des médecins suisses (FMH)	+/- ²¹²	+/-	-	

²⁰⁹ Pas de qualification particulière pour la pratique de la médecine anthroposophe, mais les médicaments anthroposopes ne sont pas pris en charge.

²¹⁰ Pas de qualification particulière.

²¹¹ Pas de qualification particulière. La plupart des dilutions hahnemanniennes sont prises en charge en tant que médicaments.

²¹² Les préparations phytothérapeutiques ne sont pas prises en charge.

2.2.8.2 Commentaire

Tout d'abord, nous présentons quelques conclusions générales; ensuite, nous rappelons les prestations remboursées, respectivement exclues, par un pays uniquement; finalement, nous commentons les prestations particulièrement couvertes, ou au contraire exclues, par la Suisse uniquement.

CONCLUSIONS GENERALES

- Il y a plus de points de convergence que de divergence entre les cinq pays.
- Les points convergents concernent aussi bien les décisions positives que négatives.
- Les points divergents ne concernent pas toujours le même pays.
- Il n'y a pas de tendance nette au remboursement préférentiel selon l'une des dix spécialités (chirurgie, médecine interne, ophtalmologie, radiologie, etc.), ni en Suisse, ni dans les autres pays.
- C'est en Suisse et, dans une moindre mesure, en Allemagne que les conditions de remboursement sont les plus explicites. En France et au Luxembourg, les indications sont moins souvent formalisées; dans ces deux pays, les prestations controversées sont en général remboursées de cas en cas, après examen par le service médical de la caisse-maladie.

PRESTATIONS SPECIALES REMBOURSEES, RESPECTIVEMENT EXCLUES PAR UN SEUL PAYS

Le tableau ci-après énumère les prestations remboursées par un seul pays, ainsi que celles qu'un seul pays ne rembourse pas. Il montre que le «catalogue» de chaque pays en comporte un nombre à peu près équivalent.

Sur la base de ces résultats, il serait hasardeux d'affirmer que les prestations qui ne sont remboursées que par un seul pays devraient être exclues du «catalogue» des prestations, ou au contraire que celles qu'un seul pays ne rembourse pas sont injustement écartées du «catalogue». En effet, les critères d'efficacité, d'économicité et d'adéquation, qui dictent les choix de remboursement en Suisse, ne sont probablement pas toujours les seuls à avoir été pris en considération dans les pays étudiés. On ne peut nier que des facteurs culturels (tradition du thermalisme, incitant au remboursement des cures pour mères venant d'accoucher en Allemagne), géographiques (proximité de la Mer Morte, incitant au remboursement des cures pour psoriasis en Israël) et politiques (environnement hostile, incitant au remboursement de la fécondation in vitro chez les femmes célibataires en Israël, ou décisions ayant mené à l'inclusion de la médecine complémentaire en Suisse) expliquent au moins en partie certaines caractéristiques des «catalogues» de chaque pays. Pour vaste qu'elle soit, cette comparaison permet néanmoins d'identifier des domaines où un pays, et en particulier la Suisse, sort manifestement du lot.

PAYS	Prestation remboursée par ce pays seulement	Prestation non remboursée par ce pays seulement
Suisse	<ul style="list-style-type: none"> • Multiple Sleep Latency Test, Maintenance of Wakefulness Test, et actigraphie • thérapie par le jeu et la peinture chez les enfants • psychodrame 	<ul style="list-style-type: none"> • transplantation cœur-poumon et transplantation isolée du pancréas • prothèses péniennes ou chirurgie de revascularisation pour troubles de l'érection • insémination artificielle pour d'autres indications que la stérilité d'origine cervicale, fécondation in vitro et transfert d'embryon
France	<ul style="list-style-type: none"> • traitement de l'obésité par ballonnet intragastrique • protection des hanches pour prévenir les fractures du col du fémur 	<ul style="list-style-type: none"> • test respiratoire à l'urée ¹³C pour évidence de <i>Helicobacter pylori</i> • enregistrement de l'électrocardiogramme par télémétrie, surveillance téléphonique des stimulateurs cardiaques • perfusion isolée des membres en hyperthermie et au moyen du facteur de nécrose tumorale-alpha • stérilisation du conjoint d'une patiente • chirurgie réfractive pour le traitement de l'anisométrie • aérosols soniques • TENS • ostéodensitométrie
Allemagne	<ul style="list-style-type: none"> • cure de tablier graisseux dans la chirurgie de l'obésité²¹³ (omentectomie) • électroneuromodulation des racines sacrées pour le traitement de l'incontinence urinaire 	<ul style="list-style-type: none"> • ablation non chirurgicale de l'endomètre • embolisation des hémangiomes du visage • traitement au laser d'un naevus telangiectaticus et de condylomes acuminés • ostéodensitométrie avant une fracture chez un patient à risque
Luxembourg	<ul style="list-style-type: none"> • greffe allogénique d'un équivalent de peau humaine bicouche vivant • injection intra-articulaire de lubrifiants ou viscosupplémentation avec injection de substance hyaline dans le traitement de l'arthrose • traitement par excimer-laser pour corriger la myopie 	<ul style="list-style-type: none"> • hémodialyse ou nutrition entérale ou nutrition parentérale à domicile • insulinothérapie à l'aide d'une pompe à perfusion continue • réadaptation de patients souffrant de maladies cardio-vasculaires • résection curative d'un foyer épileptogène • cryoneurolyse • traitement orthoptique • tomographie par émission de positrons • médecine complémentaire
Israël	<ul style="list-style-type: none"> • thérapie climatique au bord de la Mer Morte • fécondation in vitro pour les femmes sans enfants désireuses de fonder un foyer monoparental 	

²¹³ Alors que le traitement *médicamenteux* de l'obésité n'est pas pris en charge.

PRESTATIONS PARTICULIERES REMBOURSEES EN SUISSE

Parmi les 160 prestations comparées, seules trois prestations, dont il faut par ailleurs relativiser l'importance, ne sont prises en charge qu'en Suisse. Cinq autres prestations prises en charge en Suisse ne le sont que par un seul des autres pays (le pays est alors indiqué entre parenthèses après la prestation).

- Multiple Sleep Latency Test, Maintenance of Wakefulness Test, et actigraphie

Les trois prestations diagnostiques de la médecine du sommeil, plus économiques que la polysomnographie, sont remboursées depuis le 1.1.2000 seulement, après une première décision négative en 1997. Il est possible que ce changement reflète l'adaptation rapide de la Suisse à l'évolution de la médecine et que les autres pays vont suivre.

- Thérapie par le jeu et la peinture chez les enfants

La thérapie par le jeu et la peinture chez les enfants, prise en charge en Suisse depuis 1974, fait l'objet d'un «projet modèle» en Allemagne, consistant en une prise en charge expérimentale, limitée dans le temps et autorisée par la loi. Ce type de décision correspond en quelque sorte à la disposition «Oui, en évaluation», également limitée dans le temps, dans le «catalogue» suisse.

- Psychodrame

Le psychodrame, remboursé en Suisse depuis la décision de 1976, confirmée en 1996, semble être la seule prestation dont on puisse réellement affirmer que la Suisse est la seule à la prendre en charge.

- Greffe par épiderme autologue de culture (LUX)

En Suisse, la greffe par épiderme autologue de culture est remboursée pour une période limitée à trois ans, récemment prolongée d'une année supplémentaire, et seulement dans deux centres universitaires. L'Allemagne ne la prend pas en charge, mais la considère comme étant «en évaluation». Il s'agit donc d'une technique prometteuse, mais encore en évaluation.

- Traitement médical de l'obésité (F)

Le traitement médical de l'obésité soulève le problème du remboursement de médicaments dits de confort, en particulier pour certaines de leurs indications, comme le Xenical[®] (obésité), le Viagra[®] (dysfonction érectile) ou encore le Propézia[®] (alopécie), qui ont suscité beaucoup de réactions dans les médias. Sans vouloir prendre position dans ce débat, nous remarquons que la question est également controversée dans les autres pays, mais qu'il existe une tendance vers un non-remboursement par l'assurance-maladie sociale, voire un remboursement limité à certaines indications très précises. Parmi les pays prenant en charge le Xenical[®] et le Viagra[®] se trouvent l'Autriche, la Suède et le Royaume-Uni²¹⁴. En Suisse, seul le Xenical[®] est pris en charge, pour des indications très strictes. Cette controverse illustre la difficulté qu'il y a à prendre des décisions sous la pression médiatique.

- Ostéodensitométrie pour la prévention de l'ostéoporose par DEXA (LUX) ou pQCT (RFA), ultrasonographie osseuse (LUX), marqueurs de la résorption et de la formation osseuse (F)

Les prestations en rapport avec l'ostéoporose sont remboursées mais, comme pour la greffe par épiderme autologue de culture, l'ostéodensitométrie préventive, l'ultrasonographie osseuse et les marqueurs biologiques du renouvellement osseux ne sont pris en charge que pour une durée limitée et dans le cadre d'une étude multi-centrique agréée par la CFP. L'approche suisse paraît plus logique et plus économique à long terme que celle des autres pays, dans la mesure où la prise en compte de plusieurs paramètres intervenant dans la densité de la masse osseuse permettra probablement de mieux cibler la population à traiter que le résultat d'un seul de ces examens.

²¹⁴ Communication personnelle de l'OFAS, sur la base d'une enquête auprès d'Etats européens de l'UE/AELE. Division Affaires internationales, avril 1999.

PRESTATIONS PARTICULIERES EXCLUES DU «CATALOGUE» SUISSE

Les prestations non prises en charge par la Suisse, mais remboursées par deux au moins des autres pays, sont les suivantes:

- Transplantation coeur-poumon et transplantation isolée du pancréas

Ces interventions plutôt rares sont, avec la greffe allogénique d'un équivalent de peau humaine, les seules greffes expressément non prises en charge en Suisse. Il est vraisemblable que le législateur ait préféré réserver ces technologies hautement spécialisées à des pays dont le réservoir de patients est plus vaste, compte tenu du fait que le taux de réussite de telles greffes dépend en grande partie de l'expertise du centre de transplantation. Il est cependant intéressant de constater qu'un pays encore plus petit que la Suisse, le Luxembourg, laisse ouverte la possibilité d'une prise en charge des greffes d'organe, quelles qu'elles soient, sous réserve de l'approbation de la caisse-maladie. Cette voie, pour pragmatique qu'elle soit, comporte un risque d'inéquité dans le traitement des assurés; l'attitude suisse a le mérite de traiter tous les assurés de la même façon.

- Prothèses péniennes pour troubles de l'érection et chirurgie de revascularisation pour troubles de l'érection; insémination artificielle pour d'autres indications que la stérilité d'origine cervicale et FIVETE (fécondation in vitro et transfert d'embryon²¹⁵)

Dans certains domaines de la médecine, les notions d'efficacité et d'adéquation se laissent difficilement mesurer. La médecine de la reproduction en est un exemple caractéristique : comment affirmer qu'il est approprié ou économique d'offrir la possibilité à un couple stérile d'avoir des enfants? La réponse à cette question fait intervenir également des arguments d'ordre philosophique, religieux, culturel et démographique. En excluant la fécondation in vitro de son «catalogue» des prestations, la Suisse se démarque des autres pays étudiés; cette décision paraît toutefois relever autant de l'éthique que d'une évaluation scientifique au sens des trois critères de la loi.

Si la Suisse est le seul pays à ne pas prendre en charge le traitement chirurgical des troubles de l'érection, elle respecte une certaine logique dans la mesure où elle ne rembourse pas non plus le traitement médicamenteux; la plupart des autres pays prennent en charge la chirurgie, mais pas le traitement médicamenteux.

- LDL-aphérèse en cas d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote (F, RFA)

Cette technologie spécialisée ne représente qu'un très faible pourcentage du volume global des prestations médicales.

- Décompression au laser d'une hernie discale (F, RFA)

L'annexe 1 de l'OPAS contient une dizaine de prestations utilisant le laser, dont certaines sont remboursées, d'autres pas. Etant donné que le laser représente une alternative à une thérapie existante (chirurgie), il paraît probable que la majorité des décisions aient été prises sur la base d'une analyse comparative portant surtout sur les caractères approprié et économique de cette nouvelle technologie. L'intervention sur la hernie discale est, avec les opérations ophtalmologiques de la réfraction, parmi les rares interventions utilisant le laser où il existe une différence de prise en charge entre les pays.

Concernant la prise en charge des prestations de médecine complémentaire, les résultats de la comparaison internationale sont contrastés : le Luxembourg - et les Pays-Bas - ne prennent en charge aucune des cinq disciplines de médecine complémentaire remboursées en Suisse depuis 1999²¹⁶. L'acupuncture, déjà remboursée en Suisse depuis 1981²¹⁷, est également exclue de leur «catalogue». En revanche, l'Allemagne et la France prennent en charge plusieurs disciplines de la médecine complémentaire. La France n'exige pas de qualification particulière des prestataires, mais les

²¹⁵ Egalement pris en charge en Israël.

²¹⁶ Acupuncture, médecine anthroposophe, médecine chinoise, homéopathie, thérapie neurale, phytothérapie.

²¹⁷ Seulement comme une consultation de 15 à 20 minutes.

préparations phytothérapeutiques et les médicaments anthroposophes sont laissés à la charge des assurés.

Relevons enfin que, si la Suisse n'est en effet pas seule à prendre en charge une médecine particulièrement controversée, la restriction dont elle assortit cette prise en charge (pratique de la médecine complémentaire par des médecins qualifiés) est inexistante en France et en Allemagne, où des prestataires non médecins peuvent également être reconnus.

PRESTATIONS EXCLUES DE LA COUVERTURE A L'ETRANGER

Les listes négatives sont beaucoup plus difficiles à repérer dans les autres pays étudiés qu'en Suisse. La seule liste que nous ayons pu retenir est éditée par l'Allemagne, sous la forme de directives élaborées par une commission fédérale de médecins et de représentants des caisses-maladie; elle rassemble les prestations suivantes (le signe (-) désigne les prestations qui sont également explicitement non remboursées en Suisse; le signe (+) celles qui sont explicitement remboursées en Suisse) :

- traitements non reconnus, car considérés comme ne remplissant pas les critères de prestations suffisantes, appropriées et économiques²¹⁸ :
 - Electro-acupuncture selon Voll
 - Mesure du pH gastrique par application d'une sonde spéciale (*Heidelberger Kapsel*)
 - Insufflation intravasculaire ou infiltration parentérale d'oxygène et d'autres gaz
 - Thérapie à l'ozone
 - Traitement au laser à basse énergie (*Soft- and Midpower laser*)
 - Traitement à l'oxygène selon Von Ardenne
 - Thérapie immuno-augmentative
 - Traitement par auto-vaccination lymphocytaire chez un patient HIV
 - Traitement par champ magnétique sans utilisation d'implants
 - Immunothérapie autohomologue selon Kief
 - Traitement Haifa
 - Traitement Doman-Delcato, respectivement BIBIC
 - Chirurgie de la réfraction en ophtalmologie (ex. : kératotomie radiaire, kératomilieusis)²¹⁹(-)
 - Traitement de la prostate par hyperthermie
 - Ablation transurétrale de la prostate à l'aide d'un laser (-)
 - Traitement par oxygène hyperbare (+)
 - Biorésonance, Mora-Thérapie et analogues
 - Traitement *Autologue Target Cytokine* selon Klehr
- traitements non reconnus par manque de documentation²²⁰ :
 - Balnéo-photothérapie combinée
 - Thermothérapie de la prostate (par exemple TUMT, par micro-ondes)
 - UVA₁-thérapie sélective à haute dose

²¹⁸ Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-Richtlinien) vom 4.12.1990, Anlage 2.

²¹⁹ Seule indication remboursée en Suisse: pour le traitement de l'anisométrie.

²²⁰ Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-Richtlinien) vom 4.12.1990, Anlage 3.

- traitements non reconnus²²¹ :
 - Hydrothérapie du colon
 - Lithotritie extracorporelle par ondes de choc de maladies orthopédiques, chirurgicales ou dans le traitement de la douleur
 - *Pulse signal therapy*
 - Ultrason pulsé à faible dose.

Pour les quelques prestations figurant à la fois dans l'annexe 1 de l'OPAS et dans la liste négative allemande, on ne relève pas de divergence fondamentale au sujet du remboursement de la chirurgie de la réfraction (ophtalmologie), puisque la kératotomie radiaire, pratiquée plus couramment que l'intervention pour anisométrie, n'est remboursée dans aucun des deux pays. La seule réelle différence concerne le traitement par oxygène hyperbare, que la Suisse prend en charge dans certaines situations, alors que l'Allemagne ne le rembourse pas.

2.3 DISCUSSION

Dans la partie *Analyse par comparaison internationale* de ce rapport, le «catalogue» des prestations de l'assurance-maladie sociale suisse a été examiné en distinguant les prestations générales et spéciales.

La comparaison des prestations générales a permis de relever les différences et les similitudes de couverture des prestations courantes, alors que l'analyse des prestations spéciales s'est intéressée à identifier les prestations-limites.

Globalement, la Suisse se situe dans la moyenne des autres pays : elle offre une large palette de prestations, avec une participation aux frais modérée. Les assurés peuvent compter sur un système de santé de bonne qualité, sans problème d'accessibilité aux soins.

A l'analyse plus détaillée, quelques différences de couverture apparaissent tout de même, aussi bien dans le sens d'une prise en charge moins généreuse que plus généreuse. Ci-dessous, nous évoquons tout d'abord les trois prestations les mieux remboursées en Suisse, puis nous rappelons et discutons les catégories de prestations qui apparaissent comme étant insuffisamment couvertes par rapport aux autres pays. Nous revenons brièvement sur les prestations-limites, avant de conclure sur des enseignements à tirer de la comparaison internationale en général.

Parmi les catégories de prestations mieux couvertes qu'à l'étranger, la **chiropratique** est indiscutablement une prestation typiquement suisse; aucun autre pays ne la rembourse. Seule l'Allemagne reconnaît la chiropratique, mais seulement si elle est pratiquée par un médecin ayant acquis une formation complémentaire dans ce domaine. On peut donc s'étonner qu'en Suisse, les chiropraticiens soient reconnus comme prestataires de soins au même titre que les médecins, alors que les autres fournisseurs de soins travaillent sur prescription ou sur mandat médical. La question se pose également de savoir pourquoi l'ostéopathe ne serait pas reconnu de la même manière que le chiropraticien. Une hypothèse serait que le chiropraticien limite ses prestations à un domaine précis, à savoir le rachis, alors que l'ostéopathe fournit des soins également dans toutes les autres indications habituellement réservées au médecin.

Les **conseils nutritionnels** sont en général mieux couverts en Suisse qu'à l'étranger, car les autres pays ne remboursent les conseils nutritionnels que dans le cadre de l'hospitalisation. Il faut relever que l'inclusion des prestations de diététiciens indépendants dans le «catalogue» des prestations est récente, puisqu'elle n'était pas prévue dans le projet de loi initial. Bien qu'il nous semble qu'elle comble une certaine lacune, nous pensons que cette mesure serait encore plus heureuse du point de vue de la

²²¹ Beschluss des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Anlage B der Richtlinien über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und über die Überprüfung erbrachter vertragsärztlicher Leistungen.

médecine préventive si les conseils nutritionnels remboursés à un patient obèse l'étaient *avant* la survenue de complications, et non pas seulement lorsque les complications difficilement réversibles de l'obésité sont déjà là.

Les prestations en matière de **maternité** ont été complétées en Suisse par les cours collectifs de préparation à l'accouchement et les conseils en cas d'allaitement. En cela, le «catalogue» suisse est plus généreux que celui des autres pays, sauf en ce qui concerne les cours de préparation à l'accouchement en France, remboursés à raison de huit séances contre un forfait de 100.- en Suisse. Ces innovations dénotent probablement une volonté politique que nous saluons en tant que mesure de prévention.

La Suisse a choisi de couvrir moins largement les frais de transport que les autres pays, mais elle est la seule à contribuer substantiellement aux **frais de sauvetage**. Même si la prise en charge des frais de transport représente une innovation de taille par rapport au «catalogue» de la LAMA, on peut se demander s'il n'aurait pas été préférable d'envisager la prise en charge intégrale des frais de transport, comme le prévoyait à l'origine le projet Schoch²²², quitte à renoncer à couvrir les frais de sauvetage. Par cette mesure, le «catalogue» suisse serait en tout cas dans la ligne des autres pays. Une autre voie à étudier serait l'exemple israélien : ainsi, une partie des frais de transport en ambulance pourrait être laissée à la charge de l'assuré, s'il s'avère que celui-ci a fait appel aux services d'urgence de manière abusive. Une telle disposition devrait naturellement faire l'objet d'une définition stricte.

Dans d'autres domaines, les prestations suisses sont moins complètes qu'à l'étranger :

Malgré l'extension du «catalogue» des prestations à certains **soins dentaires**, force est de constater que ceux-ci restent nettement moins bien pris en charge en Suisse que dans tous les autres pays de la comparaison. Or, l'impact sur la santé générale d'une mauvaise hygiène dentaire (atteintes nutritionnelle, infectieuse et psychique) est reconnu comme non négligeable. Il est probable qu'une meilleure couverture a été empêchée par la crainte d'une forte augmentation des coûts. Au vu de la comparaison internationale, il pourrait pourtant être intéressant de s'inspirer de la pratique, courante à l'étranger, de rembourser plus largement les assurés qui se sont soumis à des contrôles dentaires réguliers. Ces consultations prophylactiques seraient alors prises en charge sans participation aux frais dissuasive. Par ailleurs, il ne faut pas négliger le fait que les personnes âgées vivant en institution risquent d'être les premières à souffrir d'un mauvais accès aux soins dentaires, de par leur choix en pratique limité du médecin et du médecin-dentiste.

La psychothérapie effectuée par des psychothérapeutes non médecins n'est pas inscrite comme remboursée dans la loi en Suisse, car les **psychothérapeutes**, ni d'ailleurs les **neuropsychologues**, ne font partie des prestataires reconnus. En réalité, la psychothérapie déléguée peut néanmoins être remboursée sur la base d'une jurisprudence datant d'avant l'introduction de la LAMal et confirmée par le TFA sous le régime de la nouvelle loi. Selon les termes de l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances, la psychothérapie déléguée doit remplir les conditions suivantes pour être remboursée : le psychothérapeute doit être engagé et salarié par un médecin, la psychothérapie doit être pratiquée au cabinet du médecin et sous sa surveillance, la facture est établie au nom du médecin, le médecin est responsable de la qualité du traitement. En comparaison internationale, la situation paraît plus favorable aux psychothérapeutes - et aux neuropsychologues - à l'étranger. Il convient de remarquer qu'en Allemagne, la prise en charge s'est faite sous la pression d'une forte demande que les médecins psychiatres n'arrivaient plus à satisfaire. La situation est différente aux Pays-Bas, où le remboursement généreux des prestations psycho-sociales par le régime de l'EMEA semble constituer le fruit d'une politique très soucieuse de la santé mentale de la population.

Si l'introduction des **soins à domicile** dans le «catalogue» des prestations suisse a comblé une lacune qu'on ne relève nulle part ailleurs, **l'aide à domicile** est restée exclue de la couverture. Seuls trois des cinq pays étudiés la prennent en charge dans certaines conditions, dont deux par une nouvelle forme d'assurance, l'assurance-dépendance. Peut-être serait-il temps, en Suisse, de songer également à la création d'une nouvelle assurance, destinée en priorité aux soins de patients chroniques et dépendants, qui permettrait de décharger l'assurance-maladie des frais liés aux différentes formes d'aide à domicile

²²² Message du Conseil fédéral du 6.11.1991 concernant la révision de l'assurance-maladie. Feuille fédérale. 144^e année. Vol. I, p. 135.

(ou en institution). Comme nous l'avons évoqué au paragraphe précédent, les Pays-Bas se distinguent par leurs prestations dans le domaine social. L'aide à domicile, notamment pour les mères venant d'accoucher, y est entièrement financée par l'assurance-maladie.

La question du nombre des **ultrasons de routine pendant la grossesse** nous paraît en réalité assez théorique, car la pratique montre que les ultrasons supplémentaires sont assez facilement remboursés au titre de LAMal, art. 25, al. 1. A ce propos, et bien que quatre des six pays fixent un nombre limite d'ultrasons dans leur «catalogue», la Suisse ne se distingue pas des autres pays.

Pour la plupart des autres prestations, la prise en charge en Suisse ne diffère pas de manière importante de celle des autres pays. Parmi les innovations de la LAMal non mentionnées plus haut, le séjour hospitalier sans limite de durée, y compris les frais d'hôtellerie, est remboursé de la même manière dans tous les autres pays.

A quelques exceptions près, la prise en charge de ce que nous avons nommé **prestations spéciales** en raison de leur mention explicite dans l'annexe 1 de l'OPAS, est relativement comparable dans les cinq pays étudiés : les principales interventions chirurgicales, les traitements au laser, les greffes de moelle, mais aussi toutes sortes d'autres prestations dans des domaines aussi variés que la psychiatrie, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, etc. connaissent un remboursement globalement similaire. Les différences de taille concernant la Suisse se situent dans le domaine de la médecine de reproduction et la chirurgie des troubles de l'érection. Nous avons déjà fait allusion au caractère multifactoriel de ce choix dans la discussion des prestations spéciales.

Plus encore que les différences de prise en charge, la manière d'aborder l'évaluation des **technologies nouvelles et contestées** en Suisse, décrite dans le manuel d'évaluation spécialement conçu à cet effet, frappe l'observateur. En effet, l'approche systématique de cette démarche, selon les méthodes du *health technology assessment*, constitue une base rationnelle et la plus équitable possible, qui contraste avec les méthodes plus artisanales d'une époque pas si éloignée. Même s'il s'agit d'une procédure longue et fastidieuse pour le demandeur, celui-ci a désormais l'assurance que son dossier sera traité avec tout le sérieux nécessaire.

Les mesures de **prévention** sont prises en charge de manière semblable dans tous les pays, sauf au Luxembourg, qui ne distingue pas entre curatif et préventif. On peut cependant regretter qu'en Suisse, les mesures de prévention ne soient pas exemptées de toute participation aux frais de l'assuré, ou au moins de la franchise. En effet, un assuré « faible consommateur » de soins médicaux est pénalisé par rapport au « fort consommateur » par le fait qu'il doit payer lui-même les prestations préventives tant qu'il n'a pas atteint le niveau de sa franchise annuelle. «L'assuré modèle» est même doublement pénalisé, car c'est précisément le « faible consommateur » qui choisit le plus souvent une franchise plus élevée. Une telle libération de la participation aux frais, telle que l'a d'ailleurs souhaitée le Conseil fédéral en 1991²²³, permettrait d'augmenter le recours par l'assuré à des mesures préventives recommandées, si l'on en croit une étude récente²²⁴.

Par rapport à l'ancienne loi, la LAMal a inscrit le principe de la prise en charge des mesures médicales de la réadaptation. Cependant, c'est en vain que le citoyen curieux cherchera l'ordonnance citant les mesures concrètes promises par le Conseil fédéral dans son message de 1991. Il persiste donc, dans le remboursement de la réadaptation, un certain flou qui n'est dissipé que pour les mesures de réadaptation cardio-vasculaire, expressément mentionnées dans l'annexe 1 de l'OPAS. Peut-être faudrait-il s'inspirer du modèle néerlandais, qui décrit en détail les mesures de réadaptation prises en charge sous le régime de l'EMEA.

La nomenclature française et luxembourgeoise des médicaments nous semble être très intéressante pour la Suisse. Pourquoi en effet ne pas reprendre le système de remboursement échelonné des médicaments, selon le service médical rendu, allant de 0 à 100%? Cela éviterait notamment de prendre des décisions péremptoires dans le cas de médicaments controversés. Bien entendu, cette innovation

²²³ Message du Conseil fédéral du 6.11.1991 concernant la révision de l'assurance-maladie. Feuille fédérale. 144^e année. Vol. I, p. 178.

²²⁴ Solanki G, Halpin Schauffler H. Cost-sharing and the utilization of clinical preventive services. *Am J Prev Med* 1999;17(2):127-33.

équivaldrait à supprimer la règle de la quote-part fixe de 10% pour toutes les prestations. A cela, nous pouvons répondre par deux remarques : d'une part, le Conseil fédéral a la possibilité de fixer un taux de participation différent, puisqu'il l'a déjà fait pour les frais de transport et de sauvetage (50%) ainsi que les prestations de maternité (0%); d'autre part, l'autre pays de la comparaison qui a choisi une quote-part fixe, les Pays-Bas, connaît également des exceptions dans son «catalogue». L'une de ces exceptions à la quote-part aux Pays-Bas mérite d'être rappelée ici : la consultation d'un médecin généraliste. Cette mesure nous paraît digne d'être étudiée en Suisse également, car elle permettrait de renforcer le rôle de *gatekeeper* du médecin de famille, comme certaines formes d'assurance le pratiquent déjà (réseaux de santé), dans l'optique d'une meilleure maîtrise des coûts.

Finalement, le choix résolu des Pays-Bas d'instaurer une participation aux frais élevée (mais avec un plafond annuel nettement plus bas qu'en Suisse), de suspendre le remboursement des lunettes, mais de prendre en charge des prestations originales comme des centres audiolinguistiques et de conseil génétique, des prestations psychosociales étendues, des soins de qualité aux personnes handicapées, ainsi que des frais d'adaptation au logement, méritent pour le moins d'être étudiées attentivement, à défaut d'être copiées.

3 ANALYSE PAR CONDITIONS TRACEURS

3.1 METHODE

3.1.1 Méthodologie et choix des traceurs

La méthodologie des traceurs, dont ce chapitre s'inspire, a été décrite par Kessner et al.²²⁵ dans un contexte d'assurance de qualité. Il s'agit à l'origine d'une démarche dont le but est d'étudier les différentes facettes d'un micro-système sanitaire (par exemple, une HMO) par l'intermédiaire d'une sélection de traceurs. Ces derniers sont des affections médicales nécessitant une variété d'interventions pour leur prise en charge et reflétant les problèmes de santé des différentes catégories de population (par exemple enfants, adultes, personnes âgées) s'adressant au système. Les traceurs sont utilisés comme des indicateurs permettant de détecter d'éventuels défauts de qualité dans la prise en charge de certains sous-groupes de la population servie par le système, ou dans certaines activités de soins particulières. Une fois les indicateurs sélectionnés, un échantillon de dossiers (par exemple, de dossiers de patients suivis pour une infection urinaire) est examiné pour chaque traceur, afin de mettre en évidence de possibles lacunes dans la prise en charge. L'analyse de qualité est donc réalisée au niveau des processus cliniques.

L'approche décrite par Kessner et al. a été ici adaptée de plusieurs points de vue. D'abord, l'objet d'étude n'est pas un système sanitaire mais un «**catalogue**» de prestations. Les traceurs ont cependant été sélectionnés selon des critères analogues: il s'agit de problèmes ou états de santé largement répandus dans la population suisse qui permettent, par leur complémentarité, d'examiner différents types de besoins et plusieurs catégories de prestations. Le set de traceurs choisis constitue un ensemble de problèmes de santé touchant une population variée et toutes les catégories de services de santé. Les **critères de choix des traceurs** sont au nombre de quatre :

- a. prises ensemble, les affections étudiées concernent toutes les catégories de la population, telles que définies par l'âge et le sexe;
- b. chaque affection est caractérisée par une forte prévalence ou par des soins fréquents et/ou coûteux;
- c. les types de soins nécessaires à la prise en charge sont bien définis (ex. réadaptation, prévention, etc.) et la prise en charge met en jeu des secteurs du système de santé facilement identifiables (ex. hôpital, soins à domicile, etc.);
- d. les recommandations de prise en charge font l'objet d'un niveau de consensus raisonnable.

En outre, pour chaque classe définie par l'âge et le sexe, deux traceurs au moins devaient être pertinents et chaque catégorie de service de santé devait être requise pour au moins deux traceurs. Au total, les cinq traceurs suivants ont été sélectionnés en sorte de répondre à ces conditions:

1. accident vasculaire cérébral ischémique
2. fracture de hanche
3. obésité
4. leucémie aiguë
5. grossesse normale et nouveau-né en bonne santé.

²²⁵ Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing health quality: the case for tracers. *New Engl J Med* 1973;288(4):189-94

Alors que les quatre premiers traceurs constituent des atteintes à la santé, le cinquième est un état physiologique qui, s'il ne relève pas de la maladie, nécessite des prestations d'ordre médical et paramédical dont la couverture est prévue par l'assurance-maladie sociale. Le terme de «conditions-traceurs» se réfère ainsi à la fois aux états malades et à la grossesse normale. La leucémie aiguë a été sélectionnée non en raison de sa prévalence, mais pour l'opportunité qu'elle offre d'étudier des prestations relevant de la médecine de pointe.

Les groupes d'âge considérés sont les enfants (0 à 16 ans), les jeunes adultes (16 à 40 ans), les personnes d'âge moyen (41 à 65 ans) et les personnes âgées (65 ans ou plus) et le tableau suivant illustre les catégories d'âge et de sexe représentées par chacune de ces conditions-traceurs.

Groupes d'âge et de sexe représentés par les conditions-traceurs

Conditions-traceurs					
Age (années)	<i>AVC ischémique</i>	<i>Fracture de hanche</i>	<i>Obésité</i>	<i>Leucémie aiguë</i>	<i>Grossesse et soins aux nouveau-nés</i>
Femmes:					
0-15			+	+	+
16-40			+	+	+
41-65	+		+	+	
> 65	+	+	+	+	
Hommes:					
0-15			+	+	+
16-40			+	+	
41-65	+		+	+	
> 65	+	+	+	+	

Les prestations nécessaires à la couverture des traceurs relèvent de la prévention (primaire ou secondaire), de l'évaluation (investigations et bilan diagnostique), du traitement ambulatoire ou hospitalier, de la réadaptation et des suites de soins. Le tableau suivant illustre les domaines dont chaque condition-traceur permet l'investigation.

Catégories de prestations concernées par les conditions-traceurs

Conditions-traceurs					
Catégorie de prestations	AVC ischémique	Fracture de hanche	Obésité	Leucémie aiguë	Grossesse et soins aux nouveau-nés
a) Prévention:					
• primaire	+	+	+		+
• secondaire	+	+	+		+
b) Evaluation:					
• consultation ambulatoire	+	+	+	+	+
• laboratoire	+	+	+	+	+
• autres méthodes diagnostiques	+	+	+	+	+
c) Traitement:					
• ambulatoire			+		+
• hospitalier	+	+	+	+	+
d) Réadaptation	+	+			
e) Suite de soins					
• soins à domicile	+	+			
• institutionnalisation	+	+			

Dans la théorie de l'évaluation de la qualité des soins, différents niveaux sont traditionnellement décrits. Un premier niveau est l'évaluation des structures (hôpitaux, équipements, personnels, etc.) disponibles; un second niveau est l'évaluation des processus de soins et se réfère à l'excellence des activités; le troisième niveau est l'évaluation des résultats obtenus (état de santé résultant des activités de soins). En principe, des résultats de bonne qualité résultent d'activités adéquates, qui requièrent elles-mêmes un accès suffisant à des structures appropriées. Bien que des structures suffisantes ne garantissent pas la conduite d'activités adéquates et l'obtention de bons résultats, l'accès aux services de santé apparaît comme une condition nécessaire à la qualité des soins. La méthode décrite par Kessner et al. s'attache à évaluer des processus de soins, sur la base d'un examen de dossiers médicaux. La démarche adoptée ici s'en écarte pour évaluer, en amont des activités de soins, le «catalogue» des prestations qui peut être considéré comme un élément essentiellement structurel. En effet, la disponibilité des services de santé se définit non seulement par leur existence réelle mais également par l'absence de barrière financière entravant l'accès en cas de maladie. Le «catalogue» suisse des prestations est l'instrument permettant en théorie d'abolir les barrières financières, et c'est précisément cette fonction qui rend son contenu crucial pour éviter le développement d'une «médecine à deux vitesses». L'étude de son contenu est en conséquence une démarche d'**évaluation de structure**.

A l'examen d'un échantillon de dossiers tel que décrit par Kessner se substitue ici, pour chaque traceur, une **étude de la littérature médicale**. Son but est de mettre en évidence une série de prestations relevant de la prévention, de l'évaluation, du traitement, de la réadaptation ou des suites de soins, dont la littérature s'accorde à reconnaître la valeur (au moins dans certaines circonstances) et qui de ce fait devraient impérativement être couvertes par le «catalogue» des prestations à charge de l'assurance-maladie sociale.

La majeure partie de la documentation constituant la base du projet a été recueillie par la recherche sur Internet et associée à une consultation de bases de données médicales (cf 3.1.2). La recherche en bibliothèque de la littérature grise n'a délibérément pas été entreprise; toutefois, des articles pertinents découverts lors de lectures personnelles ou transmis par des tierces personnes ont été intégrés. Les documents ont été choisis en fonction de leur qualité méthodologique et leur niveau de preuve scientifique. Pour chaque traceur, des synthèses thématiques de la littérature consultée ont été préparées; elles sont présentées au chapitre 3.2.

Considérant le contexte actuel d'engouement pour l'étude de la littérature médicale aux fins de développement de guidelines, et le risque de sur-interprétation des synthèses figurant dans le présent rapport, les auteurs tiennent à rendre le lecteur attentif aux limites de leur analyse de la littérature.

Les synthèses figurant au chapitre 3.2 constituent l'une des étapes nécessaires dans une démarche d'analyse du «catalogue» des prestations qui reste axée sur la question de son caractère suffisant. Elles ne constituent en aucun cas des recommandations pour la pratique clinique, pour deux motifs au moins:

- Certaines prestations nécessaires à la prise en charge des conditions-traceurs n'ont pas été étudiées (cf. section 3.1.4).
- Le jugement porté dans les synthèses quant au niveau de preuve d'efficacité peu convainquant pour certaines prestations ne doit pas conduire à considérer ces prestations comme superflues; la littérature médicale est, dans ces cas, très souvent lacunaire ou de qualité insuffisante pour conclure à l'efficacité. Elle l'est davantage encore pour conclure à l'inefficacité. Il faut en effet reconnaître que l'absence de démonstration statistique de l'efficacité d'une prestation ne signifie en général pas que cette prestation est inefficace car non seulement la puissance des études est souvent faible, mais encore les pratiques habituelles d'analyse statistique dans le domaine médical font que les chercheurs se satisfont arbitrairement d'une erreur de type II nettement supérieure à l'erreur de type I (en général, une puissance de 80% est considérée comme satisfaisante alors que la limite de signification statistique des tests comparatifs est fixée à 5%; la motivation de ces valeurs implicitement adoptées par la communauté scientifique relève du volume considérable d'observations nécessaire pour obtenir une puissance supérieure, ce qui implique des difficultés logistiques et économiques).

Les recommandations contenues dans les synthèses ont ensuite fait l'objet d'une **confrontation avec Pénoncé de la LAMal**, résumée sous forme de tableau. A l'aide de ce tableau, il est aisé de vérifier si les prestations recommandées par la littérature sont prises en charge par l'assurance de base.

Chaque membre du groupe de travail a traité un traceur dans sa totalité, à l'exception des synthèses relatives au traceur *accident cérébral vasculaire ischémique* qui ont été élaborées par deux personnes. Malgré un important souci de rigueur méthodologique, on ne peut éliminer la subjectivité du chercheur ainsi que certaines variations mineures dans sa méthodologie. Cette problématique sera développée dans les chapitres : variations méthodologiques et limitations.

Remarque : par souci de simplification, le groupe de travail n'a choisi que la forme masculine des noms. Il est entendu que la forme masculine comprend aussi les personnes de sexe féminin.

3.1.2 Stratégie de la recherche documentaire

La recherche de la littérature a été réalisée selon trois volets:

Le premier volet consiste en la consultation des banques de données spécialisées en matière de recommandations (définies plus précisément dans le chapitre 3.1.3). Il s'agit d'une recherche non automatisée, par simple visite des sites et par consultation de leur table des matières. La liste des banques de données consultées, avec leur adresse Internet, est la suivante:

Liste des banques de données consultées

Guidelines

a) International

- WHO <http://www.who.dk>

b) Royaume Uni

- SIGN <http://www.show.scot.nhs.uk/sign/home.htm>
- St. George's, London <http://www.sghms.ac.uk/depts/phs/hceu/guides.htm>
- RCOG http://tupac.onlinemagic.com/rcog/guidelines/c_guidelines.html
- NHS Centre for Reviews and Dissemination, The University of York <http://www.york.ac.uk/inst/crd>

c) Allemagne

- AWMF http://www.rz.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/II_list.htm

d) Pays Bas

- NHG Dutch College of G.P., PO Box 3231, 3502 GE Utrecht

e) France

- ANAES Publications <http://www.anaes.fr/anaes/framedef.nsf/1a499439fc79b169c12565990035c2ee/71e60e94c17622aec125667f0023974b?OpenDocument>

f) Etats Unis

- National Guideline Clearinghouse <http://www.guideline.gov>
- National Comprehensive Cancer Network <http://www.cancernetwork.com/indexes/nccn.htm#Guidelines>
- American Association of Clinical Endocrinologists <http://www.aace.com>
- The Agency for Health Care Policy and Research <http://www.ahcpr.gov/qual>
- National Stroke Association <http://www.stroke.org>
- American Heart Association Journals Collections <http://www.strokeaha.org>

g) Canada

- Clinical Practice Guidelines index-Alberta Medical Association <http://www.amda.ab.ca/cpg/search.html>
- Association médicale canadienne <http://www.cma.ca/cpgs/index.asp>
- Canadian Task Force on Preventive Health Care <http://www.ctfphc.org/guide.htm>
- McMaster <http://www.infoward.ualberta.ca/cpg>
- SOGC http://sogc.medical.org/sogc_docs/common/guide/guideindex.htm

h) Nouvelle Zélande

- NZGG <http://www.nzgg.org.nz/index.cfm>

Health technology assessment

a) International

- INAHTA <http://www.inahta.org>

b) Suède

- SBU <http://www.sbu.se/sbu-site/index.html>

c) Québec

- CETS <http://www.msss.gouv.qc.ca/cets>

d) Royaume Uni

- NHS <http://www.soton.ac.uk/~hta/htapubs.htm>
- NHS R&D Health Technology Assessment Programme <http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/htapubs.htm>

e) Canada

- CCOHTA <http://www.ccohta.ca/pubs/index-f.html>

Bases de données

- Cochrane Library CD-ROM issues 3-4, 1999
issue 1, 2000

Le deuxième volet consiste en l'interrogation de deux banques de données de littérature scientifique, The Cochrane Library et Medline. Le support de Cochrane Library utilisé est un CD ROM, éditions 3-4, 1999 pour les traceurs *grossesse* et *obésité*, puis édition 1, 2000 pour les trois autres traceurs. L'accès à Medline est offert par le serveur de l'Université de Lausanne. La recherche au sein de ces sites s'est faite d'une manière automatisée, c'est-à-dire par l'utilisation systématique de mots-clés spécifiques du traceur étudié. La liste de ces mots-clés est mentionnée dans les documents relatifs à chaque traceur. Dans Medline, ces mots-clés sont utilisés en association avec d'autres mots-clés qui permettent d'accéder au type de publication désiré (*guidelines, recommandations, reviews*, i.e. l'ensemble des publications regroupant les recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus, décisions médicales, revues de synthèse, revues systématiques et méta-analyses). La liste de ce deuxième type de mots-clés est la suivante:

Liste des mots-clés permettant d'accéder aux publications de type
« *guidelines, recommandations, reviews* »

guidelines: (clinical adj2 guideline\$.tw. ou
guideline.pt. ou
"practice guideline\$.tw. ou
"performance standard\$.mp. ou
"practice standard\$.mp. ou

"practice policy".mp. ou
 "treatment policy".mp. ou
 "reference standard\$.mp. ou
 "quality assessment\$.mp.

ou

recommendations: "clinical practice".mp. ou
 "consensus.mp". ou
 "controlled clinical trial\$.pt. ou
 "controlled study".mp. ou
 "double-blind method\$.mp. ou
 "protocole\$.mp. ou
 "randomized controlled trial\$.mp. ou
 "recommendation\$.mp.

ou

reviews: "critical review\$.mp. ou
 "review\$.pt.

Cette recherche se limite en principe à la littérature publiée entre 1996 et 2000, avec un élargissement jusqu'en 1993 dans les cas où aucun document n'avait été trouvé entre 1996 et 2000.

Le troisième volet consiste en une recherche manuelle non systématique, prenant en considération les documents transmis par des tiers, ainsi que des publications importantes (par ex. ouvrages de référence). Des recommandations suisses ont été recherchées dans une littérature qui n'est pas toujours indexée dans les bases de données consultées ou auprès des sociétés médicales suisses suivantes:

Condition-traceur	Contact	Transmission
1. AVC ischémique	Société suisse de neurologie	Pas de réponse, mais intégration dans l'analyse de ce traceur des recommandations relatives à la prévention et à l'évaluation récemment publiées dans le Bulletin des Médecins Suisses
2. Fracture de hanche	Société suisse d'orthopédie	Groupe de travail, en cours
3. Obésité	Société suisse d'endocrinologie	Pas de guidelines disponibles
4. Leucémie aiguë	Société suisse d'oncologie médicale et pédiatrique	Pas de guidelines disponibles
5. Grossesse normale	Société suisse de gynécologie et obstétrique	Pas de guidelines disponibles
et nouveau-né en bonne santé	Société suisse de pédiatrie	Groupe de travail, en cours, résultats attendus en janvier 2001

3.1.3 Critères de choix des documents

Notre recherche de littérature prend comme «gold standard» des recommandations pour la pratique clinique (RPC) ou *guidelines* en anglais. La qualité de leur niveau de preuve est évaluée de A à X: niveau de preuve jugé bon (A), acceptable (B), moyen (C) et inconnu (X). Une recommandation de niveau A pourrait dans certains cas suffire à elle seule pour l'argumentation finale. Toutefois, le groupe de travail s'est vite rendu compte de l'insuffisance de la qualité des RPC: rares sont celles qui satisfont aux exigences posées par l'Institute of Medicine²²⁶. L'évaluation de la qualité des RPC elles-mêmes, qui aurait pu se faire de façon objective à l'aide de check-lists (ex. St George's Hospital Check-list²²⁷), n'a pas été entreprise, mais l'on n'aurait guère pu espérer un meilleur résultat que celui des RPC allemandes²²⁸, australiennes²²⁹ ou finlandaises²³⁰. Les appréciations A, B et C sont donc reprises telles quelles quand elles figurent explicitement à la fin de la recommandation; si cela n'est pas le cas, la recommandation est classée X. Des conférences de consensus, groupements d'experts, sociétés médicales, etc. (panel, statement, task force, etc.) sont considérés comme RPC.

Au vu des difficultés décrites ci-dessus, concernant les recommandations, la recherche pour chaque thème a également porté sur des revues systématiques, des études et d'autres publications dont le niveau de preuve a été évalué de I à Vb: étude contrôlée et randomisée (ou revue systématique d'essais cliniques randomisés et contrôlés, RCT) (I), étude contrôlée mais non randomisée (II), étude de cohorte prospective (III), étude de cohorte rétrospective ou étude cas-témoin (IV), revue non systématique ou sans méthodologie déclarée (Va), autre publication, opinion d'expert (Vb). Les RCT ont été retenues sans évaluer rigoureusement leur qualité au moyen d'une échelle de qualité reconnue²³¹.

Lorsqu'un grand nombre de revues (Va) étaient disponibles, c'est la littérature la plus récente et/ou s'appuyant sur un plus grand nombre de références qui a été sélectionnée de préférence.

La grille d'appréciation de la qualité méthodologique et du niveau de preuve scientifique est résumée comme suit:

Catégories de qualité méthodologique et de niveau de preuve²³²

Code	Source
RPC	Guideline
- RPC A	- A: preuves solides (I)
- RPC B	- B: preuves acceptables (II ou III)
- RPC C	- C: preuves moyennes (IV ou V)
- RPC X	- X: preuves inconnues

²²⁶ Field, Lohr, editors. Guidelines for clinical practice: from development to use. Washington (DC): National academic Press; 1992.

²²⁷ Cluzeau F, Littlejohns P, Grimshaw J, Feder G, editors. Appraisal instrument for clinical guidelines. London: St George's Hospital Medical School, 1997.

²²⁸ Helou A, Perleth M, Bitzer EM, Dörning H, Schwartz FW. Methodische Qualität ärztlicher Leitlinien in Deutschland. Z Ärztl Fortbild Qual Sich 1998;92:421-28.

²²⁹ Ward JE, Grieco V. Why we need guidelines for guidelines: a study of the quality of clinical practice guidelines in Australia. MJA 1996;165:574-6.

²³⁰ Varonen H, Mäkelä M. Practice guidelines in Finland: availability and quality. Qual Health Care 1997;6:75-79.

²³¹ Moher D, Jadad AR, Tugwell P. Assessing the quality of randomized controlled trials. Int J Tech Ass Health Care 1996;12:195-208.

²³² Tableau inspiré principalement par: Cornuz J. Les recommandations pour la pratique clinique du département de médecine du CHUV. Méd et Hyg 1999;57:1040.

I	RCT ou revue systématique de RCT
II	Etude contrôlée non randomisée
III	Etude de cohorte prospective
IV	Etude de cohorte rétrospective ou étude cas-témoin
Va	Revue non systématique ou sans méthodologie déclarée
Vb	Autre publication, opinion d'expert

3.1.4 Variations méthodologiques et particularités

Des variations méthodologiques existent à trois niveaux: la subjectivité de chaque membre du groupe de travail, les variations inhérentes à la méthode elle-même, et les différences en ce qui concerne la documentation disponible.

Il est naturel et inévitable que la subjectivité des différents membres du groupe joue un rôle, et engendre certaines variations. La subjectivité intervient dans le choix des thèmes traités pour un traceur, dans le choix des documents retenus, dans l'appréciation de la qualité de preuve de certains documents pour lesquels la méthodologie n'est pas clairement explicite, et enfin dans le choix des informations retenues pour la synthèse. La différence de style de chaque membre du groupe se reflète aussi dans la rédaction.

Les variations inhérentes à la méthode choisie touchent au point suivant: il arrive parfois que la recherche automatisée par un mot-clé spécifique pour un thème fasse apparaître un document qui traite d'un tout autre thème. Deux conséquences méthodologiques en découlent: d'une part, le contenu d'un document peut n'avoir aucun rapport avec le mot-clé par lequel il a été trouvé; d'autre part, ces documents trouvés "par surprise" peuvent finir par former un chapitre entier, pour lequel une recherche automatisée n'avait pas été prévue à l'origine, mais dont le thème a été jugé a posteriori important à traiter.

L'abondance et la qualité de la documentation trouvée par Internet n'est pas identique pour chaque sujet. Certains thèmes sont largement documentés par des RPC de bonne qualité, alors que pour d'autres la littérature reste muette. Dans le cas des traceurs *accident cérébral vasculaire ischémique* et *fracture de la hanche*, une recherche automatisée n'a pas été jugée utile sur certains thèmes, car un ensemble de documents importants et de bonne qualité avaient déjà été rassemblés par la recherche non automatisée ou par la recherche manuelle²³³.

Les autres motifs justifiant d'écarter certaines prestations de l'analyse sont:

- le fait qu'elles aient déjà été abordées dans le cadre d'un autre traceur;
- que leur remboursement soit évident (par ex. les différentes techniques opératoires pour le traceur fracture de hanche, ou les actes médicaux techniques intervenant en cours d'accouchement qui sont pris en charge globalement, pour le traceur grossesse);
- ou encore qu'elles relèvent d'un thème trop complexe et/ou peu spécifique du traceur étudié (par ex. évaluation et traitement des syncopes, ou neurochirurgie, dans le cadre de l'AVC ischémique).

Dans le cas du traceur *accident cérébral vasculaire ischémique*, certains documents datant d'avant 1996 ont été retenus en raison de leur provenance suisse.

²³³ Ce choix a été confirmé par une recherche automatisée effectuée pour deux des thèmes en question, recherche qui n'a en effet pas abouti à des références de meilleure qualité.

3.1.5 Présentation des résultats

Le chapitre 3.2 présente l'analyse de chaque traceur séparément. Sont exposés successivement:

- un bref rappel de l'épidémiologie et de l'intérêt que présente le traceur pour l'étude du «catalogue» des prestations;
- la liste numérotée des thèmes de recherche abordés pour ce traceur. Les thèmes de recherche sont regroupés selon les domaines d'activité (prévention, évaluation, traitement, etc.) explorés par le traceur. Il faut cependant relever que les prestations énoncées, et les thèmes dont elles relèvent, sont souvent difficiles à situer dans une et une seule catégorie. Par exemple, la détection de l'hypertension artérielle relève autant de la *prévention primaire* de l'ictus que de la *prévention secondaire*, et le classement est en conséquence un peu arbitraire. En outre, le *traitement* de l'hypertension artérielle chez un sujet asymptomatique sera considéré dans ce rapport comme relevant de la prévention primaire car la condition de référence est l'ictus (et non l'hypertension). Sont donc classés:
 - sous *prévention primaire* les prestations visant à éviter l'apparition de la condition-traceur;
 - sous *prévention secondaire* celles visant à éviter la récurrence ou les complications liées à la condition-traceur;
 - sous *évaluation* tout examen lié à la condition-traceur effectué dans un but de bilan ou de détection d'anomalies;
 - sous *traitement* les interventions visant à rétablir la santé ou à corriger les déséquilibres ou carences liés à la condition-traceur;
 - sous *réadaptation* les interventions visant à recouvrer un meilleur état fonctionnel, ou à réhabiliter le patient dans son environnement;
 - et enfin sous *suites de soins* les interventions chroniques sans perspectives de guérison ou de réadaptation, dont la finalité est en particulier d'assurer le maintien de conditions d'hygiène satisfaisantes.

La classification des interventions en amont et pendant la grossesse est également problématique, la terminologie évoquant en général des états pathologiques alors que le traceur considéré est la grossesse normale. Les notions de prévention primaire et secondaire sont en particulier précisées dans la présentation de ce traceur (cf. chapitre 3.2.5);

- les synthèses de la littérature sélectionnée, numérotées dans le même ordre, précédées chacune des mot-clés spécifiques à leur thème;
- une série de tableaux, chacun consacré à l'un des domaines d'activité précités et comprenant en regard des prestations examinées une cotation relative à la convergence des recommandations issues de la littérature ainsi qu'un extrait du texte de la LAMal. Cette présentation a été adoptée afin de permettre de vérifier la mesure dans laquelle les prestations faisant l'objet d'une recommandation positive sont effectivement couvertes par le «catalogue» des prestations.

Le lecteur intéressé par un thème spécifique pourra se procurer, pour chaque condition-traceur, une annexe (annexes 1 à 5) contenant, dans le même ordre que les synthèses, les extraits et références bibliographiques ayant permis leur rédaction. Chaque élément bibliographique contient en outre l'indication du niveau de preuve tel que spécifié sous 3.1.3, qui fonde la cotation relative à la convergence des recommandations reportée dans les tableaux sus-mentionnés. Une dernière annexe (annexe 6) résume la stratégie de recherche par mot-clés adoptée pour chaque traceur.

3.2 RÉSULTATS

3.2.1 Accident Vasculaire Cérébral (ischémique)

L'AVC, ou ictus, est d'origine ischémique (83%) ou hémorragique (17%)²³⁴. Nous avons choisi de ne traiter ici que l'ictus ischémique. Il touche 25% plus d'hommes que de femmes et représente la troisième cause de décès dans les pays industrialisés²³⁵. Dans une étude néerlandaise sur les coûts de la santé, l'ictus figure en septième position, juste devant la grossesse, devancé seulement par des maladies chroniques (surtout psychiatriques) et les traitements dentaires²³⁶. L'incidence de l'ictus augmente avec l'âge, mais un tiers des patients considérés ont moins de 65 ans²³⁷. Les jeunes sont concernés principalement en cas de déficits en anticoagulants naturels. En Israël, on rapporte une incidence, tous ictus confondus, de 0.1/1'000 pour les personnes de 17-49 ans²³⁸. En France, la classe d'âge des 55-64 ans connaît une incidence annuelle située entre 2 et 4/1'000, alors que ce taux atteint 15/1'000 pour les personnes de plus de 75 ans²³⁹. En termes de mortalité, toutes maladies cérébrovasculaires confondues, la comparaison internationale montre que la mortalité est comparativement peu élevée en Suisse, surtout dans la classe d'âge des 35-64 ans, où elle est la plus faible parmi les 58 pays étudiés: 17.4/100'000 pour les hommes et 10.3/100'000 pour les femmes²⁴⁰.

a) Prévention

La prévention s'attache à éviter l'apparition des facteurs de risque, à les détecter et à éviter leur progression. Nous étudierons dans ce domaine le remboursement des activités de dépistage, de conseil et de traitement. Les activités de prévention secondaire, comprises comme celles destinées à prévenir les récurrences, sont traitées ensemble avec les activités de prévention primaire.

b) Evaluation

Les mesures d'évaluation d'un ictus ischémique sont coûteuses: elles incluent les analyses de laboratoire (crase et chimie de routine, homocystéine, anticoagulants naturels), l'ECG et les examens radiologiques (CT, IRM, échodoppler, angiographie). La présence d'une éventuelle fibrillation auriculaire engendrera des coûts supplémentaires (tests thyroïdiens, échocardiographie, etc.) de même que celle d'une sténose carotidienne significative.

c) Traitement

Le traitement sera essentiellement hospitalier. Certaines nouvelles formes de traitement (thrombolyse, chirurgie) sont déjà appliquées dans de grands centres et on commence même à parler de «télémédecine»²⁴¹. L'hospitalisation des patients atteints d'un ictus peut être très longue, dépassant souvent le temps nécessaire aux seuls soins aigus, en raison de la réadaptation qui ne peut pas toujours

²³⁴ Castillo V, Bogousslavsky J, Ghika-Schmid F. Etiology and mechanism in cerebral infarction. *Schweiz Med Wochenschr* 1996;126:489-92.

²³⁵ Wolf PA, Lewis A. Conner lecture. Contributions of epidemiology to the prevention of stroke. *Circulation* 1993;88(5):2471-8.

²³⁶ Meerding WJ, Bonneux L, Polder JJ, Koopmanschap MA, van der Maas PJ. Demographic and epidemiological determinants of health care costs in Netherlands: cost of illness study. *BMJ* 1998;317(7151):11-5.

²³⁷ *ibid.*

²³⁸ Rozenthul-Sorokin N, Ronen R, Tamir A, Geva H, Eldar R. Stroke in the young in Israel. Incidence and outcomes. *Stroke* 1996;27(5):838-41.

²³⁹ Zuber M, Mas JC. Epidemiology of cerebral infarction. *Ann Radiol* 1994;37(1-2):7-10.

²⁴⁰ La Vecchia C, Levi F, Tacchini F, Negri E. Trends in mortality from cardiovascular and cerebrovascular disease. *Soz Präventivmed* 1993;(Suppl 1):S3-S71.

²⁴¹ Levine SR, Gorman M. «Telestroke»: the application of telemedicine for stroke. *Stroke* 1999;30(2):464-9.

se faire dans un centre de traitement et de réadaptation (indisponibilité), et encore moins à domicile. En Grande-Bretagne, les unités hospitalières spécialisées suscitent un grand intérêt²⁴².

d) Réadaptation

La réadaptation nécessite un large spectre de prestations (physiothérapie, ergothérapie, logopédie, neuropsychologie, divers moyens et appareils), dont une partie sont inhérentes au lieu de traitement (transports des patients pour venir en consultation à l'hôpital ou chez un spécialiste, aménagement du domicile). Des recommandations de bonne qualité existent dans ce domaine.

e) Suite de soins

Parmi les survivants d'un ictus, 16% restent institutionnalisés, 31% ont besoin de soins à domicile et 71% sont limités dans l'exercice de leur profession²⁴³.

En résumé, l'ictus ischémique est une affection fréquente qui engendre des coûts importants. Elle touche surtout (mais pas seulement) les personnes âgées. La légère prépondérance masculine répond à la prépondérance féminine dans l'épidémiologie de la fracture de hanche. Avec le vieillissement de la population, on s'attend à une augmentation conséquente de l'incidence des ictus²⁴⁴. Les types de soins sont bien définis et concernent à la fois les domaines ambulatoire, hospitalier et institutionnel. Les recommandations dans ce domaine sont nombreuses et récentes²⁴⁵.

3.2.1.1 Liste des thèmes de recherche

Prévention primaire:

1. Détection, évaluation et traitement de l'hypertension artérielle
 - a. Mesure de la TA
 - b. Evaluation de l'HTA
 - c. Traitement non pharmacologique de l'HTA
 - d. Traitement pharmacologique de l'HTA
 - e. Suivi multidisciplinaire
2. Cessation du tabagisme
 - a. Counselling lors de consultations médicales répétées
 - b. Programme de cessation du tabagisme
 - c. Traitement pharmacologique
 - d. Prévention du tabagisme et encouragement à la cessation du tabagisme à l'échelle de la santé publique
3. Antiplaquettaires et anticoagulation
 - a. Traitement médicamenteux
 - b. Analyses de laboratoire
4. Diabète
 - a. Dépistage du diabète chez les personnes à risque (glycémie)
 - b. Hémoglobine glycosylée (HbA1c)
 - c. Glycémie capillaire et veineuse, analyses d'urine

²⁴² Stroke Unit Trialists' Collaboration. Collaborative systematic review of the randomised trials of organised inpatient (stroke unit) care after stroke. *BMJ* 1997;314(7088):1151-9.

²⁴³ Stähelin HB, Evison J, Seiler WO. Prevention of cerebrovascular insults. *Schweiz Med Wochenschr* 1994;124(45):1995-2004.

²⁴⁴ Wood WA, Hewer RL. The prevention and management of stroke. *J Publ Health Med* 1996;18(4):423-31.

²⁴⁵ Bogousslavsky J. Consensus in Stroke management? *BMJ* 1999;318(7177):140-1.

- d. Autres examens de laboratoire
 - e. Consultation auprès d'un diététicien, enseignement diabétique
 - f. Programmes d'activité physique
5. Hyperlipidémie
- a. Cholestérol total
 - b. HDL-cholestérol
 - c. LDL-cholestérol
 - d. Triglycérides
 - e. Dosages optionnels
 - f. Conseils nutritionnels
 - g. Traitement médicamenteux
6. Conseils et traitements en matière de consommation d'alcool
- a. Par l'anamnèse et l'examen clinique
 - b. Par le dosage biologique
 - c. Counselling (cessation ou modération de la consommation d'alcool)
 - d. Thérapie comportementale
 - e. Psychothérapie, individuelle ou en groupe
 - f. Programme de cessation formel
 - g. Pharmacothérapie
7. Conseils et traitements en matière d'exercice physique
- a. Counselling médical, encouragement à augmenter l'activité physique
 - b. Électrocardiogramme de repos et d'effort
 - c. Programme formel d'exercice physique, médicalement supervisé ou non
 - d. Mesures populationnelles (stratégies éducatives et comportementales, interventions au lieu de travail, à l'école et dans les établissements de soins, campagnes médiatiques)
8. Homocystéine
- a. Analyses
 - b. Traitement
9. Thrombophilie et autres facteurs thrombogènes
- a. Analyses de laboratoire
 - b. Prévention
 - c. Traitement
10. Hormonothérapie substitutive
11. Endartérectomie et autre chirurgie
- a. Prévention: dépistage
 - b. Analyses et autres examens complémentaires
 - c. Traitement
12. Syndrome des apnées du sommeil
- a. Polysomnographie
 - b. Mesures générales
 - c. Appareils intrabuccaux
 - d. Médicaments
 - e. Chirurgie

Prévention secondaire:

1. Traitement anti-épileptique

Évaluation:

1. Examen du liquide céphalo-rachidien
 - a. Ponction lombaire
 - b. Examen du liquide céphalo-rachidien
2. CT scan (tomographie axiale computerisée)
 - a. CT-scan cérébral
 - b. Angiographie-CT
3. Imagerie par résonance magnétique (IRM)
 - a. IRM
 - b. Angio-IRM
 - c. IRM par diffusion (DWI)
 - d. IRM par perfusion (PWI)
4. Tomographie par émission (PET, SPECT)
 - a. PET (tomographie par émission de positrons)
 - b. SPECT (tomographie computerisée par émission d'un photon)
5. Ultrason Doppler
 - a. Doppler ou duplex carotidien, vertébral et transcrânien
 - b. Doppler couleur (*power Doppler*)
 - c. Agents de contraste (*echo-enhancing ultrasound*), par exemple Levovist
 - d. Harmonic imaging
 - e. Reconstruction 3D
6. Angiographie
7. Electrocardiogramme (ECG)
 - a. Électrocardiogramme (ECG)
 - b. ECG Holter (enregistrement de 24 heures)
8. Electroencéphalogramme (EEG)
9. Radiographie
 - a. Radiographie du thorax
 - b. Radiographie de la colonne cervicale
10. Echocardiographie
 - a. Echocardiographie transthoracique
 - b. Echocardiographie transœsophagienne
 - c. Test aux microbulles
11. Analyses de laboratoire
 - a. Analyses de base
 - b. Analyses complémentaires

Traitement:

1. Transfert rapide en ambulance
2. Anticoagulation / Antiagrégation
 - a. Héparine
 - b. Aspirine
 - c. Clopidogrel
 - d. Dipyridamole
 - e. Agents défibrinogénants (ancrod)
3. Thrombolyse
 - a. Thrombolyse intraveineuse
 - b. Thrombolyse intraartérielle
4. Agents neuroprotecteurs
5. Oxygène hyperbare
6. Stroke Units

Réadaptation:

1. Aides à la marche
2. Traitement de la douleur
3. Traitement de la dysphagie (prévention de la bronchoaspiration)
4. Ergothérapie
5. Traitement de l'incontinence urinaire
6. Logopédie
7. Neuropsychologie
8. Prévention et traitement de la spasticité
9. Lieu de la réadaptation
10. Traitement de la dépression
11. Orthèses, chaises roulantes
12. Physiothérapie

Suite de soins:

1. Aide au ménage
2. Groupes d'entraide
3. Aide informelle
4. Services de santé extra-hospitaliers
5. Soins à domicile
6. Institutionnalisation

3.2.1.2 Synthèses**Prévention primaire : 1.- Détection, évaluation et traitement de l'hypertension artérielle**

Mots-clés : pas de recherche automatisée

L'hypertension artérielle (HTA) est un facteur de risque unanimement reconnu pour l'AVC ischémique et son traitement jusqu'à un âge avancé est considéré comme très efficace pour réduire la morbidité et la mortalité liées à cette affection; du moins, cela est établi particulièrement en ce qui

concerne la prévention primaire (les résultats d'études en cours sont attendus dans le domaine de la prévention secondaire). Une approche populationnelle serait également efficace d'après une étude chinoise. Chez des patients à haut risque, il pourrait même être profitable d'abaisser des valeurs dites normales. En effet, la valeur-seuil, constamment revue à la baisse, est arbitraire et dépend très probablement de la présence ou non d'autres facteurs de risque ainsi que de l'atteinte des organes cibles.

L'indication d'un dépistage périodique est discutée: une référence le propose pour tous les adultes dès 21 ans, alors que deux autres lui préfèrent un *case finding* lors de consultations fortuites, tel que prévu également pour les enfants et les adolescents.

Le diagnostic de l'HTA repose sur des mesures répétées effectuées au cabinet médical. La détection d'une HTA par mesure de la pression ambulatoire sur 24 heures n'est pas recommandée systématiquement, mais cette technique peut se révéler utile dans certaines situations. Les patients hypertendus sont encouragés à mesurer leur tension artérielle à domicile, au moyen de sphygmomanomètres électroniques ou manuels.

Pour chaque patient hypertendu, un bilan minimal est recommandé, composé d'une anamnèse, d'un examen clinique et des examens complémentaires suivants: stix urinaire, créatinine et électrolytes sériques, glycémie, HDL-cholestérol (ou cholestérol total, ou les deux) et électrocardiogramme. Une référence y ajoute une formule sanguine complète. Suivant les ressources financières du système de santé, il peut être recommandé de mesurer en outre les triglycérides plasmatiques, l'uricémie, l'activité de la rénine plasmatique, l'aldostérone plasmatique et les catécholamines urinaires. Les examens suivants: échocardiographie, ultrasonographie rénale et vasculaire ne sont proposés que dans certaines situations cliniques particulières. Une référence ajoute encore la clearance à la créatinine, la microalbuminurie, la protéinurie de 24 heures, le calcium, l'hémoglobine glycosylée, le sodium urinaire et la TSH.

En ce qui concerne le traitement, toutes les références recommandent des mesures non-pharmacologiques seules ou en association avec des médicaments:

- Parmi les mesures non-pharmacologiques, la réduction pondérale, la diminution des apports en sel, graisses et alcool, l'augmentation des apports en potassium (sous forme de fruits et de légumes), l'arrêt du tabagisme, ainsi que l'exercice physique dynamique semblent toutes efficaces dans la réduction de l'HTA. Ces mesures peuvent aussi être recommandées dans le cadre d'interventions destinées à abaisser le niveau de la tension artérielle dans la population générale. La diminution du stress par un programme individualisé basé sur une thérapie cognitivo-comportementale s'est révélée efficace pour réduire la tension artérielle. Les preuves sont moins nettes en faveur de l'augmentation des apports en calcium et magnésium.
- Parmi les médicaments recommandés en première ligne, les diurétiques et les β -bloquants sont les mieux étudiés en termes de diminution de la mortalité. De par leur coût modeste, ils représentent le traitement de premier choix pour plusieurs auteurs. D'autres références nuancent le propos, insistant sur les indications et contre-indications propres à chaque situation clinique, et recommandent cinq à six classes médicamenteuses comme traitement de première intention. De plus en plus, les auteurs reconnaissent la difficulté qui existe à maîtriser une HTA par une monothérapie et nombreux sont les patients nécessitant des combinaisons fixes pour une meilleure compliance.

L'adhérence du patient au traitement semble être favorablement influencée par des techniques de counselling modernes et validées, ainsi que par l'intervention d'une équipe multidisciplinaire composée du médecin traitant, de pharmaciens cliniques, d'infirmiers, de diététiciens, de psychologues et d'autres thérapeutes, bien qu'une référence regrette l'absence d'études randomisées contrôlées dans ce domaine.

Prévention primaire : 2.- Cessation du tabagisme

Mots-clés : pas de recherche automatisée

La cigarette joue un rôle étiologique important dans l'ictus, puisque le risque de subir un AVC serait multiplié par 1.5 pour les fumeurs. Deux références évoquent également le risque non négligeable lié à la pipe et au cigare, ainsi qu'au tabagisme passif. En prévention primaire, les mesures encourageant la cessation du tabagisme ont été prouvées comme étant efficaces pour réduire non seulement la progression de l'athérosclérose carotidienne, mais aussi le risque d'ictus et la mortalité; la plupart des auteurs recommandent cette mesure également dans le domaine de la prévention secondaire, où son efficacité est toutefois moins solidement établie. Deux études montrent que le risque lié au tabagisme devient identique à celui d'un non-fumeur après 2 à 5 ans d'abstinence déjà. Plusieurs références insistent sur le fait que la cessation du tabagisme présente un rapport coût-efficacité favorable. Parmi les mesures proposées, on peut distinguer quatre catégories:

- a. Le counselling, qui peut - et devrait - être effectué dans tous les cas et en parallèle par le médecin et d'autres professionnels de la santé, selon les motivations et les capacités de chacun. Tous les auteurs relèvent que le suivi doit être serré, car, d'après une étude, le taux de succès augmente de 3 à 23% si le simple conseil initial est suivi de consultations à 1, 3 et 6 mois. En tout cas, le nombre minimal de consultations recommandé est de quatre.
- b. Un programme structuré de cessation du tabagisme, individuel ou en groupe, avec ligne téléphonique de secours, soutien social, psychologique et comportemental. Si l'efficacité d'un tel programme n'est pas remise en cause, l'indication à référer le patient diffère quelque peu suivant la référence: dans tous les cas d'après certains, seulement en cas d'échec d'après d'autres.
- c. Une pharmacothérapie par substituts nicotiques est efficace pour tous les auteurs, sous forme de dispositif transdermique, de gomme à mâcher, de spray ou d'inhalateur. Leur usage est fortement recommandé, toujours en association avec les autres méthodes, et leur remboursement par l'assurance devrait être garanti. Certains auteurs réservent leur prescription aux cas de fumeurs avec rechutes, d'autres le proposent d'emblée. La clonidine serait efficace, mais grevée d'effets indésirables non négligeables, alors que la mecamlamine (un antagoniste nicotinique), les anxiolytiques et les antidépresseurs ne sont pas recommandés. Parmi ces derniers, le bupropion serait cependant très prometteur et fait en conséquence exception. C'est le seul traitement non-nicotinique efficace reconnu aux Etats-Unis et il vient d'être enregistré en Suisse.
- d. Les mesures coordonnées à l'échelle de la santé publique destinées à prévenir le tabagisme ou à encourager la cessation, comme le nouveau programme suisse Stop-Tab@c. Dans ce domaine, il existe trop peu de données pour pouvoir recommander des mesures efficaces.

L'acupuncture et l'hypnose ne sont pas recommandées.

Prévention primaire : 3.- Antiplaquettaires et anticoagulation

Mot-clé : heparin

En **prévention primaire**, les preuves sont insuffisantes pour recommander ou déconseiller la prescription d'aspirine à des patients asymptomatiques. En revanche, les cardiopathies emboligènes nécessitent une anticoagulation ou, en cas de contre-indication à une anticoagulation, une antiagrégation: parmi ces cardiopathies, la fibrillation auriculaire (FA) multiplie par six le risque d'ictus. Il existe cependant des sous-groupes de patients avec FA dont le risque est nettement plus faible et qui ne devraient par conséquent pas recevoir de traitement anticoagulant, ni même antiplaquettaire, comme les patients jeunes au profil de risque cardiovasculaire favorable. Bien que les recommandations divergent quant à la définition de ce profil de risque, tous les auteurs reconnaissent au traitement antithrombotique une efficacité importante, allant de 68% de diminution du risque d'ictus avec l'anticoagulation à 21% avec l'aspirine. Les points de divergence résultent du rapport risque/bénéfice, qui doit être soigneusement évalué en fonction des facteurs de risque individuels prédisposant à une hémorragie. L'efficacité des autres traitements antiplaquettaires est reconnue. Cependant, à efficacité égale, voire légèrement supérieure pour le clopidogrel, ils sont nettement plus

chers et donc recommandés uniquement en cas d'intolérance à l'aspirine. La ticlodipine, aux effets indésirables plus importants, devrait céder sa place au clopidogrel.

En **prévention secondaire**, l'efficacité d'un traitement antiplaquettaire est unanimement reconnue; le risque d'ictus serait diminué d'environ 20%. Les divergences concernent le timing de son introduction et le dosage exact, toujours en raison du risque hémorragique. Les preuves sont bonnes pour recommander son utilisation pendant 4 ans, moins pour la proposer à vie. Le dipyridamole, prescrit en plus de l'aspirine, semble avoir un effet additif sur la prévention de l'ictus, mais la mortalité reste inchangée pour un coût nettement supérieur. Bien qu'il ait la faveur de certains auteurs, d'autres ne recommandent le dipyridamole qu'en cas d'intolérance à l'aspirine, comme la ticlodipine et le clopidogrel. L'anticoagulation est recommandée en présence d'ictus cardio-embolique, mais elle est contre-indiquée en cas d'ictus athérothrombotique. Là aussi, le timing optimal de l'introduction du traitement reste indéterminé. En présence de FA, l'anticoagulation est encore plus efficace qu'en prévention primaire, avec 81% de diminution du risque.

Prévention primaire : 4.- Diabète

Mots-clés: pas de recherche automatisée

Le diabète est un facteur de risque bien établi pour l'ictus, mais il joue probablement un rôle moins important comme facteur de risque indépendant que dans la maladie coronarienne. Une référence lui attribue tout de même une mortalité 3 fois plus élevée.

Le dépistage n'est pas recommandé pour la population générale. Par contre, le dépistage se justifie dans un sous-groupe de la population, soit trisannuellement chez les sujets âgés de plus de 45 ans sans facteurs de risque associés, soit plus fréquemment chez ceux qui présentent des facteurs de risque. Une fois le diagnostic de diabète établi, tous les auteurs recommandent un suivi régulier au moyen de l'hémoglobine glycosylée, de la glycémie pré- et postprandiale, d'une analyse des urines. La glycémie devrait pouvoir être faite par le patient lui-même. D'autres examens sont proposés dans le cadre du bilan des autres facteurs de risque et de la recherche d'éventuelles complications: lipides et lipoprotéines plasmatiques, tests thyroïdiens, fonction rénale, tests hépatiques, mesure de la tension artérielle, au besoin par Remler (mesure ambulatoire sur 24 heures). Le rôle de l'échographie carotidienne chez le patient diabétique asymptomatique n'est pas encore clairement établi. Bien que la diminution de complications macrovasculaires (comme l'ictus) n'ait pas été démontrée formellement, un contrôle glycémique optimal est unanimement recommandé. Pour cela, l'accent est mis sur une prise en charge multidisciplinaire, dirigée par le médecin de premier recours et incluant des diététiciens, un enseignement diabétique aux patients et un contrôle strict des autres facteurs de risque. A cet égard, la correction d'une dyslipidémie revêt une importance particulière, de même que l'encouragement à une perte pondérale par programmes d'activité physique. Ceux-ci requièrent préalablement une ergométrie d'effort chez des patients âgés de plus de 35 ans.

Prévention primaire : 5.- Hyperlipidémie

Mots-clés: pas de recherche automatisée

L'hyperlipidémie est un facteur de risque bien établi pour la maladie coronarienne, et son traitement est efficace pour réduire l'incidence d'infarctus du myocarde. En revanche, ce n'est que récemment que l'hyperlipidémie a été reconnue comme facteur de risque pour les maladies cérébro-vasculaires. Son dépistage de routine est recommandé chez tous les adultes, en tout cas jusqu'à 75 ans, voire au-delà, à une fréquence dépendant du résultat du dosage initial et des autres facteurs de risque (au moins tous les 5 ans), au moyen du cholestérol total, du HDL, des LDL et des triglycérides. La référence suisse ne recommande le dépistage qu'au moyen du cholestérol total seul, ne proposant les dosages ci-dessus que comme examens optionnels dans un deuxième temps, de même que les dosages de la lipoprotéine(a), du PAI-1, du fibrinogène et de l'homocystéine pour les cas limites. Le traitement repose toujours sur les mesures diététiques, si nécessaire avec l'aide de diététiciens spécialisés, ainsi que sur les conseils en matière de perte pondérale et d'encouragement à l'exercice physique. Le traitement médicamenteux est actuellement essentiellement composé des statines, bien que d'autres classes gardent leur utilité dans certaines indications: fibrates, résines, acide nicotinique. Sur la base des

dernières méta-analyses, la prescription de statines est proposée en prévention primaire aussi bien que secondaire. En prévention primaire d'ictus, l'indication est donnée chez les patients ayant subi un infarctus du myocarde, même avec un taux de cholestérol normal, ainsi que chez ceux qui présentent un taux de cholestérol élevé associé à un profil de risque cardiovasculaire élevé. On peut ainsi espérer une réduction du risque d'ictus de l'ordre de 11%. En prévention secondaire, le bénéfice serait de 25 à 30%. Certains auteurs relèvent cependant une augmentation - non significative - du risque d'hémorragie cérébrale lié à des valeurs de cholestérol basses. En outre, les personnes âgées de plus de 70 ans ne sont pas bien représentées dans les études qui sont à la base des recommandations.

Prévention primaire : 6.- Conseils et traitements en matière de consommation d'alcool

Mots-clés: pas de recherche automatisée

L'effet de l'alcool sur le risque d'ictus dépend de la quantité ingérée: à faible dose, plusieurs études ont montré une diminution du risque analogue à celle qui est observée dans le risque d'infarctus du myocarde, alors que, à dose élevée, le risque augmente. Par conséquent, tous les auteurs recommandent une modération de la consommation d'alcool. Le dépistage de routine de l'éthylisme chronique est conseillé chez tous les adultes, voire même dès l'âge de 12 ans pour une référence, au moyen de l'anamnèse et de l'examen clinique. Pour les patients suspects d'abus, différents questionnaires peuvent augmenter la sensibilité du dépistage. En revanche, les dosages biologiques (tests hépatiques, CDT) effectués comme mesure systématique de dépistage sont discutés, car ils manquent de sensibilité et de spécificité. Ils gardent cependant leur utilité dans l'évaluation globale et dans le suivi. Différentes approches thérapeutiques se sont révélées efficaces chez les buveurs modérés: l'intervention brève, prenant 5 minutes de consultation, le counselling plus dirigé, durant au moins 15 minutes, des thérapies cognitives et comportementales, individuelles ou en groupe, ainsi qu'une psychothérapie, incluant au besoin le conjoint et la famille. Les patients gravement dépendants devraient être dirigés vers un programme de cessation formel. Parmi les traitements pharmacologiques recommandés, on peut citer le disulfiram (à éviter cependant chez les patients âgés) et la naltrexone. D'autres agents sont proposés pour atténuer les effets du sevrage: benzodiazépines, phénobarbital, β -bloquants, clonidine, carbamazépine et neuroleptiques. Le magnésium et l'alcool éthylique sont déconseillés.

Prévention primaire : 7.- Conseils et traitements en matière d'exercice physique

Mots-clés: pas de recherche automatisée

Il existe des preuves solides pour affirmer que le risque d'ictus est augmenté par l'inactivité physique (d'un facteur trois d'après une référence). Par son effet bénéfique sur les autres facteurs (HTA, etc.), l'exercice modéré régulier semble être efficace pour réduire ce risque. Ceci a été montré chez des sujets des deux sexes et de tous âges, même d'un âge avancé, en prévention primaire et secondaire. L'exercice doit cependant être adapté à l'individu concerné, car un programme trop vigoureux expose à un risque de mort subite d'origine cardiaque. Par ailleurs, le risque d'hémorragie cérébrale augmenterait légèrement. Un counselling prudent par le médecin est donc recommandé pour les patients à risque. Une référence recommande un test d'effort cardiaque préalable et un monitoring ECG au début de l'exercice; les patients à risque y sont définis comme suit: maladie cardiovasculaire patente, âge plus de 35 ans, sédentarité, angine de poitrine, ischémie silencieuse, arythmies ventriculaires de haut degré, fraction d'éjection basse, hypotension à l'exercice, tachycardie inappropriée à l'exercice. Les patients à faible risque ne nécessitent pas de supervision médicale. Selon une référence, les mesures populationnelles suivantes seraient peut-être efficaces: stratégies éducatives et comportementales, interventions au lieu de travail, à l'école et dans les établissements de soins, campagnes médiatiques. Toutefois, il manque encore de preuves tangibles pour étayer ces affirmations.

Prévention primaire : 8.- Homocystéine

Mots-clés: homocyst§ / folic acid / folate / vitamin B6 / pyridox§ / vitamin B12 / betaine

Il existe incontestablement un rapport entre un taux élevé d'homocystéine et la survenue d'accidents cardiovasculaires, en particulier cérébrovasculaires. Un auteur européen lui attribue même un poids

semblable à celui du tabagisme et de l'hyperlipidémie comme facteur de risque cardiovasculaire. Il a en outre été démontré que l'apport de certaines vitamines du groupe B (acide folique, vitamine B6, vitamine B12) pouvait diminuer significativement l'homocystéinémie. Toutefois, tout le monde s'accorde à dire qu'il est prématuré de recommander un dépistage de l'hyperhomocystéinémie dans la population générale, car le lien de causalité entre l'hyperhomocystéinémie et l'ictus n'a pas été démontré dans des études prospectives. Dans l'attente d'essais randomisés étudiant le rôle d'interventions diététiques dans la prévention de l'ictus, les avis divergent: certains proposent le dosage de l'homocystéine dans certaines indications de prévention primaire et secondaire et recommandent une substitution à partir de valeurs variables selon les auteurs; il peut s'avérer nécessaire de pratiquer le dosage de l'homocystéine après charge en méthionine en plus du dosage de l'homocystéine à jeun. D'autres recommandent d'assurer un apport suffisant en vitamines, par l'alimentation ou par supplémentation, sans doser l'homocystéine, car cette mesure est sûre et économique, et de toute façon bénéfique à d'autres points de vue. Cela implique toutefois de pratiquer des dosages de vitamine B12 et d'acide folique. Plusieurs références américaines proposent un enrichissement de certains aliments (céréales) en acide folique, afin d'agir à l'échelle de la santé publique. Finalement, certaines guidelines n'émettent aucune recommandation concernant l'homocystéine, considérant que la littérature est encore insuffisante actuellement. Ce point est néanmoins contesté par une référence, qui souhaite urgemment des recommandations de santé publique préliminaires se basant sur des études de prévention secondaire, ainsi que sur le faible coût du traitement par rapport à celui de grandes études de prévention primaire.

Prévention primaire : 9.- Thrombophilie et autres facteurs thrombogènes

Mots-clés: antithrombin III / antiphospholipid§ / protein C or protein S / factor V / fibrinogen or hyperfibrinogenaemia

Il ne fait pas de doute que les anticorps antiphospholipides contribuent à la morbidité liée à l'ictus. Cependant, leur rôle exact n'a pas encore été clairement établi et toutes les références sont d'accord pour réserver cet examen à des situations cliniques particulières. Il en va de même pour les autres facteurs hémostatiques ou thrombogènes (le fibrinogène, le facteur VII, le facteur X, le facteur de von Willebrand, le PAI-1, le plasminogène, le déficit en protéine C ou en protéine S, la résistance à la protéine C activée, l'antithrombine III, le t-PA et les d-dimères). Tous ces examens sont prometteurs, mais le manque de preuves solides et leur coût élevé limitent leur utilisation à large échelle. Pour la plupart, les examens de routine touchant à la crase sanguine sont les suivants: formule sanguine complète, TP, PTT. Les examens complémentaires possibles sont nombreux et complexes. Dans le cas d'anticorps antiphospholipides positifs, deux références recommandent de rechercher une origine cardiaque (échocardiographie). Un auteur propose également d'étendre la recherche d'un état d'hypercoagulabilité aux membres de la famille proche. Chez des patients jeunes (en prévention secondaire et si la cause de l'ictus reste indéterminée), une référence propose un large éventail d'examens: crase complète, protéine C et S, antithrombine III, électrophorèse de l'hémoglobine, anticorps antiphospholipides, anticorps antinucléaires, anticorps anti-ADN double chaîne, VDRL/TPHA. Le traitement d'un syndrome antiphospholipide est constitué par l'anticoagulation ou l'aspirine. Dans le cas d'un lupus associé, le cyclophosphamide peut être utile. Les examens à la recherche d'autres maladies thrombogènes (syndrome myéloprolifératif, cancers, maladies rénales ou hépatiques) n'ont pas été abordés ici.

Prévention primaire : 10.- Hormonothérapie substitutive

Mots-clés: hormone replacement therapy

Le rôle de l'hormonothérapie substitutive post-ménopausique dans l'ictus est controversé. Beaucoup d'auteurs lui attribuent un risque augmenté, alors que trois références notent au contraire une diminution. Pour d'autres, l'hormonothérapie substitutive n'a aucune influence sur l'incidence de l'ictus. Tous les auteurs insistent sur la nécessité d'études complémentaires de bonne qualité.

Prévention primaire : 11.- Endartérectomie et autre chirurgie

Mots-clés: endarterectomy / interdisciplinary or pluridisciplinary / carotid

Environ 20% des ictus ischémiques sont associés à une sténose carotidienne, mais des embolies peuvent aussi provenir d'autres artères précérébrales, notamment les branches de l'arc aortique et les artères vertébrales. Le dépistage de masse n'est pas recommandé, tout au plus le dépistage est-il justifié dans certaines situations particulières.

Le traitement chirurgical par endartérectomie carotidienne s'est révélé plus efficace que le traitement médical, même chez des patients octogénaires, pour autant que l'indication soit posée avec soin. Le bilan comprendra un certain nombre d'examen complémentaires (détaillés dans le chapitre Evaluation) et l'opération devra se faire dans un hôpital ayant suffisamment d'expertise. En effet, le bénéfice de l'intervention dépendra largement de critères angiographiques, notamment du degré de sténose, et du taux moyen de complications dont sont grevées les interventions. Après les récentes grandes études américaines et européennes, on admet que l'endartérectomie peut aussi profiter aux patients en prévention primaire, bien que certains auteurs relèvent que la faible diminution du risque absolu d'ictus ne justifie pas de prendre ce risque chez une personne asymptomatique.

Le timing optimal de l'opération n'est pas bien défini. Si toutes les références s'accordent à la proposer dans les 6 mois suivant un AIT (accident ischémique transitoire) ou un ictus mineur, certains auteurs la recommandent très tôt (après 2 semaines), voire même comme intervention d'urgence.

L'endartérectomie peut se faire en anesthésie régionale, loco-régionale ou générale. Différentes variantes techniques font encore l'objet d'étude: endartérectomie par éversion, patching synthétique ou veineux, monitoring par potentiels évoqués et par électroencéphalogramme, etc. Outre l'endartérectomie classique, une nouvelle technique a récemment fait son apparition, mais il manque encore d'études contrôlées évaluant son efficacité et ses risques: l'angioplastie avec ou sans stenting, praticable également dans les artères vertébrales et les branches de l'arc aortique. Les opérations de bypass extracrânien/intracrânien, plutôt rares, sont efficaces dans certains cas particuliers, de même que les opérations de transposition et de décompression d'artères.

Une héparinisation full-dose est recommandée pendant l'opération, suivie d'une dose plus faible. Un traitement anti-aggrégant (aspirine à faible dose) est recommandé pour le traitement conservateur d'une sténose précérébrale, mais aussi après - et pendant - l'intervention. L'ultrason doppler, bien que d'un rendement faible d'après une référence récente, reste néanmoins recommandé à intervalles réguliers pour contrôler le patient après l'opération, afin de dépister une resténose ou une sténose controlatérale (voir chapitre Evaluation).

Prévention primaire : 12.- Syndrome des apnées du sommeil

Mots-clés: sleep apnea syndrome

Il existe suffisamment de preuves pour affirmer que le syndrome des apnées nocturnes constitue un facteur de risque pour l'ictus. L'augmentation du risque serait de 2 à 4 selon les auteurs. Des épisodes d'apnée nocturne peuvent d'ailleurs se voir également plus souvent chez un patient ayant subi un AVC. L'examen diagnostique de choix est la polysomnographie; l'oxymétrie n'est pas assez sensible et l'expérience manque encore pour recommander des appareils dont la complexité est intermédiaire entre l'oxymétrie et la polysomnographie et qui auraient l'avantage d'être moins coûteux que cette dernière. Bien que certains experts ne soient pas d'accord, la plupart voient dans le traitement de ce syndrome une manière d'améliorer la qualité de vie, la morbidité et la mortalité (surtout cardiovasculaire) de ces patients. Les mesures générales suivantes sont souvent proposées: perte pondérale, abstinence de médicaments sédatifs, de tabac et d'alcool, position autre que le décubitus dorsal pendant le sommeil. Si une référence ne leur accorde que peu d'efficacité, une autre prétend qu'une prise en charge multidisciplinaire entraîne des succès importants, il est vrai parfois grâce à la chirurgie. Le traitement de choix recommandé initialement est l'application d'un appareil à CPAP (*continuous positive airway pressure*) nasal pendant la nuit. Ce n'est qu'en cas d'échec ou d'intolérance de la CPAP qu'un appareil intrabuccal est proposé. La chirurgie est indiquée dans les rares cas d'anomalies anatomiques, mais elle est aussi pratiquée comme alternative ou comme traitement complémentaire à

la CPAP. Les preuves ne sont toutefois pas suffisantes pour pouvoir la recommander. Le traitement médicamenteux peut être efficace, mais son utilisation est limitée par les effets indésirables.

Prévention secondaire : 1.- Traitement anti-épileptique

Mots-clés: epilepsy

La littérature est insuffisante pour conclure (3 références seulement retenues).

Le traitement anti-convulsivant est recommandé par une référence. Selon une référence, les crises précoces n'entraînent pas de nécessité de traitement à long terme, tandis que les crises tardives présentent une bonne réponse au traitement. Un traitement prophylactique est proposé mais non recommandé selon une référence.

Evaluation : 1.- Examen du liquide céphalo-rachidien

Mots-clés: cerebrospinal fluid or subarachnoid hemorrhage or lumbar puncture

La ponction lombaire et l'examen du liquide céphalo-rachidien sont recommandés par toutes les références, mais seulement dans les cas où l'on suspecte une hémorragie sous-arachnoïdienne (malgré un CT négatif) ou une infection du système nerveux central. Une référence ajoute à ces indications les cas de thrombose veineuse cérébrale et de vasculite. Une autre recommande la ponction lombaire et l'examen du liquide céphalo-rachidien au cas où il n'y aurait pas de CT à disposition, à la condition qu'il n'y ait pas de contre-indication et que l'on souhaite anticoaguler le patient pour une raison impérative.

Evaluation : 2.- CT scan (tomographie axiale computerisée)

*Mots-clés: tomography, x-ray computed / scan**

Le CT scan est recommandé par toutes les références comme examen prioritaire urgent²⁴⁶ en cas d'ictus, aussi bien chez les patients jeunes que les patients plus âgés. Cette recommandation émane cependant davantage d'un consensus large que d'essais cliniques randomisés. Son rôle dans l'évaluation d'un AIT est aussi important, mais une référence relève certaines conditions auxquelles un CT est vraiment requis. Même si l'IRM possède certains avantages sur le CT, celui-ci apporte toutes les informations nécessaires à une bonne prise en charge du patient dans les premières heures. L'examen est également indiqué dans le suivi, bien qu'aucune référence n'émette de recommandations précises sur le nombre et la fréquence des contrôles. Une seule référence recommande de pratiquer un CT à 2-7 jours en cas de CT initial négatif. Utilisé comme angio-CT dans la recherche de sténoses des carotides cervicales, il permet souvent de se passer de l'angiographie conventionnelle.

Evaluation : 3.- Imagerie par résonance magnétique (IRM)

Mots-clés: magnetic resonance imaging / tomography, x-ray computed / endarterectomy

Toutes les références s'accordent à dire que l'IRM présente des avantages certains par rapport au CT scan, mais aussi par rapport à l'angiographie. L'IRM est donc recommandée dans de nombreuses situations. Pour des raisons surtout logistiques, elle ne permet cependant pas de supplanter le CT systématiquement comme instrument diagnostique de première intention. Peut-être en ira-t-il autrement lorsque les techniques d'IRM fonctionnelles (DWI [*Diffusion-weighted imaging*], PWI [*Perfusion-weighted imaging*], en combinaison avec l'angio-IRM; spectroscopie) se seront généralisées. En effet, leur capacité à visualiser les zones d'ischémie réversibles - et donc accessibles à la thrombolyse - a été prouvée. Une référence appelle de ses vœux des études de coût-efficacité, afin de pouvoir formuler des algorithmes utiles dans chaque situation. Dans l'évaluation non-invasive des carotides, l'angio-IRM a fait ses preuves et pourrait, selon une référence, se substituer à l'écho-Doppler. Dans le cas d'une sténose, la combinaison écho-Doppler/angio-IRM permettrait d'éviter l'angiographie. L'angio-IRM est

²⁴⁶ Si possible dans les 48 heures et pas plus tard que dans les 7 jours. Si une thrombolyse est envisagée, le CT doit être fait le plus rapidement possible, mais au plus tard dans les 6 heures.

aussi sensible et spécifique que l'angiographie dans le diagnostic de thrombose veineuse intracrânienne, sauf en cas de thrombophlébite corticale isolée.

Evaluation : 4.- Tomographie par émission (PET, SPECT)

Mots-clés: tomography, emission-computed / tomography, x-ray computed / cerebrospinal fluid or subarachnoid hemorrhage or lumbar puncture / MRI

Les auteurs divergent dans leurs recommandations concernant l'utilisation des techniques de tomographie par émission; considérées comme expérimentales par certains, n'ayant pas leur place dans l'évaluation de l'ictus au stade aigu, elles seraient au contraire utiles pour d'autres, notamment pour différencier des sous-types d'ictus quand l'IRM ne permet pas de trancher et pour visualiser les zones de pénombre dont l'ischémie est potentiellement réversible. Elles permettent également d'évaluer les artères précérébrales, mais il existe d'autres techniques plus adaptées à cet effet et plus rapidement disponibles en urgence.

Evaluation : 5.- Ultrason Doppler

Mots-clés: ultrasonics or ultrasonography, doppler, color / endarterectomy / tomography, x-ray computed / ultrasound or doppler / carotid

L'ultrason Doppler est un examen recommandé par toutes les références dans la phase aiguë d'un ictus, mais également comme outil de dépistage d'une sténose carotidienne en prévention primaire. Il est moins sensible et moins spécifique que l'angiographie, mais il a l'avantage d'être non-invasif. Grâce à lui, l'angiographie peut donc souvent être évitée. Il doit cependant toujours être confirmé par un angio-CT ou une angio-IRM. Actuellement, tous les centres pratiquent en réalité un duplex (couplage d'une image échographique en mode B et d'un Doppler). Différentes techniques ont amélioré la sensibilité du Doppler et du duplex: le Doppler couleur (*power Doppler*), les techniques de reconstruction 3D, les agents de contraste (comme le Levovist[®]) et le *harmonic imaging*. Toutes ces techniques sont prometteuses, mais encore insuffisamment éprouvées pour pouvoir être recommandées systématiquement. Le Doppler transcrânien serait capable de visualiser le flux sanguin dans de petits vaisseaux intracrâniens et il pourrait être utile dans la détection de microembolies, notamment pendant une opération. La fréquence recommandée d'examen Doppler chez un patient porteur d'une sténose carotidienne asymptomatique est inconnue, de même que la fréquence des contrôles après une endartérectomie. Même si, d'après deux références, il est apparu peu rentable du point de vue coût-efficacité, il reste recommandé dans cette indication par la plupart des auteurs.

Evaluation : 6.- Angiographie

Mots-clés: angiography, digital subtraction or cerebral angiography / tomography, x-ray computed

L'angiographie conventionnelle (angiographie digitalisée par soustraction, intra-artérielle le plus souvent, parfois intra-veineuse) se pratique beaucoup plus rarement depuis que sont apparues les nouvelles techniques non-invasives, telles que l'écho-Doppler, l'angio-CT et l'angio-IRM. Malgré cela, la plupart des auteurs la considèrent encore comme le gold standard. Elle est indiquée en cas d'angio-IRM ou d'angio-CT qui ne permettent pas de trancher, de thrombose veineuse (surtout des petites veines corticales), de dissection, et comme examen possible avant une endartérectomie. Un dépistage préalable par ultrason et angio-IRM est le plus souvent recommandé en raison des risques de cet examen. Par ailleurs, elle est essentielle dans la neuroradiologie interventionnelle (thrombolyse artérielle).

Evaluation : 7.- Electrocardiogramme (ECG)

Mots-clés: electrocardiography

Toutes les références retenues recommandent de faire un électrocardiogramme (ECG) dès l'arrivée aux urgences, afin de déceler une anomalie cardiaque. Celle-ci est en effet à l'origine de 20% des ictus, toutes causes confondues. L'enregistrement ambulatoire de l'ECG pendant 24 heures (Holter) peut être recommandé dans un deuxième temps, mais seulement en cas de forte suspicion d'arythmie et si

L'ECG initial n'a pas permis de tirer de conclusion. Des anomalies de l'ECG peuvent aussi être consécutives à un ictus, mais leur signification exacte reste encore hypothétique.

Evaluation : 8.- Electroencéphalogramme (EEG)

Mots-clés: electroencephalography

L'électroencéphalogramme (EEG) est recommandé en urgence chaque fois que l'on suspecte une épilepsie, mais pas comme examen de routine après un ictus. Sa valeur pronostique est relativement modeste. L'EEG sert également à la surveillance du patient pendant une intervention chirurgicale, comme par exemple une endartérectomie.

Evaluation : 9.- Radiographie

Mots-clés: néant

Quatre des cinq références retenues recommandent de pratiquer une radiographie du thorax chez tout patient avec ictus. La dernière ne la propose que comme examen facultatif. Un patient comateux ou avec douleur cervicale devrait être de plus soumis à une radiographie de la colonne cervicale.

Evaluation : 10.- Echocardiographie

Mots-clés: echocardiography

Les preuves sont insuffisantes pour recommander une échocardiographie de routine pour tous les patients ayant subi un ictus, bien qu'une référence insiste sur la fréquence importante des cardiopathies à l'origine des ictus (20%). Il paraît établi que le rendement de cet examen est d'autant plus grand que le patient est jeune (<45 ans), qu'il a une cardiopathie connue ou fortement suspecte à l'examen clinique, et qu'il a déjà eu plusieurs événements cérébrovasculaires. La plupart des auteurs recommandent donc de pratiquer une échocardiographie de préférence chez cette catégorie de patients. Il ne faut pas que d'autres mesures plus urgentes soient retardées par l'échocardiographie. Certaines références regrettent l'absence de preuves solides pour recommander des approches thérapeutiques spécifiques à la suite de certaines trouvailles échocardiographiques. Une controverse existe quant au choix de la technique: la moitié des références suggère de ne pratiquer qu'une échographie par voie transœsophagienne (TEE), essentiellement pour des raisons de sensibilité et de coût, alors que l'autre moitié recommande de commencer par la voie transthoracique (TTE), même si le rendement n'est pas très grand, et de compléter par une TEE si nécessaire. Plusieurs références recommandent l'injection de produit de contraste dans une veine de l'avant-bras (test aux microbulles) afin d'augmenter le rendement de l'échocardiographie si l'on suspecte un foramen ovale ouvert ou une communication interauriculaire.

Evaluation : 11.- Analyses de laboratoire

Mots-clés: pas de recherche automatisée

Un certain nombre d'analyses de laboratoire sont recommandées par toutes les références retenues: hémogramme complet, vitesse de sédimentation, urée ou créatinine, sodium, potassium, glucose, lipides. Certains auteurs proposent d'inclure les examens suivants: CRP, TP, PTT, fibrinogène, tests hépatiques, CK et CK-MB, gazométrie, osmolarité sérique, sédiment urinaire. Dans un deuxième temps, on peut être amené à effectuer encore les dosages suivants: sérologies HIV, Borrelia, syphilis, VZV, électrophorèse des protéines, anticorps anti-nucléaires et autres auto-anticorps, facteur rhumatoïde, électrophorèse de l'hémoglobine, anticorps antiphospholipides, protéine C, protéine S, antithrombine III, résistance à la protéine C activée, homocystéine. Il faut cependant noter que le niveau de preuves pour ces recommandations est faible, même pour les examens proposés comme bilan initial de base.

Traitement : 1.- Transfert rapide en ambulance

Mots-clés: stroke unit§ / stroke team§ / heparin

Une littérature abondante est entièrement concordante sur le fait que l'ictus constitue une urgence médicale. Tous les moyens doivent être mis en œuvre pour un acheminement aussi rapide que possible du patient au lieu où il recevra les soins appropriés, pour l'efficacité desquels chaque minute compte.

Traitement : 2.- Anticoagulation / Antiagrégation

Mots-clés: heparin / stroke units / communication therapy / fibrinogen or hyperfibrinogenaemia

NB: dans la littérature qui porte sur l'anticoagulation / antiagrégation, il est souvent difficile de faire la distinction entre traitement aigu et prévention secondaire. Nous avons choisi de rassembler dans cette synthèse uniquement les articles qui faisaient référence au traitement aigu.

Anti-coagulation

La littérature est partagée quant à l'indication à un traitement anti-coagulant, mais dans l'ensemble elle ne soutient pas un tel traitement.

Deux références seulement soutiennent l'utilisation d'héparine, l'une à certaines conditions précises; l'autre a montré que les patients traités ne présentaient pas plus d'hémorragie ni une mortalité plus élevée, mais présentaient une amélioration neurologique.

Beaucoup d'autres sont d'un avis contraire: aucun traitement anticoagulant n'est recommandé, même pas en cas de fibrillation auriculaire; l'héparine n'est pas recommandée; l'incertitude règne quant à la valeur de l'héparine comme quant à celle des héparines de bas poids moléculaire ou des héparinoïdes; l'héparine et les héparinoïdes ne sont pas recommandés; l'héparine est recommandée seulement si le risque de récurrence est très élevé; le traitement par un héparinoïde n'aboutit à aucune amélioration à trois mois.

Anti-aggrégation

La seule thérapie anti-aggrégante reconnue est l'administration aussi rapide que possible d'aspirine; aucun autre médicament ne devrait être employé, sinon dans le cadre d'un essai clinique contrôlé randomisé. L'aspirine constitue la meilleure alternative lorsque la thrombolyse est contre-indiquée et en cas de fibrillation auriculaire. En cas d'intolérance à l'aspirine, on administrera du clopidogrel ou du *modified-release dipyridamole*. Lors d'utilisation d'aspirine et/ou clopidogrel, il convient de peser soigneusement le rapport risque/bénéfice. Le rôle bénéfique des agents anti-aggrégants est établi selon une référence, alors qu'une autre concède à l'aspirine une efficacité minimale. Une étude a montré une augmentation de la mortalité précoce chez des patients recevant de l'aspirine et de la streptokinase, et l'administration simultanée d'anticoagulants et de thrombolytiques est non recommandée par une autre référence.

Les agents défibrinogénants (comme l'ancrod) sont en cours d'évaluation.

Une hypertension sévère constitue une contre-indication à l'anticoagulation.

Traitement : 3.- Thrombolyse

Mots-clés: communication therapy / heparin / inpatient rehabilitation / stroke units / physiotherap§ / neuroprotective drugs / neuropsychol§ / stroke team§

La littérature est abondante à ce sujet mais non univoque.

Pour un certain nombre de références, la thrombolyse ne constitue pas un traitement reconnu: son application est encore débattue, la littérature ne permet pas de déterminer quel agent pharmacologique est le meilleur, s'il vaut mieux administrer des doses faibles ou élevées, ni quelle voie d'administration est la meilleure. D'autres sont carrément opposées à ce traitement: aucun agent n'a été prouvé être efficace, aucun agent n'est recommandé en dehors du cadre d'essais cliniques, l'usage thérapeutique à

large spectre de la thrombolyse est déconseillé. Un nombre particulièrement important de références considère l'usage de la streptokinase comme déconseillé.

Cependant, un autre ensemble de références, dont il faut relever qu'elles sont plus nombreuses et plus récentes que les précédentes, soutient ce traitement à un certain nombre de conditions qui sont clairement définies et largement acceptées: instauration du traitement dans les trois heures qui suivent le début des symptômes pour la thrombolyse intraveineuse, respect de critères stricts d'inclusion et d'exclusion, en particulier exclusion préalable d'hémorragie par un CT-scan, emploi de rt-PA (*recombinant tissue plasminogen activator*), dans des centres disposant de toute l'expérience et l'infrastructure nécessaires, après avoir obtenu le consentement éclairé du patient et de ses proches.

En cas d'occlusion embolique de l'artère basilaire, trois références recommandent l'application intra-artérielle locale de thrombolytiques, dont l'une précise qu'elle peut être réalisée au-delà de 6 heures après le début des symptômes. La thrombolyse intra-artérielle dans les 6 premières heures après le début des symptômes (sans précision des indications) est soutenue par deux autres références, alors qu'une autre souligne que son bénéfice au-delà de 3 heures n'est pas établi.

Le reste des informations disponibles sont plutôt éparses et seront brièvement résumées ici: l'application de r-pro-UK (recombinant pro-urokinase) améliore la recanalisation mais s'accompagne d'un risque d'hémorragie, la thrombolyse appliquée de routine en extra-hospitalier conduit aux mêmes résultats que ceux qui avaient été obtenus dans les études multi-centriques, l'ozagrel de sodium est supérieur à l'urokinase, l'administration simultanée de thrombolytiques et d'aspirine ou d'héparine est déconseillée, l'administration précédente d'aspirine ne constitue pas une contre-indication à la thrombolyse mais aucun agent anti-plaquettaire ne doit être administré dans les 24 heures au moins qui suivent l'administration d'agents thrombolytiques.

Traitement : 4.- Neuroprotection

Mots-clés: communication therapy / confusion / depression / neuroprotective drugs / physiotherap§ / heparin / dysphagia / stroke unit§ / neuroprotectant§

Une littérature abondante s'accorde à dire qu'en l'état actuel des connaissances aucun traitement neuroprotecteur ne peut être recommandé.

Toutefois, trois références de niveau I ont montré l'efficacité d'agents neuroprotecteurs dans le traitement de l'ictus: il s'agit du lubeluzole, d'un bloqueur de canaux sodium et des deux agents nimodipine et citicholine.

Finalement, deux références soulignent l'importance de combattre les états fébriles chez les patients en traitement aigu de l'ictus.

Traitement : 5.- Oxygénothérapie

Mots-clés: oxygen

La littérature est insuffisante pour conclure (1 référence seulement retenue).

Traitement : 6.- Stroke units

Mots-clés: institutional§ / stroke unit§ / community-based rehabilitation / nursing home / psychol / physiotherap§ / inpatient rehabilitation / interdisciplinary or pluridisciplinary*

NB: dans la littérature qui porte sur les stroke units, il est souvent difficile de faire la différence entre traitement «aigu» et réadaptation. Pour cette raison, nous avons créé deux synthèses qui traitent de ce thème, l'une dans le chapitre Traitement, l'autre dans le chapitre Réadaptation. Le document du chapitre Réadaptation regroupe tous les articles qui spécifient qu'ils traitent de réadaptation, alors que le document du chapitre Traitement regroupe tous les autres articles.

Une abondante littérature s'accorde à recommander la prise en charge des patients dans le cadre de stroke units. Cette prise en charge résulte en effet en une diminution de la mortalité, de la dépendance

et des complications médicales; elle permet de réduire la durée du séjour hospitalier, elle favorise le retour à domicile et améliore la qualité de vie des patients.

Une référence recommande que les patients atteints d'ictus soient admis en hôpital de soins aigus et que la suite de leur prise en charge ait lieu dans des stroke units.

Si les stroke units se caractérisent par leur approche spécialisée et multidisciplinaire, les facteurs exacts dont dépendent la diminution de la morbidité et de la mortalité ne sont pas connus, selon une référence.

Selon une référence, les services disponibles dans une stroke unit devraient inclure:

- une équipe multidisciplinaire agissant de manière coordonnée et disposant d'une expertise dans le domaine du traitement et de la réadaptation de l'ictus;
- des programmes éducatifs et de formation destinés respectivement au personnel soignant et au patient et à ses proches;
- des protocoles de traitement agréés.

L'admission dans des stroke units ne devrait pas être limitée par des facteurs comme l'âge, le sexe, ni la sévérité de l'ictus, pour une référence.

Selon une dernière référence, les stroke teams constituent une alternative acceptable en l'absence de stroke units.

Réadaptation - Indications / Buts / Modalités / Effets

Mots-clés: nursing home / inpatient rehabilitation / interdisciplinary or pluridisciplinary / neuropsychology / outpatient rehabilitation / occupational therapy / physiotherapy / bladder

L'AVC ischémique est un traceur particulièrement intéressant du point de vue de la réadaptation. Les principes généraux sont en conséquence brièvement énoncés en introduction aux synthèses plus spécifiques.

Une abondante littérature s'accorde à recommander l'accès à des programmes de réadaptation à tous les patients susceptibles d'en bénéficier (c'est-à-dire possédant l'endurance physique et les capacités cognitives nécessaires). Les bénéfices de tels programmes apparaissent bien établis, mais il n'existe pas de recommandations quant à leur contenu ni du point de vue qualitatif ni du point de vue quantitatif. L'implication active du patient et de ses proches, ainsi que le travail coordonné de soignants émanant de multiples disciplines, contribuent fortement à la réussite de la réadaptation.

INDICATIONS

Les facteurs déterminants pour l'accès à un programme de réadaptation sont le type et la sévérité du handicap, la capacité d'apprendre et l'endurance physique.

L'accès à un programme de réadaptation devrait être limité aux patients présentant un handicap dans 2 ou plus des domaines suivants: mobilité, activités de la vie quotidienne (AVQ), continence, capacités cognitives, fonctions affectives, douleur, déglutition, communication.

Les résultats étant imprévisibles au niveau individuel, la réadaptation est recommandée pour tous les patients. Tous les patients devraient bénéficier d'une évaluation complète par une équipe multidisciplinaire (2 références, dont 1 précise que cette évaluation doit avoir lieu dans les 24-48 heures qui suivent l'admission et être aussi complète que possible). Aucun type de réadaptation n'est approprié pour les patients médicalement instables. Tous les patients devraient être transférés dans un service de réadaptation dans les 7 jours qui suivent leur admission, et tous les patients devraient être placés sous la responsabilité de services de réadaptation dans les six premiers mois qui suivent l'ictus.

La réadaptation aiguë (voir ci-dessous) s'adresse aux patients présentant un risque modéré d'instabilité médicale, nécessitant une assistance minimale à maximale pour la mobilité fonctionnelle, et dont les capacités cognitives et physiques sont suffisantes.

La réadaptation subaiguë s'adresse aux patients présentant un risque minimal d'instabilité médicale, nécessitant une aide minimale à maximale pour les activités fonctionnelles, et dont les limitations physiques et/ou cognitives empêchent la participation à un programme intensif. Les patients présentant un besoin d'assistance totale pour leur mobilité ou les AVQ sont candidats à un programme de réadaptation intensif.

BUTS

Trois références définissent les buts suivants: prévenir les complications et effectuer auprès du patient et de ses proches un travail de prévention de futurs accidents vasculaires cérébraux; traiter les différents troubles fonctionnels.

Les buts doivent être réalistes (*achievable*), avoir un sens (*meaningful*) et être fixés à court aussi bien qu'à long terme, au niveau de l'équipe aussi bien que du médecin individuel. Le patient et ses proches doivent être impliqués dans la définition des buts.

MODALITES

Les conditions nécessaires sont une sélection appropriée des patients, une participation active du patient et de ses proches, une équipe multidisciplinaire (4 références, dont 2 précisent qu'elle est dirigée par un médecin); pour une référence, les services interdisciplinaires sont préférables aux services multidisciplinaires.

La réadaptation doit reposer sur un travail en commun de tous les soignants (le personnel infirmier étant partie intégrante de l'équipe de réadaptation), du patient et de ses proches, qui doivent être impliqués dans les décisions. Les soignants doivent être formés quant au positionnement adéquat du patient, à la reconnaissance et à la gestion des problèmes cognitifs et de communication. Le suivi et la prise de décisions doivent avoir lieu selon des méthodes validées.

L'intensité de la réadaptation ne joue qu'un rôle limité, ou non établi. Par contre, il est établi qu'il est bénéfique d'instaurer la réadaptation le plus précocement possible.

La réadaptation sera d'autant plus efficace qu'elle a lieu dans un contexte fonctionnel (*task-oriented approach*). L'importance d'un environnement familial et personnalisé est soulignée, autant que celle de la possibilité de s'entraîner en tout temps aux tâches pertinentes.

Selon une référence, il n'existe pas de recommandations quant à la nature particulière de la réadaptation, qui doit cependant être intensive, ciblée, centrée sur le patient et explicitée (*specified*); pour une autre, il n'existe qu'une faible relation entre emploi de services spécialisés et meilleure récupération fonctionnelle.

Une référence recommande que les patients voient un thérapeute tous les jours ouvrables et reçoivent autant de thérapie que possible (dans les limites de ce qui est tolérable pour le patient).

Une autre référence distingue deux types de programmes d'intensité différente, un programme dit aigu qui comprend 3 heures ou plus de thérapie par jour, 5 ou 6 jours par semaine, avec visite quotidienne du médecin, et un programme dit subaigu qui comprend 1-3 heures de thérapie par jour, 3-5 jours par semaine, avec visite du médecin 1-3 fois par semaine.

L'acupuncture n'a pas montré d'effets bénéfiques pour une référence; pour une autre, elle doit être réservée aux essais cliniques.

Une référence évoque l'utilité potentielle de l'accès des patients à leur dossier.

EFFETS

La réadaptation permet de récupérer des fonctions lésées et d'améliorer la qualité de vie.

Il a été montré qu'une amélioration même modeste des fonctions entraîne une amélioration de la qualité de vie sans qu'il y ait nécessairement raccourcissement du séjour hospitalier, ce qui fait préconiser à une référence que l'on adopte des mesures plus adéquates des bénéfiques de la

réadaptation. De plus, selon une référence, la réadaptation améliore le fonctionnement du patient d'une manière qui ne relève pas uniquement de la correction des déficits neurologiques.

Même dans les cas lourds, il existe de bonnes chances d'obtenir la récupération d'une indépendance au moins partielle dans les AVQ, en particulier la marche.

Différents prédicteurs de la récupération fonctionnelle ont été identifiés: âge, anamnèse de précédents ictus, incontinence urinaire, état de conscience à l'arrivée, désorientation dans le temps et l'espace, sévérité de la paralysie, équilibre en position assise, score des AVQ à l'admission, niveau de soutien social; chez les patients hypertendus, taux de métabolisme du glucose hors de la zone infarctée.

Le suivi de patients gériatriques post-ictus à 3 ans après réadaptation a montré un maintien ou une amélioration des fonctions (exception faite des fonctions motrices qui s'étaient dégradées).

Les effets de la réadaptation cardiaque sur le devenir fonctionnel et la mortalité à long terme ne sont pas établis.

Le rôle des programmes d'éducation, de conseil et de récréation n'est pas établi non plus.

Réadaptation : 1.- Aides et rééducation à la marche

Mots-clés: cane or crutch or stick

La littérature est insuffisante pour conclure (2 références seulement retenues).

Il se pourrait toutefois qu'une canne améliore la stabilité et la démarche des patients. Une référence ajoute qu'un entraînement sur tapis roulant peut être envisagé chez les patients ne marchant pas à 3 mois.

Réadaptation : 2.-Traitement de la douleur

Mots-clés: electrical stimulation / physiotherapy / stretching

La littérature disponible porte principalement sur le traitement des douleurs à l'épaule. Elle est peu abondante mais de bonne qualité (sur 6 références retenues, une de niveau II, deux de niveau I et deux RPCs).

Selon l'une des références, le traitement doit suivre des protocoles. Il comprend un positionnement et des manipulations adéquates, ainsi qu'une évaluation régulière de la douleur et un traitement actif, selon les souhaits du patient. Ce traitement consistera en AINS, neurostimulation électrique transcutanée de haute intensité, 3 injections intra-articulaires de 40 mg de triamcinolone (dans l'ordre chronologique des tentatives). De plus, il est recommandé d'essayer assez tôt des anti-dépresseurs tricycliques en cas de douleur chronique qui devrait répondre à un tel traitement.

Selon une référence, les traitements possibles consistent en port d'une attelle, injection de stéroïdes, physiothérapie, chirurgie et bloc des ganglions stellaires.

Selon deux références, la stimulation électrique fonctionnelle a montré son efficacité pour diminuer la douleur et le degré de subluxation; elle pourrait de plus faciliter la récupération fonctionnelle de l'épaule.

Selon une référence, la stimulation électrique transcutanée n'a pas prouvé son efficacité, mais peut s'avérer utile lorsque les autres modalités possibles ont échoué; ce traitement ne doit être poursuivi que si un effet bénéfique a été démontré chez le patient individuel. Une dernière référence cite l'absence d'effet de la stimulation électrique transcutanée de basse intensité.

Réadaptation : 3.- Traitement de la dysphagie

Mots-clés: dysphagia / speech therapy / nasogastric tube / oxygen / swallowing assessment

La littérature s'accorde à reconnaître l'importance de diagnostiquer et de traiter la dysphagie consécutive à l'ictus, mais elle ne fournit aucune recommandation précise sur les modalités de ces interventions.

La dysphagie constitue une indication à l'hospitalisation. Elle s'accompagne d'un risque de complications graves et elle est reconnue comme une variable prédictrice de la durée du séjour hospitalier; un traitement approprié contribue à diminuer l'incidence des pneumonies d'aspiration, ainsi que les coûts.

Il est recommandé de procéder à une évaluation aussi précoce que possible d'une éventuelle dysphagie, comprenant également un status respiratoire et nutritionnel, une évaluation de l'état de conscience et la détection d'éventuels problèmes laryngés, suivie si nécessaire d'une délégation aux spécialistes.

L'examen au lit du malade, sous réserve d'être réalisé dans des conditions optimales, aurait une efficacité diagnostique équivalente à celle de la vidéofluoroscopie. La vidéofluoroscopie et l'endoscopie ne sont pas considérées comme des gold standards; néanmoins, la vidéofluoroscopie peut être très utile pour confirmer un diagnostic. L'oxymétrie pulsée est citée comme une méthode diagnostique fiable, simple, rapide et non invasive, utilisable en routine.

Les buts du traitement sont de prévenir l'aspiration, la malnutrition, la déshydratation, et de rétablir une alimentation normale. Le traitement repose en particulier sur une bonne collaboration entre patient, proches et soignants et une formation appropriée des divers intervenants (médecins assistants, logopédistes, personnel infirmier et de cuisine).

L'éducation du patient et de ses proches aux techniques facilitant la déglutition est considérée comme utile par deux des références retenues, dont l'une rapporte une efficacité prouvée de ce traitement. Une posture appropriée et un appareillage ad hoc sont considérés comme utiles. La thérapie comportementale est conseillée si possible.

La modification du régime est citée comme traitement, et une étude contrôlée randomisée a montré une plus grande efficacité d'un régime à base d'aliments mous que d'un régime à base d'aliments mixés. La gastrostomie percutanée ou la sonde nasogastrique sont indiquées chez des patients dont l'alimentation orale est insuffisante. Il a été montré que la gastrostomie percutanée, indiquée chez des patients nécessitant une alimentation entérale d'une durée de plusieurs semaines, était plus efficace que la sonde nasogastrique; elle pourrait améliorer la nutrition et l'évolution du patient.

La littérature ne permet pas de se prononcer sur l'efficacité de la stimulation thermique ni sur celle de la physiothérapie.

Réadaptation : 4.- Ergothérapie

Mots-clés: occupational therapy / physiotherapy

La littérature est peu abondante mais de bonne qualité (sur les 8 références retenues, trois références de niveau I et deux RPCs). Elle s'accorde à reconnaître l'utilité de l'ergothérapie dans le processus de réadaptation.

Tous les patients présentant des difficultés à s'acquitter des AVQ devraient être évalués par un ergothérapeute. Il est recommandé d'instaurer un traitement ergothérapeutique précoce (dans la phase aiguë déjà). Tous les patients devraient jouir de l'opportunité de s'entraîner aux AVQ et à d'autres activités domestiques, sociales, professionnelles ou de loisir.

Deux références ont démontré les effets bénéfiques de l'ergothérapie: diminution significative des handicaps chez des patients non hospitalisés, augmentation de l'indépendance fonctionnelle et sortie à destination de lieux de résidence à encadrement plus léger chez des patients hospitalisés.

L'importance du contexte est soulignée par deux références: amélioration de la coordination des mouvements lorsque les objets sont utilisés dans un contexte fonctionnel et efficacité plus grande des exercices réalisés dans un contexte ergothérapeutique.

Selon une dernière référence, il est recommandé d'évaluer les besoins de chaque patient (à domicile ou lors de la sortie d'hôpital) en matière de moyens auxiliaires, et de fournir ces moyens aussi rapidement que possible, chaque patient devant avoir un accès rapide à tous les moyens susceptibles d'accroître son autonomie; la prescription de tels moyens doit se baser sur une évaluation précise du patient et de

son environnement physique et social; les moyens auxiliaires doivent être sûrs et fiables, leur utilisateur doit avoir reçu une formation adéquate; ils doivent être réévalués régulièrement.

Réadaptation : 5.- Traitement de l'incontinence urinaire

Mots-clés: psychol / urinary incontinence*

La littérature est peu abondante (5 références seulement retenues), mais de bonne qualité (1 référence de niveau II et deux RPCs).

Le diagnostic et le traitement de l'incontinence urinaire sont recommandés comme des mesures susceptibles d'améliorer le bien-être du patient, d'augmenter la survie, de diminuer les handicaps et de diminuer les coûts. L'incontinence urinaire complique la réadaptation et retarde la sortie d'hôpital. Elle constitue une variable pronostique importante, sur laquelle la littérature est malheureusement lacunaire.

Il est recommandé de suivre des protocoles de traitement. Parmi les mesures reconnues figurent la physiothérapie, les médicaments (oxybutinine, oestrogènes), la thérapie comportementale et la chirurgie. Il a été montré qu'une réadaptation fondée sur l'utilisation de mesures d'indépendance fonctionnelle améliorerait les résultats sur le plan de l'incontinence urinaire davantage que les méthodes «classiques» de réadaptation.

Le traitement requiert une bonne collaboration entre gériatres et urologues, une bonne information aux patients sur les options de traitement, et une bonne formation du personnel soignant. Une continuité doit être assurée entre l'hôpital et le milieu extra-hospitalier; en particulier, aucune sortie ne doit avoir lieu avant que les conditions adéquates soient réalisées à l'extérieur en termes d'équipement et de formation de la personne qui s'occupera du patient.

Des investigations supplémentaires sont recommandées si l'incontinence persiste.

Un choix soigneux du cathéter ou d'autres moyens est recommandé, ainsi qu'une attention portée aux fonctions sexuelles en cas de port d'un cathéter à long terme.

Réadaptation : 6.- Logopédie

Mots-clés: physiotherap\$ / speech therap\$ / neuropsychol\$ / neuroprotective drugs

La littérature est peu abondante mais de bonne qualité (3 références de niveau I et deux RPCs sur les 9 références retenues).

L'aphasie est reconnue comme une atteinte qui influence négativement la récupération fonctionnelle, l'humeur, la qualité de vie et la capacité de reprendre le travail. Une référence mentionne l'interaction réciproque négative entre aphasie et dépression.

Il est recommandé de procéder à une évaluation de la dysphasie chez tout patient présentant une atteinte dominante d'un hémisphère. En cas de problèmes fonctionnels de communication, une évaluation par un spécialiste est recommandée. Il est recommandé de traiter l'aphasie et d'instaurer un traitement logopédique aussi tôt que possible, comme part intégrante du traitement aigu; la durée d'un tel traitement est estimée à 4-8 semaines, cependant qu'une référence mentionne que la récupération peut encore se poursuivre à plus d'une année post-ictus.

Bien que la logopédie constitue un traitement reconnu par les experts, aucune méthode n'a démontré son efficacité à ce jour, ou ne paraît être supérieure à d'autres.

Cinq références seulement parlent de méthodes de traitement; elles sont trop éparses pour être résumées ici, sauf une RPC qui recommande: a) la formation des soignants et des proches; b) en cas de handicap sévère associé à des capacités cognitives raisonnablement préservées, de fournir des aides adéquates à la communication; c) en cas de difficultés à long terme, d'offrir un réentraînement à la lecture.

Réadaptation : 7.- Neuropsychologie

Mots-clés: stroke unit§ / depression / walk / speech therap§ / occupational therap§*

La littérature est peu abondante mais de bonne qualité (parmi les 8 références retenues, 2 références de niveau I, une de niveau III et deux RPCs). Elle s'accorde sur la nécessité d'un examen de dépistage neuropsychologique chez les patients ayant eu un ictus, mais seule l'une des trois références préconise que cet examen soit effectué par un spécialiste. Des troubles cognitifs trop prononcés constituent une contre-indication au traitement; dans tous les autres cas, le traitement est recommandé.

S'ils ne sont pas traités, les troubles neuropsychologiques constituent des prédicteurs négatifs de la récupération. La négligence est un facteur de mauvais pronostic global, en particulier pour la récupération, la longueur du séjour hospitalier et le retour à domicile. Les patients souffrant de cette atteinte sont plus sujets aux chutes et aux collisions de chaises roulantes.

Il est recommandé de traiter assez tôt et énergiquement les états de confusion, qui peuvent être la conséquence directe de l'ictus, de complications médicales ou d'une immobilisation prolongée. Il est également recommandé d'appliquer des stratégies spécifiques de réadaptation pour les cas de négligence ou les atteintes du champ visuel, et une référence a montré que les patients traités pour négligence visuelle ne différaient pas des autres en termes de destination de sortie des stroke units.

Il n'existe pas de programme de traitement dont l'efficacité générale ou à long terme ait été prouvée à ce jour. Cinq références seulement parlent de méthodes de traitement; elles sont trop éparpillées pour être résumées ici.

Réadaptation : 8.- Prévention et traitement de la spasticité

Mots-clés: electrical stimulation / walk§ / inpatient rehabilitation / outpatient rehabilitation / physiotherapy / spasticity / stroke units / baclofen

Le traitement de la spasticité de la jambe ou du bras est recommandé, avec médicaments ou physiothérapie, même si le bénéfice fonctionnel est incertain et les modalités du traitement mal établies. Dans le traitement, il est important de se fixer des objectifs et de combiner plusieurs modalités (en particulier mécanique et pharmacologique).

L'injection de toxine botulinique est généralement considérée comme efficace, surtout en association avec d'autres mesures: elle est efficace, en particulier pour l'inversion du pied, à doses classiques ou à doses faibles, mais alors accompagnée d'un strapping cheville-pied (*ankle-foot taping*); elle est aussi efficace que le phénol à 2 et 3 mois, surtout durant la première année post-ictus; son effet est renforcé par la stimulation électrique et par la pose d'une attelle à l'avant-bras.

Parmi les autres traitements cités comme efficaces, on trouve pêle-mêle: positionnement anti-spastique, exercices *range of motion*, étirement, pose d'attelles, injection intrathécale de baclofène, thermocoagulation, *Odstock dropped foot stimulator*.

La clonidine est un traitement potentiellement efficace.

La stimulation électrique transcutanée de basse intensité et une orthèse pied-cheville sont considérées comme inefficaces.

Réadaptation : 9.- Lieu de la réadaptation

Mots-clés : institutional§ / interdisciplinary or pluridisciplinary / outpatient rehabilitation / occupational therapy / nursing home / inpatient rehabilitation / hospital-based rehabilitation / home care / psychol / stroke units*

NB: dans la littérature qui porte sur les structures de prise en charge en général et les stroke units en particulier, il est souvent difficile de faire la différence entre traitement «aigu» et réadaptation. Pour cette raison, nous avons créé deux synthèses qui traitent de ce thème, l'une dans le chapitre Traitement, l'autre dans le chapitre Réadaptation. Le document du chapitre Réadaptation regroupe

tous les articles qui spécifient qu'ils traitent de réadaptation, alors que le document du chapitre Traitement regroupe tous les autres articles.

La littérature est abondante à ce sujet mais n'aboutit à aucune recommandation claire quant au choix de la structure idéale pour la réadaptation. La tendance générale, en toute logique, consiste à ajuster le lieu de la réadaptation au degré de handicap du patient, avec transfert dans des structures plus «légères» que l'hôpital dès que le degré de récupération du patient le permet; de manière intéressante, la réadaptation à domicile est bien notée.

CHOIX DE LA STRUCTURE, COMPARAISONS ENTRE STRUCTURES

Le début de la réadaptation aura lieu dans l'hôpital d'admission et se poursuivra dans un hôpital spécialisé ou un centre de réadaptation, avec passage au mode ambulatoire à long terme. Passée la phase aiguë, la réadaptation peut se faire aussi bien à l'hôpital qu'en ambulatoire, à condition que le patient puisse effectuer seul le transfert lit-chaise avant son retour à domicile. Les patients stabilisés mais présentant des problèmes médicaux complexes doivent cependant être hospitalisés dans des centres disposant de tous les services et compétences nécessaires.

Pour les patients présentant un déficit fonctionnel léger mais étant autonomes pour les AVQ, un programme interdisciplinaire n'est pas nécessaire, des services sélectifs de réadaptation sont suffisants. Les patients ne nécessitant qu'une supervision ou une assistance minimale pour les AVQ pourront bénéficier d'une réadaptation à domicile ou en ambulatoire si leur environnement à la maison le permet, dans le cas contraire d'une réadaptation dans un home médicalisé (*nursing facility*).

La réhabilitation en hôpital de jour (*day rehabilitation*) et en ambulatoire est recommandée pour les patients qui sont médicalement stables et ne requièrent qu'une assistance fonctionnelle minimale, lorsque leur environnement leur permet de rester à domicile dans des conditions de sécurité. La réadaptation à domicile est indiquée pour les patients qui ne nécessitent pas d'hospitalisation, mais dont l'endurance est faible ou qui ne peuvent se déplacer au-dehors dans de bonnes conditions de sécurité.

LES STRUCTURES EN PARTICULIER

Réadaptation hospitalière

L'efficacité de la réadaptation hospitalière est démontrée pour une référence, surtout pour les patients présentant des déficits modérés à sévères pour une autre.

Réadaptation dans les stroke units

L'efficacité de la réadaptation en stroke units est citée par deux références. Par rapport à l'hôpital, les patients traités dans les stroke units bénéficient de plus d'interactions avec le personnel infirmier et les thérapeutes, et sont plus souvent placés dans la position recommandée.

Sortie précoce d'hôpital

La sortie précoce d'hôpital avec soutien (*early supported discharge*) est aussi efficace que la prise en charge «classique» pour trois références, et elle est préconisée par une quatrième, alors que deux références considèrent, l'une que ses avantages ne sont pas établis, l'autre que les risques et bénéfices sont peu clairs.

Hôpital de jour

Pour une référence, l'efficacité de la réadaptation en hôpital de jour n'est pas établie; pour une autre, elle est aussi efficace que la réadaptation à domicile.

Réadaptation à domicile

Pour des patients soigneusement sélectionnés, la réadaptation à domicile aboutit à des résultats comparables à ceux d'autres formes de réadaptation en termes de qualité de vie et d'autonomie; elle est aussi efficace qu'en ambulatoire ou en hôpital de jour; à la maison, le patient peut davantage prendre des initiatives et exprimer ses propres objectifs; la réadaptation à domicile présente l'avantage d'avoir

lieu dans l'environnement familial du patient, ce qui peut être particulièrement bénéfique pour les patients souffrant de troubles cognitifs.

Réadaptation : 10.- Traitement de la dépression / Aspects psychologiques et psychiatriques

Mots-clés: neuropsychol\$ / community-based / communication therapy / depression / psychol / heparin / speech therap\$

Une littérature abondante s'accorde sur l'importance du diagnostic et du traitement de la dépression post-ictus, mais reste partagée quant aux modalités de traitement efficaces.

Le dépistage de la dépression est recommandé, ainsi que celui d'autres troubles affectifs précoces, et deux références recommandent le traitement de la dépression quelle que soit son origine.

Selon une référence, les facteurs émotionnels jouent un rôle crucial dans l'adaptation du patient, et une autre préconise d'évaluer régulièrement les besoins psychosociaux des patients et de leurs proches.

Il semble établi que la dépression ait des effets délétères sur la récupération de l'ictus au sens large: augmentation de la mortalité, influence négative sur le processus de réadaptation, sur les capacités cognitives, sur la qualité de vie à long terme, sur le pronostic; influence négative réciproque entre dépression et aphasie.

Concernant les modalités concrètes de traitement, la littérature est difficilement interprétable. Les références disponibles évoquent surtout la pharmacothérapie et la psychothérapie, individuelle ou en groupe. L'une des références retenues plaide pour le soutien et l'enseignement de la famille, une autre pour la musicothérapie.

Réadaptation : 11.- Orthèses / Chaises roulantes

Mots-clés: walk\$ or hemiwalk\$ / shoe / physiotherapy / spasticity

La littérature recommande la prescription d'orthèses pour certains patients et dans certaines circonstances.

Une référence recommande l'emploi de moyens auxiliaires (*adaptive devices*) dans les cas où d'autres méthodes ne peuvent pas être apprises ou fournies au patient; la fiabilité et la sécurité de ces moyens doivent être assurées, ainsi qu'une formation complète de l'utilisateur; les chaises roulantes sont réservées aux cas de faiblesse motrice ou de grande fatigabilité, après évaluation de l'environnement dans lequel elles seront utilisées et avec le plein accord du patient et de ses proches.

La stimulation de la dorsiflexion est utile selon trois références, dont l'une précise qu'elle réduit les efforts à la marche mais qu'elle doit être arrêtée si la mobilité s'améliore, si au contraire elle se dégrade, ou s'il y a des difficultés à positionner les électrodes; une autre restreint son utilisation à une sous-population de patients.

Les orthèses du membre inférieur sont utiles selon trois références également, dont l'une précise qu'elles stabilisent la cheville ou le genou lors de la marche et doivent être faites sur mesure uniquement dans le cas d'un usage à long terme; une autre mentionne qu'elles sont utiles pour certains patients et qu'elles devraient être adaptées individuellement.

Finalement, une référence mentionne un écarteur d'orteils (*toe spreader*) comme potentiellement utile pour améliorer la marche, cela d'une manière qui dépend du contexte fonctionnel.

Réadaptation : 12.- Physiothérapie

Mots-clés: electrical stimulation / occupational therap\$ / physiotherap\$ / walk\$ / wheelchair\$ / inpatient rehabilitation / outpatient rehabilitation / spasticity / stretching

Bien qu'abondante, la littérature à ce sujet ne contient aucune recommandation claire, pas même au sujet des indications à la physiothérapie. Une seule référence cite comme buts de la physiothérapie l'amélioration de la fonction et du contrôle moteur, et le réapprentissage des relations sensori-motrices. Deux références recommandent une instauration rapide du traitement physiothérapeutique,

et l'une recommande qu'elle ait lieu dans un contexte neurologique, sous la coordination d'un physiothérapeute spécialisé dans le domaine des handicaps neurologiques. Quatre références citent une efficacité meilleure lorsque les exercices sont effectués dans un contexte fonctionnel (*task-oriented, task-related, activity-oriented, added purpose*).

En ce qui concerne les méthodes à appliquer, la littérature est très dispersée; elle indique toutefois, en général, des résultats positifs des interventions physiothérapeutiques, et tend à montrer qu'une combinaison de méthodes se révèle plus efficace que des traitements isolés. Elle n'apporte aucune information quant à l'intensité idéale de traitement.

Une seule référence édicte des recommandations que nous résumerons ici: le bio-feedback n'est pas recommandé en usage de routine, mais peut être utilisé comme méthode d'appoint dans le traitement des troubles de l'équilibre. La stimulation électrique fonctionnelle n'est pas non plus recommandée en usage de routine, mais peut être utilisée chez certains patients pour améliorer la dorsiflexion de la cheville et les performances à la marche. Finalement, l'application de la stimulation nerveuse électrique transcutanée est réservée aux essais cliniques.

Suite de soins : 1.- Aide au ménage

Mots-clés: néant

Considérant l'importance de l'aide au ménage dans le contexte du maintien à domicile de patients présentant des difficultés à s'acquitter d'une ou de plusieurs AVQ, nous avons inclus ce thème dans le chapitre des suites de soins; thème sur lequel la littérature est toutefois regrettamment silencieuse (aucune référence trouvée).

Suite de soins : 2.- Groupes d'entraide

Mots-clés: occupational therap§ / outpatient rehabilitation

La littérature s'accorde à reconnaître l'importance des loisirs pour la qualité de vie des patients et une réadaptation réussie et recommande la participation à des activités de loisir et de socialisation. Une référence suggère que l'utilisation d'une ergothérapie spécialisée pourrait stimuler les activités de loisir.

La participation à des groupes d'entraide ou de soutien est recommandée.

Suite de soins : 3.- Aide informelle

Mots-clés: outpatient rehabilitation / psychol§ / depression / nursing home

La littérature s'accorde à dire que les proches jouent un rôle important dans la prise en charge du patient post-ictus, et que ce rôle constitue une charge qui peut mettre en danger leur santé, en particulier du point de vue du risque de dépression. Il est donc recommandé que les proches soient informés sur la maladie et ses suites aussi bien que sur les services de santé disponibles, qu'ils participent aux décisions, soient considérés comme des collaborateurs par les soignants formels, et bénéficient d'une formation, voire d'un équipement adéquats pour leur prise en charge du malade.

Il est recommandé de leur apporter un soutien psycho-social, dont l'efficacité a été prouvée à 6 mois post-ictus selon l'une des références. Selon une autre référence, aucune stratégie particulière de soutien psychosocial ne peut être recommandée en l'état actuel des connaissances.

Suite de soins : 4.- Services de santé extra-hospitaliers

Mots-clés: occupational therap§ / inpatient rehabilitation / neuropsychol§ / nursing home / outpatient rehabilitation

La littérature s'accorde à reconnaître l'importance du suivi du patient après sa sortie de l'hôpital par des services de santé extra-hospitaliers. Il a été montré que les décisions prises en équipe étaient plus polarisées que les décisions prises par des praticiens individuels, et recommandaient plus souvent un retour à domicile avec de l'aide.

L'importance d'assurer une continuité de traitement entre les deux types de services est soulignée. L'information concernant cette future transition doit être transmise dès le début de la prise en charge au patient et à ses proches. Le développement d'équipes de liaison et de coordination est encouragé, dont l'un des rôles pourrait être d'assurer un nouvel accès du patient à des services de réadaptation. La densité des services doit être réduite graduellement.

L'importance du rôle des généralistes dans le suivi des patients est soulignée. Il est recommandé qu'un seul médecin ou prestataire coordonne la prise en charge, avec une première visite à moins d'un mois du retour du patient d'hôpital ou de réadaptation, et une évaluation régulière durant la première année au moins des besoins psychosociaux et de soutien. Aucune stratégie particulière de soutien psychosocial ne peut être recommandée en l'état actuel des connaissances.

Il est également recommandé d'informer les patients et leurs proches sur l'existence d'organisations officielles ou bénévoles offrant des services dont ils pourraient bénéficier.

Pour une seule référence, il existe peu de preuves que la réadaptation à plus de 6 mois post-ictus puisse améliorer encore les déficits. Toutes les autres sont d'un avis contraire: gains de fonction significatifs trouvés à plus de 6 mois grâce à de la physiothérapie et de l'ergothérapie ambulatoires; recommandation de poursuivre la réadaptation à plus de 6 mois en présence de handicaps persistants ou si le patient présente encore des signes d'amélioration; les améliorations peuvent se poursuivre (moins rapidement) pendant au moins une année ou au moins six mois après l'ictus; physiothérapie utile, efficacité probable de la logothérapie et efficacité de l'ergothérapie non prouvée.

Dans le cas où une amélioration supplémentaire paraît improbable, l'importance des soins infirmiers est soulignée.

Suite de soins : 5.- Soins à domicile

Mots-clés: inpatient rehabilitation / home care / walk / occupational therapy*

La littérature s'accorde à reconnaître l'utilité des soins à domicile. Trois aspects différents de ces soins ont été étudiés:

- a. l'ergothérapie à domicile entraîne une amélioration fonctionnelle, à court terme du moins; l'aide d'un ergothérapeute pour l'habillage est bénéfique;
- b. un programme de maintien à domicile établi pour faciliter la transition hôpital-domicile améliore le niveau général d'activité sociale à 6 mois et cet effet tend à persister à une année;
- c. la présence d'une aide familiale ou les visites d'une infirmière spécialisée résultent en la satisfaction des patients.

Suite de soins : 6.- Institutionnalisation

Mots-clés: néant

La littérature est insuffisante pour conclure (aucune référence retenue).

PRÉVENTION PRIMAIRE DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL ISCHÉMIQUE

- Légende:**
- + : littérature existe, elle présente un niveau de preuve élevé, la recommandation est positive
 - (+) : littérature existe, le niveau de preuve n'est pas élevé, cependant elle est abondante et concordante quant à la recommandation positive
 - +/- : littérature existe, elle est divergente quant à la recommandation
 - ? : littérature insuffisante
 - sc : recommandation positive sous condition, explicitée dans une note de bas de page

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
<p><i>1) Hypertension:</i></p> <p>a - Mesure de la TA:</p> <p style="margin-left: 40px;">- par le médecin</p> <p style="margin-left: 40px;">- par un infirmier/ère</p> <p style="margin-left: 40px;">- par un pharmacien</p>	<p style="text-align: center;">+</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p style="text-align: center;">(+)</p> <p style="text-align: center;">?</p>	<p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p> <p>Ces prestations comprennent [...] les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social par:</p> <p style="margin-left: 20px;">- des médecins,</p> <p style="margin-left: 20px;">- des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical; [...] l'assurance prend en charge les [...] prestations effectuées [...] par des infirmiers/ères, des organisations de soins et d'aide à domicile et d'EMS. Les prestations sont: [...] le contrôle de la tension artérielle. [...]</p> <p>Aucune.</p>	<p>LAMal, art. 25, al. 1 et 2</p> <p>OPAS, art. 7, al. 1</p> <p>OPAS, art. 7, al. 2, let. b, ch. 1</p>

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
<ul style="list-style-type: none"> - par le patient ou ses proches au domicile - au moyen d'un enregistrement ambulatoire de 24 heures (Remler) <p>b- Evaluation de l'HTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anamnèse et examen clinique - Examens complémentaires de base²⁴⁸ <ul style="list-style-type: none"> - analyses - ECG - Examens complémentaires optionnels <ul style="list-style-type: none"> - analyses - échocardiographie, ultrasonographie rénale et vasculaire 	<p>(+)</p> <p>sc²⁴⁷</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>sc²⁴⁹</p>	<p>Aucune mention dans la LiMA quant à la prise en charge du sphygmomanomètre.</p> <p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p> <p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p> <p>Analyses toutes remboursées.</p> <p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p> <p>Analyses toutes remboursées.</p> <p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p>	<p>LAMal, art. 25, al. 1 et 2</p> <p>LAMal, art. 25, al. 1 et 2</p> <p>Lana LAMal, art. 25, al. 1</p> <p>LAna LAMal, art. 25, al. 1</p>

²⁴⁷ Indications à l'ABPM (ambulatory blood pressure measurement): variabilité inhabituelle de la TA lors des différentes mesures au cabinet; HTA au cabinet chez des patients sans facteurs de risque cardio-vasculaires; suspicion d'épisodes hypotensifs; HTA résistant au traitement médicamenteux. Une référence recommande de réserver l'ABPM aux centres de spécialistes s'occupant des cas d'HTA rebelle et de «white-coat hypertension».

²⁴⁸ Stix urinaire, créatinine et électrolytes sériques, glycémie, HDL-cholestérol (ou cholestérol total ou les deux) et électrocardiogramme. Une référence y ajoute une formule sanguine complète.

²⁴⁹ Suivant les ressources financières du système de santé, il peut être recommandé de pratiquer en outre les triglycérides, l'uricémie, l'activité de la rénine plasmatique, l'aldostérone plasmatique et les catécholamines urinaires. Les examens suivants ne sont proposés que dans certaines situations cliniques particulières: échocardiographie, ultrasonographie rénale et vasculaire. Une référence ajoute encore la clearance à la créatinine, la microalbuminurie, la protéinurie de 24 heures, le calcium, l'hémoglobine glycosylée, le sodium urinaire et la TSH.

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
c- Traitement non pharmacologique de l'HTA: - Réduction pondérale - Counselling diététique ²⁵⁰ : - par le médecin - par le diététicien - Cessation du tabagisme - Exercice physique dynamique - Thérapie cognitivo-comportementale pour réduire le stress ²⁵² - Augmentation des apports de calcium et de magnésium	+ + ²⁵¹ + + + ²⁵³ + ? ²⁵⁴	[voir traceur obésité] L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Les diététiciens [...] prodiguent [...] des conseils diététiques aux assurés qui souffrent de [...] maladies cardio-vasculaires; [...] [voir 2) Cessation du tabagisme, ci-dessous] Aucune. L'assurance prend en charge la psychothérapie effectuée par un médecin selon des méthodes qui sont appliquées avec succès dans les institutions psychiatriques reconnues. [...] La psychothérapie qu'accomplit un psychologue ou un psychothérapeute non médecin, [...] est réputée traitement médical engageant les caisses, dans la mesure où les différentes applications thérapeutiques sont susceptibles d'être déléguées [...]. L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Médicaments: oui pour certaines préparations.	 LAMal , art. 25, al. 1 OPAS , art. 9b, al. 1, let. c OPAS , art. 2 et art. 3 Arrêt du TFA du 24 mars 1981 LAMal , art. 25, al. 1 LS

²⁵⁰ Diminution des apports de sel, de graisses et d'alcool, augmentation des apports de potassium.

²⁵¹ Le counselling par un médecin est remboursé seulement dans le cadre de la consultation habituelle.

²⁵² Relaxation, EMG biofeedback, méditation, stress management, etc.

²⁵³ Le counselling par un médecin est remboursé seulement dans le cadre de la consultation habituelle.

²⁵⁴ Le counselling par un médecin est remboursé seulement dans le cadre de la consultation habituelle.

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
<p>d- Traitement pharmacologique de l'HTA</p> <p>e- Suivi multidisciplinaire:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infirmiers - Pharmaciens cliniques - Diététiciens - Psychologues 	<p style="text-align: center;">+</p> <p style="text-align: center;">?</p> <p style="text-align: center;">?</p> <p style="text-align: center;">?</p> <p style="text-align: center;">?</p>	<p>Remboursé pour la plupart des préparations, y compris les combinaisons fixes</p> <p>Mesure de la TA uniquement.</p> <p>Aucune mention spécifique.</p> <p>Voir c «Traitement non-pharmacologique de l'HTA» par le diététicien.</p> <p>L'assurance prend en charge la psychothérapie effectuée par un médecin selon des méthodes qui sont appliquées avec succès dans les institutions psychiatriques reconnues. [...] La psychothérapie qu'accomplit un psychologue ou un psychothérapeute non médecin, [...] est réputée traitement médical engageant les caisses, dans la mesure où les différentes applications thérapeutiques sont susceptibles d'être déléguées [...].</p> <p>Sont admises en tant que personnes prodiguant des soins sur prescription médicale les personnes suivantes qui exercent à titre indépendant et à leur propre compte: physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmiers/ères, logopédistes/ orthophonistes, diététiciens.</p>	<p>LS</p> <p>OPAS, art. 7, al. 2, let. b, ch.</p> <p>OPAS, art. 2 et art. 3</p> <p>Arrêt du TFA du 24 mars 1981</p> <p>OAMal, art. 46, al.1</p>

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
<p>2) <i>Cessation du tabagisme:</i></p> <p>a- Counselling lors de consultations médicales répétées</p> <p>b- Programme de cessation du tabagisme:</p> <p style="padding-left: 40px;">- par des médecins</p> <p style="padding-left: 40px;">- par des infirmiers</p>	<p>+²⁵⁵</p> <p>sc²⁵⁶</p> <p>sc</p>	<p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p> <p>Programme en tant qu'intervention thérapeutique multidisciplinaire non remboursé. Seule prestation remboursée: traitement donné par un prestataire reconnu (voir ci-dessous).</p> <p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p> <p>Ces prestations comprennent [...] les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social par:</p> <ul style="list-style-type: none"> - des médecins, - des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical. [...] L'assurance prend en charge les [...] prestations effectuées [...] par des infirmie(è)r(e)s, des organisations de soins et d'aide à domicile et d'EMS. Les prestations sont: [...] des instructions et des conseils [...]. <p>Sont admises en tant que personnes prodiguant des soins sur prescription médicale les personnes suivantes qui exercent à titre indépendant et à leur propre compte: physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmiers/ères, logopédistes/ orthophonistes, diététiciens.</p>	<p>LAMal, art. 25, al. 1</p> <p>LAMal, art. 25, al. 1 et 2</p> <p>OPAS, art. 7, al. 2, let. a</p> <p>OAMal, art 46, al. 1</p>

²⁵⁵ Le counselling par un médecin est remboursé seulement dans le cadre de la consultation habituelle.

²⁵⁶ L'efficacité d'un tel programme est reconnue, mais une référence recommande de n'y inclure que les patients ayant échoué lors d'une première tentative.

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
<p>- par des psychologues</p> <p>c- Traitement pharmacologique:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Remplacement nicotinique (patches, gommes à mâcher, sprays, inhalateurs) - Clonidine - Bupropion <p>d- Prévention du tabagisme et encouragement à la cessation du tabagisme à l'échelle de la santé publique</p>	<p>sc</p> <p>sc²⁵⁷</p> <p>sc²⁵⁸ (+)</p> <p>?</p>	<p>L'assurance prend en charge la psychothérapie effectuée par un médecin selon des méthodes qui sont appliquées avec succès dans les institutions psychiatriques reconnues. [...] La psychothérapie qu'accomplit un psychologue ou un psychothérapeute non médecin, [...] est réputée traitement médical engageant les caisses, dans la mesure où les différentes applications thérapeutiques sont susceptibles d'être déléguées [...].</p> <p>Aucune.</p> <p>Remboursé. Aucune²⁵⁹.</p> <p>Aucune²⁶⁰.</p>	<p>OPAS, art. 2 et art. 3</p> <p>Arrêt du TFA du 24 mars 1981</p> <p>LS</p>

²⁵⁷ L'efficacité du remplacement nicotinique est reconnue et il est proposé d'emblée par les références américaines; cependant, plusieurs références recommandent de ne l'appliquer que lorsqu'il y a eu échec(s) préalable(s).

²⁵⁸ L'efficacité de la clonidine est reconnue, mais les effets indésirables sont non négligeables.

²⁵⁹ Commercialisé depuis avril 2000 en Suisse.

²⁶⁰ Cette tâche est assumée par l'OFSP et les cantons.

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
<p>3) <i>Antiplaquettaires et anticoagulation:</i></p> <p>a- Traitement médicamenteux:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antiagrégation <ul style="list-style-type: none"> - aspirine - aspirine + dipyridamole - ticlodipine - clopidogrel - Anticoagulation (coumariniques) <p>b- Analyses de laboratoire:</p> <ul style="list-style-type: none"> - temps de prothrombine 	<p>+</p> <p>+/-</p> <p>sc²⁶¹</p> <p>sc²⁶²</p> <p>+</p> <p>+</p>	<p>Remboursé.</p> <p>Remboursé.</p> <p>Remboursé.</p> <p>Remboursé.</p> <p>Remboursé.</p> <p>Remboursé.</p>	<p>LS</p> <p>LS</p> <p>LS</p> <p>LS</p> <p>LS</p> <p>LAna</p>
<p>4) <i>Diabète</i>²⁶³:</p> <p>a- Dépistage du diabète chez les personnes à risque (glycémie)²⁶⁴</p> <p>b- Hémoglobine glycosylée (HbA1c)</p> <p>c- Glycémie capillaire et veineuse, analyses d'urine:</p> <ul style="list-style-type: none"> - par le médecin ou l'infirmier - par le patient lui-même (auto-contrôle) <p>d- Autres examens de laboratoire²⁶⁶</p>	<p>+</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>+</p>	<p>Analyse remboursée.</p> <p>Analyse remboursée.</p> <p>Analyses remboursées.</p> <p>Analyses remboursées, y compris le matériel²⁶⁵.</p> <p>Analyses remboursées.</p>	<p>LAna</p> <p>LAna</p> <p>LAna</p> <p>LAna, LiMA 21.34.01, -02, -03, -04</p> <p>LAna</p>

²⁶¹ En cas d'intolérance à l'aspirine. L'indication «en cas d'échec de l'aspirine» n'est pas suffisamment prouvée.

²⁶² En cas d'intolérance à l'aspirine. L'indication «en cas d'échec de l'aspirine» n'est pas suffisamment prouvée. Le clopidogrel serait légèrement plus efficace que l'aspirine seule, mais il n'est recommandé qu'en deuxième intention en raison de son coût.

²⁶³ Non mentionnées dans ce tableau (car discutées en détail avec d'autres thèmes): dyslipidémies, hypertension artérielle, cessation du tabagisme, réduction pondérale.

²⁶⁴ 1x/3 ans c/o >45 ans ou plus tôt et plus souvent chez les personnes à risque.

²⁶⁵ Max. 1 appareil de mesure de la glycémie tous les 3 ans (patients insulino-dépendants), 1 appareil automatique pour lancettes/appareil à piquer pour prise de sang pour auto-contrôle de la glycémie, lancettes et tampons.

²⁶⁶ Cholestérol, HDL-cholestérol, triglycérides, urée, créatinine, tests thyroïdiens, tests hépatiques.

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
e- Consultation auprès d'un diététicien et enseignement diabétique	+	L'assurance prend en charge le coût des conseils aux diabétiques [...] [qui] comprennent les conseils et les instructions sur tous les aspects des soins nécessaires au traitement de la maladie. [...] 20 séances au maximum sont prises en charge par année.	OPAS, art. 9, let. c
f- Programmes d'activité physique	+	Aucune.	
<i>5) Hyperlipidémie:</i>			
a- Cholestérol total	sc ²⁶⁷	Analyse remboursée, mais pas expressément mentionnée comme faisant partie des mesures préventives remboursées dans OPAS, art. 12.	LAna
b- HDL-cholestérol	+/-	Analyse remboursée, mais pas expressément mentionnée comme faisant partie des mesures préventives remboursées dans OPAS, art. 12.	LAna
c- LDL-cholestérol	+/-	Analyse remboursée, mais pas expressément mentionnée comme faisant partie des mesures préventives remboursées dans OPAS, art. 12.	LAna
d- Triglycérides	+/-	Analyse remboursée, mais pas expressément mentionnée comme faisant partie des mesures préventives remboursées dans OPAS, art. 12.	LAna
e- Dosages optionnels:			
- lipoprotéine(a)	sc ²⁶⁸	Analyse remboursée.	LAna
- fibrinogène	sc	Analyse remboursée.	LAna
- PAI-1	sc	Analyse remboursée.	LAna

²⁶⁷ De 20 à 75 ans aux USA, chez tous les adultes en Suisse, à une fréquence dépendant du résultat du dosage initial et des facteurs de risque associés.

²⁶⁸ Dans les cas limites, pour renforcement de l'indication thérapeutique.

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
f- Conseils nutritionnels: - par un médecin - par une diététicienne g- Traitement médicamenteux: - Statines - Fibrates - Résines - Acide nicotinique (niacine)	+ ²⁶⁹ + + + + +	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Les diététiciens [...] prodiguent, sur prescription ou sur mandat médical, des conseils diététiques aux assurés qui souffrent de [...] troubles du métabolisme. Remboursé pour la plupart des préparations. Remboursé pour la plupart des préparations. Remboursé. Remboursé.	LAMal, art. 25, al. 1 OPAS, art. 9b, let. b LS LS LS LMT
6) <i>Conseils et traitement en matière de consommation d'alcool:</i> a- Par l'anamnèse et l'examen clinique b- Par le dosage biologique: - Gamma-Glutaryl-Transferase (GGT) - Carbohydrate-Deficient Transferrin (CDT)	+ +/- ?	Pas expressément au titre de la prévention. L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Analyse remboursée, mais pas au titre de prévention. Aucune.	LAMal, art. 25, al. 1 LAna

²⁶⁹ Le counselling par un médecin est remboursé seulement dans le cadre de la consultation habituelle.

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
<p>c- Counselling (cessation ou modération de la consommation d'alcool)</p> <p>d- Thérapie comportementale</p> <p>e- Psychothérapie, individuelle ou en groupe</p>	<p>+²⁷⁰</p> <p>+</p> <p>+</p>	<p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Ces prestations comprennent [...] les soins dispensés par [...] des médecins et [...] des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical. Sont admises en tant que personnes prodiguant des soins sur prescription médicale les personnes suivantes qui exercent à titre indépendant et à leur propre compte: physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmiers/ères, logopédistes/orthophonistes, diététiciens²⁷¹.</p> <p>L'assurance prend en charge la psychothérapie effectuée par un médecin selon des méthodes qui sont appliquées avec succès dans les institutions psychiatriques reconnues. [...] La psychothérapie qu'accomplit un psychologue ou un psychothérapeute non médecin, [...] est réputée traitement médical engageant les caisses, dans la mesure où les différentes applications thérapeutiques sont susceptibles d'être déléguées [...].</p> <p>L'assurance prend en charge la psychothérapie effectuée par un médecin selon des méthodes qui sont appliquées avec succès dans les institutions psychiatriques reconnues.</p>	<p>LAMal, art. 25, al. 1 et 2, let. a</p> <p>OAMal, art. 46, al.1</p> <p>OPAS, art. 2 et art. 3</p> <p>Arrêt du TFA du 24 mars 1981</p> <p>OPAS, art. 2, al. 1</p>

²⁷⁰ Le counselling par un médecin est remboursé seulement dans le cadre de la consultation habituelle.

²⁷¹ Psychologues et assistants sociaux ne font pas partie de cette liste exhaustive. Toutefois, d'après la jurisprudence du Tribunal Fédéral des Assurances, les prestations des psychologues travaillant au cabinet et au nom du médecin sont remboursées.

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
<p>f- Programme de cessation formel</p> <p>g- Pharmacothérapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - disulfirame - naltrexone - benzodiazépines - phéno-barbital - béta-bloquants - clonidine - carbamazépine - neuroleptiques 	<p>+</p> <p>sc²⁷²</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>sc²⁷³</p> <p>sc²⁷⁴</p> <p>sc²⁷⁴</p> <p>sc²⁷⁴</p> <p>sc²⁷⁵</p>	<p>Programme en tant qu'intervention thérapeutique multidisciplinaire non remboursé. Seule prestation remboursée: traitement donné par un prestataire reconnu.</p> <p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p> <p>Médicaments tous remboursés.</p> <p>LS</p>	<p>LAMal, art. 25, al. 1</p>
<p>7) <i>Conseils et traitements en matière d'exercice physique :</i></p> <p>a- Counselling médical, encouragement à augmenter l'activité physique</p>	<p>+²⁷⁶</p>	<p>Non expressément mentionné comme remboursé au titre de mesure préventive, mais remboursé comme [...] prestation qui sert à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p>	<p>LAMal, art. 25, al. 1</p>

272 A éviter chez les personnes âgées (effets secondaires).

273 Alternative aux benzodiazépines pour le sevrage.

274 En association avec des benzodiazépines chez des patients avec comorbidités.

275 En association avec des benzodiazépines pour agitation ou hallucinations.

276 Le counselling par un médecin est remboursé seulement dans le cadre de la consultation habituelle, mais pas la pratique de l'exercice physique à titre individuel.

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
b- Électrocardiogramme de repos et d'effort c- Programme formel d'exercice physique, médicalement supervisé ou non d- Mesures populationnelles (stratégies éducatives et comportementales, interventions au lieu de travail, à l'école et dans les établissements de soins, campagnes médiatiques)	sc ²⁷⁷ sc ²⁷⁸ ?	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Aucune. Aucune ²⁷⁹ .	LAMal, art. 25, al. 1
8) Homocystéine: a- Analyses: - Dosage de l'homocystéine totale (basale et après charge en méthionine) - Dosage de folates, de la vitamine B6 et B12 b- Traitement: - Acide folique ²⁸¹ , vitamine B6 et B12	+/- ²⁸⁰ +/- (+)	Analyse remboursée. Analyses remboursées. Remboursé pour certaines présentations, en monothérapie et en combinaison.	LAna LAna LMT, LS

²⁷⁷ Chez les patients à risque (d'après une référence): maladie cardio-vasculaire patente, âge de > 35 ans, sédentarité, angine de poitrine, ischémie silencieuse, arythmies ventriculaires de haut degré, fraction d'éjection basse, hypotension à l'exercice, tachycardie inappropriée à l'exercice.

²⁷⁸ Chez les patients à risque comme définis ci-dessus.

²⁷⁹ Cette tâche est assumée par l'OFSP et les cantons.

²⁸⁰ Indications: patients à haut risque pour une maladie cardio-vasculaire d'après une référence, avec athérosclérose progressive et inexpliquée d'après une autre; une troisième propose le dosage chez des patients avec antécédents de maladie coronarienne et/ou ictus sans facteurs de risque classiques, ainsi que chez ceux qui ont des antécédents de maladie thromboembolique veineuse et d'athérosclérose. Certaines références ne le recommandent pas du tout, mais proposent de veiller à des apports multivitaminiques suffisants, que ce soit par l'alimentation ou par suppléments (mesure considérée comme certainement économique et sûre, et très probablement efficace).

²⁸¹ Indications: patients avec maladie coronarienne documentée (surtout en l'absence de facteurs de risque cardio-vasculaire et en cas d'athérosclérose prématurée); patients avec facteurs de risque cardio-vasculaire; patients avec une homocystéinémie > 14 µmol/l (prévention primaire) et > 11 µmol/l (prévention secondaire).

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
<p>9) <i>Thrombophilie et autres facteurs thrombogènes:</i></p> <p>a- Analyses de laboratoire:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crase de routine (formule sanguine complète, TP, aPTT) - Crase complète (fibrinogène, facteur VII, facteur X, facteur de von Willebrand, PAI-1, plasminogène, protéine C, protéine S, résistance à la protéine C activée, antithrombine III, t-PA et d-dimères) - Autres (vitesse de sédimentation, électrophorèse de l'hémoglobine, anticorps antiphospholipides²⁸³, anticorps antinucléaires, anticorps anti-DNA double chaîne, VDRL/TPHA) <p>b- Prévention:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dépistage d'un état d'hypercoagulabilité chez les membres de la famille proche <p>c- Traitement:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anticoagulation par coumarine - Antiagrégation par aspirine - Cyclophosphamide 	<p style="text-align: center;">+</p> <p style="text-align: center;">sc²⁸²</p> <p style="text-align: center;">sc²⁸⁴</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p style="text-align: center;">(+)</p> <p style="text-align: center;">(+)</p> <p style="text-align: center;">(+)</p>	<p>Analyses remboursées.</p> <p>Analyses remboursées.</p> <p>Analyses remboursées.</p> <p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles²⁸⁵.</p> <p>Plusieurs spécialités remboursées. Remboursé. Remboursé.</p>	<p>LAna</p> <p>LAna</p> <p>LAna</p> <p>LAMal, art. 25, al. 1</p> <p>LS</p> <p>LS</p> <p>LS</p>

282 Chez des patients jeunes avec ictus d'origine indéterminée, lupus, événements thrombotiques antérieurs, anamnèse familiale de thromboses, maladie coronarienne sans facteurs de risque classiques.

283 Anticorps anti-cardiolipine et anticoagulant lupique.

284 Chez des patients jeunes avec ictus d'origine indéterminée.

285 Prestation non mentionnée expressément comme mesure de dépistage/prévention dans l'OPAS, art. 12.

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
<p>10) <i>Hormonothérapie substitutive:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hormonothérapie substitutive (oestro-progestatifs) 	?	Remboursée.	LS
<p>11) <i>Endartérectomie et autre chirurgie:</i></p> <p>a- Prévention: dépistage</p> <ul style="list-style-type: none"> - clinique (auscultation cervicale) - par ultrason doppler <p>b- Analyses et autres examens complémentaires</p> <p>c- Traitement:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Endartérectomie (carotidienne, vertébrale, autre) <ul style="list-style-type: none"> - en prévention primaire - en prévention secondaire - Mise en place d'un patch <ul style="list-style-type: none"> - veineux - synthétique - Monitoring <ul style="list-style-type: none"> - potentiels évoqués - électroencéphalogramme 	<p>sc²⁸⁶</p> <p>sc²⁸⁷ sc²⁸⁸</p> <p style="text-align: center;">?</p> <p style="text-align: center;">?</p> <p style="text-align: center;">(+)</p> <p style="text-align: center;">(+)</p>	<p>Prestation remboursée en tant que «prestation qui sert à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles», mais pas en tant que mesure préventive.</p> <p>Cf «évaluation».</p> <p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p> <p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p> <p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p>	<p>LAMal, art. 25, al. 1</p>

²⁸⁶ Seul le dépistage ciblé est recommandé: avant un geste chirurgical majeur (une référence recommandant de pratiquer une endartérectomie préventive préalable en cas de découverte d'une sténose significative), chez des patients ayant des manifestations cliniques d'une autre localisation de la maladie athéromateuse, chez des patients à haut risque cardio-vasculaire.

²⁸⁷ Chez des patients répondant aux critères d'inclusion de l'ACAS Study: âge 40-79 ans, espérance de vie >5 ans, sténose >60%, sexe masculin, risque opératoire <3%, pas de maladie sérieuse pouvant compromettre l'opération.

²⁸⁸ Chez des patients avec sténose sévère (70-99%) et modérée (50-69%), par un chirurgien expérimenté.

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
<ul style="list-style-type: none"> - Anesthésie - locale - générale 	<ul style="list-style-type: none"> + + 	<p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p>	<p>LAMal, art. 25, al. 1</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Angioplastie percutanée transluminale - avec mise en place d'un stent 	<ul style="list-style-type: none"> ? ? 	<p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p>	<p>LAMal, art. 25, al. 1</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Bypass extracrânién/intracrânién 	<p>sc²⁸⁹</p>	<p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p>	<p>LAMal, art. 25, al. 1</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Reconstruction artérielle (transposition) 	<p>+</p>	<p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p>	<p>LAMal, art. 25, al. 1</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Décompression artérielle 	<p>+</p>	<p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p>	<p>LAMal, art. 25, al. 1</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Anticoagulation per- et post-opératoire (héparine i.v./s.c.) 	<p>+</p>	<p>Remboursée.</p>	<p>LS</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Antiagrégation (aspirine) - comme traitement conservateur 	<p>+</p>	<p>Remboursé.</p>	<p>LS</p>
<ul style="list-style-type: none"> - comme traitement per- et post-opératoire 	<p>+</p>	<p>Remboursé.</p>	<p>LS</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Contrôles post-opératoires réguliers par ultrason Doppler 	<p>+/-</p>	<p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p>	<p>LAMal, art. 25, al. 1</p>

²⁸⁹ Dans les indications suivantes: ischémie de la circulation antérieure résistante au traitement médical, maladie de moyamoya, compression extrinsèque des carotides par uncarthrose.

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
<i>12) Syndrome des apnées du sommeil:</i>			
a- Polysomnographie	+	En cas de forte suspicion de syndrome des apnées du sommeil. [...]	OPAS, ann. 1, ch. 2.1
b- Mesures générales:			
- Perte pondérale	+	Cf traceur obésité.	
- Abstinence de tabac	+	Cf supra.	
- Abstinence d'alcool	+	Cf supra.	
- nCPAP	+	Remboursé.	LiMA, 14.24.07
c- Appareils intrabuccaux	sc ²⁹⁰	Aucune.	
d- Médicaments:	sc ²⁹¹		
- Antidépresseurs tricycliques		Remboursés.	LS
- Nicotine		Aucune.	
- Acétazolamide		Remboursé.	LS
- Strychnine		Aucune.	
e- Chirurgie:			
- UPPP ²⁹²	+/-	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.	LAMal, art. 25, al. 1
- Uvulopalatoplastie assistée au laser	?	Palatoplastie au laser non remboursée.	OPAS, ann. 1, ch. 7
- Autres ²⁹³	?	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.	LAMal, art. 25, al. 1

²⁹⁰ En cas d'échec ou d'intolérance à la CPAP.

²⁹¹ Utilisation clinique limitée en raison des effets secondaires.

²⁹² Uvulopalatopharyngoplastie.

²⁹³ Laser midline glossectomy and lingual plasty, inferior mandibular osteotomy and genioglossal advancement, with hyoid myotomy and suspension (MOHM), maxillomandibular advancement osteotomy (MMO), tracheotomy.

PRÉVENTION SECONDAIRE DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL ISCHÉMIQUE

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
<p>1) <i>Traitement anti-épileptique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - préventif - thérapeutique 	<p>? (+)</p>	<p>Médicaments anti-épileptiques remboursés pour la plupart des présentations.</p>	<p>LS</p>

ÉVALUATION DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL ISCHÉMIQUE

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
<p>1) <i>Examen du liquide céphalo-rachidien:</i></p> <p>a- Ponction lombaire</p> <p>b- Examen du liquide céphalo-rachidien</p>	<p>sc²⁹⁴</p> <p>sc²⁹⁵</p>	<p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p> <p>Analyse remboursée.</p>	<p>LAMal, art. 25, al. 1</p> <p>LAna</p>
<p>2) <i>CT scan (tomographie axiale computerisée):</i></p> <p>a- CT-scan cérébral</p> <p>b- Angiographie-CT</p>	<p>+</p> <p>+</p>	<p>Remboursé, mais pas comme examen de routine (screening).</p> <p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p>	<p>OPAS, ann. 1, ch. 9.1</p> <p>LAMal, art. 25, al. 1</p>
<p>3) <i>Imagerie par résonance magnétique (IRM):</i></p> <p>a- IRM</p> <p>b- Angio-IRM</p> <p>c- IRM par diffusion (DWI)</p> <p>d- IRM par perfusion (PWI)</p>	<p>+</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>+</p>	<p>Remboursée.</p> <p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p> <p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p> <p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p>	<p>OPAS, ann. 1, ch. 9.2</p> <p>LAMal, art. 25, al. 1</p> <p>LAMal, art. 25, al. 1</p> <p>LAMal, art. 25, al. 1</p>

²⁹⁴ Dans les cas où on suspecte une hémorragie sous-arachnoïdienne malgré un CT négatif ou une infection du système nerveux central. Une référence ajoute à ces indications les cas de thrombose veineuse cérébrale et de vasculite. Une autre recommande la ponction lombaire et l'examen du liquide céphalo-rachidien au cas où il n'y aurait pas de CT à disposition, à la condition qu'il n'y ait pas de contre-indication et que l'on souhaite anticoaguler le patient pour une raison impérieuse.

²⁹⁵ Ibid

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
<p>4) <i>Tomographie par émission (PET, SPECT):</i></p> <p>a- PET (tomographie par émission de positrons)</p> <p>b- SPECT (tomographie computerisée par émission d'un photon)</p>	<p>+/-</p> <p>+/-</p>	<p>[...] Comme mesure préopératoire avant une intervention chirurgicale compliquée de revascularisation en cas d'ischémie cérébrale. [...] Pour diagnostic de démence chez des patients âgés de moins de 70 ans. [...] Aux centres suivants: Hôpital cantonal universitaire de Genève, Hôpital universitaire de Zurich; lorsque le centre tient un registre d'évaluation.</p> <p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p>	<p>OPAS, <i>ann. 1, ch. 9.2</i></p> <p>LAMal, <i>art. 25, al. 1</i></p>
<p>5) <i>Ultrason Doppler:</i></p> <p>a- Doppler ou duplex carotidien, vertébral et transcrânien</p> <p>b- Doppler couleur («power Doppler»)</p> <p>c- Agents de contraste («echo-enhancing ultrasound»), par exemple Levovist®</p> <p>d- Harmonic imaging</p> <p>e- Reconstruction 3D</p>	<p>+</p> <p>?</p> <p>?</p> <p>?</p> <p>?</p>	<p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p> <p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p> <p>Remboursé.</p> <p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p> <p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p>	<p>LAMal, <i>art. 25, al. 1</i></p> <p>LAMal, <i>art. 25, al. 1</i></p> <p>LS</p> <p>LAMal, <i>art. 25, al. 1</i></p> <p>LAMal, <i>art. 25, al. 1</i></p>

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
6) <i>Angiographie</i> (Angiographie digitalisée de soustraction, intra-artérielle ou intra-veineuse)	+	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.	LAMal, art. 25, al. 1
7) <i>Electrocardiogramme (ECG):</i> a- Electrocardiogramme (ECG) b- ECG Holter (enregistrement de 24 heures)	+	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.	LAMal, art. 25, al. 1
	+	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.	LAMal, art. 25, al. 1
8) <i>Electroencéphalogramme (EEG):</i>	sc ²⁹⁶	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.	LAMal, art. 25, al. 1
9) <i>Radiographie:</i> a- Radiographie du thorax	(+)	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.	LAMal, art. 25, al. 1
b- Radiographie de la colonne cervicale	sc ²⁹⁷	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.	LAMal, art. 25, al. 1

²⁹⁶ En cas de suspicion d'épilepsie et comme monitoring pendant une endartérectomie.

²⁹⁷ En cas de douleur de la colonne cervicale ou chez un patient comateux.

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
<p><i>10) Echocardiographie:</i></p> <p>a- Echocardiographie transthoracique</p> <p>b- Echocardiographie transoesophagienne</p> <p>c- Test aux microbulles</p>	<p>sc²⁹⁸</p> <p>sc²⁹⁹</p> <p>sc³⁰⁰</p>	<p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p> <p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p> <p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p>	<p>LAMal, art. 25, al. 1</p> <p>LAMal, art. 25, al. 1</p> <p>LAMal, art. 25, al. 1</p>
<p><i>11) Analyses de laboratoire:</i></p> <p>a- Analyses de base (hémogramme complet, vitesse de sédimentation, urée ou créatinine, sodium, potassium, glucose, lipides).</p> <p>b- Analyses complémentaires (CRP, TP, PTT, fibrinogène, tests hépatiques, CK et CK-MB, gazométrie, osmolarité sérique, sédiment urinaire, sérologies HIV, Borrelia, luès, VZV, électrophorèse des prot., anticorps anti-nucléaires et autres auto-anticorps, facteur rhumatoïde, électrophorèse de l'hémoglobine, anticorps antiphospholipides, prot. C, prot. S, antithrombine III, résistance à la prot. C activée, homocystéine).</p>	<p>(+)</p> <p>(+)</p>	<p>Analyses toutes remboursées.</p> <p>Analyses toutes remboursées.</p>	<p>LAna</p> <p>LAna</p>

²⁹⁸ Une seule référence la propose de routine dans tous les cas d'ictus. Les autres références proposent de cibler les patients jeunes (< 45 ans), ceux avec une suspicion de cardiopathie ou une cardiopathie connue, et ceux qui ont déjà eu plusieurs événements cérébrovasculaires. Les preuves sont insuffisantes pour des recommandations plus précises.

²⁹⁹ La moitié des références la propose en complément à la TTE, l'autre moitié comme seul examen initial.

³⁰⁰ En cas de suspicion de «patent foramen ovale» ou de communication interauriculaire.

TRAITEMENT DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL ISCHÉMIQUE

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
1) <i>Transfert rapide en ambulance</i>	+	L'assurance prend en charge 50 pour cent des frais occasionnés par un transport médicalement indiqué pour permettre la dispensation des soins par un fournisseur de prestations admis, apte à traiter la maladie et qui fait partie des fournisseurs que l'assuré a le droit de choisir, lorsque l'état de santé du patient ne lui permet pas d'utiliser un autre moyen de transport public ou privé. Le montant maximum est de 500 francs par année civile. Le transport doit être effectué par un moyen qui corresponde aux exigences médicales du cas.	OPAS, art. 26, al. 1-2
2) <i>Anticoagulation / Antiagrégation:</i>			
a- Héparine	+/-	Remboursée.	LS
b- Aspirine	sc ³⁰¹	Remboursée.	LS
c- Clopidogrel	sc ³⁰²	Remboursé.	LS
d- Dipyridamole	+ ³⁰³	Remboursé.	LS
e- Agents défibrinogénants (ancrod)	?	Aucune.	

³⁰¹ Lorsque la thrombolyse est contre-indiquée et en cas de fibrillation auriculaire.

³⁰² En cas d'intolérance à l'aspirine.

³⁰³ En cas d'intolérance à l'aspirine.

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
<p>3) <i>Thrombolyse:</i></p> <p>a- Thrombolyse intraveineuse</p> <p>b- Thrombolyse intraartérielle</p>	<p>sc³⁰⁴</p> <p>sc³⁰⁵</p>	<p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. La plupart des agents fibrinolytiques sont remboursés.</p> <p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. La plupart des agents fibrinolytiques sont remboursés.</p>	<p>LAMal, art. 25, al. 1</p> <p>LS</p> <p>LAMal, art. 25, al. 1</p> <p>LS</p>
<p>4) <i>Agents neuroprotecteurs</i>³⁰⁶:</p> <p>a- Lubéluzole</p> <p>b- Nimodipine</p> <p>c- Citicholine</p> <p>d- Bloqueur de canaux du sodium (fosphénytoïne)</p>	<p>?</p> <p>?</p> <p>?</p> <p>?</p>	<p>Aucune, sauf en tant que prestation incluse dans le forfait hospitalier.</p> <p>Remboursé uniquement dans le traitement de l'hémorragie sous-arachnoïdienne.</p> <p>Aucune, sauf en tant que prestation incluse dans le forfait hospitalier.</p> <p>Aucune, sauf en tant que prestation incluse dans le forfait hospitalier.</p>	<p>LAMal, art 25, al. 1 et 2, let. a</p> <p>LS</p> <p>LAMal, art 25, al. 1 et 2, let. a</p> <p>LAMal, art 25, al. 1 et 2, let. a</p>
<p>5) <i>Oxygène hyperbare</i></p>	<p>?</p>	<p>Remboursé uniquement en cas de: lésions actiniques, chroniques ou tardives, d'ostéomyélite de la mâchoire, d'ostéomyélite chronique.</p>	<p>OPAS, ann. 1, 2.1</p>

³⁰⁴ En cas d'absence de contre-indications et pour autant que le traitement soit commencé dans les 3 heures. Streptokinase non recommandée. rTPA recommandé.

³⁰⁵ En cas d'absence de contre-indications et pour autant que le traitement soit commencé dans les 6 heures. Indiquée en cas de thrombose basilaire même après 6 heures.

³⁰⁶ Preuves insuffisantes, mais ces agents sont les seuls parmi de nombreuses classes de neuroprotecteurs qui semblent prometteurs.

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
6) « <i>Stroke Units</i> »	+	<p>Les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis s'ils:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. garantissent une assistance médicale suffisante; b. disposent du personnel qualifié nécessaire; c. disposent d'équipements médicaux adéquats et garantissent la fourniture adéquate des médicaments; d. correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate; e. figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats. <p>Les conditions [...] s'appliquent par analogie aux établissements, aux institutions et à leurs divisions qui prodiguent des soins semi-hospitaliers.</p>	LAMal, art. 39, al. 1 et 2

RÉADAPTATION DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL ISCHÉMIQUE

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
<p>1) <i>Aides et rééducation à la marche:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Canne - Entraînement à la marche sur tapis roulant avec harnais 	<p>?</p> <p>?</p>	<p>Aucune.³⁰⁷</p> <p>Non remboursé expressément, peut-être compris dans la physiothérapie: «gymnastique médicale (mobilisation articulaire, kinésithérapie passive, mécanothérapie, gymnastique respiratoire y compris l'emploi d'appareils servant à combattre l'insuffisance respiratoire, gymnastique en piscine)».</p>	<p>OPAS, art. 5, al. 1, let. b, ch. 2</p>
<p>2) <i>Traitement de la douleur:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Médicaments anti-inflammatoires (AINS) - Médicaments anti-dépresseurs - Triamcinolone intra-articulaire - Neurostimulation électrique transcutanée (TENS) 	<p>+</p> <p>(+)</p> <p>sc³⁰⁸</p> <p>+/-</p>	<p>Remboursés pour la plupart des présentations.</p> <p>Remboursés.</p> <p>Remboursée.</p> <p>Si le patient utilise lui-même le stimulateur TENS, l'assureur lui rembourse les frais de location de l'appareil (minimum 10 j) lorsque les conditions suivantes sont remplies:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le médecin ou, sur ordre de celui-ci, le physiothérapeute doit avoir testé l'efficacité du TENS sur le patient et l'avoir initié à l'utilisation du stimulateur; • Le médecin-conseil doit avoir confirmé que le traitement par le patient lui-même était indiqué; • L'indication est notamment donnée dans les cas suivants: 	<p>LS</p> <p>LS</p> <p>LS</p> <p>OPAS, ann. 1, ch. 2.3</p>

³⁰⁷ Seules les béquilles sont remboursées (LiMA 10.50.01).

³⁰⁸ En cas de persistance des douleurs malgré les AINS et le TENS.

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
<ul style="list-style-type: none"> - Port d'une attelle - Bloc ganglionnaire - Stimulation électrique fonctionnelle (Functional Electric Stimulation) 	<ul style="list-style-type: none"> (+) (+) (+) 	<ul style="list-style-type: none"> - douleurs qui émanent d'un névrome; p. ex. des douleurs localisées pouvant être déclenchées par pression dans le secteur des membres amputés (moignons); - douleurs pouvant être déclenchées ou renforcées par stimulation (pression, extension ou stimulation électrique) d'un point névralgique comme p. ex. des douleurs sous forme de sciatique ou des syndromes de l'épaule et du bras; - douleurs provoquées par compression des nerfs; p. ex. douleurs irradiantes persistantes après opération pour hernie discale ou du canal carpien. <p>Bandage de soutien fonctionnel (cheville, genou, main).</p> <p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p> <p>Pas expressément mentionnée comme remboursée.</p>	<p>LiMA, 05.02.03, 05.04.03, 05.07.02.03</p> <p>LAMal, art. 25, al. 1</p>
<p><i>3) Traitement de la dysphagie</i> (prévention de la bronchoaspiration):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examen clinique - Consultation spécialisée, y compris éducation du patient et de ses proches aux techniques facilitant la déglutition - Vidéofluoroscopie 	<ul style="list-style-type: none"> + (+) (+) 	<p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p> <p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p> <p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p>	<p>LAMal, art. 25, al. 1</p> <p>LAMal, art. 25, al. 1</p> <p>LAMal, art. 25, al. 1</p>

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
<ul style="list-style-type: none"> - Endoscopie haute - Gastrostomie percutanée - Sonde naso-gastrique 	<p>(+)</p> <p>(+)³⁰⁹</p> <p>(+)</p>	<p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p> <p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p> <p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p>	<p>LAMal, art. 25, al. 1</p> <p>LAMal, art. 25, al. 1</p> <p>LiMA, 03.25.01</p>
<p>4) <i>Ergothérapie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Entraînement aux activités de la vie quotidienne (AVQ), aux activités domestiques, professionnelles ou de loisir, fourniture rapide de tous les moyens auxiliaires susceptibles d'accroître son autonomie 	<p>(+)</p>	<p>Les prestations fournies, sur prescription médicale, par les ergothérapeutes et les organisations d'ergothérapie [...] sont prises en charge dans la mesure où elles procurent à l'assuré, en cas d'affections somatiques, grâce à une amélioration des fonctions corporelles, l'autonomie dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie [...].</p> <p>L'assurance prend en charge, par prescription médicale, au plus douze séances dans une période de trois mois depuis la prescription. Une nouvelle prescription médicale est nécessaire pour la prise en charge d'un plus grand nombre de séances.</p>	<p>OPAS, art. 6, al. 1-3</p>

³⁰⁹ Chez des patients dont l'alimentation orale est insuffisante.

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
<p>5) <i>Traitement de l'incontinence urinaire:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Par l'infirmier - Par le physiothérapeute - Matériel³¹⁰ - Pharmacothérapie (oxybutinine, oestrogènes) - Thérapie comportementale - Chirurgie 	<p>(+)</p> <p>(+)</p> <p>?</p> <p>?</p> <p>?</p>	<p>L'assurance prend en charge les examens, les traitements et les soins (prestations) effectués selon l'évaluation des soins requis [...] sur prescription médicale ou sur mandat médical par des: infirmiers et infirmières; organisations de soins et d'aide à domicile; établissements médico-sociaux. [...]</p> <p>Pose de sondes et de cathéters, ainsi que les soins qui y sont liés soins en cas de troubles de l'évacuation urinaire ou intestinale, y compris la rééducation en cas d'incontinence.</p> <p>Rééducation périnéale et biofeedback non mentionnés parmi les prestations d'un physiothérapeute.</p> <p>Changes, alèses, slips-filets, poches à urine, cathéters, condoms remboursés, y compris les accessoires.</p> <p>Remboursés.</p> <p>L'assurance prend en charge la psychothérapie effectuée par un médecin selon des méthodes qui sont appliquées avec succès dans les institutions psychiatriques reconnues. [...] La psychothérapie qu'accomplit un psychologue ou un psychothérapeute non médecin, [...] est réputée traitement médical engageant les caisses, dans la mesure où les différentes applications thérapeutiques sont susceptibles d'être déléguées [...].</p> <p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p>	<p>OPAS, art. 7, al.1</p> <p>OPAS, art. 7, al. 2, let. b, ch. 5 et 11</p> <p>LiMA, 15.25</p> <p>LS</p> <p>OPAS, art. 2 et art. 3</p> <p>Arrêt du TFA du 24 mars 1981</p> <p>LAMal, art. 25, al. 1</p>

³¹⁰ Pas explicitement mentionné dans les références retenues.

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
<p>6) <i>Logopédie:</i></p> <p>- Traitement précoce de l'aphasie³¹¹</p>	(+)	<p>Les logopédistes-orthophonistes traitent, sur prescription médicale, les patients souffrant de troubles du langage et de la parole, de l'articulation, de la voix ou du débit ayant une des causes suivantes: atteinte cérébrale organique par [...] troubles vasculaires.</p> <p>L'assurance prend en charge, par prescription médicale, au plus douze séances de thérapie logopédique, dans une période de trois mois au maximum depuis la prescription médicale. Une nouvelle prescription médicale est nécessaire pour la prise en charge d'un plus grand nombre de séances. Si une thérapie logopédique doit être poursuivie aux frais de l'assurance après un traitement équivalent à 60 séances d'une heure dans une période d'une année, le médecin traitant en réfère au médecin-conseil; il lui transmet une proposition dûment motivée concernant la poursuite de la thérapie. Le médecin-conseil propose de poursuivre ou non la thérapie aux frais de l'assurance, en indiquant dans quelle mesure. Le médecin traitant adresse au médecin-conseil un rapport relatif au traitement et à l'indication de la thérapie au moins une fois par an.</p>	<p>OPAS, art. 10, let. a</p> <p>OPAS, art. 11, al. 1 à 4</p>

³¹¹ Durée du traitement en moyenne estimée à 4-8 semaines, mais pouvant être d'une année d'après une référence.

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
<p>7) <i>Neuropsychologie:</i></p> <p>Dépistage et traitement de troubles neuropsychologiques:</p> <ul style="list-style-type: none"> - par le médecin non spécialiste - par le spécialiste 	<p>(+)</p> <p>312</p>	<p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p> <p>Remboursé s'il est effectué par le médecin. Les neuropsychologues ne sont pas mentionnés comme fournisseurs de prestations reconnus³¹³.</p>	<p>LAMal, art. 25, al. 1</p>
<p>8) <i>Prévention et traitement de la spasticité:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Physiothérapie (étirement, positionnement antispasticité) - Attelles - Stimulation électrique fonctionnelle (FES³¹⁴) - Strapping du pied et de la cheville («ankle-foot taping») - Injection de toxine botulinique - Injection intrathécale de baclofène - Clonidine 	<p>(+)</p> <p>(+)</p> <p>(+)</p> <p>(+)</p> <p>(+)³¹⁵</p> <p>(+)</p> <p>(+)</p>	<p>Les prestations suivantes des physiothérapeutes [...] sont prises en charge sur prescription médicale: [...] mobilisation articulaire, kinésithérapie passive, [...].</p> <p>Bandage de soutien fonctionnel.</p> <p>Pas expressément mentionné comme remboursé dans l'art. 5 (physiothérapie), ni dans la LiMA.</p> <p>Bandes élastiques de fixation.</p> <p>Botox® (toxine botulinique) remboursé uniquement pour d'autres indications³¹⁶.</p> <p>Thérapie au baclofène à l'aide d'un doseur implantable de médicament, en cas de spasticité résistant à la thérapie.</p> <p>Remboursée.</p>	<p>OPAS, art. 5, al. 1, let. b, ch. 2</p> <p>LiMA 05.02.02</p> <p>LiMA, 34.3</p> <p>LS</p> <p>OPAS, ann. 1, ch. 2.3</p> <p>LS</p>

³¹² Seule une des 3 références retenues recommande que les patients doivent être évalués par un spécialiste d'emblée.

³¹³ Une demande de reconnaissance des neuropsychologues comme fournisseurs de prestations au sens de l'art. 35 est en cours.

³¹⁴ Functional Electric Stimulation, par exemple le stimulateur de la dorsiflexion du pied («Odstock dropped foot stimulator»), le stimulateur de la préhension de la main.

³¹⁵ Efficace seule à dose classique ou, à dose faible, en association avec le strapping de la cheville et du pied.

³¹⁶ Blépharospasme, spasme hémifacial, strabisme, torticolis spastique, équinisme dynamique chez des enfants > 2 ans.

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
<p>9) <i>Lieu de la réadaptation:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Réadaptation: - A domicile - En ambulatoire - En hôpital de jour («day-hospital rehabilitation») - Dans un home médicalisé spécialisé - Dans un centre de réadaptation 	<p style="text-align: center;">+</p> <p style="text-align: center;">sc³¹⁷</p> <p style="text-align: center;">sc³¹⁸</p> <p style="text-align: center;">sc³¹⁹</p> <p style="text-align: center;">?</p> <p style="text-align: center;">sc³²⁰</p>	<p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p> <p>Ces prestations comprennent: [...] les mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin.</p> <p>En cas de séjour dans un établissement médico-social (art. 39, 3^e al.), l'assureur prend en charge les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire et pour les soins à domicile.</p> <p>Les établissements et celles de leurs divisions qui servent [...] à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis s'ils: garantissent une assistance médicale suffisante; disposent du personnel qualifié nécessaire; disposent d'équipements médicaux adéquats et garantissent la fourniture adéquate des médicaments; correspondent à la planification établie par un canton [...]; figurent sur la liste cantonale [...].</p>	<p>LAMal, art. 25, al. 1 et 2, let. d</p> <p>LAMal, art. 50</p> <p>LAMal, art. 39, al. 1, let. a-e</p>

³¹⁷ Pour les patients ne nécessitant pas d'hospitalisation, mais dont l'endurance est faible ou qui ne peuvent se déplacer au-dehors dans des conditions de sécurité. L'efficacité est comparable à celle de la réadaptation ambulatoire et en hôpital de jour.

³¹⁸ Pour les patients médicalement stables et ne requérant qu'une assistance fonctionnelle minimale, lorsque leur environnement leur permet de rester à domicile dans des conditions de sécurité.

³¹⁹ Pour les patients médicalement stables et ne requérant qu'une assistance fonctionnelle minimale, lorsque leur environnement leur permet de rester à domicile dans des conditions de sécurité. Pour une référence, elle est aussi efficace que la réadaptation à domicile. Pour une autre, son efficacité n'est pas établie.

³²⁰ Pour les patients présentant des déficits modérés à sévères.

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
<p>- A l'hôpital</p> <p>- Dans une «stroke unit» spécialisée</p>	<p>(+)³²¹</p> <p>+</p>	<p>L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p> <p>Ces prestations comprennent: [...] les examens, traitements et soins dispensés [...] en milieu hospitalier ou semi-hospitalier [...] et le séjour en division commune d'un hôpital.</p> <p>Les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis s'ils:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. garantissent une assistance médicale suffisante; b. disposent du personnel qualifié nécessaire; c. disposent d'équipements médicaux adéquats et garantissent la fourniture adéquate des médicaments; d. correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate; e. figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats. 	<p>LAMal, art. 25, al. 1 et 2</p> <p>LAMal, art. 25, al. 2, let.e</p> <p>LAMal, art. 39, al. 1 et 2</p>

³²¹ Efficacité prouvée selon deux références.

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
<p><i>10) Traitement de la dépression:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pharmacothérapie: <ul style="list-style-type: none"> - antidépresseurs (trazodone, fluoxétine, sertraline, nortriptyline, citalopram, imipramine, miansérine et autres) - psychostimulants (méthylphénylédate) - Psychothérapie individuelle - Psychothérapie de groupe - Soutien et enseignement de la famille - Musicothérapie 	<p>(+)</p> <p>(+)</p> <p>(+)</p> <p>?</p> <p>?</p>	<p>Médicaments remboursés pour la plupart des présentations.</p> <p>Remboursé.</p> <p>L'assurance prend en charge la psychothérapie effectuée par un médecin selon des méthodes qui sont appliquées avec succès dans les institutions psychiatriques reconnues.</p> <p>Remboursée.</p> <p>Aucune.</p> <p>Aucune³²².</p>	<p>LS</p> <p>LS</p> <p>OPAS, art. 2, al.1</p> <p>OPAS, ann. 1, cb. 8</p>
<p><i>11) Orthèses, chaises roulantes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Chaise roulante - Stimulation électrique fonctionnelle - Orthèses du genou ou de la cheville - Ecarteur d'orteils 	<p>sc³²³</p> <p>(+)</p> <p>(+)³²⁴</p> <p>?</p>	<p>Aucune³²⁵.</p> <p>Pas expressément mentionnée comme remboursée dans l'art. 5 (physiothérapie), ni dans la LiMA.</p> <p>Remboursées.</p> <p>Aucune.</p>	<p>LIMA, 23.01, 23.04</p>

³²² Prestation expressément non remboursée (OPAS, ann. 1, ch. 8).

³²³ Pour les patients avec faiblesse motrice ou avec grande fatigabilité, après évaluation de l'environnement dans lequel la chaise roulante sera utilisée et avec le plein accord du patient et de ses proches.

³²⁴ Divergence sur la nécessité d'orthèses faites sur mesure par rapport aux orthèses de confection.

³²⁵ Mais remboursé par d'autres branches de l'assurance sociale (AVS/AI/PC).

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
<p><i>12) Physiothérapie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Biofeedback - Stimulation électrique fonctionnelle (FES) - Exercice physique orienté sur des activités 	<p>sc³²⁶</p> <p>(+)</p> <p>(+)</p>	<p>Pas expressément mentionné comme remboursé dans l'art. 5 (physiothérapie).</p> <p>Pas expressément mentionnée comme remboursée dans l'art. 5 (physiothérapie), ni dans la LiMA.</p> <p>Pas expressément mentionné comme remboursé dans l'art. 5 (physiothérapie).</p>	

³²⁶ Comme méthode d'appoint dans les troubles de l'équilibre.

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
<p>4) <i>Services de santé extra-hospitaliers:</i></p> <p>Equipe de coordination et de liaison entre les fournisseurs de prestations ambulatoires</p>	(+)	<p>Pas expressément mentionnée comme remboursée, mais prise en charge des prestations fournies par les fournisseurs reconnus : « Sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins les fournisseurs de prestations [suivants]; les médecins; les pharmaciens; les chiropraticiens; les sages-femmes; les personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical ainsi que les organisations qui les emploient; les laboratoires; les centres de remise de moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques; les hôpitaux; les institutions de soins semi-hospitaliers; les établissements médico-sociaux; les établissements de cure balnéaire. »</p>	<p>LAMal, art. 35, al. 1 et 2</p>
<p>5) <i>Soins à domicile</i></p>	+	<p>L'assurance prend en charge les examens, les traitements et les soins effectués selon l'évaluation des soins requis sur prescription médicale ou sur mandat médical par des infirmiers, des organisations de soins et d'aide à domicile et des EMS. Les prestations sont : des instructions et des conseils, [...] des examens et des soins, [...] des soins de base.</p>	<p>OPAS, art. 7, al. 1 et 2</p>
<p>6) <i>Institutionnalisation</i></p>	?	<p>Sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins [...] les établissements médico-sociaux. L'assurance prend en charge les examens, les traitements et les soins effectués selon l'évaluation des soins requis sur prescription médicale ou sur mandat médical par [...] des EMS.</p>	<p>LAMal, art. 35, al. 1 et 2 OPAS, art. 7, al. 1 et 2</p>

3.2.1.3 Commentaire

La littérature est abondante pour la plupart des thèmes relatifs à l'AVC ischémique, en particulier pour ce qui concerne les aspects d'évaluation et de traitement, à l'exception de quelques méthodes avancées (par ex. dans le domaine de l'imagerie ou dans celui des agents neuroprotecteurs). En revanche, l'évaluation des interventions préventives, notamment multidisciplinaires, est plus lacunaire, de même que celle de certaines interventions de réadaptation (cf. traitement de l'incontinence urinaire, enseignement et soutien de la famille).

Les prestations clairement recommandées par la littérature sont en règle générale couvertes par le «catalogue» des prestations, dans la mesure où elles sont de nature médicale, réalisées par un médecin ou prescrites par ce dernier.

Parmi les prestations non couvertes par l'assurance de base, ou couvertes partiellement seulement, on note la limite mise au remboursement du transport en ambulance. Cette limite est particulièrement regrettable dans le cas de l'AVC ischémique dans la mesure où non seulement le transport en ambulance est justifié, mais encore il est absolument recommandé en sorte d'atteindre dans les meilleurs délais un centre spécialisé. En effet, la fenêtre temporelle pendant laquelle une thrombolyse intraveineuse peut être entreprise est très étroite et seuls les patients présentant des symptômes depuis moins de trois heures peuvent éventuellement bénéficier de ce traitement.

On relève d'autres limites du «catalogue» en ce qui concerne la prévention, relatives notamment aux approches multidisciplinaires (programmes formels d'exercice physique, programmes destinés aux alcooliques). La prise en charge des patients fumeurs est également lacunaire (non-remboursement du remplacement nicotinique) en comparaison de la couverture d'autres facteurs de risque peut-être davantage perçus comme relevant du traitement médical (diabète, hypertension).

Dans le champ de la réadaptation et des suites de soins, plusieurs prestations non inscrites dans le cadre de la LAMal sont en fait remboursées par d'autres branches de l'assurance sociale (par ex. aménagement du domicile, moyens auxiliaires nécessaires à la marche, chaise roulante). On relève cependant l'absence de remboursement des prestations fournies par des neuropsychologues indépendants, qui interviennent dans la phase de réadaptation.

Un problème particulier mis en évidence par l'AVC est la faiblesse du «catalogue» des prestations en ce qui concerne le soutien apporté à l'entourage, ainsi que l'absence de remboursement prévu pour les frais liés à la fréquentation de groupes de soutien. Les personnes handicapées regagnant leur domicile à la suite d'un AVC nécessitent un appui de la part de leur entourage; les prestations permettant aux proches d'acquérir les compétences nécessaires (enseignement, conseils) sont cruciales. La participation à des groupes de soutien est une mesure susceptible à la fois de soutenir l'entourage et de favoriser la réinsertion des patients.

Enfin, contrairement aux soins de base, les prestations d'aide à domicile ne sont pas prévues par le «catalogue» des prestations. Or certaines de ces prestations sont indispensables au maintien d'une hygiène acceptable (par ex. des repas préparés sont parfois nécessaires) et conditionnent la possibilité de vivre à domicile sans risque pour l'état de santé.

3.2.2 Fracture de hanche

La fracture de hanche est classée en fracture cervicale ou trochantérienne, cette dernière étant un peu plus fréquente. En Suisse, l'incidence annuelle enregistrée pour les personnes âgées de plus de 60 ans se situe entre 1.5 et 2/1'000 pour les hommes et est de 4.5/1'000 pour les femmes³²⁸. En raison des accidents de la route et du sport, les hommes sont certes davantage concernés dans les tranches d'âge plus jeunes³²⁹ mais, globalement, une femme présente un risque deux fois plus élevé d'hospitalisation pour une fracture de hanche qu'un homme³³⁰, principalement à cause de l'ostéoporose. Dans le canton de Vaud, l'âge moyen au moment de la fracture est de 82 ans pour les femmes et de 74 ans pour les hommes³³¹. A Genève, la mortalité à 1 an est de 23.8% et 17.9% des patients nécessitent un environnement protégé un an après la fracture³³².

a) Prévention

L'ostéoporose de toute origine constitue naturellement la cible la plus importante de la prévention. Comme la tendance aux chutes et le bilan gériatrique, elle doit faire l'objet de mesures plus intensives aux niveaux à la fois primaire, secondaire et tertiaire. Le dépistage de l'ostéoporose est un sujet d'actualité.

b) Evaluation

L'hospitalisation étant de règle, la consultation ambulatoire ne peut être examinée dans ce cas que sous l'angle de la prévention. Le bilan radiographique et étiologique, par exemple à la recherche d'une fracture pathologique, est essentiel.

c) Traitement

Les recommandations d'un récent article de Morrison³³³ couvrent bien des points du traitement, notamment les médicaments (prophylaxie anti-thrombotique, antibiotiques, apports protéiques), les moyens et appareils (bas de compression) et certaines procédures hospitalières (sondage vésical). La partie ambulatoire du traitement concerne les prestations fournies sur prescription ou mandat médical, comme la physiothérapie ou l'ergothérapie.

d) Réadaptation

La réadaptation et la prévention tertiaire font aussi l'objet de recommandations de qualité dans la revue de Morrison. On peut y ajouter certains moyens et appareils rendus parfois nécessaires à court et à moyen terme (cannes, déambulateur), ainsi que les adaptations architecturales du domicile.

e) Suite de soins

La prise en charge de la dépendance fonctionnelle peut être lourde, surtout en présence de comorbidités. Dans ce sens, il est crucial de déterminer la mesure dans laquelle les soins à domicile remboursés par l'assurance sociale suffisent à assurer une prise en charge de qualité et à éviter une institutionnalisation.

³²⁸ Fujiwara NK, Marti B, Gutzwiller F. Hip fracture mortality and morbidity in Switzerland and Japan: a cross-cultural comparison. *Soz Präventivmed* 1993;38(1):8-14.

³²⁹ Lustenberger A, Ganz R. Epidemiology of trochanteric femoral fractures over 2 decades (1972-1988). *Unfallchirurg* 1995;98(5):278-82.

³³⁰ Jéquier V, Burnand B, Vader JP, Paccaud F. Hip fracture incidence in the canton of Vaud, Switzerland, 1986-1991. *Osteopor Int* 1995;5(3):191-5.

³³¹ *ibid.*

³³² Schurch MA, Rizzoli R, Mermillod B, Vasey H, Michel JP, Bonjour JP. A prospective study on socio-economic aspects of fracture of the proximal femur. *J Bone Miner Res* 1996;11(12):1935-42.

³³³ Morrison RS, Chassin MR, Siu AL. The medical consultant's role in caring for patients with hip fracture. *Ann Intern Med* 1998;128(12 Pt 1):1010-20.

En résumé, comme l'accident vasculaire cérébral, la fracture de hanche permet d'étudier la palette presque complète des catégories de services de santé. De plus, les quatre critères sont respectés, et les recommandations disponibles sont de particulièrement bonne qualité.

3.2.2.1 Liste des thèmes de recherche

Prévention primaire :

1. Chutes / Évaluation ophtalmologique
2. Chutes / Entraînement de la coordination
3. Chutes / Entraînement de l'équilibre
4. Chutes / Prévention systématique de la tendance à chuter
5. Chutes / Détection et diminution d'une polypragmasie
6. Chutes / Aide à la marche
7. Chutes / Adaptation du domicile
8. Chutes / Protection des hanches
9. Ostéoporose / Densitométrie osseuse
10. Ostéoporose / Dosages de laboratoire (bilan sanguin pour le diagnostic de l'ostéoporose, marqueurs du remodelage osseux)
11. Ostéoporose / Ultrasonographie
12. Ostéoporose / Dépistage systématique de l'ostéoporose
13. Ostéoporose / Traitement de l'ostéoporose (calcium et vitamine D, biphosphonates, hormonothérapie de substitution, calcitonine, fluor)

Prévention secondaire :

1. Prévention d'événements thrombo-emboliques (héparines de faible poids moléculaire, coumarines, aspirine, bas de contention, appareil de massage péristaltique par pression séquentielle)
2. Prévention d'infections (antibiotiques prophylactiques)
3. Prévention des escarres (soins de la peau, coussins, cales, matelas d'eau - de gel - de mousse - d'air)

Évaluation :

1. Radiographie de la hanche, du bassin
2. CT
3. IRM
4. Ultrasonographie
5. Scintigraphie osseuse

Traitement :

1. Transfert en ambulance
2. Antalgie
3. Mise à l'extension
4. Traitement de la malnutrition

Réadaptation :

1. Ergothérapie
2. Physiothérapie

3. TENS
4. Prévention et traitement de la dépression
5. Réadaptation ambulatoire ou hospitalière - programme de prise en charge multidisciplinaire
6. Adaptation des chaussures et aides à la marche

Suite de soins :

1. Aide et soins à domicile
2. Institutionnalisation
3. Assistance sociale

3.2.2.2 Synthèses

Prévention primaire : 1.- Chutes / Evaluation ophtalmologique

Mots-clés: vision or vision disorders or vision, low and HF

La fracture de la hanche est plus fréquente chez les personnes qui souffrent d'une détérioration de la vue, comme le soulignent la majorité des références retenues, qui sont donc unanimes pour recommander des mesures préventives pour éliminer ce facteur de risque important. L'examen ophtalmologique est indiqué, mais les références retenues ne s'expriment pas sur l'âge à partir duquel cet examen devrait être pratiqué, ni sur sa fréquence. Deux des références retenues précisent que l'examen avec la carte de Snellen devrait être inclus dans les dépistages réguliers de routine, d'autant plus si le patient souffre de diabète. Dans ce cas, il faudrait également ajouter un examen du fond d'oeil. Il n'y aurait pas assez de preuves pour inclure ou exclure le dépistage régulier du glaucome, selon ces deux mêmes références.

Prévention primaire : 2.- Chutes / Entraînement de la coordination

Mot-clé: coordin\$ and HF

Les trois références retenues recommandent des exercices physiques pour maintenir la capacité de coordination du mouvement, ceci dans le but de prévenir les chutes qui pourraient entraîner des fractures de la hanche.

Prévention primaire : 3.- Chutes / Entraînement de l'équilibre

Mots-clés: equilibrium or exercise or posture or balance training and HF

Les références retenues recommandent l'exercice physique afin de maintenir l'équilibre, ceci dans le but de prévenir les chutes qui pourraient entraîner des fractures de la hanche. Selon l'une des références retenues, l'activité physique diminue le risque de fracture de la hanche de 50%.

Prévention primaire : 4.- Chutes / Prévention systématique de la tendance à chuter

Mots-clés: calcium and HF / fall\$ or accidental falls and HF

La prévention des chutes se base sur les deux axes principaux suivants: la recherche approfondie des facteurs de risque de chute et les programmes multifactoriels de prévention. Quatre des références retenues insistent sur l'importance du dépistage des facteurs de risque, mais sans indiquer à partir de quel âge ni à quelle fréquence ce dépistage devrait avoir lieu. L'une des références retenues souligne qu'il n'y aurait pas assez de preuves pour inclure ou exclure un contrôle systématique de toutes les personnes âgées. Des interventions multifactorielles devraient inclure le dépistage des personnes âgées présentant un risque élevé de chutes. Les programmes de prévention sont recommandés par onze des références retenues, sans que leur contenu soit spécifié. Deux de ces références émettent un doute sur l'efficacité de ces programmes en ce qui concerne les lésions secondaires à la chute.

Prévention primaire : 5.- Chutes / Détection et diminution d'une polypragmasie

Mots-clés: fall§ or accidental falls and HF

Les références retenues concordent pour recommander de diminuer le plus possible la prise de médicaments ou combinaisons de médicaments susceptibles d'induire fatigue diurne, sédation, somnolence et hypotension orthostatique (i.e. psychotropes, anxiolytiques, hypnotiques, anti-dépresseurs sédatifs, benzodiazépines à longue durée d'action, anti-convulsivants, barbituriques à longue durée d'action, etc). La médication des patients d'un certain âge devrait donc être révisée régulièrement, dans le but de réduire le risque de chutes.

Prévention primaire : 6.- Chutes / Aide à la marche

Mots-clés: fall§ or accidental falls and HF

L'une des références retenues recommande comme mesure de prévention de la fracture de hanche des chaussures, ainsi que des aides à la marche, adaptées. Dans le cas où les patients devraient marcher immédiatement après une intervention - comme recommandé par l'autre référence retenue -, des aides à la marche sont certainement indispensables. Toutefois, le nombre réduit de références trouvées sur le sujet ne permet pas de conclure.

Prévention primaire : 7.- Chutes / Adaptation du domicile

Mot-clé: néant

Les références retenues concordent pour recommander l'adaptation du domicile des personnes âgées en vue de la prévention des chutes. Cette adaptation consiste en les mesures suivantes: un bon éclairage partout, des sols, escaliers et tapis de bain antidérapants, des couloirs et escaliers non encombrés, etc. Pour prendre concrètement ces mesures, deux des références retenues recommandent des visites à domicile par le personnel de santé, des ergothérapeutes ou des volontaires entraînés. La prévention des chutes des personnes âgées devrait être une priorité dans les espaces publics également, selon l'une des références retenues.

Prévention primaire : 8.- Chutes / Protection des hanches

Mot-clé: protector§ and HF

Toutes les références retenues recommandent le port de protecteurs des hanches chez les personnes âgées à risque de fracture de hanche. Chez les personnes âgées institutionnalisées, le port de protecteurs externes diminue le risque de fracture de 50%. L'efficacité pourrait être encore plus élevée si la compliance était meilleure (elle ne serait que de 30% à long terme). La facilité d'utilisation devrait donc être améliorée, ainsi que le confort, et des programmes d'intervention systématique auprès des résidents en institution devraient faciliter l'acceptation des protecteurs des hanches.

Prévention primaire : 9.- Ostéoporose / Densitométrie osseuse

Mots-clés: densitometry, x-ray or dexa and HF

Selon les références retenues, la densitométrie osseuse est un outil fiable pour le diagnostic de l'ostéoporose, et sa valeur prédictive pour la fracture de la hanche est reconnue. L'une des références retenues souligne que la densitométrie ne serait pas assez précise pour être utilisée comme seul outil de dépistage. La technique de mesure de choix est l'absorptiométrie double énergie à rayons X (DEXA). Les indications à une densitométrie sont les suivantes: fracture antérieure à basse énergie ou indication radiologique d'ostéopénie et/ou déformation vertébrale, tassement, cyphose thoracique, longue thérapie orale aux glucocorticoïdes (6 mois ou plus), ménopause prématurée (à l'âge de moins de 45 ans), aménorrhée secondaire prolongée (plus d'un an), antécédents familiaux d'ostéoporose ou multiples facteurs de risque cliniques, hyperparathyroïdie asymptomatique, ostéoporose établie, bas indice de masse corporelle (moins de 19 kg/m²), femmes indécises quant à la prise d'une hormonothérapie substitutive ou chez lesquelles une telle substitution est contre-indiquée, évaluation

de l'efficacité d'un éventuel traitement de l'ostéoporose. Selon l'une des références retenues, un âge de 65 ans et plus constituerait une indication à la densitométrie.

Prévention primaire : 10.- Ostéoporose / Dosages de laboratoire (bilan sanguin pour le diagnostic de l'ostéoporose, marqueurs du remodelage osseux)

Mots-clés: marker§ or biological markers and HF

Le bilan sanguin de routine pour le diagnostic de l'ostéoporose est le suivant: hémogramme, vitesse de sédimentation, calcium sérique, albumine, phosphates, phosphatases alcalines et transaminases, testostérone et gonadotrophines (pour les hommes), selon trois références retenues, dont l'une ajoute - pour le dépistage d'une ostéoporose secondaire - 25-hydroxy-vitamine D, 1,25-dihydroxy-vitamine D, TSH, thyroxine, anticorps anti-thyroïdiens, FSH/oestrogènes, parathormone, créatinine, éventuellement la clearance à la créatinine. Les marqueurs du remodelage osseux représentent une méthode prometteuse pour l'évaluation du risque d'ostéoporose, pour son diagnostic, et pour la surveillance de l'efficacité de son traitement. En combinaison avec la densitométrie osseuse, les marqueurs représentent un outil puissant et fiable du dépistage précoce, qui rend possible le contrôle de l'évolution à court terme. Toutefois, l'efficacité de leur application concrète pour le traitement du patient n'est pas encore établie.

Prévention primaire : 11.- Ostéoporose / Ultrasonographie

Mot-clé: ultrasonography and HF

Bien que l'ultrason quantitatif de l'os ne semble pas être suffisant pour poser le diagnostic de l'ostéoporose, il représente un outil pratique et non-invasif de dépistage des sujets nécessitant des investigations supplémentaires. Selon les références retenues, les performances de l'ultrason quantitatif de l'os seraient comparables à celles de la DEXA dans l'évaluation du risque fracturaire. Certains auteurs recommandent de combiner l'ultrasonographie au DEXA. Des études sont actuellement en cours afin de valider l'utilisation de l'ultrasonographie en clinique.

Prévention primaire : 12.- Ostéoporose / Dépistage systématique de l'ostéoporose

Mot-clé: néant

La question du dépistage systématique de l'ostéoporose chez toutes les femmes à partir d'un certain âge versus un dépistage sélectif est discutée parmi les références retenues. La sensibilité de l'examen principal de dépistage (la densitométrie osseuse) serait assez basse (50% environ), selon l'une des références retenues, et les stratégies efficaces manqueraient pour un dépistage universel; de plus, il n'y aurait pas assez de preuves pour recommander le dépistage chez des femmes ménopausées sans facteurs de risque. La majorité des références retenues recommande donc les mesures de dépistage de l'ostéoporose uniquement dans la population à risque. Toutefois, une référence souligne qu'un dépistage universel pourrait être efficace et économique, et une autre référence relate que ce dépistage est pratiqué aux Etats-Unis chez toutes les femmes âgées de plus de 65 ans.

Prévention primaire : 13.- Ostéoporose / Traitement de l'ostéoporose

Mots-clés: drug§ and HF / calcium and HF / vitamin D and HF / fall§ or accidental falls and HF

La prévention pharmacologique de l'ostéoporose et du risque fracturaire, ainsi que son traitement, se basent principalement sur les axes suivants: la supplémentation en calcium et/ou en vitamine D, les biphosphonates (surtout l'alendronate), l'hormonothérapie de substitution, la calcitonine et le fluorure de sodium (encore en discussion).

- selon la plupart des références retenues, il existe suffisamment de preuves de bonne qualité pour recommander la supplémentation en calcium et en vitamine D pour la prévention du risque fracturaire. Le traitement par vitamine D seule n'aurait que de modestes résultats, sauf si elle est administrée à hautes doses, selon deux des références retenues. L'utilisation du calcitriol n'est pas recommandée;

- des preuves de bonne qualité permettent de recommander le traitement par biphosphonates (alendronate et étidronate) pour traiter l'ostéoporose et pour la prévention des fractures;
- chez la femme ménopausée, le traitement de choix de l'ostéoporose documentée serait l'hormonothérapie de substitution. Si ce traitement est débuté assez tôt après la ménopause (dans les 5 ans), il diminuerait très sensiblement les fractures secondaires à l'ostéoporose. La durée de traitement recommandé n'est pas connue. Le raloxifène augmente la densité osseuse chez les femmes avec une ostéoporose, mais n'a pas d'effet significatif sur la fracture de hanche;
- selon les références retenues, la calcitonine augmenterait la densité osseuse chez les femmes post-ménopausées et chez les patients traités par glucocorticoïdes. Son effet de prévention de la fracture de la hanche ne serait pas prouvé, selon deux des références retenues, alors que cinq autres références recommandent la calcitonine pour la prévention et le traitement de l'ostéoporose. Une référence indique la calcitonine chez les femmes à haut risque seulement;
- le traitement au fluor est controversé parmi les références retenues. Trois des références retenues soulignent que les preuves manquent pour recommander ce traitement comme traitement de routine. Selon deux autres références, il semble pouvoir prévenir la fracture de la hanche.

Prévention secondaire : 1.- Prévention d'événements thrombo-emboliques (héparines de faible poids moléculaire, coumarines, aspirine, bas de contention, appareil de massage péristaltique par pression séquentielle)

Mots-clés: thrombosis or venous thrombosis and HF / thromboembolism and HF

Les références retenues concordent pour recommander la prévention des événements thrombo-emboliques lors d'une fracture de la hanche. Les différentes héparines de faible poids moléculaire ont toutes la même efficacité, mais sont associées à un risque d'hémorragie plus important que les dérivés coumariniques. Ceux-ci seraient aussi efficaces que les premières, selon l'une des références retenues. Une autre référence recommande de conjuguer les héparines de faible poids moléculaire en préopératoire avec les coumarines en postopératoire. Le traitement par aspirine en postopératoire est moins efficace que les héparines de faible poids moléculaire, et il est indiqué seulement chez les patients à haut risque d'hémorragie qui ne peuvent pas recevoir de l'héparine. En ce qui concerne les méthodes mécaniques, deux références retenues soulignent l'efficacité de la compression séquentielle - même si la compliance reste un problème - et du port de bas de contention.

Prévention secondaire : 2.- Prévention d'infections (antibiotiques prophylactiques)

Mot-clé: thrombo\$ and HF

Toutes les références retenues recommandent la prévention d'infections lors de l'opération de la hanche. La plupart d'entre elles indiquent de commencer la prévention avant l'opération (par exemple 0 ou 2 heures avant), une minorité n'en parle qu'en postopératoire. Selon l'une des références retenues, les études fiables manquent pour déterminer le régime anti-infectieux idéal. Par contre, toutes les références retenues considèrent comme inutile, voire dangereux, de maintenir le traitement au-delà de 24 heures (maximum 48 heures) après l'opération.

Prévention secondaire : 3.- Prévention des escarres (soins de la peau, coussins, cales, matelas d'eau - de gel - de mousse - d'air)

Mot-clé: decubitus ulcer or pressure sore and HF

Trois aspects sont importants dans la prévention des escarres: les soins de la peau, le positionnement du patient et le matelas/coussin sur lequel il repose. La qualité de la peau doit être évaluée régulièrement par le personnel soignant. La peau doit être nettoyée à des intervalles réguliers, en veillant à ce qu'elle ne soit pas laissée trop sèche ni trop humide; sinon, l'emploi de crèmes hydratantes et d'un humidificateur d'air ou d'agents protégeant la peau contre la macération sont indiqués. Le patient doit être repositionné toutes les deux heures, également à l'aide de coussins ou de cales en

mousse. Le matelas est de première importance pour la prévention des escarres: matelas d'eau, de gel, de mousse ou d'air.

Evaluation : 1.- Radiographie de la hanche, du bassin

Mot-clé: radiograph§ or radiography and HF / roentgenograph§ and HF

Les références retenues concordent pour recommander la radiographie de la hanche et du bassin pour le diagnostic de la fracture. En fonction de l'endroit de la fracture, différents clichés sont indiqués: cliché axial ou latéral, cliché de toute la cuisse et/ou des articulations voisines, clichés fonctionnels, etc. En cas de persistance de la douleur, l'une des références retenues conseille des clichés de contrôle après 3-5 jours. La radiographie est efficace pour le diagnostic de la fracture de la hanche; toutefois, il existe des lésions trop subtiles pour être visualisées par ce moyen.

Evaluation : 2.- CT

Mot-clé: tomography, x-ray computed or ct and HF

La majorité des références retenues recommandent l'examen par CT-scan seulement pour des cas particuliers; il ne s'agit donc pas d'un examen de routine pour le diagnostic de la fracture de la hanche. Toutefois, l'une des références retenues souligne que le CT-scan constituerait la méthode de choix pour le dépistage des anomalies osseuses de la hanche.

Evaluation : 3. IRM

Mots-clés: magnetic resonance imaging or mri and HF

L'IRM semble être indiquée seulement pour le diagnostic de cas particuliers de fracture de la hanche. Deux des références retenues soulignent que l'intérêt de l'IRM pour la fracture de la hanche serait en pleine expansion. L'IRM permettrait un diagnostic précoce et serait fréquemment utilisée pour décider d'un traitement chirurgical versus un traitement conservateur.

Evaluation : 4.- Ultrasonographie

Mot-clé: ultrasonography or ultrasonography or doppler and HF

Deux références retenues recommandent l'ultrasonographie comme examen facultatif ou pour des cas isolés dans le cadre du diagnostic de la fracture de la hanche. Toutefois, le nombre réduit de références trouvées sur le sujet ne permet pas de conclure.

Evaluation : 5.- Scintigraphie osseuse

Mot-clé: radionuclide imaging or scintigraphy and HF

Dans le cadre du diagnostic de fracture de la hanche, la scintigraphie ne serait indiquée que dans des cas rares. Elle aurait plutôt sa place dans la surveillance de la revascularisation de la tête du fémur après l'intervention chirurgicale, et dans des cas où l'image radiologique ne permet pas le diagnostic des douleurs osseuses.

Traitement : 1.- Transfert en ambulance

Mot-clé: néant

Les références retenues concordent pour recommander des précautions particulières lors du transfert d'un patient avec une fracture de la hanche: matelas coquille, coussins et attelles en polystyrène en sont trois exemples. L'une des références retenues suggère une formation spéciale pour les ambulanciers, afin qu'ils puissent rapidement faire le diagnostic de la fracture et appliquer immédiatement les mesures nécessaires.

Traitement : 2.- Antalgie

Mot-clé: pain and HF

Il est important de calmer la douleur rapidement après la fracture et d'une façon adéquate. Une évaluation régulière de la douleur devrait faire partie de la pratique clinique de routine, selon l'une des références retenues. Les méthodes énumérées et recommandées seules ou en combinaison sont différentes méthodes de relaxation, administration d'opiacés et de médicaments anti-inflammatoires, cathéter épidural (post-opératoire), blocs nerveux, massages, application de chaud/froid et TENS. L'extension collée serait plus efficace que la traction par clou transosseux; cette dernière ne devrait cependant pas être appliquée de routine.

Traitement : 3.- Mise à l'extension

Mot-clé: traction and HF

Quatre références sur cinq recommandent la mise à l'extension, soit comme mesure préopératoire immédiate, soit comme modalité de traitement conservateur pour des patients non opérables. L'une des références retenues met en garde contre la mise à l'extension préopératoire systématique: il y aurait trop peu de preuves pour soutenir cette pratique et la décision devrait se prendre au cas par cas.

Traitement : 4.- Traitement de la malnutrition

Mot-clé: supplement§ and HF

Sept des références retenues recommandent une supplémentation en protéines après une fracture de la hanche. Ce traitement permet de réduire significativement la durée de séjour dans un centre de réadaptation, de diminuer les complications et de ralentir la dégradation osseuse. La voie d'administration de choix serait orale. Chez des patients avec une malnutrition modérée ou sévère, deux des références retenues recommandent une alimentation artificielle durant la nuit. Les patients à haut risque de malnutrition (personnes âgées vivant seules ou dans des institutions) devraient pouvoir bénéficier d'un conseil diététique par des professionnels, mais il n'y aurait pas assez de preuves pour recommander le dépistage de routine de la malnutrition, selon l'une des références retenues. Le dosage et la durée de la supplémentation protéique avant et après une intervention chirurgicale sont à choisir d'après le degré de la malnutrition. Une telle supplémentation est indiquée dans tous les cas où l'intervention est liée à une période de jeûne.

Réadaptation : 1.- Ergothérapie

Mot-clé: physical therapy or physiotherapy and HF / activities of daily living or disabled persons or exercise therapy or ergotherapy and HF

Le but de l'ergothérapie après fracture de la hanche est que le patient retrouve la même autonomie dans la vie quotidienne qu'avant l'accident. Ce traitement est recommandé par l'ensemble des références retenues. Il s'agit de réapprendre au patient les gestes de base, comme le repas, la toilette et l'habillement, ainsi que les gestes plus complexes comme par exemple faire les courses, prendre un moyen de transport ou aller à la banque, pour ceux qui en étaient capables avant la fracture. Selon l'une des références retenues, les travailleurs sociaux devraient se renseigner auprès du patient et de son entourage pour connaître ses conditions de vie, afin que l'ergothérapeute puisse adapter son traitement dans le sens d'une prévention optimale d'une nouvelle fracture.

Réadaptation : 2.- Physiothérapie

Mots-clés: physical therapy or physiotherapy and HF

La physiothérapie est partie intégrante des mesures de réadaptation après une fracture de la hanche. Les références retenues la recommandent pour qu'une bonne coordination neuromusculaire puisse être acquise par le patient, ce qui peut également prévenir les blessures ultérieures. Selon la majorité des références retenues, les services de réadaptation devraient donc proposer la physiothérapie à leurs patients.

Réadaptation : 3.- TENS

Mot-clé: néant

Le nombre réduit de références trouvées sur le sujet ne permet pas de conclure. Selon les deux références retenues, l'efficacité du TENS dans la douleur aiguë et surtout chronique ne serait pas assez bien documentée, et son emploi devrait se réduire aux personnes qui en ressentent un effet bénéfique.

Réadaptation : 4.- Prévention et traitement de la dépression

Mots-clés: rehabilitation or rehabilitation centers or rehabilitation nursing and HF / hip fracture or femoral neck fracture

Quatre des références retenues recommandent une prise en charge psychologique des patients avec une fracture de la hanche, soit pour que ceux-ci retrouvent la confiance en eux-mêmes et en leurs capacités, soit afin qu'ils puissent réacquérir une qualité de vie subjectivement acceptable. L'importance de l'environnement psychologique serait considérable pour empêcher la détérioration mentale après une fracture de la hanche. Des groupes d'entraide pourraient également jouer un rôle qui stimule le patient à se prendre en charge d'une façon autonome.

Réadaptation : 5.- Réadaptation ambulatoire ou hospitalière - programmes de prise en charge multidisciplinaire

Mots-clés: accidental falls or home care services and HF / activities of daily living or disabled persons or exercise therapy or ergotherapy and HF / rehabilitation or rehabilitation centers or rehabilitation nursing and HF / hip fracture or femoral neck fracture / transfer and HF

De bonnes preuves permettent de recommander une prise en charge multidisciplinaire pour la réadaptation après une fracture de la hanche, selon six des références retenues. La collaboration entre les différents professionnels de la santé, les travailleurs sociaux et les coordinateurs des soins est ainsi de première importance. Des études fiables font cependant défaut pour recommander plutôt la réadaptation à domicile ou dans une institution, ceci à cause de l'hétérogénéité de la prise en charge et de la difficulté d'évaluation de ses effets. Selon trois références retenues, la prise en charge à domicile donnerait de meilleurs résultats qu'à l'hôpital.

Réadaptation : 6.- Adaptation des chaussures et aides à la marche

Mot-clé: walking aid or canes or disabled persons or exercise or self-help devices or walking and HF / stick, and HF

Le nombre réduit de références trouvées sur le sujet ne permet pas de conclure. Cependant, il semble que seul un nombre réduit de patients retrouvent la qualité de marche après la fracture de la hanche qu'ils avaient auparavant. Le fait d'utiliser une aide à la marche avant la fracture ou non est associé aux résultats postopératoires.

Suite de soins : 1.- Aide et soins à domicile

Mot-clé: néant

La question de la prise en charge ambulatoire ou hospitalière reste ouverte. Selon trois des références retenues, la réadaptation intensive à domicile serait très efficace et plus économique que dans une institution. Ces arguments sont contredits par d'autres études, qui ne trouvent pas de preuves d'un bénéfice des soins à domicile (voir aussi le chapitre Réadaptation ambulatoire ou hospitalière).

Suite de soins : 2.- Institutionnalisation

Mot-clé: nursing home and HF

Le placement des patients dans une institution après une fracture de la hanche est très fréquent, car de nombreuses personnes concernées ne retrouvent pas une indépendance suffisante pour retourner à

domicile après l'accident. Deux des références retenues soulignent que vivre dans un établissement médico-social représente un facteur de risque non négligeable de fracture de la hanche. Des études évaluant le bénéfice des unités de réadaptation à long terme font défaut; les exigences d'équipement d'une telle structure sont très élevées.

Suite de soins : 3.- Assistance sociale

Mot-clé: social work and HF

Le nombre réduit de références trouvées sur le sujet ne permet pas de conclure. Cependant, les trois références retenues soulignent l'importance d'une prise en charge du patient et de sa famille par des travailleurs sociaux.

PRÉVENTION PRIMAIRE DE LA FRACTURE DE LA HANCHE

- Légende:**
- + : littérature existe, elle présente un niveau de preuve élevé, la recommandation est positive
 - (+) : littérature existe, le niveau de preuve n'est pas élevé, cependant elle est abondante et concordante quant à la recommandation positive
 - +/- : littérature existe, elle est divergente quant à la recommandation
 - ? : littérature insuffisante
 - sc : recommandation positive sous condition, explicitée dans une note de bas de page

FRACTURE DE LA HANCHE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
1) <i>Chutes</i> Évaluation ophtalmologique	(+) ³³⁴	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. [...]	LAMal, art. 25, al. 1
2) <i>Chutes</i> Entraînement de la coordination	(+)	Les prestations fournies, sur prescription médicale, par les ergothérapeutes et les organisations d'ergothérapie [...] sont prises en charge dans la mesure où: elles procurent à l'assuré, en cas d'affections somatiques, grâce à une amélioration des fonctions corporelles, l'autonomie dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie. [...] L'assurance prend en charge [...] au plus douze séances dans une période de trois mois. Une nouvelle prescription médicale est nécessaire pour la prise en charge d'un plus grand nombre de séances.	OPAS, art. 6, al. 1, let. a, al. 2-3
3) <i>Chutes</i> Entraînement de l'équilibre	(+)	Les prestations suivantes des physiothérapeutes [...] sont prises en charge lorsqu'elles sont fournies sur prescription médicale: [...] gymnastique médicale [...].	OPAS, art. 5, al. 1, let. b, ch. 2

³³⁴ Les références retenues ne s'expriment pas sur l'âge à partir duquel cet examen devrait être pratiqué, ni sur sa fréquence.

FRACTURE DE LA HANCHE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
4) <i>Chutes</i> Prévention systématique de la tendance à chuter	(+) ³³⁵	Les programmes multifactoriels de prévention ne sont pas expressément mentionnés comme remboursés par la LAMal. Ces prestations sont remboursées pour autant qu'elles soient fournies par un médecin ou un fournisseur de prestations sur prescription ou mandat médical.	LAMal, art. 25, al. 1
5) <i>Chutes</i> Détection et diminution d'une polypragmasie	(+) ³³⁶	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. [...]	LAMal, art. 25, al. 1
6) <i>Chutes</i> - Aide à la marche	?	Accessoires de marche: béquilles, une paire ³³⁷ .	LiMA, 10.50.01
7) <i>Chutes</i> - Adaptation du domicile	+	Aucune ³³⁸ .	
8) <i>Chutes</i> - Protection des hanches	+	Protection des hanches: Non. En cours d'évaluation.	OPAS, ann. 1, ch. 1.3
9) <i>Ostéoporose</i> - Densitométrie osseuse	sc ³³⁹	Ostéodensitométrie - par absorptiométrie double énergie à rayons X (DEXA): Oui, sous conditions ³⁴⁰ . - En cas d'ostéoporose cliniquement manifeste et après une fracture lors d'un traumatisme inadéquat. - En cas de thérapie	OPAS, ann. 1, ch. 9.1

³³⁵ Les programmes de prévention multifactoriels sont recommandés par la majorité des références retenues, en particulier ciblés sur des personnes à haut risque, sans que leur contenu soit spécifié.

³³⁶ Le counselling par un médecin est remboursé seulement dans le cadre de la consultation habituelle.

³³⁷ D'autres aides à la marche peuvent être prises en charge par d'autres branches de l'assurance sociale (AVS, AI et prestations complémentaires), y compris la prestation «évaluation du domicile par des professionnels».

³³⁸ Remboursement par d'autres branches de l'assurance sociale (AVS, AI et prestations complémentaires).

³³⁹ Les indications pour une densitométrie sont en particulier les suivantes: fracture antérieure à basse énergie ou indication radiologique d'ostéopénie et/ou déformation vertébrale, tassement, cyphose thoracique, corticothérapie prolongée (6 mois ou plus), ménopause prématurée (<45 ans), aménorrhée secondaire prolongée (>1 an), antécédents familiaux d'ostéoporose ou multiples facteurs de risque cliniques, hyperparathyroïdie asymptomatique, femmes atteintes d'ostéoporose établie, indice de masse corporelle bas (<19 kg/m²), femmes indéscises quant à la prise d'une hormonothérapie substitutive ou avec une contre-indication pour celle-ci, évaluation de l'efficacité d'un possible traitement de l'ostéoporose. Selon l'une des références retenues, un âge de 65 ans et plus constituerait une indication à la densitométrie.

³⁴⁰ Eléments de jurisprudence. Arrêt du Tribunal administratif GE du 4.3.98 (réf. OFAS 127/98) et du 8.4.97 (réf. OFAS 265/97): prise en charge par l'assureur d'un examen de minéralométrie (ostéodensitométrie). Arrêt du Tribunal administratif SZ du 18.11.98 (réf. OFAS 753/98): prise en charge d'un examen DEXA.

FRACTURE DE LA HANCHE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
		à long terme à la cortisone ou en cas d'hypogonadisme. En cas de maladies du système digestif (syndrome de malabsorption, maladie de Crohn, colite ulcéreuse). - En cas d'hyperparathyroïdie primaire (lorsque l'indication d'opérer n'est pas claire). - En cas d'osteogenesis imperfecta. Les coûts engendrés par la DEXA ne sont pris en charge que pour l'application de cette mesure à une seule région du corps. Des examens ultérieurs à la DEXA sont uniquement pris en charge en cas de traitement médicamenteux de l'ostéoporose et, au maximum, tous les deux ans. [...] Ostéodensitométrie pour la prévention de l'ostéoporose par absorptiométrie double énergie à rayons X (DEXA): Oui, en cours d'évaluation. Investigations pratiquées dans le cadre de l'étude multicentrique suisse pour l'évaluation clinique et économique du risque fracturaire ostéoporotique et effectuées dans les centres qui participent à l'étude. Les partenaires tarifaires conviennent d'un tarif pour cette prestation sur le plan suisse. [idem pour le pQCT].	
<p>10) <i>Ostéoporose</i> - Dosages de laboratoire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bilan sanguin pour le diagnostic de l'ostéoporose - Marqueurs du remodelage osseux 	<p>(+)³⁴¹ (+)</p>	<p>Analyses toutes remboursées.</p> <p>Tests de laboratoire: - Marqueurs de la résorption osseuse: oui, en cours d'évaluation. Investigations pratiquées dans le cadre de l'étude multicentrique suisse pour l'évaluation clinique et économique du risque fracturaire ostéoporotique et effectuées dans les centres qui participent à l'étude. Les partenaires tarifaires conviennent d'un tarif pour cette prestation sur le plan suisse. - Marqueurs de la formation</p>	<p>LAna OPAS, ann. 1, cb. 9.1</p>

³⁴¹ Le bilan sanguin de routine pour le diagnostic de l'ostéoporose est le suivant: hémogramme, vitesse de sédimentation, taux de calcium sérique, albumine, phosphates, phosphatases alcalines et transaminases, testostérone et gonadotrophines (pour les hommes) selon trois références retenues, dont une ajoute en plus - pour le dépistage d'une ostéoporose secondaire - 25-hydroxy-vitamine D, 1,25-dihydroxy-vitamine D, TSH, thyroxine, anticorps anti-thyroïdiens, FSH/oestrogènes, parathormone, créatinine, éventuellement la clearance à la créatinine.

FRACTURE DE LA HANCHE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
		osseuse: oui, en cours d'évaluation. Investigations pratiquées dans le cadre de l'étude multicentrique suisse pour l'évaluation clinique et économique du risque fracturaire ostéoporotique et effectuées dans les centres qui participent à l'étude. [...]	
11) <i>Ostéoporose</i> / Ultrasonographie	(+)	Ultrasonographie: oui, en cours d'évaluation. Investigations pratiquées dans le cadre de l'étude multicentrique suisse pour l'évaluation clinique et économique du risque fracturaire ostéoporotique et effectuées dans les centres qui participent à l'étude. [...]	OPAS, ann. 1, ch. 9.1
12) <i>Ostéoporose</i> / Dépistage systématique de l'ostéoporose	+/- ³⁴²	Ostéodensitométrie pour la prévention de l'ostéoporose par absorptiométrie double énergie à rayons X (DEXA): oui, en cours d'évaluation. Investigations pratiquées dans le cadre de l'étude multicentrique suisse pour l'évaluation clinique et économique du risque fracturaire ostéoporotique et effectuées dans les centres qui participent à l'étude. [...] [idem pour le pQCT].	OPAS, ann. 1, ch. 9.1
13) <i>Ostéoporose</i> / Traitement de l'ostéoporose - Calcium et vitamine D - Biphosphonates - Hormonothérapie de substitution - Calcitonine - Fluor	+ + + + +/- ³⁴³	Remboursé pour certaines présentations. Alendronate: remboursé en présence d'ostéoporose documentée (diminution de plus de 2.5 DS à l'ostéodensitométrie ou fracture). Étidronate remboursé. Remboursé pour la plupart des présentations. Admise en cas de [...] stades initiaux et avancés de l'ostéoporose ménopausique. Remboursé.	LS LS LS LS LS

³⁴² La majorité des références retenues recommandent les mesures de dépistage de l'ostéoporose uniquement dans la population à risque. Toutefois, deux références l'indiquent pour toutes les femmes âgées de plus de 65 ans.

³⁴³ Trois des références retenues soulignent que les preuves manquent pour recommander ce traitement comme traitement de routine. Selon deux autres références, il semble pouvoir prévenir la fracture de la hanche.

PRÉVENTION SECONDAIRE DE LA FRACTURE DE LA HANCHE

FRACTURE DE LA HANCHE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
<p>1) <i>Prévention d'événements thrombo-emboliques</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Héparines de faible poids moléculaire - Coumarines - Aspirine - Bas de contention - Appareil de massage péristaltique par pression séquentielle 	+ + sc ³⁴⁴ + +	Remboursées pour la plupart des présentations. Remboursées. Remboursée. Articles pour thérapie de compression. Articles pour thérapie de compression.	LS LS LS LiMA, 17.06.01-04 LiMA, 17.28.01
<p>2) <i>Prévention d'infections</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Antibiotiques prophylactiques 	+	Remboursés pour la plupart des présentations.	LS
<p>3) <i>Prévention des escarres</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Soins de la peau - soins infirmiers hospitaliers - soins infirmiers à domicile - hydratants, antiseptiques et agents évitant la macération de la peau - Coussins, cales, matelas d'eau - de gel - de mousse - d'air 	+ + +	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts [...] des soins dispensés [...] en milieu hospitalier [...] par des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical. [...] L'assurance prend en charge [...] des examens et des soins: [...] rinçage, nettoyage et pansement de plaies (y compris les escarres et les ulcères) [...]. Remboursés pour certaines présentations. Aucune.	LAMal, art 25, al. 1 et 2 OPAS, art 7, al. 2, let. b, ch. 10 LS

³⁴⁴ Le traitement par aspirine en postopératoire est moins efficace que les héparines de faible poids moléculaire, et il est indiqué seulement chez les patients à haut risque d'hémorragie qui ne peuvent pas recevoir de l'héparine.

ÉVALUATION DE LA FRACTURE DE LA HANCHE

FRACTURE DE LA HANCHE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
1) <i>Radiographie de la hanche, du bassin</i>	(+)	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. [...]	LAMal , art. 25, al. 1
2) <i>CT</i>	sc ³⁴⁵	Tomographie axiale computerisée (CT-scan): oui. Pas d'examen de routine (screening).	OPAS , ann. 1, ch. 9.1
3) <i>IRM</i>	sc ³⁴⁶	Résonance magnétique nucléaire en tant que procédé d'imagerie (IRM): oui.	OPAS , ann. 1, ch. 9.2
4) <i>Ultrasonographie</i>	?	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. [...]	LAMal , art. 25, al. 1
5) <i>Scintigraphie osseuse</i>	sc ³⁴⁷	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. [...]	LAMal , art. 25, al. 1

³⁴⁵ La majorité des références retenues recommandent l'examen par CT-scan seulement pour des cas particuliers; il ne s'agit donc pas d'un examen de routine pour le diagnostic de la fracture de la hanche.

³⁴⁶ L'IRM semble être indiquée seulement pour le diagnostic de cas particuliers de fracture de la hanche. Deux des références retenues soulignent que l'IRM pour la fracture de la hanche serait en pleine expansion. L'IRM permettrait un diagnostic précoce et serait fréquemment utilisée pour décider entre un traitement chirurgical et conservateur.

³⁴⁷ Dans le cadre du diagnostic de fracture de la hanche, la scintigraphie ne serait indiquée que dans des cas rares. Elle se justifierait dans des cas où l'image radiologique ne permet pas le diagnostic des douleurs osseuses.

TRAITEMENT DE LA FRACTURE DE LA HANCHE

FRACTURE DE LA HANCHE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
1) <i>Transfert en ambulance</i>	(+) ³⁴⁸	L'assurance prend en charge 50 % des frais occasionnés par un transport médicalement indiqué pour permettre la dispensation des soins par un fournisseur de prestations admis, apte à traiter la maladie et qui fait partie des fournisseurs que l'assuré a le droit de choisir, lorsque l'état de santé du patient ne lui permet pas d'utiliser un autre moyen de transport public ou privé. Le montant maximum est de 500.-francs par année civile. Le transport doit être effectué par un moyen qui corresponde aux exigences médicales du cas.	OPAS, art. 26, al. 1-2
2) <i>Antalgie</i>	+ ³⁴⁹	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. [...] Electro-neurostimulation transcutanée (TENS): oui. Si le patient utilise lui-même le stimulateur TENS, l'assureur lui rembourse les frais de location de l'appareil lorsque les conditions suivantes sont remplies: - Le médecin ou, sur ordre de celui-ci, le physiothérapeute doit avoir testé l'efficacité du TENS sur le patient et l'avoir initié à l'utilisation du stimulateur; - Le médecin-conseil doit avoir confirmé que le traitement par le patient lui-même était indiqué; [...]	LAMal, art. 25, al. 1 OPAS, ann. 1, ch. 2.3 LiMA, 09.31.01

³⁴⁸ Les références retenues concordent pour recommander des précautions particulières lors du transfert d'un patient avec une fracture de la hanche: matelas coquille, coussins et attelles en polystyrène, etc.

³⁴⁹ Les méthodes énumérées et recommandées seules ou en combinaison sont: différentes méthodes de relaxation, administration d'opiacés et de médicaments anti-inflammatoires, cathéter épidural (post-opératoire), blocs nerveux, massages, application de chaud/froid et TENS.

FRACTURE DE LA HANCHE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
<i>3) Mise à l'extension</i>	(+)	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. [...]	LAMal, art. 25, al. 1
<i>4) Traitement de la malnutrition</i>	+ ³⁵⁰	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. [...]	LAMal, art. 25, al. 1

³⁵⁰ Chez des patients avec une malnutrition modérée ou sévère, deux des références retenues recommandent une alimentation artificielle durant la nuit.

RÉADAPTATION DE LA FRACTURE DE LA HANCHE

FRACTURE DE LA HANCHE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
1) <i>Ergothérapie</i>	(+)	Les prestations fournies, sur prescription médicale, par les ergothérapeutes et les organisations d'ergothérapie [...] sont prises en charge dans la mesure où: elles procurent à l'assuré, en cas d'affections somatiques, grâce à une amélioration des fonctions corporelles, l'autonomie dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie. [...] L'assurance prend en charge [...] au plus douze séances dans une période de trois mois. Une nouvelle prescription médicale est nécessaire pour la prise en charge d'un plus grand nombre de séances.	OPAS, art. 6, al. 1, let. a, al. 2-3
2) <i>Physiothérapie</i>	(+)	Les prestations suivantes des physiothérapeutes, au sens des articles 46 et 47 OAMal, sont prises en charge lorsqu'elles sont fournies sur prescription médicale: [...] Massages manuels et kinésithérapie, [...] électrothérapie, [...] hydrothérapie. [...]	OPAS, art. 5, al. 1, let. b, k, l
3) <i>TENS</i>	?	Electro-neurostimulation transcutanée (TENS): oui. Si le patient utilise lui-même le stimulateur TENS, l'assureur lui rembourse les frais de location de l'appareil lorsque les conditions suivantes sont remplies: - Le médecin ou, sur ordre de celui-ci, le physiothérapeute doit avoir testé l'efficacité du TENS sur le patient et l'avoir initié à l'utilisation du stimulateur; - Le médecin-conseil doit avoir confirmé que le traitement par le patient lui-même était indiqué; [...]	OPAS, ann. 1, ch. 2.3 LiMA, 09.31.01

FRACTURE DE LA HANCHE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
4) <i>Prévention et traitement de la dépression</i>	(+)	L'assurance prend en charge la psychothérapie effectuée par un médecin selon des méthodes qui sont appliquées avec succès dans les institutions psychiatriques reconnues. La psychothérapie pratiquée en vue de la découverte ou de la réalisation de soi-même, de la maturation de la personnalité ou dans tout autre but que le traitement d'une maladie n'est pas pris en charge. [...] Pour que, après un traitement équivalant à 60 séances d'une heure dans une période de deux ans, celui-ci continue à être pris en charge, le médecin traitant doit adresser un rapport au médecin-conseil de l'assureur et lui remettre une proposition dûment motivée. Le médecin-conseil propose à l'assureur si la psychothérapie peut être continuée aux frais de l'assurance et dans quelle mesure. [...]	OPAS , art. 2, al. 1-2, art. 3, al. 1-4
5) <i>Réadaptation ambulatoire ou hospitalière</i> - Programme de prise en charge multidisciplinaire	(+)	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles ^{351,352} [...].	LAMal , art. 25, al. 1
6) <i>Adaptation des chaussures et aides à la marche</i>	?	Béquilles, 1 paire.	LiMA , 10.50.01

³⁵¹ Les programmes de prise en charge multidisciplinaire ne sont pas expressément mentionnés comme remboursés par la LAMal. Ces prestations sont remboursées pour autant qu'elles soient fournies par un médecin ou un fournisseur de prestations sur prescription ou mandat médical (OPAS art. 5-11).

³⁵² Eléments de jurisprudence. Arrêt du Tribunal administratif SZ du 17.9.97 (réf. OFAS 679/97) et du Tribunal administratif BE du 21.10.97 (Réf. OFAS 760/979): pas de prise en charge d'un séjour en clinique de réadaptation, une hospitalisation n'étant en l'espèce pas nécessaire.

SUITE DE SOINS DE LA FRACTURE DE LA HANCHE

FRACTURE DE LA HANCHE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
<p>1) <i>Aide et soins à domicile:</i></p> <p style="padding-left: 20px;">- Réadaptation</p>	+/- ³⁵³	<p>L'assurance prend en charge les soins [à domicile] effectués selon l'évaluation des soins requis sur prescription médicale ou sur mandat médical par des infirmières [...] et des organisations de soins et d'aide à domicile. [...] Les prestations sont: des instructions et des conseils, [...] des examens et des soins, [...] des soins de base. [...] La durée de la prescription ou du mandat médical est limitée [...] à trois mois, lorsque le patient est atteint d'une maladie aiguë. [...] La prescription ou le mandat médical peuvent être renouvelés.</p>	<p>OPAS, art. 7, al. 1-2 OPAS, art. 8, al. 6-7</p>
<p>- Soins chroniques</p>	?	<p>Les prestations [...] sont: [...] des soins de base: soins de base généraux pour les patients dépendants, tels que: bander les jambes du patient, lui mettre des bas de compression, refaire son lit, l'installer, lui faire faire des exercices, le mobiliser, prévenir les escarres, prévenir et soigner les lésions de la peau consécutives à un traitement; aider aux soins d'hygiène corporelle et de la bouche; aider le patient à s'habiller et à se dévêtir, ainsi qu'à s'alimenter³⁵⁴. [...]</p>	<p>OPAS, art. 7, al. 2, let. c, ch. 1</p>

³⁵³ La question de la prise en charge ambulatoire versus hospitalière reste ouverte. Selon trois des références retenues, la réadaptation intensive à domicile serait très efficace et plus économique que dans une institution. Ces arguments sont contredits par d'autres études.

³⁵⁴ Les soins de base sont couverts par la LAMal; par contre, les aides à domicile nécessaires au maintien de l'hygiène (entretien du ménage, repas, lessive, etc) ne sont pas prises en charge.

FRACTURE DE LA HANCHE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
2) <i>Institutionnalisation</i>	(+)	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations [...] dispensées dans un établissement médico-social. Les prestations sont: des instructions et des conseils, [...] des examens et des soins, [...] des soins de base. [...]	LAMal , art. 25, al. 1-2 OPAS , art. 7, al. 2
3) <i>Assistance sociale</i>	355	Aucune.	

³⁵⁵ Le nombre réduit de références trouvées sur le sujet ne permet pas de conclure. Cependant, les trois références retenues soulignent l'importance d'une prise en charge du patient et de sa famille par des travailleurs sociaux.

3.2.2.3 Commentaire

Pour ce traceur, la littérature est abondante en ce qui concerne la prévention (ostéoporose, prévention des chutes) et le traitement. En revanche, des lacunes existent dans les domaines de la réadaptation et des suites de soins.

La plupart des prestations recommandées sont prévues par le «catalogue» suisse. Font exception essentiellement l'adaptation du domicile (qui peut cependant être couverte par l'AVS et l'AI), mais aussi certains équipements tels que matelas spéciaux, coussins, cales et chaussures adaptées.

Au chapitre de la prévention primaire, le dépistage de l'ostéoporose (ostéodensitométrie, marqueurs, ultrasonographie) est exemplaire dans la mesure où une prise en charge temporaire des prestations est prévue dans le cadre d'un projet de démonstration. Les conclusions de ce projet devraient permettre de définir une stratégie de remboursement respectueuse des critères d'économie et d'efficacité (définition de la population-cible, de la séquence des investigations, etc.).

La protection de hanche est une prestation particulière, faisant l'objet de recommandations unanimes mais qui n'est pas couverte par le «catalogue». La principale limite à son efficacité est une faible compliance. Cependant, comme pour de nombreuses autres prestations, son remboursement pourrait être prévu conditionnellement à une prescription médicale, le médecin traitant étant généralement en situation de pouvoir apprécier les chances de port effectif d'une protection.

En ce qui concerne les suites de soins, le commentaire relatif au non-remboursement de l'aide à domicile fait dans le contexte de l'AVC s'applique également à la fracture de hanche.

3.2.3 Obésité

Par son cortège de complications, l'obésité représente un problème majeur de santé publique concernant l'enfant, l'adulte et la personne âgée des deux sexes, avec une légère prépondérance masculine. En Suisse, trois personnes sur dix entre 20 et 64 ans présentent une surcharge pondérale, définie comme un indice de masse corporelle (BMI) >25, ou une obésité (BMI >30). La classe d'âge la plus touchée par la surcharge pondérale et l'obésité est celle de 55-64 ans pour les hommes, avec 60% de prévalence, et de 65-74 ans pour les femmes, avec 40% de prévalence³⁵⁶. Si l'on ne considère que l'obésité au sens strict, la prévalence est de 14.6% pour les hommes et de 10.1% pour les femmes³⁵⁷. Dans notre pays, la prévalence de l'obésité progresse moins rapidement qu'en Europe: +3.2% pour les hommes et -0.7% pour les femmes en Suisse³⁵⁸, contre +10 à +40% en Europe ces dix dernières années³⁵⁹. D'après l'OMS, un pays développé dépense 2 à 7% de son budget de la santé pour des problèmes liés à la surcharge pondérale et à l'obésité.

a) Prévention

Une approche préventive peut se faire à deux niveaux: d'une part, d'un point de vue de santé publique, des mesures peuvent être prises pour promouvoir l'exercice physique et une alimentation saine. Cette première approche répond à l'art. 19 de la LAMal relatif à la promotion de la santé. D'autre part, au niveau individuel, la prise en charge s'adresse sélectivement aux patients à risque et à ceux qui présentent déjà une surcharge pondérale; elle s'attachera à reconnaître et corriger les facteurs de risque cardio-vasculaires, à dépister les cancers liés à l'excès de poids et à prévenir les atteintes articulaires de surcharge.

b) Evaluation

L'évaluation du patient obèse relève de la consultation ambulatoire du généraliste, du pédiatre et de l'interniste, parfois du psychiatre, mais aussi de celle de la diététicienne si l'on considère l'enquête alimentaire; du laboratoire à la recherche d'une cause primaire non essentielle; des autres méthodes diagnostiques utilisées pour quantifier le tissu adipeux (waist-hip ratio, BMI, CT, IRM) ou pour diagnostiquer des affections associées à l'obésité ou qui en découlent.

c) Traitement

La notion de médicament de confort est au centre du débat en cours sur l'inclusion dans la LS du Xenical® et du Reductil®. Les autres modalités de traitement comprennent les conseils nutritionnels, la thérapie comportementale (à rapprocher de la psychothérapie), les groupes de soutien et la gymnastique de groupe, notamment pour enfants. Finalement, la chirurgie permet d'étudier l'hospitalisation.

d) Réadaptation

Seules les comorbidités feraient intervenir des mesures de réadaptation (ex: prothèse de genou pour gonarthrose), mais elles ne seront pas abordées ici, car elles dépassent le cadre de l'obésité proprement dite.

e) Suite de soins

Le contrôle du poids implique une modification du comportement et des habitudes alimentaires qui se poursuive à long terme, ce qui nécessite un accompagnement et une supervision durables.

³⁵⁶ Enquête sur la santé en Suisse, 1992/93, Office fédéral de la statistique.

³⁵⁷ Wietlisbach V, Paccaud F, Rickenbach M, Gutzwiller F. Trends in cardiovascular risk factors (1984-1993) in a Swiss region: results of three population surveys. *Prev Med* 1997;26(4):523-33.

³⁵⁸ *ibid.*

³⁵⁹ Preventing and managing the Global Epidemic - Report of a WHO Consultation on Obesity, 3-5 June 1997, Geneva, WHO/NUT/NCD/98.1.

En résumé, l'obésité est un problème de santé qui touche l'ensemble de la population, y compris les enfants. Les coûts engendrés sont importants. L'examen de la prévention et du traitement offre l'occasion d'analyser la couverture de prestations variées et controversées. Des recommandations récentes existent aux niveaux individuel³⁶⁰ et de santé publique³⁶¹.

3.2.3.1 Liste des thèmes de recherche

Prévention :

1. Programmes de prévention primaire
2. Exercice physique (adultes, enfants)
3. Education pour une alimentation équilibrée

Évaluation :

1. Consultation médicale et bilan des comorbidités
2. Mesure de la masse grasse par bioimpédance
3. Mesure de l'indice de masse corporelle (*body-mass index*, BMI)
4. Mesure du tour de taille et du rapport tour de taille/tour de hanche (*waist-hip ratio*, WHR)
5. Mesure de la masse grasse par les plis cutanés
6. Autres méthodes de mesure de la masse grasse (spectrométrie à infrarouges, ultrasons, hydrodensitométrie, DEXA, CT-scan)
7. Examens de laboratoire

Traitement :

1. Consultation médicale
2. Traitement amaigrissant
3. Exercice physique (adultes, enfants)
4. Conseils nutritionnels
5. Psychothérapie
6. Thérapie comportementale
7. Groupes de soutien
8. Traitement médicamenteux (indications, sibutramine, orlistat, fluoxétine)
9. Traitement chirurgical

Suite de soins :

1. a) Suivi médical à long terme
b) Psychothérapie

³⁶⁰ Clinical guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute. June 1998.

³⁶¹ Preventing and managing the Global Epidemic - Report of a WHO Consultation on Obesity, 3-5 June 1997, Geneva, WHO/NUT/NCD/98.1.

3.2.3.2 Synthèses

Prévention : 1.- Programmes de prévention primaire

Mots-clés: behavior therapy / BMI / support / diet / surgery / fasting glucose / waist-hip ratio

Nécessité d'activités de prévention

Une littérature abondante s'accorde sur la nécessité d'une prévention aussi bien primaire que secondaire de l'obésité, même si trop peu d'études existent qui documentent les programmes de prévention primaire. Les facteurs de risque sont bien établis. La prévention devrait cibler des sous-groupes à haut risque partageant les mêmes valeurs culturelles ou systèmes de croyances, selon deux références. Selon plusieurs références, la prévention devrait avoir lieu le plus précocement possible, auprès des enfants et des adolescents déjà; selon une référence, l'obésité dans l'enfance augmente le risque de morbidité, qu'elle persiste ou non à l'âge adulte.

Modalité des activités de prévention

A ce sujet, la littérature est beaucoup plus dispersée. Une référence fait les recommandations suivantes: prise en charge par des services de santé de première ligne, à l'aide de programmes évalués; mesure tous les 3 ans du BMI et du tour de taille; information sur les mesures de tour de taille destinée au public et aux professionnels; conseils réguliers à toutes les personnes à risque. Une référence recommande comme objectif de limiter la prise de poids physiologique durant les années de vie adulte à 4.5 kg. Une autre souligne l'importance du bénéfice que peuvent entraîner des pertes de poids même minimales. Selon des recommandations canadiennes, la population devrait conserver un BMI normal, i.e. entre 20 et 25, et tous les patients hypertendus dont le BMI dépasse 25 devraient être encouragés à perdre du poids.

Les généralistes devraient coopérer avec les diététiciens et consacrer plus de temps, y compris de temps de formation, aux conseils en matière d'alimentation, selon une référence. En général, le rôle des diététiciens dans les programmes de prévention devrait être renforcé, selon une autre référence.

Contenu des programmes de prévention

A ce sujet, la littérature est tout à fait concordante. Les piliers de la prévention sont différentes améliorations de l'hygiène de vie (alimentation saine, lutte contre la sédentarité et contre différents facteurs de risque tels que le stress, le tabagisme et l'alcoolisme), qu'on veillera à implanter en utilisant le cadre familial.

Prévention : 2.- Exercice physique

Mots-clés: BMI / diet / support

La littérature, bien que peu abondante, s'accorde à dire qu'une augmentation de l'activité physique quotidienne (marche, escaliers, vélo) conduit à une augmentation des dépenses énergétiques aussi bien qu'à une stimulation de nombreuses fonctions endocriniennes et hémodynamiques et du système nerveux autonome, et représente à ce titre un pilier de la prévention de l'obésité. Il existerait un seuil d'activité physique qui protège de la prise de poids. L'augmentation de l'activité physique n'entraîne pas d'augmentation du nombre de calories ingérées, mais est peut-être associée à une augmentation de la proportion des glucides dans l'apport alimentaire.

Lorsqu'on encourage des sujets à prendre plus d'exercice, divers facteurs individuels (motivation, croyances, attitude envers le sport) devraient être pris en considération.

Une référence a montré qu'un programme d'exercice physique de 7 mois environ, organisé dans les écoles, prévenait l'accroissement du BMI et pourrait induire une rémission de l'obésité.

Prévention : 3.- Education pour une alimentation équilibrée

Mots-clés: support / diet

La littérature est peu abondante à ce sujet.

Une alimentation propre à prévenir l'obésité devrait ne pas comporter plus de 30% de l'apport énergétique sous forme de lipides, être riche en glucides complexes et en fibres, et pauvre en sucre et en alcool. Selon une référence, une réduction de 10% de la proportion de l'énergie apportée par les lipides est associée à une réduction de poids de 16 g par jour.

Une autre approche consiste à recommander des régimes «idéaux»: régimes méditerranéen, japonais, du chasseur-cueilleur.

L'alimentation des enfants joue un rôle crucial, selon 2 références, en ce sens qu'elle déterminerait pour la vie les programmes métaboliques qui contrôlent la prise de nourriture. De plus, l'éducation des enfants en vue d'une alimentation saine peut avoir des retombées positives sur le régime de la famille entière, selon une autre référence.

Evaluation : 1.- Consultation médicale et bilan des comorbidités

Mots-clés: diet / behavior therapy

La littérature est peu abondante, mais s'accorde pour dire que l'anamnèse doit être aussi complète que possible et inclure une anamnèse familiale, une anamnèse psycho-sociale, une anamnèse personnelle très poussée avec une attention particulière portée aux fluctuations du poids au cours de la vie, aux attentes en matière de poids et aux motivations pour un éventuel traitement. Elle comportera aussi une anamnèse systémique à la recherche de complications de l'obésité et une enquête alimentaire, en particulier pour dépister des troubles du comportement alimentaire. L'examen physique doit permettre de poser le diagnostic d'obésité, d'évaluer les risques de comorbidité, de diagnostiquer une éventuelle cause endocrinienne, et d'évaluer les maladies secondaires et les complications.

Pour les enfants, une référence cite les indications suivantes à consulter un spécialiste: pseudo-tumor cerebri, troubles du sommeil liés à l'obésité, problèmes orthopédiques, obésité massive, obésité chez des enfants âgés de moins de 2 ans.

Evaluation : 2.- Mesure de la masse grasse par bioimpédance

Mots-clés: bioimpedance / skinfold / surgery / BMI

La littérature est moyennement abondante et ne s'accorde sur aucune recommandation en faveur ou en défaveur de l'utilisation de cette technique.

La mesure de la masse grasse par bioimpédance présente les avantages suivants: l'appareillage est simple et peu onéreux, la mesure peut se faire au lit du malade, elle est non invasive et s'applique aussi bien aux enfants qu'aux adultes de diverses ethnies, en bonne santé ou atteints d'affections chroniques comme le diabète sucré ou l'obésité légère à modérée.

Toutefois, de nombreux facteurs influencent la mesure, ce qui nécessiterait l'application d'une procédure de routine standardisée, inexistante à ce jour.

De plus, la bioimpédance ne semble pas constituer un meilleur outil que de simples mesures anthropométriques, dans la mesure où l'extrapolation nécessaire est entachée d'une erreur qui augmente avec la quantité de masse grasse. Cette technique serait donc trop peu précise pour mesurer des changements de la composition corporelle. Cependant, un groupe a décrit le moyen de discriminer par bioimpédance entre une perte de poids due à une perte de fluide, et une perte de poids suivant un régime hypocalorique, chez des sujets obèses.

Evaluation : 3.- Mesure de l'indice de masse corporelle (body-mass index, BMI)

Mots-clés: BMI / skinfold

Une littérature abondante s'accorde sur le fait que l'indice de masse corporelle (BMI), facile à calculer, est utile à l'évaluation clinique. Il permet de classer l'excès pondéral et d'estimer les risques liés à cet excès. Il ne permet toutefois pas de distinguer entre masse maigre et masse grasse. La classification actuellement préconisée par l'OMS, et généralement reconnue, est la suivante:

Poids idéal: entre 18.5 et 24.9; pré-obésité: entre 25.0 et 29.9; obésité de classe I: entre 30.0 et 34.9; obésité de classe II: entre 35.0 et 39.9; obésité de classe III: plus de 40.

Une référence trouve que le risque de morbidité augmente de 3 à 4 fois par rapport à la population générale dès un BMI de 28. Dans une autre, le risque de mortalité (toutes causes confondues) augmente avec la progression de l'excès pondéral, cela dans tous les groupes d'âges et pour les deux sexes, avec un risque associé au BMI plus fort pour les sujets blancs que les sujets noirs. Une troisième référence mentionne un lien universel étroit entre le BMI et le diabète, et une quatrième conclut que la mortalité augmente significativement dès un BMI de 25, alors que les risques de diabète, d'hypertension et de maladie coronarienne augmentent en-deçà de 25 déjà.

Les valeurs de référence sont identiques pour les deux sexes et théoriquement indépendantes de l'âge. Une référence mentionne que le BMI est moins fiable chez les personnes âgées en raison de la perte différentielle de masse maigre avec l'âge. Il existe peu de données anthropométriques pour la population âgée, en particulier pour les sujets de plus de 80 ans.

Deux références recommandent la mesure périodique du BMI chez tous les adultes, alors qu'une autre estime les preuves scientifiques insuffisantes et ne recommande la mesure périodique que chez les adultes obèses et atteints de comorbidité(s). La fréquence optimale de mesure est laissée à la discrétion du clinicien.

Les enfants et les adolescents constituent un groupe particulier, chez lequel il n'existe pas de consensus quant à la meilleure méthode d'évaluation de l'obésité. Une référence estime que la mesure de la distribution de la masse grasse prédit mieux le risque ultérieur de morbidité que le BMI. Les autres références recommandent la mesure du BMI, mais diffèrent quant à son évaluation. Une référence trouve que, si le BMI permet de décrire les caractéristiques d'une population pédiatrique, il est un mauvais indicateur au niveau individuel. Une référence considère le BMI comme spécifique mais peu sensible. Une référence recommande d'utiliser comme valeurs limites de l'excès pondéral un BMI de 25 et de l'obésité un BMI de 30. Quatre références traitent de l'utilisation des percentiles 85 et 95 comme valeurs limites respectivement de l'excès pondéral et de l'obésité. Une valeur qui dépasse le percentile 85 constitue une indication à la prise en charge pour une référence (pour une autre, l'indication n'apparaît qu'en présence de complications liées à l'obésité), alors qu'une valeur qui dépasse le percentile 95 est associée à la persistance de l'obésité et l'apparition de morbidité. Une référence a montré que ces deux valeurs limites offrent un bon compromis entre vrais et faux positifs. Une référence recommande de recourir au BMI relatif (BMI de l'enfant/BMI au percentile 50 pour l'âge et le sexe).

Evaluation : 4.- Mesure du tour de taille et du rapport tour de taille/tour de hanche

Mots-clés: BMI / diet / MRI / waist-hip ratio / skinfold

Une littérature abondante s'accorde à dire que les mesures du tour de taille ou du rapport tour de taille/tour de hanche (ci-après abrégé par WHR) sont un bon indicateur de l'obésité abdominale, type d'obésité qui constitue un facteur de risque établi pour les complications suivantes: résistance à l'insuline, diabète, hypertension, autres maladies cardiovasculaires et cancer du sein.

Selon la définition de l'OMS, les valeurs limites sont les suivantes:

Homme, tour de taille:	> 94 cm : risque modéré, > 102 cm: risque élevé
Femme, tour de taille:	> 80 cm : risque modéré, > 88 cm: risque élevé
Homme, WHR:	devrait être < 1.0
Femme, WHR:	devrait être < 0.85

Selon une référence, les sujets de sexe féminin dont le tour de taille se situe entre 72 et 133 cm devraient être encouragés à le réduire de 5 à 10 cm.

Il n'existe cependant pas de consensus sur les valeurs limites, en l'absence de bases théoriques scientifiques solides. Les valeurs limites dépendent en partie de la taille du sujet, mais une correction systématique représente un surcroît de travail pour un faible gain de précision. Il existe peu de données anthropométriques pour la population âgée, en particulier pour les sujets de plus de 80 ans. Pour une appréciation clinique la meilleure possible, il est recommandé de mesurer les deux circonférences ainsi que l'indice de masse corporelle (BMI). Une référence recommande particulièrement de mesurer le tour de taille en conjonction avec le BMI chez les patients adultes dont le BMI se situe entre 25 et 34.9.

Finalement, les mesures de tour de taille et de WHR sont inutiles chez les sujets dont le BMI dépasse 40, le BMI seul suffisant à documenter le risque encouru.

Evaluation : 5.- Mesure de la masse grasse par les plis cutanés

Mots-clés: bioimpédance / skinfold

La littérature est assez peu abondante et fournit des informations dispersées et peu concordantes.

La mesure des plis cutanés constitue une évaluation simple et adéquate de la graisse corporelle, ainsi que de sa localisation. Néanmoins, elle est sujette à de grandes variations et ne donne aucune information sur la graisse intramusculaire ni abdominale, ce qui fait conclure à une référence qu'elle ne constitue pas un meilleur outil que de simples mesures de taille et de poids. Une autre référence note que des mesures correctes sont particulièrement difficiles à réaliser chez les sujets obèses. Une troisième estime que sa précision n'est pas suffisante pour suivre des changements de la composition corporelle.

En 1996, l'OMS a recommandé de prendre comme référence les valeurs du National Center for Health Statistics (NCHS).

Chez les enfants, trois sites sont recommandés pour la mesure, différents selon le sexe:

chez les garçons : supra-iliaque, sous-scapulaire et abdominal;
chez les filles : supra-iliaque, thoracique (10^e côte) et sous-scapulaire.

Les valeurs de référence chez les enfants (*Tanner skinfold standards*) datent de 30 ans et nécessiteraient d'être révisées.

Evaluation : 6.- Autres méthodes de mesure de la masse grasse

Mots-clés: diet / MRI

La littérature est insuffisante pour conclure (4 références seulement retenues).

Les informations disponibles sont les suivantes:

La spectrométrie à infrarouges et les ultrasons fournissent une mesure précise de l'épaisseur de la couche adipeuse, mais l'extrapolation pour obtenir la masse grasse totale est entachée d'erreurs.

L'hydrodensitométrie a longtemps représenté la méthode par excellence de détermination très précise de la masse grasse; elle tend aujourd'hui à être remplacée par la DEXA (dual-energy X-ray absorptiometry), méthode aussi précise et plus simple d'exécution. La DEXA permet de suivre l'évolution de la composition corporelle. Toutefois, ces deux méthodes ne sont pas utilisées en routine.

Le CT scan permet une bonne quantification de la graisse abdominale, mais les résultats fournis par cette technique ne justifient pas une irradiation aussi importante.

Evaluation : 7.- Examens de laboratoire

Mots-clés: BMI / diet history

La littérature est peu abondante et fournit des informations dispersées.

Selon deux références, les examens de routine suivants sont en particulier recommandés pour la détection des maladies secondaires à l'obésité: glycémie, cholestérol et HDL-cholestérol, triglycérides, acide urique et γ GT/ALAT. Une étude a montré que le cholestérol total est un bon indicateur de prise pondérale à 12 mois chez des enfants pré-pubères. Une autre référence recommande les mesures biochimiques de résistance à l'insuline comme de bons indicateurs de la masse grasse. Une référence note que la présence de LDL denses et de petite taille est associée à une augmentation de plus de trois fois du risque de maladies cardiovasculaires.

Une étude a montré que la leptine plasmatique est un bon indicateur de prise pondérale à 12 mois chez des enfants pré-pubères. Chez des femmes obèses post-ménopausées, la leptine plasmatique n'est pas associée au syndrome métabolique X, ni à l'effet d'un traitement conjuguant régime et exercice physique. Les niveaux de leptine plasmatique sont étroitement corrélés à la masse grasse, mais ils ne paraissent pas suivre les changements dans les niveaux plasmatiques d'insuline. Une étude a cependant montré que les niveaux de leptine plasmatique sont un bon prédicteur de l'évolution du poids à long terme chez des femmes obèses sans anamnèse familiale d'obésité.

Les examens de laboratoire destinés à détecter une endocrinopathie comme cause de l'obésité (au maximum 1% de toutes les causes d'obésité) ne sont recommandés qu'en présence de symptômes cliniques spécifiques, selon deux références.

Selon une référence, il est également recommandé d'effectuer une oxymétrie en cas de suspicion de syndrome des apnées du sommeil, ainsi que de faire une formule sanguine et de doser le potassium, le chlore, la ferritine et la vitamine B12 en cas de troubles du comportement alimentaire.

Traitement : 1.- Consultation médicale

Mots-clés: behavior therapy / BMI / support / diet

La littérature est très peu abondante à ce sujet, mais s'accorde pour préconiser un plus grand engagement des médecins dans le traitement de l'obésité et leur collaboration accrue avec des soignants d'autres professions, en particulier les diététiciens. Une référence recommande d'élever le traitement de l'obésité et la nutrition au rang de spécialité médicale.

Une référence recommande une fréquence de consultations, pour un traitement de base, hebdomadaire ou toutes les deux semaines d'abord, mensuelle ensuite, et cela pendant une année au moins. Selon une autre, les consultations devraient être plus fréquentes chez le diététicien, les consultations médicales étant réservées aux évaluations spécialisées, et étant moins fréquentes pendant la phase de maintien du poids.

Traitement 2.- Traitement amaigrissant

Mots-clés: BMI / diet / support / behavior therapy / diet history / lipid profile

Indications

La littérature ne s'accorde guère sur les indications à entreprendre un traitement amaigrissant, même si la plupart des recommandations s'appuient sur la présence de comorbidités.

Selon une référence, un tel traitement est indiqué pour tous les patients obèses. Selon une autre, il est indiqué pour les adultes obèses avec comorbidités, alors que les preuves sont insuffisantes pour les adultes obèses sans comorbidités. Selon deux autres, il est indiqué pour tous les patients obèses ou avec excès pondéral souffrant d'hypertension artérielle et de dyslipidémie (le diabète type 2 n'étant

mentionné que par l'une de ces références). Selon une autre, il est indiqué à la fois pour les patients dont le BMI dépasse 30 et pour les patients dont le BMI se situe entre 25 et 29.9 avec comorbidités et/ou importantes pressions psycho-sociales. Une référence mentionne qu'il n'est pas indiqué pour les personnes souffrant d'excès pondéral mais étant en bonne santé. Selon une dernière, il est fortement indiqué chez les personnes âgées souffrant d'obésité sévère ou avec comorbidités.

Contre-indications

La grossesse et l'allaitement sont mentionnées par 2 références; la présence de cancer, tuberculose ou autre maladie aiguë par une seule. La présence de maladies chroniques ou un âge de plus de 70 ans imposent une réflexion approfondie avant de poser l'indication.

Buts

Une littérature abondante s'accorde sur le fait que le but visé ne doit pas consister en une normalisation du poids, mais en une réduction raisonnable et réalisable. Pour la plupart des références, une perte de 5 à 10% (15% pour une seule référence) du poids de départ est un but recommandé, tandis qu'une référence propose une baisse du BMI de 1 à 2 unités. Plusieurs références mentionnent le fait qu'une perte de poids même minime s'accompagne d'améliorations métaboliques et d'amélioration des comorbidités. Le taux d'amaigrissement recommandé est cité par 2 références comme étant de 1 à 2 livres (*pound*) par semaine. Finalement, deux références proposent un premier laps de traitement de 6 mois après lequel la stratégie doit être renégociée.

Méthodes

La littérature est unanime sur le fait que tout traitement amaigrissant est constitué de plusieurs piliers qui sont un régime, un accroissement de l'activité physique et une thérapie comportementale, toute approche par combinaison de ces méthodes se révélant plus efficace qu'une approche isolée. Une référence cite la nécessité de l'arrêt du tabagisme et une autre mentionne les diététiciens comme participants indispensables au traitement.

Dans l'application du traitement, le médecin doit entretenir la motivation du patient et ajuster son mode de faire au type de population à laquelle appartient le patient.

Chez les enfants

Les mêmes méthodes seront appliquées que chez les adultes pour cinq références qui insistent sur l'importance de l'implication des parents dans le traitement (ce dernier point n'étant établi, pour une référence, que pour les enfants de 5 à 8 ans).

Pour une référence, l'approche conservative est à privilégier, c'est-à-dire le maintien d'un poids stable (correspondant à une perte nette de poids chez un enfant en croissance), voire une perte de poids limitée à 1 livre (*pound*) par mois.

Traitement : 3.- Exercice physique

Mots-clés: diet / behavior therapy / physical exercise / MRI / lipid profile / support / BMI

Indications

Une abondante littérature s'accorde sur le fait que l'exercice physique est recommandé comme partie intégrante de tout traitement de l'obésité. Pour plusieurs références, il constituerait même le prédicteur le plus important du maintien du poids à long terme. Une référence le recommande pour tous les sujets obèses sans distinction. En combinaison avec un régime pauvre en graisse, l'exercice physique réalise un amaigrissement de 10 à 15% du poids de départ. Plusieurs références signalent un effet spécifique sur la réduction de la masse grasse (avec préservation de la masse maigre), ce qui le rendrait particulièrement bénéfique pour les sujets obèses de sexe masculin présentant une obésité abdominale. Parmi les autres effets positifs d'un tel traitement, on relève une amélioration de la fonction cardiorespiratoire, une augmentation de la confiance en soi, avec amélioration des sentiments de peur et de dépression, une amélioration de la résistance à l'insuline, du profil lipidique sanguin et de l'hypertension artérielle, un meilleur contrôle de l'appétit; l'exercice physique a aussi pour effets de prévenir la réduction du taux d'oxydation basal des lipides habituellement associé à la perte de poids

réalisée par régime uniquement, de protéger d'une prise excessive de nourriture et de réorienter les préférences alimentaires dans le sens d'un goût accru pour les glucides aux dépens des lipides.

Chez les enfants

La littérature est insuffisante pour conclure (4 références seulement retenues). Néanmoins, trois références le recommandent, et l'une affirme son effet bénéfique démontré, une autre citant un effet favorable sur la fonction cardiorespiratoire. Une dernière référence montre que les habitudes en matière d'exercice physique qui ont été acquises dans l'enfance persistent à l'âge adulte.

Chez les adolescents

La littérature est insuffisante pour conclure.

Forme, durée et intensité de l'exercice

À ce sujet, la littérature est assez abondante mais non concordante, raison pour laquelle elle ne sera pas détaillée ici.

Pratique en groupe

La littérature est insuffisante pour conclure. La seule référence retenue la recommande comme plus efficace du point de vue du succès à long terme et comme un moyen de briser l'isolement social.

Traitement : 4.- Conseils nutritionnels

Mots-clés: diet / diet history / dietician / support / BMI / fasting glucose / drug treatment / behavior therapy / lipid profile / skinfold

Rôle des professionnels

La littérature est insuffisante pour conclure (trois références seulement retenues).

Pour une référence, le médecin est chargé de prescrire le traitement et le diététicien de le faire suivre, ainsi que d'évaluer mensuellement les apports énergétiques. Les deux professionnels ensemble doivent déterminer les besoins caloriques du patient en posant comme objectif une perte de poids de 1 livre (*pound*) par semaine environ après le premier mois. Les recommandations nutritionnelles doivent tenir compte des habitudes alimentaires du patient, de son style de vie, de sa culture, d'autres affections médicales éventuelles, et d'interactions potentielles avec un traitement médicamenteux.

Pour une référence, les diététiciens ont un rôle important à jouer en tant qu'évaluateurs et coordinateurs du régime; des consultations régulières sont recommandées.

Une standardisation de la formation en nutrition des étudiants en médecine et des stagiaires est recommandée par une référence.

Régimes à basses calories (LCDs)

La littérature s'accorde pour dire que les régimes à basses calories sont recommandés pour l'amaigrissement chez les sujets présentant un excès pondéral ou une obésité. Un régime entraînant un déficit de 500 à 1'000 kcal par jour (à régler individuellement) devrait faire partie intégrante de tout programme visant à une perte de poids de 1-2 livres (*pounds*) par semaine.

Régimes à très basses calories (VLCDs)

La littérature s'accorde pour dire que les régimes à très basses calories sont réservés aux patients qui présentent un risque élevé dû soit au BMI, soit aux comorbidités, et nécessitent une réduction de poids très rapide. Sauf exception, de tels régimes ne devraient pas concerner des patients âgés de plus de 65 ans. Ils ne devraient pas durer plus de 6 semaines selon une référence, plus de 12 à 16 semaines selon une autre. Les autres conditions sont un précédent échec avec d'autres régimes et une forte motivation, le patient devant s'engager à une modification parallèle de son hygiène de vie. Une supervision médicale est indispensable, avec des consultations hebdomadaires pendant la phase de perte rapide et bi-mensuelle ou mensuelle par la suite, et un bilan sérique de base à chaque consultation.

PSMF (*protein sparing modified fasting*)

Une référence le cite comme le régime le plus efficace en termes de réduction de la masse grasse, qui devrait être réservé aux patients avec obésité de classes II-III, sous supervision médicale (de préférence avec hospitalisation).

Régimes «exotiques»

De tels régimes ne sont pas recommandés, voire proscrits, pour le traitement de l'obésité.

Jeûne total

Le jeûne total n'a aucune indication dans le traitement de l'obésité.

Composition du régime

La littérature s'accorde pour recommander une réduction de la proportion des lipides dans les régimes à réduction calorique (la réduction de la proportion des lipides à elle seule ne suffit pas à induire un amaigrissement). Les proportions recommandées sont de 50-55% de glucides complexes, 30% de lipides (20-25% selon l'OMS) et 15-20% de protéines (dont 50 g au moins de protéines de haute valeur biologique pour une référence, 1 g/kg au moins pour une autre). Il est aussi recommandé de manger plus de fruits et de légumes, plus de fibres en général et moins de sucre et de sel. Tous les groupes d'aliments devraient être représentés.

Outre le régime hypocalorique équilibré décrit ci-dessus, le régime protéique cétogène a également une reconnaissance scientifique.

Une référence ne recommande pas l'utilisation de formules de protéines liquides.

Lorsque le régime comprend moins de 1'200 kcal par jour, une supplémentation en vitamines et sels minéraux est indiquée, selon une référence.

Chez les enfants et les adolescents

La littérature est insuffisante pour conclure.

Selon une référence, les régimes liquides ne sont pas recommandés, mais un régime composé de viande et de légumes assurant un apport journalier de 2 g/kg au moins de protéines de haute valeur biologique, avec supplémentation en fer, calcium et potassium.

Chez les personnes âgées

La littérature est insuffisante pour conclure.

Une référence cite l'efficacité d'un régime combinant réduction de la prise de lipides, correction des déficiences en oligo-éléments et augmentation de la consommation de fibres.

Effets documentés

La littérature est insuffisante et trop dispersée pour conclure. Néanmoins, plusieurs références font état d'une amélioration des facteurs de risque cardiovasculaires.

Traitement :5.- Psychothérapie

Mots-clés: behavior therapy / diet / psychotherapy

La littérature est insuffisante pour conclure (4 références seulement retenues).

Toutefois, il est intéressant de noter que l'obésité ne fait pas partie de la nomenclature psychiatrique diagnostique (DSM), et que les troubles du comportement alimentaire touchent à 90% des femmes, selon une référence.

Traitement : 6.- Thérapie comportementale

Mots-clés: diet / behavior therapy

Une abondante littérature s'accorde à dire que la thérapie comportementale est une composante indispensable du traitement de l'obésité, et une référence recommande son utilisation de routine. La thérapie comportementale devrait être conduite selon les standards reconnus. Une référence recommande une fréquence des séances hebdomadaire, éventuellement mensuelle, et plusieurs références citent la nécessité d'un suivi à long terme avec contacts réguliers. Deux références citent l'efficacité de la thérapie comportementale effectuée lors de visites structurées de courte durée chez le médecin.

Selon une référence, la thérapie comportementale est utile dans le traitement du *binge eating disorder*, et, selon cette même référence plus une autre, nécessite d'être évaluée de manière plus fiable dans le traitement de la boulimie.

Une référence signale la nécessité d'explorer de nouvelles méthodes d'application du traitement (à domicile, en combinaison avec une pharmacothérapie...).

Chez les enfants, la thérapie comportementale est également reconnue. Elle devrait se faire avec la participation des parents. Les séances devraient également être fréquentes et se poursuivre à long terme. Une référence cite la nécessité de recherche sur des stratégies comportementales spécifiques les mieux appropriées aux enfants.

Chez les adolescents, la littérature est insuffisante pour conclure.

Traitement : 7.- Soutien, groupes de soutien

Mots-clés: diet / psychotherapy

La littérature est insuffisante pour conclure (5 références seulement retenues). Toutefois, elle s'accorde à dire que la participation à des groupes de soutien, éventuellement sous forme de groupes de *self-help*, est utile.

Traitement : 8.- Traitement médicamenteux

Mots-clés: drug treatment / pharmacotherapy / behavior therapy / BMI / support / waist-hip ratio / diet / fasting glucose / lipid profile / skinfold / bile salts

Indications

Une littérature peu abondante s'accorde pour dire que les traitements médicamenteux s'appliquent aux patients dont le BMI est égal ou supérieur à 30 ou à ceux dont le BMI est égal ou supérieur à 27 avec comorbidités, à la condition que les traitements traditionnels aient échoué (échec: pas de perte pondérale d'au moins 10% après 3 mois de traitement).

Chez les personnes âgées, une seule référence signale que l'indication est débattue, mais, dans tous les cas, le traitement devrait être court et faire l'objet d'une supervision stricte.

Contre-indications

La littérature est peu abondante (à peu près une référence pour chaque contre-indication). Les contre-indications mentionnées sont les suivantes: perte de poids possible à réaliser et maintenir sans adjonction de médicaments, buts cosmétiques, grossesse et allaitement, maladie cardiaque instable, hypertension non contrôlée, affections médicales ou psychiatriques, autres traitements médicamenteux incompatibles, usage de routine, dépression.

Conditions

Une littérature moyennement abondante s'accorde sur les deux recommandations suivantes:

1. La pharmacothérapie ne devrait être prescrite que comme part d'un traitement global, multimodal;
2. Une évaluation continue des effets et une supervision dans un cadre approprié sont indispensables.

La combinaison de plusieurs médicaments anti-obésité est proscrite.

Durée

La littérature est peu abondante à ce sujet.

Une référence conclut qu'aucune recommandation n'est possible et abandonne la décision à la discrétion du clinicien. Deux références recommandent l'arrêt du traitement si la perte de poids est absente dans les 3-6 semaines ou insuffisante (moins de 5%) dans les 12 semaines. Pour l'une d'elles, une perte pondérale d'au moins 10% en 3 à 6 mois constitue une indication à poursuivre le traitement.

A l'heure actuelle, aucune évaluation de traitements médicamenteux à long terme (plus de 1 ou 2 années) n'est disponible.

Choix du médicament

Deux médicaments sont actuellement considérés comme efficaces dans le traitement de l'obésité: il s'agit de la sibutramine et de l'orlistat, qui ont fait l'objet d'études contrôlées. Ils sont commercialisés en Suisse. La sibutramine est le seul médicament mentionné pour l'usage à long terme.

L'indication de la fluoxétine dans le traitement de la boulimie est reconnue; elle peut également bénéficier au patient souffrant de dépression concomitante. La metformine est utile au patient souffrant de diabète concomitant. L'usage d'hormones thyroïdiennes est interdit, sauf en cas d'hypothyroïdisme documentée. L'usage de la choriogonadotrophine ne paraît pas justifié.

Il existe toute une panoplie d'autres substances utilisées ou utilisables, sur lesquelles la littérature est tout à fait insuffisante pour conclure.

Traitement : 9.- Traitement chirurgical

Mots-clés: support / surgery / BMI / diet / behavior therapy

Indications

La littérature s'accorde sur le fait que l'indication concerne soit des sujets dont le BMI dépasse 40, soit des sujets dont le BMI dépasse 35 avec comorbidités existantes ou haut risque de morbidité/mortalité associées à l'obésité, à la condition d'un échec préalable de traitements non chirurgicaux reconnus.

Quelques variantes à ces recommandations de base concernent le temps depuis lequel le sujet vit avec les valeurs précitées de BMI, à savoir 3 ans au minimum pour une référence et 5 ans au minimum pour une autre. Une autre cite comme indication accessoire la présence d'affections métaboliques graves comme un syndrome métabolique ou un syndrome des apnées du sommeil. D'autres conditions sont citées comme une exclusion préalable des causes endocrines de l'obésité et une évaluation préalable par une équipe multidisciplinaire.

Contre-indications

Le traitement chirurgical est contre-indiqué pour des sujets de moins de 18 ans ou de plus de 65 ans (60 ans selon une référence). La présence d'une dépression endogène (mais non réactive), d'alcoolisme ou de troubles psychiatriques majeurs constituent une contre-indication également.

A noter que le pronostic post-opératoire est mauvais pour les sujets atteints de *binge eating* ainsi que pour ceux dont le métabolisme est abaissé, pour deux références. La présence d'une hernie hiatale ou d'une dysmotilité oesophagienne est prédictrice de réopération après *laparoscopic banding*.

Conditions

La littérature s'accorde pour recommander que les interventions soient effectuées par un chirurgien expérimenté, ayant l'occasion de pratiquer régulièrement ce type d'opérations et suivant une formation continue, dans le cadre d'un établissement équipé de manière adéquate, et avec la collaboration d'une équipe multidisciplinaire également expérimentée.

Il est essentiel de pratiquer les interventions sur des patients soigneusement sélectionnés et motivés.

Techniques chirurgicales

Une littérature abondante s'accorde sur deux points:

1. Le bypass jéjuno-iléal ne doit plus être recommandé.
2. La gastroplastie verticale (*vertical banded gastroplasty*), le *bypass gastrique* et le *banding gastrique* sont les trois interventions actuellement pratiquées et réputées efficaces.

Le *gastric banding* par laparoscopie n'était pas encore approuvé par la FDA en 1998. Il semble toutefois que son intérêt réside dans un coût diminué pour une efficacité comparable.

Effets documentés

Les références s'accordent à dire que la chirurgie constitue le traitement le plus efficace du point de vue de la réduction pondérale en termes à la fois de rapidité, d'importance et de maintien à moyen terme (5 ou 10 ans). Elle réduit les comorbidités et améliore la qualité de vie. Selon une référence le traitement chirurgical présente un meilleur rapport coût-efficacité par rapport aux traitements médicaux classiques.

Une référence mentionne néanmoins qu'il n'existe pas de données pour savoir si la longévité des patients est accrue. Plusieurs références mentionnent la difficulté d'analyser les résultats en l'absence de critères universellement reconnus du succès, et du manque d'expérience de longue durée avec ces interventions.

Selon une référence, 10 à 20% des patients développent des complications qui nécessitent une réopération. La littérature est peu prolifique à ce sujet.

Les effets indésirables sont importants, ils consistent en développement de cholélithiase et en carences nutritionnelles avec risque d'anémie, d'ostéoporose et de maladie métabolique osseuse. La littérature est également peu prolifique à ce sujet.

Suite de soins - Suivi médical à long terme; psychothérapie

Mots-clés: behavior therapy / diet / surgery / drug treatment / BMI

Une littérature abondante s'accorde à dire qu'un programme de suivi médical à long terme est indispensable au maintien du poids obtenu après traitement de l'obésité, ainsi qu'à la prévention des effets secondaires (une référence); une référence estimant que la reprise de poids est conditionnée avant tout par l'environnement et ne constitue donc pas le résultat d'influences biologiques inéluctables. Une référence précise qu'un tel programme devrait démarrer après 6 mois de traitement. Il devrait reposer sur plusieurs piliers: exercice physique, thérapie diététique et thérapie comportementale. Un point crucial est constitué par la réalisation de contacts réguliers avec une équipe soignante de préférence multidisciplinaire. La durée d'un tel programme est estimée par une référence à plus de 10 ans, par plusieurs autres au reste de la vie du patient. Chez les enfants, une référence note que les changements de comportement doivent être renforcés pendant au moins 5 ans, voire 10 ans.

Une psychothérapie est recommandée pour le maintien du poids chez les patients traversant des épreuves ou des problèmes familiaux.

PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ

Légende:

- + : littérature existe, elle présente un niveau de preuve élevé, la recommandation est positive
- (+) : littérature existe, le niveau de preuve n'est pas élevé, cependant elle est abondante et concordante quant à la recommandation positive
- +/- : littérature existe, elle est divergente quant à la recommandation
- ? : littérature insuffisante
- sc : recommandation positive sous condition, explicitée dans une note de bas de page

OBESITE	Recomman- dation	Couverture LAMal	Références
1) <i>Programmes de prévention primaire</i>	(+)	Les assureurs encouragent la prévention des maladies. Ils gèrent en commun et avec les cantons une institution dont le but est de stimuler, coordonner et évaluer des mesures destinées à promouvoir la santé et à prévenir les maladies.	LAMal, art. 19, al. 1-2
2) <i>Exercice physique</i> - Adultes	(+) ³⁶²	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. [...]	LAMal, art. 25, al. 1
- Enfants	(+)	L'assurance prend en charge, en plus des mesures diagnostiques et thérapeutiques, les mesures médicales de prévention suivantes (art. 26 LAMal): [...] examen de bonne santé et de développement de l'enfant d'âge préscolaire. - selon les recommandations du manuel: «Examens de dépistage», édité par la Société suisse de pédiatrie (2 ^e édition, Berne, 1993) - au total: huit examens.	OPAS, art. 12, mesure a
3) <i>Education pour une alimentation équilibrée</i>	? ³⁶³	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. [...]	LAMal, art. 25, al. 1

³⁶² Le counselling par un médecin est remboursé seulement dans le cadre de la consultation habituelle.

³⁶³ Ibid.

EVALUATION DE L'OBÉSITÉ

OBESITE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
1) <i>Consultation médicale et bilan des comorbidités</i>	(+)	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. [...]	LAMal, art. 25, al. 1
2) <i>Mesure de la masse grasse par bioimpédance</i>	+/-	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. [...]	LAMal, art. 25, al. 1
3) <i>Mesure de l'indice de masse corporelle (body-mass index, BMI)</i>	(+)	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. [...]	LAMal, art. 25, al. 1
4) <i>Mesure du tour de taille et du rapport tour de taille/ tour de hanche</i>	(+)	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. [...]	LAMal, art. 25, al. 1
5) <i>Mesure de la masse grasse par les plis cutanés</i>	+/-	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. [...]	LAMal, art. 25, al. 1
6) <i>Autres méthodes de mesure de la masse grasse</i> <ul style="list-style-type: none"> - spectrométrie à infrarouges - ultrasons - hydrodensitométrie - DEXA (absorptiométrie double énergie à rayons X) - CT-scan 	? ? ? ? ?	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. [...] Remboursé pour l'ostéodensitométrie. Tomographie axiale computerisée: oui. Pas d'examen de routine (screening).	LAMal, art. 25, al. 1 OPAS, ann. 1, ch. 9.2 OPAS, ann. 1, ch. 9.1
7) <i>Examens de laboratoire</i>	sc ³⁶⁴	Analyses toutes remboursées.	LAna

³⁶⁴ Sont en particulier recommandés de routine: glycémie, cholestérol et HDL-cholestérol, triglycérides, acide urique et γ GT/ALAT, et selon les circonstances: le cholestérol total et la leptine plasmatique, les examens de laboratoire destinés à détecter une endocrinopathie, ainsi qu'une formule sanguine et un dosage du potassium, du chlore, de la ferritine et de la vitamine B12 en cas de troubles du comportement alimentaire.

TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ

OBESITE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
1) <i>Consultation médicale</i>	(+)	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. [...]	LAMal , art. 25, al. 1
2) <i>Traitement amaigrissant</i>	(+) ³⁶⁵	Traitement de l'obésité: Oui. - Si le poids est supérieur de 20% ou plus au poids idéal maximal - Si une maladie concomitante peut être avantageusement influencée par la réduction du poids.	OPAS , ann.1, ch. 2.1
3) <i>Exercice physique</i> - Adultes - Enfants	+ ?	Aucune. Aucune.	
4) <i>Conseils nutritionnels</i>	+ ³⁶⁶ Les	diététiciens [...] prodiguent, sur prescription ou sur mandat médical, des conseils diététiques aux assurés qui souffrent des maladies suivantes: [...] obésité (BMI de plus de 30) et affections qui découlent de la surcharge pondérale ou qui y sont associées [...]. L'assurance prend en charge, sur prescription du médecin traitant, au plus six séances de conseils nutritionnels. La prescription médicale peut être renouvelée si de nouvelles séances sont nécessaires. Si les conseils nutritionnels doivent être poursuivis aux frais de	OPAS , art. 9b

³⁶⁵ La littérature ne s'accorde guère sur les indications à entreprendre un traitement amaigrissant, même si la plupart des recommandations s'appuient sur la présence de comorbidités. Tout traitement amaigrissant est constitué de plusieurs piliers qui sont un régime, un accroissement de l'activité physique et une thérapie comportementale.

³⁶⁶ Si la littérature ne permet pas de conclure sur le type de régimes à appliquer, elle est concordante quant à la composition idéale.

OBESITE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
		l'assurance après douze séances, le médecin traitant en réfère au médecin-conseil; il lui transmet une proposition dûment motivée concernant la poursuite des conseils nutritionnels. Le médecin-conseil propose à l'assureur de poursuivre ou non les séances de conseils nutritionnels aux frais de l'assurance, en indiquant dans quelle mesure.	
5) <i>Psychothérapie</i>	?	L'assurance prend en charge la psychothérapie effectuée par un médecin selon des méthodes qui sont appliquées avec succès dans les institutions psychiatriques reconnues. La psychothérapie pratiquée en vue de la découverte ou de la réalisation de soi-même, de la maturation de la personnalité ou dans tout autre but que le traitement d'une maladie n'est pas prise en charge.	OPAS, art. 2
6) <i>Thérapie comportementale</i>	+	Non expressément mentionnée, mais remboursée au titre de prestation médicale. Prestation par un psychothérapeute non médecin ou par un psychologue non remboursée.	LAMal, art. 25, al. 1
7) <i>Groupes de soutien</i>	?	Aucune.	
8) <i>Traitement médicamenteux</i> - Indications - Sibutramine - Orlistat - Fluoxétine	sc ³⁶⁷ + + +	Traitement de l'obésité: Oui. - Si le poids est supérieur de 20% ou plus au poids idéal maximal - Si une maladie concomitante peut être avantageusement influencée par la réduction du poids. Aucune. Remboursé. Remboursé.	OPAS, ann.1, cb. 2.1 LS LS

³⁶⁷ Une littérature peu abondante s'accorde pour dire que les traitements médicamenteux s'appliquent aux patients dont le BMI est égal ou supérieur à 30 ou à ceux dont le BMI est égal ou supérieur à 27 avec comorbidités, à la condition que les traitements traditionnels aient échoué.

OBESITE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
9) <i>Traitement chirurgical</i>	sc ³⁶⁸	Traitement chirurgical de l'obésité (Roux-en-Y gastric by-pass, gastric banding, vertical banded gastroplasty): oui, sous conditions ³⁶⁹ . Après en avoir référé au médecin-conseil. Le patient ne doit pas avoir plus de 60 ans. Le patient présente un BMI de plus de 40. Une thérapie appropriée de deux ans pour réduire le poids n'a pas eu de succès. Le patient souffre en outre d'une	OPAS, ann.1, ch. 1.1

³⁶⁸ La littérature s'accorde sur le fait que l'indication concerne soit des sujets dont le BMI dépasse 40, soit des sujets dont le BMI dépasse 35 avec comorbidités existantes ou haut risque de morbidité/mortalité associées à l'obésité, à la condition d'un échec préalable de traitements non chirurgicaux reconnus. Quelques variantes à ces recommandations de base concernent le temps depuis lequel le sujet vit avec les valeurs précitées de BMI, à savoir 3 ans au minimum pour une référence et 5 ans au minimum pour une autre. Une autre cite comme indication accessoire la présence d'affections métaboliques graves comme un syndrome métabolique ou un syndrome d'apnée du sommeil. D'autres conditions sont citées comme une exclusion préalable des causes endocrines de l'obésité et une évaluation préalable par une équipe multidisciplinaire. La littérature s'accorde pour recommander que les interventions soient effectuées par un chirurgien expérimenté, ayant l'occasion de pratiquer régulièrement ce type d'opérations et suivant une formation continue, dans le cadre d'un établissement équipé de manière adéquate, et avec la collaboration d'une équipe multidisciplinaire également expérimentée. Il est essentiel de pratiquer les interventions sur des patients soigneusement sélectionnés et motivés. Selon les références retenues, le bypass jéjuno-iléal ne doit plus être recommandé; la gastroplastie verticale (*vertical banded gastroplasty*), le *bypass gastrique* et le *banding gastrique* sont les trois interventions actuellement pratiquées et réputées efficaces.

³⁶⁹ **Gastric-Banding :**

Arrêt du Tribunal des assurances AG du 17.6.98 (réf. OFAS 443/98): refus de prise en charge d'une opération de Gastric-Banding sur avis du médecin-conseil, en raison de la réalisation des contre-indications de l'OPAS.

Arrêt du Tribunal administratif BE du 30.6.99 (réf. OFAS 378/99): refus de prise en charge d'une opération de Gastric-Banding.

Arrêt du Sozialversicherungsgericht ZH du 27.9.99 (réf. OFAS 561/99): refus de prise en charge d'une opération de Gastric-Banding, les conditions de l'OPAS n'étant pas réalisées (BMI).

Arrêt de l'Obergericht SH du 12.11.99 (réf. OFAS 655/99): refus de prise en charge d'une opération de Gastric-Banding, les conditions de l'OPAS n'étant pas réalisées (BMI).

Tablier graisseux :

Arrêt du Tribunal des assurances AG du 28.10.98 (réf. OFAS 769/98): assainissement du tablier graisseux (Sanierung der Fettschürze), question laissée indécise en l'espèce et renvoi pour nouvelle expertise.

Arrêt du Tribunal administratif LU du 20.4.99 (réf. OFAS 230/99): refus de prise en charge d'une opération du tablier graisseux, dont le but a été estimé être esthétique par les juges.

Gastroplastie :

Arrêt du Tribunal cantonal des assurances VS du 5.2.99 (réf. OFAS 66/99): prise en charge par l'assureur d'une opération de plastie verticale.

Arrêt du Tribunal des assurances VD du 17.2.99 (réf. OFAS 492/99): refus de prise en charge d'une gastroplastie par prothèse ajustable en raison de l'âge de la patiente.

OBESITE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
		<p>des maladies suivantes: hypertension artérielle mesurée à l'aide d'une manchette large; diabète sucré; syndrome des apnées du sommeil; dyslipémie; affections dégénératives invalidantes de l'appareil locomoteur; coronaropathie; stérilité avec hyperandrogénisme; ovaires polycystiques d'une patiente en âge de procréer. L'opération doit être exécutée dans un centre hospitalier disposant d'une équipe interdisciplinaire et expérimentée en chirurgie, psychothérapie, conseils nutritionnels et médecine interne. L'hôpital doit tenir un registre d'évaluation.</p> <p>Traitement de l'obésité par ballonnet intragastrique: non.</p>	

SUITE DE SOINS DE L'OBÉSITÉ

OBESITE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
<i>1a) Suivi médical à long terme</i>	+ ³⁷⁰	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. [...]	LAMal , art. 25, al. 1
<i>1b) Psychothérapie</i>	?	L'assurance prend en charge la psychothérapie effectuée par un médecin selon des méthodes qui sont appliquées avec succès dans les institutions psychiatriques reconnues.	OPAS , art. 2

³⁷⁰ Une référence précise qu'un tel programme de suivi devrait démarrer après 6 mois de traitement. Il devrait reposer sur plusieurs piliers: exercice physique, thérapie diététique et thérapie comportementale. Un point crucial est constitué par la réalisation de contacts réguliers avec une équipe soignante de préférence multidisciplinaire. La durée d'un tel programme est estimée par une référence à plus de 10 ans, par plusieurs autres au reste de la vie du patient. Chez les enfants, une référence note que les changements de comportement doivent être renforcés pendant au moins 5 ans, voire 10 ans.

3.2.3.3 Commentaire

Pour ce traceur, il est souvent difficile de catégoriser les prestations en prévention, évaluation et traitement. Des prestations telles que la psychothérapie peuvent ainsi être considérées à la fois sur le plan de la prévention de l'obésité et sur celui du traitement de ses conséquences.

Si la littérature est unanime pour recommander l'installation de programmes de prévention, les éléments de leur contenu et la séquence des interventions à intégrer dans de tels programmes restent largement discutés.

La majorité des prestations clairement recommandées par la littérature sont couvertes par l'assurance de base. Toutefois, le remboursement des prestations reste conditionné à une stricte supervision médicale. Ainsi, l'exercice physique n'est remboursé que sur prescription médicale dans le cadre d'un traitement de physiothérapie (gymnastique médicale), une prestation telle que la gymnastique de groupe pour enfants obèses étant expressément exclue du «catalogue». La thérapie comportementale et la psychothérapie restent soumises à leur exercice par un médecin. Les frais de participation à des groupes de soutien ne sont pas remboursés. D'une façon générale, ces dispositions traduisent la volonté de ne couvrir, dans le cadre de l'assurance-maladie, la prise en charge de l'obésité (et de son risque) qu'à partir du moment où cette dernière est reconnue comme un problème d'ordre médical, devant en conséquence être géré dans une relation singulière entre un patient et son médecin.

Les traitements de l'obésité (conseil nutritionnel, traitements médicamenteux et chirurgicaux) ne sont remboursés qu'en présence de critères objectifs (BMI) ou d'affections concomitantes. Cette position est conforme aux recommandations de la littérature en ce qui concerne les traitements médicamenteux et chirurgicaux. En revanche, la limitation de l'accès au conseil nutritionnel par un diététicien aux seuls cas d'obésité majeure ne correspond pas aux recommandations et certains patients à risque pourraient bénéficier de ce type de conseil avant d'avoir atteint un stade auquel les complications de l'obésité deviennent fréquentes.

3.2.4 Leucémie aiguë (LA)

Les leucémies aiguës touchent les deux sexes et tous les âges. Elles sont classées en LLA (*leucémie lymphoblastique aiguë*), qui représente 80% des cas de leucémie aiguë chez l'enfant de moins de 15 ans, et en LANL (*leucémie aiguë non lymphoblastique* ou *leucémie myéloïde*), plus fréquente chez l'adulte. En Suisse, il n'existe pas de chiffres exacts concernant la LA, cependant le Registre des cancers neuchâtelois révèle une incidence annuelle de leucémies (aiguë et chronique) de 3.2/100'000, chiffre qui se retrouve sans grandes variations dans d'autres régions européennes³⁷¹

a) Prévention

Bien que certains facteurs de risque soient connus, la prévention n'est pas efficace ou elle ne diffère pas de celle qui s'adresse à la population générale (protection contre l'exposition aux radiations ionisantes et aux produits chimiques). Certains défauts chromosomiques, des immunodéficiences congénitales et des troubles médullaires prédisposent à la LA, ce qui impose un suivi médical attentif, mais sans qu'il s'agisse de dépistage au sens propre du terme.

L'intérêt de ce traceur consiste surtout en une étude des méthodes diagnostiques et de traitement, car ces deux types de prestations engendrent des coûts importants, tout en restant acceptables en termes de QALY.

b) Evaluation

Outre l'hémogramme et le médullogramme, le diagnostic est presque toujours complété par un typage immunologique par cytométrie de flux et des analyses génétiques par PCR et d'autres méthodes, principalement en raison de l'importance pronostique de ces examens. Les frais occasionnés par les examens précédant le prélèvement de moelle sur le donneur doivent aussi être pris en compte.

c) Traitement

En ce qui concerne le traitement, trois grands groupes d'interventions doivent être distingués (chimiothérapie, radiothérapie, et greffe avec immunosuppression), mais on peut étendre l'analyse au traitement des complications (soins dentaires; antiviraux, antibiotiques et antiparasitaires; concentrés plaquettaires; facteurs de croissance des globules blancs; traitement des cancers induits; prise en charge psycho-sociale; etc.).

Depuis la première greffe de moelle allogénique en 1973 (1979 pour la Suisse), les indications se précisent et des recommandations paraissent une fois par an depuis 1990. Il est probable qu'outre le rapport coût/QALY favorable, le décès d'un garçon de 7 ans en attente d'une greffe de moelle en Oregon en 1989 (événement à l'origine d'une réforme de Medicaid) plaide en faveur d'une large couverture de cette pathologie par l'assurance de base. Un autre cas a provoqué un large débat sur le rationnement au Royaume-Uni: celui d'une fillette de 10 ans (Child B) souffrant d'une rechute de leucémie aiguë en 1995, un an après deux cycles de chimiothérapie et une greffe. L'autorité de santé et les tribunaux ayant refusé la prise en charge des frais occasionnés par une nouvelle chimiothérapie et une deuxième greffe, le père a fait traiter sa fille grâce à des fonds privés, mais elle est décédée en 1996.

d) Réadaptation

La réadaptation ne sera pas abordée dans le cadre du traceur LA.

e) Suite de traitement

Le décours de la LA est généralement caractérisé par la loi du tout ou rien: rémission ou décès. Toutefois, d'éventuelles récurrences et complications tardives liées au traitement imposent un suivi

³⁷¹ Levi F, Lucchini F, Boyle P, Negri E, La Vecchia C. Cancer incidence and mortality in Europe, 1988-92. J Epid Biostat 1998;3(3);295-373.

régulier, afin de dépister par exemple des atteintes cardiaques (cardiomyopathie aux anthracyclines), endocriniennes (agents alkylants et radiothérapie), hépatiques (Ara-C) et neurologiques (radiothérapie).

En résumé, la LA représente le deuxième traceur intéressant, entre autres, la population pédiatrique. La prévalence de cette affection est faible, mais elle occasionne des frais conséquents. Aux USA et au Royaume-Uni, la LA s'est révélée être un sujet particulièrement sensible suite à la médiatisation des cas de deux enfants qui se sont vu refuser un traitement pourtant voué à l'échec, et la Suisse a également connu des précédents. Ce choix permet d'aborder une médecine de pointe qui fait l'objet d'une intense recherche et utilise de nombreuses technologies nouvelles. Les recommandations existent pour certaines procédures, ainsi que pour la prise en charge globale. Il faut cependant relever qu'en raison des progrès techniques permanents réalisés dans ce domaine et des délais habituels entre la recherche, la publication des résultats et leur interprétation, un décalage existe inévitablement entre toute synthèse de la littérature et les protocoles d'évaluation et de traitement appliqués actuellement par les oncologues.

3.2.4.1 Liste des thèmes de recherche

Évaluation :

1. Personnes âgées et leucémie aiguë
2. Bilan sanguin pour le diagnostic hématologique
3. Bilan sanguin pour le diagnostic chimique
4. Examen de la moelle osseuse
5. Diagnostic par ponction lombaire
6. Diagnostic microbiologique
7. Diagnostic radiographique
8. Diagnostic par tomographie computerisée
9. Diagnostic par scintigraphie
10. Diagnostic par IRM
11. Diagnostic anatomo-pathologique
12. Diagnostic par microscopie électronique
13. Diagnostic par cytochimie
14. Diagnostic par immunophénotypage
15. Diagnostic par cytogénétique
16. Diagnostic par biologie moléculaire
17. Diagnostic par génétique moléculaire
18. Détermination des récepteurs aux cytokines
19. Recherche du human lymphocyte antigen (HLA)

Traitement :

1. Chimiothérapie
2. Acide tout-trans rétinoïque (ATRA)
3. Radiothérapie
4. Allogreffe
5. Autogreffe
6. Thérapie génique
7. Immunothérapie
8. Autres transplantations
9. Antiémétiques

10. Diminution de la cardiotoxicité des anthracyclines: dexrazoxane
11. Analgésie
12. Nutrition parentérale
13. Antibiotiques, antiviraux, antifongiques
14. Allopurinol
15. Facteurs de croissance
16. Leukaphérèse
17. Transfusion
18. Isolement
19. Soins dentaires
20. Soins de la peau
21. Traitement de sauvetage
22. Traitement de postrémission
23. Traitement des rechutes

3.2.4.2 Synthèses

Evaluation : 1.- Personnes âgées et leucémie aiguë

Mots-clés: age and LA / induction chemotherapy and LA / blood count and LA / cytogenetics and LA / immunophenotyping and LA

Les références retenues concordent pour affirmer que l'âge avancé (dès 50 ou 60 ans) est un facteur de mauvais pronostic de la leucémie aiguë. Le traitement optimal des personnes âgées reste encore controversé et insatisfaisant, selon plusieurs références retenues. Des études manquent à ce sujet. La chimiothérapie s'accompagne d'un taux élevé de morbidité et de mortalité chez les personnes âgées. L'hétérogénéité biologique et clinique des patients âgés serait tellement importante que les moyens pour établir le pronostic devraient être des plus précis, afin que les patients reçoivent un traitement adapté.

Evaluation : 2.- Bilan sanguin pour le diagnostic hématologique

Mots-clés: peripheral blood cell screening and LA / blood count and LA / blood screening and LA

Les références retenues concordent pour recommander un bilan de coagulation avant le traitement de la LA, ainsi qu'une formule sanguine complète et le groupe sanguin (pour une des références retenues).

Evaluation : 3.- Bilan sanguin pour le diagnostic chimique

Mots-clés: peripheral blood cell screening and LA / blood count and LA / blood screening and LA

Les références retenues concordent pour recommander un bilan sanguin chimique complet pour évaluer l'état rénal et hépatique du patient avant le début du traitement.

Evaluation : 4.- Examen de la moelle osseuse

Mot-clé: bone marrow and LA

Selon la plupart des références retenues, un examen de la moelle osseuse est indiqué avant le début du traitement. Quant à la surveillance pendant le traitement par chimiothérapie, les recommandations divergent: une référence indique une biopsie de la moelle seulement si la formule sanguine complète est anormale, alors que deux autres références recommandent de faire une biopsie d'emblée pendant le traitement, car ce prélèvement a des implications pronostiques importantes.

Evaluation : 5.- Diagnostic par ponction lombaire

Mot-clé: lumbar punction and LA

Les quatre références retenues sont unanimes pour indiquer une ponction lombaire dans le cadre du diagnostic de la leucémie aiguë, en particulier pour exclure une atteinte du système nerveux central. Pour une des références, il faudrait exclure avant la ponction lombaire les troubles de la coagulation; pour une autre référence, ce prélèvement devrait si nécessaire se pratiquer sous transfusion plaquettaire.

Evaluation : 6.- Diagnostic microbiologique

Mot-clé: microbiology and LA

Le nombre réduit de références trouvées sur le sujet ne permet pas de conclure. Cependant, la surveillance microbiologique des selles, des urines, du sang, des expectorations, des plaies, de la peau, de la gorge, des narines, de la région vaginale, de la région périnéale, et autour du cathéter semble être indiquée.

Evaluation : 7.- Diagnostic radiographique

Mot-clé: radiograph\$ and LA

Le nombre réduit de références trouvées sur le sujet ne permet pas de conclure.

Evaluation : 8.- Diagnostic par tomographie computerisée

Mots-clés: computer\$ tomography and LA / CT and LA

Dans le cadre du traitement de la leucémie aiguë, la surveillance des effets secondaires ou la recherche d'infiltrations par tomographie (crânienne, thoracique, abdominale) est indiquée par deux références retenues. Dans de très rares cas, la tomographie aurait également sa place dans le diagnostic différentiel entre le neuroblastome et la leucémie. Toutefois, le nombre réduit de références trouvées sur le sujet ne permet pas de conclure.

Evaluation : 9.- Diagnostic par scintigraphie

Mot-clé: scintigra\$ and LA

Le nombre réduit de références trouvées sur le sujet ne permet pas de conclure. L'indication, rare dans le cas de la LA, est la recherche de zones d'ostéolyse.

Evaluation : 10.- Diagnostic par IRM

Mots-clés: magnetic resonance and LA / bone marrow and LA

Le nombre réduit de références trouvées sur le sujet ne permet pas de conclure.

Evaluation : 11.- Diagnostic anatomo-pathologique

Mot-clé: biops\$ and LA

L'absence de références trouvées sur le sujet ne permet pas de conclure.

Evaluation : 12.- Diagnostic par microscopie électronique

Mots-clés: electronic microscopy and LA / immunophenotyp\$ and LA

Le nombre réduit de références trouvées sur le sujet ne permet pas de conclure.

Evaluation : 13.- Diagnostic par cytochimie

Mots-clés: cytochemistry and LA

Les références retenues recommandent l'examen par cytochimie pour le diagnostic de la leucémie aiguë, en particulier de la leucémie myéloïde aiguë. Ce procédé aiderait également à trancher dans des cas de doute sur le type de leucémie.

Evaluation : 14.- Diagnostic par immunophénotypage

Mots-clés: immunophenotyp§ and LA / culture and LA / bone marrow and LA / cytochemistry§ and LA / age and LA / flow cytometry and LA

Les références retenues concordent pour indiquer l'immunophénotypage, afin de déterminer les sous-types de la leucémie aiguë lymphoïde et myéloïde. Cet examen est donc crucial non seulement pour le diagnostic et le pronostic, mais aussi pour déterminer la conduite thérapeutique à tenir. Selon trois des références retenues, l'immunophénotypage initial de routine serait controversé: deux d'entre elles recommandent cet examen si le diagnostic n'est pas clair, si cela permet d'accélérer le traitement ou dans le cadre d'un programme de recherche.

La cytométrie de flux est de grande valeur clinique, car elle permet le diagnostic très rapide de la classification submicroscopique de la leucémie aiguë d'une part, et le dépistage du «minimal residual disease» d'autre part. La cytométrie de flux permet également, pour une des références retenues, de prédire la résistance des cellules tumorales à la toxicité de la chimiothérapie. Avec l'aide de ce procédé, le traitement peut donc être adapté très précisément à l'état de chaque patient. Selon une des références retenues, la cytométrie par laser scan présenterait cependant de multiples avantages par rapport à la cytométrie de flux.

Evaluation : 15.- Diagnostic par cytogénétique

Mots-clés: cytogeneti§ and LA / PCR and LA / postremission and LA / FISH and LA / bone marrow and LA

Toutes les références retenues attribuent à la cytogénétique une valeur importante de pronostic, de diagnostic et d'indicateur pour le traitement à envisager. L'information la plus complète serait obtenue par la combinaison de la cytogénétique classique et de la cytogénétique moléculaire, selon cinq des références retenues. Cet examen semble être incontournable dans le domaine de la leucémie aiguë.

Les références retenues sont homogènes pour indiquer la FISH [fluor in situ hybridization] comme un outil intéressant dans le domaine de la cytogénétique et du diagnostic. Une des références retenues propose d'intégrer la FISH dans la pratique clinique de routine, car elle serait plus efficace que la cytogénétique classique pour détecter les cellules malignes résiduelles. Il semble cependant que le PRINS [oligonucleotide primed in situ labelling] serait plus rapide et pourrait remplacer la FISH pour détecter les altérations du caryotype, selon une des références retenues.

Evaluation : 16.- Diagnostic par biologie moléculaire

Mots-clés: molecular biology and LA / cytogeneti§ and LA / molecular genetic§ and LA / PCR and LA / bone marrow and LA / immunophenotyp§ and LA

Les références retenues sont homogènes pour souligner que les progrès de la biologie moléculaire concernant la leucémie aiguë permettent de mieux déterminer son pronostic et sa thérapie. L'atout de la biologie moléculaire est de détecter des altérations génétiques qui pourraient être ignorées par l'évaluation cytogénétique. Grâce à cette haute sensibilité, des marqueurs de risque de leucémie aiguë pourraient être cernés.

La PCR [polymerase chain reaction] est un procédé complémentaire aux autres examens diagnostiques. Son avantage particulier est sa haute sensibilité et spécificité, qui permettent la détection aisée du «minimal residual disease» et la prédiction possible de rechutes ultérieures, selon cinq des références

retenues. La PCR est donc appropriée et indispensable pour la surveillance, mais les résultats devraient être confrontés à la clinique, comme l'indiquent deux des références retenues.

Evaluation : 17.- Diagnostic par génétique moléculaire

Mots-clés: molecular genetic§ and LA / molecular biology and LA / cytogeneti§ and LA

La technique de la génétique moléculaire semble prendre une place importante, surtout dans la surveillance de la rémission de la leucémie aiguë. Puisqu'elle permet d'affiner très sensiblement le diagnostic et le pronostic, elle a bouleversé les définitions de la rémission, selon une des références retenues.

Evaluation : 18.- Détermination des récepteurs aux cytokines

Mots-clés: cytokine receptor§ and LA / bone marrow and LA

Le contrôle de la prolifération de cellules précurseurs hématologiques peut être atteint in vitro par la combinaison avec des cytokines stimulant la croissance. La littérature est insuffisante pour conclure quant aux applications cliniques des récepteurs aux cytokines.

Evaluation : 19.- Recherche du human lymphocyte antigen (HLA)

Mots-clés: HLA typing and LA / bone marrow and LA / molecular biology and LA / age and LA

Une des références retenues recommande de rechercher le type HLA seulement chez des patients susceptibles de recevoir une greffe. Quand le donneur et le receveur sont HLA identiques, les résultats de l'allogreffe sont de bonne qualité, selon trois des références retenues. Le typage de l'HLA s'affine de plus en plus grâce aux progrès de la biologie moléculaire et, par conséquent, il devient possible de recourir à des donneurs non-apparentés dont la compatibilité peut être vérifiée de façon détaillée.

Traitement : 1.- Chimiothérapie

Mots-clés: induction chemotherapy and LA / cytogeneti§ and LA / bone marrow and LA / transplant and LA / consolidation chemotherapy and LA / postinduction chemotherapy and LA

Les références retenues recommandent pour la chimiothérapie une combinaison d'agents chimiothérapeutiques. Pour la plupart des cas, il s'agit de cytosine arabinoside et d'anthracyclines (par ex. daunorubicine ou idarubicine). Les références retenues discutent de l'intérêt d'augmenter la dose de cytosine arabinoside et/ou de l'associer à d'autres agents chimiothérapeutiques. Ces thèmes semblent être controversés, car les recommandations sur les modalités de traitement ne sont pas homogènes.

Traitement : 2.- Acide tout-trans rétinoïque (ATRA)

Mots-clés: retinoi§ and LA / culture and LA / bone marrow and LA / induction chemotherapy and LA / molecular biology and LA / age and LA

La totalité des références retenues concordent pour recommander le traitement par ATRA contre la leucémie aiguë promyélocytaire en combinaison avec la chimiothérapie. Plusieurs références retenues signalent cependant les limites du traitement: des effets secondaires importants (le «retinoic acid syndrome») et le développement d'une résistance aux rétinoïques. Le bénéfice principal du traitement par ATRA serait la diminution du taux des rechutes, selon sept des références retenues.

Traitement : 3.- Radiothérapie

Mots-clés: radiotherapy and LA / bone marrow and LA / induction chemotherapy and LA / age and LA

L'indication à la radiothérapie (crânienne ou du corps entier) dépend de plusieurs paramètres: âge du patient, type de leucémie, pronostic et présence ou non d'une atteinte méningée. Des variations existent quant à la dose de l'irradiation, ses modalités (1 dose ou fractionné) et sa chronologie.

Traitement : 4.- Allogreffe

Mots-clés: bone marrow and LA / allogeneic bone marrow transplant§ and LA

La sélection des patients pouvant recevoir une allogreffe et l'indication à cette dernière sont des questions controversées, selon plusieurs références retenues. La majorité des références retenues concordent pour réserver l'allogreffe, avec un donneur HLA identique, aux patients à haut risque, en particulier les enfants. Le nombre des récurrences serait moindre qu'avec une chimiothérapie seule, selon une des références retenues, mais les études comparant la chimiothérapie à l'allogreffe sont contradictoires à ce sujet.

Traitement : 5.- Autogreffe

Mots-clés: bone marrow and LA / autologous bone marrow transplant§ and LA / age and LA

La phase du traitement contre la leucémie aiguë durant laquelle l'autogreffe pourrait se pratiquer est discutée. Le problème principal de cette pratique est le risque de réinjection de cellules néoplasiques. Des stratégies de «purge» de la moelle permettent l'obtention de meilleurs résultats, selon une des références retenues. L'avantage de l'autogreffe est l'absence du «graft-versus-host disease».

Traitement : 6.- Thérapie génique

Mots-clés: gene therapy and LA / bone marrow and LA

Il existe une multiplicité de méthodes différentes pour procéder à la thérapie génique. Elles se divisent en quatre approches, selon une des références retenues: modifier la cellule maligne en elle-même, modifier la réponse immunitaire aux tumeurs, diminuer la sensibilité du tissu hôte et marquer les cellules hématopoïétiques normales et malignes pour mieux pouvoir déceler l'efficacité des thérapies. Les références retenues soulignent qu'il s'agit là de méthodes prometteuses pour le traitement de la leucémie.

Traitement : 7.- Immunothérapie

Mots-clés: immunotherapy and LA / bone marrow and LA / allogeneic bone marrow transplant§ and LA / flow cytometry and LA / relapse and LA / culture and LA

Selon la plupart des références retenues, l'immunothérapie est recommandée; elle exploite l'effet «graft versus leukemia», c-à-d. l'augmentation de la réactivité des lymphocytes T. De ce fait, l'immunothérapie aurait des effets thérapeutiques comparables à la chimiothérapie et serait dans certains cas mieux tolérée que cette dernière, selon une des références retenues. L'immunothérapie pourrait être un complément à la chimiothérapie. Toutefois, cette thérapie présente encore quelques problèmes (ex. «graft-versus-host disease», grande toxicité, myélosuppression).

Traitement : 8.- Autres transplantations

Mots-clés: transplant and LA / induction chemotherapy and LA / immunophenotyp§ and LA / bone marrow and LA / age and LA / relapse and LA

La transplantation de sang du cordon ou de cellules souches du sang périphérique est une alternative à la transplantation de la moelle osseuse, selon la totalité des références retenues. Cependant, les études fiables manquent pour que ces pratiques puissent être recommandées comme routine, selon deux des références retenues. L'avantage de la transplantation du sang du cordon réside dans la forme diminuée du «graft versus host disease», la facilité de collecte et de stockage, le faible risque de contamination virale et la possibilité de disparité HLA; son inconvénient est le nombre limité de cellules disponibles et un taux d'échec de greffe plus élevé, selon deux des références retenues. Les meilleurs résultats auraient été obtenus chez des enfants.

Les cellules souches du sang périphérique non traitées d'un donneur HLA identique ne provoqueraient pas plus le «graft versus host disease» que les cellules de la moelle, selon deux des références retenues. Deux autres références discutent du traitement préalable des cellules du sang périphérique par chimiothérapie ou par des facteurs de croissance hématopoïétiques.

Traitement : 9.- Antiémétiques

Mots-clés: antiemetic§ and LA

La lutte contre la nausée et les vomissements secondaires au traitement anticancéreux est recommandée en tant que prévention et en tant que traitement. Les antiémétiques devraient être adaptés à l'agent antinéoplasique et à sa dose, selon trois des références retenues. Ce traitement devrait être accompagné de conseils et démarches diététiques. Les agents les plus fréquemment utilisés après la chimiothérapie seraient les antagonistes de la dopamine, de la sérotonine ou d'autres antagonistes, selon une des références retenues, qui recommande de combiner différents antiémétiques pour plus d'efficacité. Il est important de mener ce traitement à un très bon résultat lors de la chimiothérapie initiale pour éviter les nausées/vomissements d'anticipation et d'anxiété pour les chimiothérapies ultérieures.

Traitement : 10.- Diminution de la cardiotoxicité des anthracyclines: dexrazoxane

Mots-clés: dexrazoxane and LA / biopsy and LA

Les références retenues recommandent l'emploi de la dexrazoxane en tant que cardio-protecteur contre la toxicité des anthracyclines (en particulier de la doxorubicine et de l'épirubicine) administrées dans le cadre de la chimiothérapie. Toutefois, deux références retenues donnent une limite, soit traiter avec la dexrazoxane seulement si la dose de doxorubicine est supérieure à 300 mg/m². L'emploi de la dexrazoxane conjointement avec la mitoxantrone ne serait pas recommandé, selon une des références retenues.

Traitement : 11.- Analgésie

Mots-clés: bone marrow and LA

La lutte contre la douleur occupe une place importante dans le cadre du traitement anticancéreux. Les recommandations des références retenues sont homogènes pour les points suivants: le diagnostic précis de la douleur doit être fait et un traitement approprié doit être donné 24h/24, dosé de sorte que le patient ne soit plus algique. La voie orale est préférable. Les opiacés seraient très bien adaptés, car ils ne créent pas de dépendance psychologique, ils n'ont pas d'effet de plafonnement. Le placebo n'est pas recommandé. Les effets secondaires doivent être anticipés et traités. Le soutien psychologique et moral par le personnel est de première importance, ainsi que les méthodes parallèles de soutien comme l'exercice respiratoire, l'hypnose, le biofeedback, les massages, la musicothérapie, l'acupuncture, etc., bien que des études manquent pour prouver l'efficacité de cette dernière dans la douleur chronique, selon une des références retenues. Les populations particulièrement à risque sont les très jeunes patients ainsi que les personnes âgées, les patients avec une pathologie comportementale ou ceux qui ne parlent pas la langue du soignant.

Traitement : 12.- Nutrition parentérale

Mots-clés: parenteral nutri§ and LA / bone marrow and LA

La nutrition parentérale pourrait être indiquée après une chimiothérapie intensive ou après une greffe. Les références retenues ne permettent pas de conclure clairement quant à cette indication. A cause du risque infectieux, ce geste ne devrait pas être de routine, même chez des patients très mal nutris, selon une des références retenues. Deux autres références l'indiquent de routine. L'adjonction de la glutamine par voie parentérale ne produirait qu'un bénéfice limité, mais protégerait les fonctions hépatiques, selon deux références retenues; les solutions enrichies en triglycérides auraient un effet protecteur sur le métabolisme des lipoprotéines plasmatiques.

Traitement : 13.- Antibiotiques, antiviraux, antifongiques

Mots-clés: prophyla§ and antibiotic§ and LA / prophyla§ and antifungal§ and LA / prophyla§ and antiviral§ and LA / prophylactic antibiotics and LA / bone marrow and LA / radiolog§ and LA / induction chemotherapy and LA / isolation§ and LA

Les patients neutropéniques suite à une chimiothérapie ou une greffe sont très exposés aux maladies infectieuses. Sept des références retenues recommandent l'administration d'un traitement anti-infectieux d'emblée, trois autres références ne le recommandent pas comme geste de routine. Les traitements antiviraux ont un effet contre l'herpès simplex virus, le virus de la varicelle, le cytomégalovirus et le virus Epstein-Barr, comme le soulignent deux des références retenues. Le traitement contre d'autres virus est encore à trouver. La thérapie par un antibiotique seul pourrait remplacer l'antibiothérapie combinée.

Traitement : 14.- Allopurinol

Mots-clés: allopurinol and LA / prophylax\$ and tumor lysis and LA

Les références retenues recommandent pour la prévention du syndrome de lyse cellulaire le traitement par l'allopurinol, surtout si le patient présente une hyperleucocytose ou une hépatosplénomégalie initiales (cette dernière est rare dans la leucémie aiguë). De plus, il est recommandé d'alcaliniser les urines, selon une des références retenues.

Traitement : 15.- Facteurs de croissance

Mots-clés: growth factor and LA / culture and LA / bone marrow and LA / induction chemotherapy and LA / consolidation chemotherapy and LA / immunophenotyp\$ and LA / cytogeneti\$ and LA

Selon la totalité des références retenues, les facteurs de croissance diminuent la survenue de la neutropénie fébrile et des complications infectieuses. Puisque les facteurs de croissance raccourcissent la période de neutropénie et de thrombocytopénie, la majorité des références recommandent ce traitement simultanément à une chimiothérapie ou à une greffe pour les patients chez lesquels on s'attend à une neutropénie grave. Par contre, la question de l'influence positive des facteurs de croissance sur la réponse à la chimiothérapie ou sur le taux de survie global reste controversée jusqu'à ce jour.

Traitement : 16.- Leukaphérèse

Mots-clés: leukapheresis and LA

Les deux références retenues recommandent la leukaphérèse chez des patients avec 100,00/mcL de leucocytes ou chez ceux qui sont symptomatiques; toutefois, le nombre réduit de références retenues à ce sujet ne permet pas de conclure.

Traitement : 17.- Transfusion

Mots-clés: transfusion and LA / bone marrow and LA / age and LA / leucopheresis or leukapheresis and LA

La transfusion de produits sanguins (leucocytes, thrombocytes, érythrocytes) est une partie intégrante du traitement parallèle à la chimiothérapie ou à la greffe, selon les références retenues. Puisque ces patients sont plus exposés aux complications liées à la transfusion, le sang doit être préalablement filtré et irradié (cette deuxième intervention pour certaines indications seulement), dans le but de prévenir les accès fébriles, de réduire l'allo-immunisation ainsi que le risque de transmission du cytomégalovirus et d'autres agents transmissibles. Ce traitement est bénéfique pour le rétablissement immunohématologique du patient.

Traitement : 18.- Isolement

Mots-clés: protecti\$ isolation\$ and LA / isolation\$ and LA

Le nombre restreint de références retenues ne permet pas de conclure si l'isolement du patient est indiqué de routine après une chimiothérapie ou une greffe. Une des références retenues indique l'isolement comme option, deux autres références (parlant de la situation après la greffe de moelle) recommandent l'isolement pendant 3-4 semaines dans des conditions de stérilité stricte de l'air, du mobilier, des habits des soignants et des visiteurs, des pratiques des soins infirmiers et de la nourriture.

Traitement : 19.- Soins dentaires

Mots-clés: dent§ and LA / dental care and LA / analge§ and LA / age and LA

Deux des références retenues recommandent pour des patients présentant une leucémie aiguë la prévention des complications oro-dentaires par des antifongiques et antiviraux (ex. acyclovir); de plus, un traitement antalgique en parallèle avec une hygiène dentaire rigoureuse et des consultations dentaires fréquentes. Les soins dentaires intensifs n'augmentent pas le taux de septicémie, selon une des références retenues. Quatre références retenues soulignent l'importance d'une collaboration entre le dentiste et le médecin généraliste (ou pédiatre) dans ce domaine.

Traitement : 20.- Soins de la peau

Mots-clés: skin§ and LA

L'immunodépression des patients traités pour la leucémie aiguë les expose à des complications cutanées, dues à de nombreux agents mycobactériens et viraux. Trois références retenues recommandent donc des soins de la peau et des muqueuses. Une référence indique des savons antibactériens (ex. chlorhexidine) et l'application de poudre antibactérienne et/ou antivirale dans la région axillaire, l'aîne, la région vaginale et périanale. Les rétinoïdes, bien que tératogènes, donneraient de bons résultats pour les soins de la peau dans le cadre de la leucémie.

Traitement : 21.- Traitement de sauvetage

Mots-clés: salvage therapy and LA

La diversité des recommandations des références retenues ne permet pas de conclure sur la thérapie de sauvetage; elle dépendrait entièrement du moment de la rechute, du type de rechute et du traitement initial, selon une des références retenues. Les facteurs de croissance auraient un effet bénéfique dans le cadre de ce traitement, selon une des références retenues.

Traitement : 22.- Traitement de postrémission

Mots-clés: postremission and LA / bone marrow and LA

Selon une des références retenues, il est difficile à ce jour de déterminer les modalités du traitement de postrémission, car il faut tenir compte des facteurs de risque, du sous-type de leucémie, de l'âge du patient, de sa réponse au traitement initial et de son caryotype. Malgré un nombre considérable d'études disponibles, certaines controverses persistent.

Traitement : 23.- Traitement des rechutes

Mots-clés: relaps§ and LA / induction chemotherapy and LA

Le succès du traitement des récurrences dépend du moment de la rechute, de l'endroit où celle-ci se manifeste, de l'âge du patient, ainsi que de la qualité/intensité du traitement initial. L'exemple d'un mauvais pronostic est une récurrence précoce impliquant le système nerveux central chez un patient âgé. L'indication du traitement des rechutes dépend de multiples facteurs et ne peut se résumer en une recommandation unique.

EVALUATION DE LA LEUCÉMIE AIGUË

- Légende:**
- + : littérature existe, elle présente un niveau de preuve élevé, la recommandation est positive
 - (+) : littérature existe, le niveau de preuve n'est pas élevé, cependant elle est abondante et concordante quant à la recommandation positive
 - +/- : littérature existe, elle est divergente quant à la recommandation
 - ? : littérature insuffisante
 - sc : recommandation positive sous condition, explicitée dans une note de bas de page

LEUCÉMIE AIGUË	Recommandation	Couverture LAMal	Références
1) <i>Personnes âgées et leucémie aiguë</i>	(+) ³⁷²	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles ³⁷³ . [...]	LAMal , art. 25, al. 1
2) <i>Bilan sanguin pour le diagnostic hématologique</i> ³⁷⁴	(+)	Analyses toutes remboursées.	LAna
3) <i>Bilan sanguin pour le diagnostic chimique</i> ³⁷⁵	(+)	Analyses toutes remboursées.	LAna
4) <i>Examen de la moelle osseuse</i>	(+) ³⁷⁶	Analyse remboursée.	LAna
5) <i>Diagnostic par ponction lombaire</i>	(+)	Analyse remboursée.	LAna
6) <i>Diagnostic microbiologique</i> ³⁷⁷	?	Analyses toutes remboursées.	LAna

³⁷² Les références retenues concordent pour affirmer que l'âge dès 50 ou 60 ans est un facteur de mauvais pronostic de la leucémie aiguë. Aucune des références n'indique pourtant les limitations ni dans les moyens de diagnostic, ni dans les moyens de traitement en relation avec l'âge du patient.

³⁷³ En principe, il n'y a pas de limitation d'âge pour la prise en charge.

³⁷⁴ Les références retenues concordent pour recommander un bilan de coagulation, la formule sanguine complète et le groupe sanguin pour l'une d'entre elles.

³⁷⁵ Les références retenues concordent pour recommander un bilan chimique comme suit: urée, créatinine, électrolytes, acide urique, calcium, phosphates, albumine, bilirubine, phosphatases alcalines, ASAT, ALAT et LDH.

³⁷⁶ Les références retenues concordent pour recommander un examen de la moelle osseuse avant le traitement contre la leucémie aiguë. Pour les examens de la moelle pendant le traitement, les références retenues sont divergentes quant à l'indication et la fréquence de cet examen.

LEUCÉMIE AIGUË	Recommandation	Couverture LAMal	Références
7) <i>Diagnostic radiographique</i>	?	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. [...]	LAMal, art. 25, al. 1
8) <i>Diagnostic par tomographie computerisée</i> ³⁷⁸	?	Tomographie axiale computerisée (CT-scan): Oui. Pas d'examen de routine (screening).	OPAS, ann. 1, ch. 9.1
9) <i>Diagnostic par scintigraphie</i>	?	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. [...]	LAMal, art. 25, al. 1
10) <i>Diagnostic par IRM</i>	?	Résonance magnétique nucléaire en tant que procédé d'imagerie (IRM): Oui.	OPAS, ann. 1, ch. 9.2
11) <i>Diagnostic anatomo-pathologique</i>	?	Analyses toutes remboursées.	LAna
12) <i>Diagnostic par microscopie électronique</i>	?	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. [...] Analyse remboursée.	LAMal, art. 25, al. 1 LAna
13) <i>Diagnostic par cytochimie</i>	(+)	Analyse remboursée.	LAna
14) <i>Diagnostic par immunophénotypage</i>	(+)	Analyse remboursée.	LAna
15) <i>Diagnostic par cytogénétique</i>	(+)	Analyse remboursée.	LAna
16) <i>Diagnostic par biologie moléculaire</i>	(+)	Analyse remboursée.	LAna
17) <i>Diagnostic par génétique moléculaire</i>	?	Analyse remboursée.	LAna
18) <i>Détermination des récepteurs aux cytokines</i>	?	Analyse remboursée.	LAna
19) <i>Recherche du human lymphocyte antigen (HLA)</i>	sc ³⁷⁹	Analyse remboursée ³⁸⁰ .	LAna

³⁷⁷ Le diagnostic microbiologique comporterait la surveillance des selles, des urines, du sang, des expectorations, des plaies, de la peau, de la gorge, des narines, de la région vaginale, de la région périnéale et autour du cathéter.

³⁷⁸ La tomographie aurait sa place dans la surveillance des effets secondaires (ex. tomographie crânienne, thoracique, abdominale) et la détection d'infiltrations.

³⁷⁹ La recherche du type HLA serait indiqué chez des patients susceptibles de recevoir une greffe (selon une des références retenues).

³⁸⁰ Remboursement aussi bien pour le receveur que le donneur. Une fondation privée assure le financement des analyses en attendant de trouver un donneur. Elle assume également les frais des recherches de donneurs (Registre Suisse des donneurs de moelle non-apparentés). Cependant, cette fondation n'est pas reconnue comme fournisseur de prestations par la LAMal, et en conséquence ces prestations ne sont pas systématiquement remboursées.

TRAITEMENT DE LA LEUCÉMIE AIGUË

LEUCÉMIE AIGUË	Recommandation	Couverture LAMal	Références
1) <i>Chimiothérapie</i>	(+)	Remboursé pour la plupart des présentations ³⁸¹ .	LS
2) <i>Acide tout-trans rétinoïque (ATRA)</i>	(+) ³⁸²	Remboursé pour la plupart des présentations.	LS
3) <i>Radiothérapie</i>	+/- ³⁸³	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. [...]	LAMal, art. 25, al. 1
4) <i>Allogreffe</i>	sc ³⁸⁴	Transplantation de cellules souches hématopoïétiques [...] - allogénique: Oui. En cas de: - leucémie myéloïde aiguë - leucémie lymphatique aiguë. [...] ³⁸⁵	OPAS, ann. 1, ch. 2.1
5) <i>Autogreffe</i>	sc ³⁸⁶	Transplantation de cellules souches hématopoïétiques - autologue: Oui. En cas de [...] leucémie lymphatique aiguë - leucémie myéloïde aiguë. [...]	OPAS, ann. 1, ch. 2.1
6) <i>Thérapie génique</i>	(+) ³⁸⁷	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.	LAMal, art. 25, al. 1
7) <i>Immunothérapie</i>	(+)	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.	LAMal, art. 25, al. 1

³⁸¹ Certaines présentations récentes, qui ne figurent pas encore dans la liste des spécialités, ne sont pas remboursées et sont financées pour la plupart par l'industrie pharmaceutique.

³⁸² Ce traitement s'adresse en particulier à la leucémie aiguë promyélocytaire.

³⁸³ Ni l'indication, ni le dosage de la radiothérapie ne font unanimité parmi les références retenues.

³⁸⁴ La sélection des patients pouvant recevoir une allogreffe et son indication sont des questions controversées selon certaines références retenues.

³⁸⁵ Elément de jurisprudence. Arrêt du Sozialversicherungsgericht ZH du 3.6.98 (réf. OFAS 375/98): obligation de prise en charge par l'assureur de la transplantation de moëlle osseuse, de la cryogénéisation du sperme du patient et des frais occasionnés au donneur, à l'exclusion des frais de transport.

³⁸⁶ L'indication de l'autogreffe ne fait pas unanimité parmi les références retenues.

³⁸⁷ Il existe une multiplicité de méthodes différentes pour procéder à la thérapie génique.

LEUCÉMIE AIGÜE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
8) <i>Autres transplantations</i> ³⁸⁸	(+) ³⁸⁹	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.	LAMal, art. 25, al. 1
9) <i>Antiémétiques</i>	(+)	Remboursé pour certaines présentations.	LS
10) <i>Diminution de la cardiotoxicité des anthracyclines: dexrazoxane</i>	(+) ³⁹⁰	Médicament non enregistré en Suisse.	
11) <i>Analgsie</i>	+	Remboursé pour certaines présentations.	LS
12) <i>Nutrition parentérale</i> - A l'hôpital - A domicile	sc ³⁹¹	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Nutrition parentérale à domicile: oui.	LAMal, art. 25, al. 1 OPAS, ann. 1, ch. 2.1
13) <i>Antibiotiques, antiviraux, antifongiques</i>	+/- ³⁹²	Remboursé pour la plupart des présentations.	LS
14) <i>Allopurinol</i>	(+)	Remboursé pour la plupart des présentations.	LS
15) <i>Facteurs de croissance</i>	(+) ³⁹³	Remboursé pour certaines présentations.	LS
16) <i>Leukaphèrese</i>	?	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.	LAMal, art. 25, al. 1
17) <i>Transfusion</i> ³⁹⁴	(+)	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.	LAMal, art. 25, al. 1

³⁸⁸ Il s'agit de la transplantation de sang du cordon ou de cellules souches du sang périphérique.

³⁸⁹ Des études fiables manquent pour que ces pratiques puissent être recommandées comme routine selon deux des références retenues.

³⁹⁰ Les références retenues recommandent l'emploi de la dexrazoxane contre la toxicité des anthracyclines. Toutefois, deux des références recommandent de ne traiter que si la dose d'anthracycline est supérieure à 300 mg/m².

³⁹¹ Les références retenues ne concordent pas pour recommander la nutrition parentérale comme geste de routine.

³⁹² La question d'une prophylaxie anti-infectieuse de routine est controversée parmi les références retenues.

³⁹³ Les facteurs de croissance diminueraient la survenue de la neutropénie fébrile ainsi que des complications infectieuses, et ils raccourciraient la période de neutropénie et de thrombocytopénie. Toutefois, la question de leur influence positive sur la réponse à la chimiothérapie ou sur le taux de survie global reste controversée jusqu'à ce jour.

³⁹⁴ Il s'agit de la transfusion de produits sanguins (leucocytes, thrombocytes ou érythrocytes).

LEUCÉMIE AIGUË	Recommandation	Couverture LAMal	Références
18) <i>Isolement</i>	?395	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.	LAMal, art. 25, al. 1
19) <i>Soins dentaires</i> ³⁹⁶ - Consultation du dentiste - Antifongiques, antiviraux	(+)	L'assurance prend en charge les soins dentaires occasionnés par les autres maladies graves suivantes ou leurs séquelles et nécessaires à leur traitement [...]: maladies du système hématopoïétique: [...] leucémies. [...] L'assurance prend en charge les soins dentaires nécessaires pour réaliser et garantir les traitements médicaux [...]: [...] lors d'une radiothérapie ou d'une chimiothérapie d'une pathologie maligne. [...] Remboursé pour certaines présentations. ³⁹⁷	OPAS, art. 18, let. a, ch. 3 OPAS, art. 19, let. c LS
20) <i>Soins de la peau</i> ³⁹⁸	(+)	Remboursé pour quelques présentations.	LS
21) <i>Traitement de sauvetage</i>	sc ³⁹⁹	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.	LAMal, art. 25, al. 1
22) <i>Traitement de postrémission</i>	sc ⁴⁰⁰	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.	LAMal, art. 25, al. 1
23) <i>Traitement des rechutes</i>	sc ⁴⁰⁰	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.	LAMal, art. 25, al. 1

³⁹⁵ Une des références retenues indique l'isolement comme option, deux autres références (parlant de la situation après la greffe de moëlle) recommandent l'isolement pendant 3-4 semaines dans des conditions de stérilité stricte.

³⁹⁶ Les soins dentaires consistent en un traitement oro-dentaire préventif par des antifongiques et des antiviraux, un traitement antalgique, une hygiène dentaire rigoureuse et des consultations dentaires fréquentes.

³⁹⁷ Élément de jurisprudence. Arrêt du Tribunal des Assurances VD du 15.5.97 (rég. OFAS 391/98): l'assureur doit prendre en charge des frais de soins dentaires et de prothèses occasionnés à un patient qui a subi une chimiothérapie en raison d'un myélome multiple à IgM lambda.

³⁹⁸ Les soins de la peau consistent en un traitement par savons ou poudres antibactériens et/ou antiviraux de la peau et des muqueuses.

³⁹⁹ L'indication du traitement des rechutes dépend de multiples facteurs et ne peut se résumer en une recommandation unique.

3.2.4.3 Commentaire

Certains thèmes relatifs à la LA n'ont pas été abordés, tels que le soutien psychologique (déjà traité dans le cadre de l'AVC), ou les avantages respectifs de différents agents chimiothérapeutiques. La littérature est assez abondante et couvre la grande majorité des thèmes sélectionnés. Cependant, il faut relever l'extrême mouvance des recommandations pour un traceur choisi précisément en raison de l'opportunité d'examiner des prestations de médecine de pointe: les directives se périment très rapidement. Certains aspects de l'imagerie sont peu traités dans la littérature médicale; de même, les thèmes choisis pour analyser les aspects de soins infirmiers (soins de la peau et soins oro-dentaires) ont été dictés par la disponibilité de références.

La quasi-totalité des prestations relatives au diagnostic et au traitement de la LA est couverte par le «catalogue». Pour certains nouveaux agents chimiothérapeutiques, ne figurant pas encore sur la liste des spécialités, d'autres sources de financement sont engagées (en particulier l'industrie pharmaceutique par le biais de protocoles).

Certaines prestations peuvent être couvertes par d'autres branches de l'assurance sociale (par ex. AVS, AI intervenant dans le remboursement de moyens auxiliaires). Il reste cependant une situation floue en ce qui concerne les frais de laboratoire (typage HLA) lors de la recherche d'un donneur non-apparenté pour les patients susceptibles de recevoir une greffe de moelle. Ces frais sont assumés prospectivement par une fondation privée; leur remboursement rétroactif pose problème dans la mesure où cette fondation ne figure pas parmi les fournisseurs de prestations reconnus par la LAMal.

3.2.5 Grossesse normale et nouveau-né en bonne santé

Pour la grossesse, une seule catégorie de sexe est bien entendu concernée. Nous avons cependant choisi d'élargir le champ d'étude de ce traceur en incluant les soins aux nouveaux-nés en bonne santé. En Suisse, 83'316 femmes (11.7/1'000 habitants) ont mené leur grossesse à terme en 1996⁴⁰⁰, et 307 (0,37%) des enfants étaient mort-nés. Pour arriver au nombre total de grossesses en Suisse, il faut encore ajouter les interruptions volontaires de grossesse, estimées en 1994 à 11'813⁴⁰¹ et les fausses-couches (chiffres non disponibles à notre connaissance). Au total, ce sont donc près de 100'000 femmes qui sont concernées par la grossesse en une année dans notre pays.

Le chapitre consacré à la grossesse est partagé en trois sections abordant successivement:

- la grossesse normale;
- les soins au nouveau-né en bonne santé;
- les soins post-partum.

Les synthèses et tableaux sont présentés en suivant cet ordre.

a) Prévention

L'étude de ce traceur permet de mettre un accent particulier sur les notions de prévention primaire et secondaire, la grossesse constituant non une maladie mais un état de santé nécessitant des prestations couvertes dans le cadre de l'assurance-maladie sociale.

Si la grossesse est non désirée, on peut assimiler les conseils en matière d'éducation sexuelle et la contraception à de la prévention primaire et l'interruption volontaire de grossesse à de la prévention secondaire, mais nous avons choisi de ne pas traiter de ces sujets ici (les anticonceptionnels et le planning familial ne sont abordés que brièvement). Dans une grossesse désirée, la prévention primaire est par exemple représentée par le dosage de sérologies virales de la fille prépubère, et éventuellement par la vaccination. Sont ainsi classées sous prévention primaire les activités de prévention intervenant avant la conception, visant à favoriser la conception et l'évolution de la grossesse dans de bonnes conditions. Les prestations intervenant dès la conception (par exemple un cours de préparation à la naissance) sont considérées ici comme prévention secondaire.

Pour l'analyse des soins aux nouveaux-nés, les prestations de prévention décrites sont en général classées sous prévention primaire, dans la mesure où elles sont destinées aux nourrissons en bonne santé.

Pour l'analyse des soins post-partum, les prestations de prévention sont toutes classées sous prévention secondaire, par analogie avec les principes adoptés dans la section *Grossesse*.

b) Evaluation

Bien que la limite entre prévention et évaluation ne soit pas toujours nette, les examens de contrôle suivants sont abordés dans ce chapitre: consultations chez le gynécologue et la sage-femme, sérologies virales, hémogramme, urines, facteur Rhésus, *what if*, amniocentèse, biopsie des villosités chorales, ultrasons, CTG, etc.

c) Traitement

Concernant le traitement, les secteurs du système de santé sont facilement identifiables. Pour la grossesse normale, on séparera les actions entreprises en vue de la préservation de la santé maternelle de celles concernant plus précisément la santé de l'enfant, de la période pré-conceptionnelle (ex: acide folique) à l'hospitalisation néonatale. Les médicaments (fer, acide folique, anti-émétiques, corticoïdes et

⁴⁰⁰ Office fédéral de la statistique, 1998

⁴⁰¹ Dondénaz M, Gutzwiller F, Rey AM, Stamm H. Interruptions de grossesse en Suisse 1991-1994. Bulletin des médecins suisses 1996;77(8):308-314.

antibiotiques) font l'objet de nombreuses recommandations dans la base de données The Cochrane Library.

d) Réadaptation

Ce traceur ne permet pas d'aborder le chapitre de la réadaptation.

e) Suite de soins

Ce chapitre traite des visites et soins à domicile liés au post-partum immédiat: soins d'épisiotomie, rééducation du périnée, conseils en matière d'allaitement et soins aux nouveaux-nés, toutes prestations qui nécessitent de fréquentes visites à domicile.

En résumé, le traceur grossesse permet d'aborder la santé des femmes jeunes. Par ailleurs, l'extension de l'analyse aux nouveaux-nés a l'avantage de toucher une population pédiatrique différente de celle des autres traceurs. La fréquence de cet état de santé et les coûts qu'il engendre en font un traceur presque incontournable. Les recommandations sont nombreuses et l'OPAS contient un grand chapitre consacré à la maternité.

3.2.5.1 Liste des thèmes de recherche

GROSSESSE NORMALE

Prévention primaire :

1. Conseil pré-conceptionnel ou préimplantatoire
2. Planning familial, contraception
3. Prévention de la rubéole congénitale
4. Adjonction en acide folique et multivitamines en cas de projet de grossesse

Prévention secondaire :

1. Préparation à la naissance
2. Conseil diététique
3. Préparation physique
4. Conseil en matière de tabagisme
5. Prophylaxie par aspirine durant la grossesse
6. Traitement par corticostéroïdes durant la grossesse
7. Traitement préventif de l'alloimmunisation
8. Bas de contention et grossesse

Évaluation :

1. Nombre de consultations prénatales
2. Contrôle systématique de la tension lors de la consultation prénatale
3. Surveillance systématique du poids lors de la consultation prénatale
4. Mesure de la hauteur utérine lors de la consultation prénatale
5. Évaluation de la protéinurie lors de la consultation prénatale
6. Recherche systématique de la bactériurie lors de la consultation prénatale
7. Recherche systématique d'infection vaginale lors de la consultation prénatale
8. Recherche systématique d'infection à streptocoque B lors de la consultation prénatale
9. Recherche systématique du diabète lors de la consultation prénatale

10. Bilan sanguin (Hb/Ht, thrombocytes, groupe ABO et Rh, anticorps irréguliers) lors de la consultation prénatale
11. Recherche du cytomégalo virus durant la grossesse
12. Recherche systématique de l'hépatite B durant la grossesse
13. Recherche de l'herpès durant la grossesse
14. Recherche systématique de HIV durant la grossesse
15. Recherche systématique de la rubéole durant la grossesse
16. Recherche systématique de la syphilis durant la grossesse
17. Recherche systématique de la toxoplasmose durant la grossesse
18. Recherche systématique de la varicelle durant la grossesse
19. Recherche de la cholestase gravidique
20. Diagnostic de la grossesse par examens complémentaires (HCG sérique ou urinaire)
21. Diagnostic prénatal: l'alpha-foetoprotéine (seule)
22. Diagnostic prénatal: conditions d'âge pour le dépistage du syndrome de Down
23. Diagnostic prénatal: dépistage sérique du syndrome de Down
24. Diagnostic prénatal: prélèvement des villosités chorionales
25. Diagnostic prénatal: amniocentèse
26. Diagnostic prénatal: autres méthodes
27. Diagnostic prénatal: conseil
28. Examen par doppler durant la grossesse
29. Cardiotocogramme
30. Échographie durant la grossesse
31. Surveillance du dépassement de terme
32. Pelvimétrie durant la grossesse

Traitement:

1. Traitement du vomissement gravidique
2. Supplémentation de routine en calcium durant la grossesse
3. Supplémentation de routine en fer durant la grossesse
4. Supplémentations diverses durant la grossesse (vitamine D, acide folique, magnésium, fibres, protéines)
5. Homéopathie et grossesse
6. Traitement des dorsalgies durant la grossesse (ostéopathie, physiothérapie)
7. Cerclage
8. Version par manoeuvre externe
9. Transport pendant la grossesse

SOINS AUX NOUVEAUX-NÉS EN BONNE SANTÉ

Prévention primaire:

1. Vaccination contre l'hépatite B
2. Vaccinations diverses (y c. tuberculose)
3. Traitement préventif de l'ophthalmia neonatorum
4. Administration préventive de vitamine K
5. Administration préventive de vitamine D

Prévention secondaire:

1. Prévention de la mort subite du nourrisson

Évaluation:

1. Premier examen du nouveau-né sain
2. Examen des hanches du nouveau-né: examen clinique et échographique
3. Autres examens diagnostiques: échographie cardiaque
4. Autres examens diagnostiques: dépistage de l'atrésie oesophagienne
5. Test de Guthrie
6. Dépistage sérique de l'ictère du nourrisson
7. Mesure systématique du pH (au cordon) chez le nouveau-né

Traitement:

1. Traitement de l'ictère du nourrisson
2. Transport du nouveau-né

*SOINS POST-PARTUM***Prévention secondaire:**

1. Prévention de l'hémorragie du post-partum
2. Prévention de la thrombose du post-partum
3. Post-partum et contraception
4. Prévention de la dépression du post-partum
5. Traitement préventif de l'alloimmunisation

Évaluation:

1. Autres moyens de diagnostic: le contenu utérin (échographie, IRM)

Traitement:

1. Rééducation périnéale du post-partum
2. Soins de l'épisiotomie
3. Traitement de l'anémie du post-partum
4. Supplémentation en calcium durant l'allaitement maternel
5. Suppression de la lactation
6. Tire-lait (manuel et électrique)
7. Allaitement maternel
8. Promotion de l'allaitement maternel
9. Traitement non-pharmacologique de l'engorgement bénin du sein et des crevasses

3.2.5.2 Synthèses

GROSSESSE NORMALE

Prévention primaire : 1.- Conseil pré-conceptionnel ou préimplantatoire

Mots-clés: preconception care / preconception counseling / consultation and pregnancy / infection and screening and pregnancy

Toutes les références retenues soulignent que le conseil pré-conceptionnel devrait prendre une part importante dans les programmes de prévention; le médecin y joue certainement un rôle déterminant. Le conseil pré-conceptionnel devrait permettre l'évaluation des comportements à risque, la discussion sur la planification de la grossesse, l'information sur la nutrition, les infections et les immunisations. Il semble ouvrir une possibilité de réflexion sur le diagnostic prénatal dans de bonnes conditions. Il diminuerait la mortalité et la morbidité périnatales et il n'augmenterait pas le nombre des interventions. Il permettrait d'intervenir d'une manière précoce et efficace sur des affections très répandues comme la dépression ou l'infection à Chlamydia trachomatis. Le conseil pré-conceptionnel augmenterait la proportion des grossesses qui sont désirées. Les informations devraient être disponibles dès l'âge de l'adolescence, soit à l'école, soit près de celle-ci. La majorité des références retenues déplorent le manque de protocoles officiels clairs dans ce domaine.

Prévention primaire : 2.- Planning familial, contraception

Mots-clés: preconception counseling / vaginal infection and pregnancy / family planning and contraception

Selon l'une des cinq références retenues, le service du planning familial permettrait des économies sur les dépenses de la santé, considérant les coûts engendrés par des grossesses non désirées. Une autre référence mentionne le fait que les femmes insatisfaites de leur méthode de contraception l'utiliseraient incorrectement; en revanche, celles qui seraient intéressées et motivées l'utiliseraient bien. En cas d'échec de la méthode de contraception, la grossesse se déroulerait avec plus de complications qu'une grossesse planifiée. Les autres références retenues discutent des indications respectives des différents moyens contraceptifs.

Prévention primaire : 3.- Prévention de la rubéole congénitale

Mots-clés: rubella vaccine and pregnancy

Pour prévenir la rubéole congénitale, les références retenues recommandent de pratiquer la vaccination active chez les enfants entre 12-24 mois, entre 4-7 ans (rattrapage) et entre 12 à 15 ans (rattrapage); chez les femmes en âge de procréer en absence d'immunité; chez les femmes après l'accouchement en absence d'immunité; en début de grossesse; chez le personnel de santé (y compris étudiants) en absence d'immunité; pour les femmes immigrées ou réfugiées en absence d'immunité dès leur premier contact avec le système de santé. L'efficacité de la vaccination serait théoriquement de 95% (pratiquement: 85% lors de vaccinations de masse). Une contraception de 2 à 3 mois est recommandée après la vaccination. Le dépistage et la vaccination des hommes et des femmes post-ménopausées ne semblent pas être indiqués.

Prévention primaire : 4.- Supplémentation en acide folique et multivitamines en cas de projet de grossesse

Mots-clés: family-planning and contraception / periconception

Sur les cinq références retenues, toutes soulignent que l'acide folique et une supplémentation en multivitamines protègent des anomalies de développement du tube neural. Toutes les femmes susceptibles de procréer dans les deux mois devraient suivre un régime alimentaire riche en acide folique (pour une des références: 400 µg/jour); les femmes à bas risque devraient ingérer 0,4 mg d'acide folique par jour (comprimés). Celles qui ont eu un antécédent de pathologie du tube neural devraient ingérer 4 mg par jour (comprimés) deux mois avant la conception et jusqu'à 10-12 semaines

de grossesse. Le bénéfice et les risques d'aliments enrichis en acide folique resteraient encore incertains.

Prévention secondaire : 1.- Préparation à la naissance

Mots-clés: antenatal and education / childbirth education / postpartum / weight and pregnancy

Onze des douze références retenues déplorent le manque d'études rigoureuses concernant l'effet de la préparation à la naissance sur la grossesse et l'accouchement. Ceci s'expliquerait par la difficulté de trouver des critères d'évaluation fiables. Plusieurs références retenues soulignent que les méthodes employées pour la préparation à la naissance ne seraient adaptées ni aux besoins du consommateur ni aux connaissances actuelles en la matière. Même si les professionnels semblent faire confiance à la capacité d'apprentissage de la femme enceinte, ils ne trouveraient souvent pas assez d'arguments pour encourager les couples à participer à une préparation à la naissance. Pourtant, la transmission du savoir des spécialistes sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et des soins au nouveau-né pourrait répondre à la demande de beaucoup de parents.

Prévention secondaire : 2.- Conseil diététique

Mots-clés: postpartum / weight and pregnancy

Quatre des cinq références retenues indiquent que la valeur des études sur le thème ne serait pas suffisante pour en tirer des conclusions claires, et que l'effet du conseil diététique sur la santé maternelle et foetale ne serait pas prouvé. De plus, le métabolisme de chaque femme réagirait d'une façon très différente par rapport à l'apport en calories, ce qui rendrait une recommandation généralisée impossible. L'une des références retenues relate que les femmes enceintes obèses présentent davantage de risque de complications pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. La prévention (et/ou traitement) par régime de l'hypertension durant la grossesse ou du diabète gestationnel seraient sans effet.

Prévention secondaire : 3.- Préparation physique

Mots-clés: weight and pregnancy / strength and postpartum

Trois des cinq références retenues affirment que la préparation du périnée (exercice musculaire et massage) diminuerait les symptômes d'incontinence urinaire en fin de grossesse et durant le post-partum, ainsi que le nombre d'épisiotomies et d'extractions instrumentales. Les larmes du 3-4^{ème} degré seraient relatives aux interventions du médecin durant l'accouchement. Deux des références retenues indiquent que les femmes enceintes sans facteur de risque ne devraient pas diminuer l'exercice physique régulier. Toutefois, elles devraient éviter les exercices sur le dos, être attentives au besoin accru en oxygène, éviter les exercices abdominaux et assurer un régime adéquat.

Prévention secondaire : 4.- Conseil en matière de tabagisme

*Mots-clés: (pour ce thème, aucune recherche spécifique n'a été entreprise)
antenatal education / counseling and pregnancy / postpartum*

Les quatre références retenues citent la difficulté de déterminer une méthode efficace à court et à long terme pour inciter les femmes enceintes à l'arrêt du tabagisme. L'intervention aussi bien des sages-femmes que des médecins semblerait ne pas avoir assez de poids pour diminuer le tabagisme et les rechutes. Selon deux des références retenues, les programmes de prévention qui combinent différentes méthodes auraient montré une certaine efficacité, dont le bénéfice est observable en termes d'augmentation du poids de naissance. Toutefois, les rechutes durant le post-partum semblent être nombreuses. Une référence retenue indique que les interventions devraient tenir plus largement compte du contexte de vie de chaque femme.

Prévention secondaire : 5.- Prophylaxie par aspirine durant la grossesse

Mots-clés: il n'y a pas eu de recherche spécifique par mots-clés pour ce thème

Selon deux références retenues, le traitement par aspirine diminuerait le risque d'éclampsie et de retard de croissance intra-utérin chez les femmes à risque. Deux autres références retenues soulignent qu'il n'y aurait pas assez de preuves pour recommander ou non la prophylaxie par aspirine pour ces mêmes affections. Le traitement par aspirine ne devrait donc pas être administré de routine avant que ses effets bénéfiques ne soient démontrés et les caractéristiques des femmes susceptibles d'en bénéficier identifiées, selon l'une des références retenues.

Prévention secondaire : 6.- Traitement par corticostéroïdes durant la grossesse

Mots-clés: il n'y a pas eu de recherche spécifique par mots-clés pour ce thème

Les cinq références retenues sont unanimes: l'administration anténatale de corticostéroïdes diminue significativement le syndrome de détresse respiratoire chez le nouveau-né prématuré, ainsi que la mortalité et l'hémorragie intraventriculaire. Les femmes risquant un accouchement prématuré devraient donc recevoir ce traitement entre 24 et 34 semaines de grossesse. Il n'y aurait pas assez de preuves de l'innocuité pour recommander l'administration par doses répétées, selon l'une des références retenues.

Prévention secondaire : 7.- Traitement préventif de l'alloimmunisation

Mots-clés: il n'y a pas eu de recherche spécifique par mots-clés pour ce thème

La prévention systématique par immunoglobulines anti-D à 28 semaines chez les primipares Rh négatives est recommandé par l'une des références retenues, voire à 28 et à 34 semaines pour une autre.

Prévention secondaire : 8.- Bas de contention et grossesse

Mots-clés: compression stockings and pregnancy / vein and pregnancy

Les références retenues soulignent l'efficacité mécanique significative des bas de contention sur le retour veineux; c'est pourquoi leur emploi pendant la grossesse en cas d'oedème des membres inférieurs, de varices ou de troubles de la coagulation est recommandé. La pression pneumatique externe semble réduire l'oedème de la cheville, selon une des références retenues.

Evaluation : 1.- Nombre de consultations prénatales

Mots-clés: postpartum / hemoglobin and pregnancy / sudden infant death syndrome / weight and pregnancy / switzerland and health insurance

Le nombre recommandé des consultations prénatales varie entre 7 à 10 (publications suisses) et 11-14 pour les primipares, et entre 7 et 10 pour les multipares (publication finlandaise). Au-delà de ces valeurs, cinq des références retenues soulignent qu'il n'y aurait pas de relation entre le nombre de consultations prénatales et les résultats périnataux. Une diminution du nombre des visites prénatales par rapport à la pratique habituelle provoquerait en revanche une certaine insatisfaction des femmes. Le risque du syndrome de la mort subite semble être plus élevé chez des mères ayant subi moins de 5 consultations prénatales que chez celles qui auraient subi 5 consultations ou plus. La surveillance anténatale par les sages-femmes semble être efficace et économique, selon l'une des références retenues.

Evaluation : 2.- Contrôle systématique de la tension lors de la consultation prénatale

Mots-clés: consultation and pregnancy / switzerland and health insurance

Les six références retenues soulignent que la prise de la tension artérielle devrait se faire à chaque consultation prénatale. Elle constituerait un examen hautement sensible pour permettre le diagnostic très précoce de l'hypertension gestationnelle et de la prééclampsie. Elle permettrait ainsi d'identifier

très tôt s'il s'agit d'un déroulement physiologique ou pathologique de la grossesse. Les valeurs à partir desquelles la tension deviendrait pathologique sont supérieures ou égales à 140/90 mm Hg selon quatre des références retenues. La prise de la tension artérielle devrait se faire dans de bonnes conditions, c'est-à-dire après un repos assis de 15 min.; le brassard devrait être adapté à la taille du bras.

Evaluation : 3.- Surveillance systématique du poids lors de la consultation prénatale

Mots-clés: weight in pregnancy / counseling and pregnancy / postpartum / switzerland and health insurance

Cinq des références retenues mettent la prise de poids excessive pendant la grossesse en relation directe avec une augmentation de la mortalité périnatale. Cette augmentation serait associée à un risque plus élevé de prééclampsie, de diabète gestationnel, de macrosomie, d'hydramnios et d'accouchement prématuré. L'obésité serait en outre un facteur de complications lors de l'intervention chirurgicale pour laquelle une des références retenues recommande une prophylaxie antithrombotique et antibiotique chez les femmes concernées. Trois des références retenues relient un poids maternel trop bas lors de la conception et pendant la grossesse à un petit poids de naissance. L'une des références retenues indique pourtant que la prise de poids maternelle ne permet de tirer aucune prévision ni du poids ni du terme de naissance de l'enfant. Les critères utilisés pour identifier une prise de poids anormale ne semblent pas toujours clairs. Si les recommandations établies pour la prise de poids idéale étaient suivies, les femmes sous-alimentées normaliseraient leur poids et les femmes obèses ne changeraient pour ainsi dire pas leur masse corporelle.

Evaluation : 4.- Mesure de la hauteur utérine lors de la consultation prénatale

Mots-clés: symphysis-fundal and pregnancy / weight in pregnancy

La valeur diagnostique de la mesure de la hauteur utérine pour le poids de naissance de l'enfant ne fait pas l'unanimité parmi les cinq références retenues. Bien que l'une des références retenues en parle comme l'une des meilleures méthodes cliniques pour apprécier la croissance foetale, deux autres des références retenues mettent en garde contre sa capacité modérée d'appréciation du poids foetal. Pourtant, cette mesure permettrait de sélectionner les grossesses à risque avec moins de faux positifs que l'échographie systématique du troisième trimestre. Sa sensibilité ne serait cependant que de 65% et sa spécificité serait de 90% pour la grossesse normale; pour détecter les petits poids relativement à la durée de la gestation, la sensibilité et la spécificité seraient de 66%. Selon une des références retenues, la hauteur utérine pourrait détecter 50 à 60% seulement des retards de croissance sévères.

Il existerait un effet de la taille du père sur le poids de naissance de l'enfant - ce que l'on devrait prendre en compte lors de l'évaluation du poids de naissance, selon l'une des références retenues.

Evaluation : 5.- Evaluation de la protéinurie lors de la consultation prénatale

Mots-clés: proteinuria and pregnancy / switzerland and health insurance

Les quatre références retenues soulignent que la recherche de la protéinurie chez la femme enceinte devrait se faire à chaque consultation, car elle serait un indicateur de gravité pour la mère et l'enfant en présence de signes de prééclampsie. Sa valeur pronostique serait toutefois réduite, car des accidents pourraient se produire avant son apparition. Le risque de prééclampsie semble pouvoir être détecté d'une manière fiable par le rapport entre la kallikréine urinaire et la créatinine dosées entre 16-20 semaines de grossesse, selon l'une des références retenues.

Evaluation : 6.- Recherche systématique de la bactériurie lors de la consultation prénatale

Mots-clés: bacteriuria and pregnancy / leucocytes and urine and pregnancy / infection and screening and pregnancy / switzerland and health insurance

Sept des références retenues convergent pour recommander la recherche systématique de la bactériurie chez la femme enceinte, qui concernerait 2-10 % des grossesses. Les conséquences de la bactériurie asymptomatique sur les accouchements prématurés et le retard de croissance intra-utérin resteraient

encore à démontrer clairement; par contre, elle constituerait un signe bien connu de l'infection urinaire symptomatique et de la pyélonéphrite. Les recommandations pour la méthode de recherche ainsi que son timing diffèrent légèrement selon les références retenues: deux des références retenues conseillent le test par la bandelette pendant la première consultation prénatale, alors que selon l'une des références retenues, ce test ne serait pas assez sensible pour la recherche de la bactériurie asymptomatique. Trois des références retenues recommandent à titre préventif une culture d'urines à la première consultation et durant le troisième trimestre. Deux autres des références retenues recommandent une culture unique entre 12 et 16 semaines, période à laquelle le risque serait maximal. Pour les femmes à risque, la culture d'urine est recommandée par trois des références retenues, ainsi que pour les infections urinaires symptomatiques et selon la clinique. Le traitement de la bactériurie asymptomatique par antibiothérapie diminuerait nettement le risque de pyélonéphrite.

Evaluation : 7.- Recherche systématique d'infection vaginale lors de la consultation prénatale

Mots-clés: infection and screening and pregnancy / vaginal infection and pregnancy / cervical screening and pregnancy / switzerland and health insurance

Parmi les neuf références retenues, il n'y a pas de consensus concernant la recherche systématique de l'infection vaginale et cervicale chez toutes les femmes enceintes. Six des références retenues soulignent la relation directe qui existe entre cette infection et la morbidité et la mortalité périnatales, dont l'une précise que lorsque la prévalence dans une population donnée est supérieure à 6 %, le rapport coût-bénéfice est assez élevé pour constituer une indication à un dépistage systématique. Ce dépistage systématique à chaque consultation prénatale est recommandé par l'une des références retenues, qui prend exemple sur les recommandations qui existent en Allemagne. La recherche sélective selon les facteurs de risque est recommandée par trois des références retenues, dont deux disent clairement qu'il n'y aurait pas assez de preuves en faveur ou en défaveur d'une recherche systématique de *Chlamydia trachomatis* chez toutes les femmes enceintes. L'une des références retenues propose que les femmes enceintes mesurent elles-mêmes leur pH vaginal pour prévenir les accouchements prématurés. En ce qui concerne le traitement systématique de l'infection vaginale et cervicale, il semble également ne pas y avoir de consensus.

Evaluation : 8.- Recherche systématique d'infection à streptocoque B lors de la consultation prénatale

Mots-clés: screening and neonat§ / switzerland and health insurance

Quatre des références retenues recommandent deux attitudes différentes: l'une est basée sur la recherche systématique chez toutes les femmes enceintes entre la 35^{ème} et la 37^{ème} semaine de grossesse avec un traitement durant l'accouchement pour les femmes positives. L'autre protocole propose un traitement intra-partum prophylactique pour toutes les femmes à risque (terme <37 semaines, rupture de la poche des eaux >18 heures, température corporelle supérieure ou égale à 38°), sans effectuer de recherche systématique auparavant. Selon l'une des références retenues, l'efficacité des deux protocoles serait semblable, mais le coût du dépistage systématique serait considérable. L'une des références retenues propose un dépistage pour les femmes à risque et une prophylaxie durant l'accouchement seulement si le résultat est positif.

Evaluation : 9.- Recherche systématique du diabète lors de la consultation prénatale

Mots-clés: screening and diabetes and pregnancy / glucose tolerance test and pregnancy / switzerland and health insurance

Le dépistage systématique versus sélectif du diabète gestationnel ne fait pas l'unanimité parmi les références retenues, pas plus que la méthode employée pour ce dépistage. Quatre références retenues recommandent le dépistage systématique chez toutes les femmes enceintes entre la 24^{ème} et la 28^{ème} semaine de grossesse, car 50 % des femmes diabétiques échapperaient au dépistage s'il se limitait aux femmes à risque, selon une des références retenues. Une autre référence souligne que les complications dues au diabète gestationnel seraient aussi fréquentes chez les femmes avec facteurs de risque que chez celles sans facteurs de risque. Certaines références soutiennent qu'il n'y a pas assez de preuves pour

recommander le dépistage systématique. Pour faire face à ce dilemme, deux des références retenues souhaitent l'élaboration de recommandations appropriées et économiquement rentables. La seule des références retenues qui recommande explicitement le dépistage sélectif indique de le faire soit entre la 26^{ème} et la 28^{ème} semaine de grossesse, soit plus tard, dès l'apparition d'un facteur de risque. La méthode de choix est débattue: deux des références retenues retiennent comme standard une charge orale de 75 g de glucose avec un contrôle 1-2 heures après. D'autres citent le test de O'Sullivan (50 g) et/ou de l'hyperglycémie provoquée (100 g) comme méthode de référence. Il semble que le prélèvement du sang capillaire suffise pour le diagnostic.

Evaluation : 10.- Bilan sanguin (Hb/Ht, thrombocytes, Groupe ABO et Rh, anticorps irréguliers) lors de la consultation prénatale

Mots-clés: thrombocyt§ and pregnancy / hemoglobin and pregnancy / screening and blood group and newborn / blood group and neonat§ / hematocrit and pregnancy / ferritin and pregnancy / switzerland and health insurance

Quatre des références retenues sont unanimes pour recommander le dépistage de l'anémie pendant la première consultation de grossesse, alors qu'il n'existe pas de consensus quant à la fréquence des dépistages ultérieurs. La recommandation est positive: a) pour le dépistage de routine à chaque consultation, b) pour deux dépistages ultérieurs (à 24-28 sem. et à 36 sem.) et c) pour un seul dépistage ultérieur entre 30-32 semaines de grossesse. Pourtant, la littérature montrerait que le dépistage de l'anémie n'influence pas de manière bénéfique le déroulement de la grossesse ni le résultat foeto-maternel.

L'importance de la mesure de la ferritine sérique ne fait pas l'unanimité. Selon une référence retenue, elle serait un bon marqueur pour le manque de fer à tout moment de la grossesse, selon une autre référence elle n'aurait pas de valeur prédictive quant au taux de fer en fin de grossesse et pour le post-partum, alors que selon une troisième référence un taux élevé de la ferritine sérique à 26 semaines serait associé à l'accouchement prématuré et influencerait le poids de l'enfant.

Pour le groupage ABO, la recherche du facteur Rhésus et des anticorps irréguliers, il y a consensus en faveur d'un dépistage lors de la première consultation, mais divergence en ce qui concerne les dépistages ultérieurs: chez les femmes Rh+, l'une des références retenues souligne qu'un dépistage unique suffirait, alors que deux autres recommandent un second dépistage entre 30-36 semaines de grossesse. Chez les femmes Rh-, trois références retenues recommandent un second dépistage entre 24 et 28 semaines et une référence recommande un troisième dépistage supplémentaire entre 16 et 18 semaines de grossesse.

La recherche de la thrombocytopenie semble devoir se faire avant l'accouchement pour permettre un traitement précoce, selon l'une des références. Une autre référence souligne qu'un certain degré de thrombocytopenie est très fréquent pendant la grossesse normale.

Evaluation : 11.- Recherche du cytomégalo virus pendant la grossesse

Mots-clés: cytomega§ and pregnancy / infection and screening and pregnancy / switzerland and health insurance

Les recommandations sont homogènes parmi les références retenues: un dépistage systématique du cytomégalo virus durant la grossesse n'est pas indiqué. Les raisons en sont les difficultés du diagnostic sérologique, l'absence de traitement spécifique, le manque de mesures efficaces pour la prévention, des limitations qui entachent la méthode de diagnostic de l'infection foetale, et du taux relativement faible de transmission materno-foetale. Le dépistage en première partie de grossesse serait à l'étude; il permettrait de proposer un diagnostic prénatal. Selon l'une des références retenues, le risque pour l'enfant serait moindre s'il s'agit d'une infection maternelle récurrente, d'une infection de l'enfant pendant l'accouchement, ou pendant l'allaitement maternel. En l'absence de traitements satisfaisants, les mesures préventives revêtent une importance certaine. L'une des références retenues souligne que les mesures de prévention basées sur le changement du comportement (ex. lavage des mains) sont efficaces chez les femmes enceintes.

Evaluation : 12.- Recherche systématique de l'hépatite B durant la grossesse

Mots-clés: hepatitis b virus and pregnancy / screening and neonat§ / switzerland and health insurance

Les références retenues sont unanimes: un dépistage systématique de l'hépatite B durant la grossesse est recommandé. Ce dépistage devrait se faire soit à la première consultation prénatale (selon l'une des références retenues), soit au cours du troisième trimestre (selon deux des références retenues). Les mères HbsAg négatives en début de grossesse qui auraient eu un comportement à risque par la suite et les mères non dépistées devraient subir une recherche d'HbsAg au troisième trimestre ou au plus tard à l'accouchement. L'une des références retenues précise que le dépistage lors de la première grossesse serait économiquement rentable. Le dépistage de routine pour toutes les femmes enceintes devrait être effectué, même en parallèle aux programmes de vaccination pour les enfants. Le personnel présent à l'accouchement devrait être vacciné, selon l'une des références retenues.

Evaluation : 13.- Recherche de l'herpès durant la grossesse

Mots-clés: il n'y a pas eu de recherche spécifique par mots-clés pour ce thème

La recherche de routine de l'herpès chez la femme enceinte asymptomatique ne semble pas être recommandée, selon les références retenues. L'anamnèse des antécédents personnels et de ceux du (des) partenaire(s), ainsi que la recherche clinique durant la grossesse seraient de ce fait de grande importance. Le seul diagnostic fiable serait celui de la ponction des vésicules. Des cultures ante-partum hebdomadaires ne seraient pas recommandées, même chez les femmes avec un antécédent d'infection herpétique, selon l'une des références retenues.

Evaluation : 14.- Recherche systématique de HIV durant la grossesse

Mots-clés: il n'y a pas eu de recherche spécifique par mots-clés pour ce thème

Sept des huit recommandations retenues conseillent la recherche systématique de HIV pour toutes les femmes enceintes en début de grossesse, après un entretien d'information et avec le consentement de la parturiente. Un second test pour les femmes séronégatives à risque est recommandé pendant le troisième trimestre par trois des références retenues. L'une des références retenues souligne qu'il n'y aurait pas assez de preuves en faveur ou en défaveur du dépistage systématique chez les femmes à bas risque. Pourtant, une autre référence soutient qu'un dépistage sélectif ne permettrait pas de détecter un pourcentage important de femmes enceintes infectées.

Evaluation : 15.- Recherche systématique de la rubéole durant la grossesse

Mots-clés: rubella and pregnancy / switzerland and health insurance

Deux des quatre références retenues recommandent un dépistage systématique de la rubéole pour toutes les femmes enceintes lors de la première consultation prénatale car, selon l'une des références, l'immunité obtenue par vaccination pourrait disparaître. Si le résultat était négatif, le prélèvement devrait être répété à 20 semaines de grossesse. Deux autres des références retenues parlent en faveur d'un dépistage sélectif pour les femmes chez lesquelles une immunisation antérieure ne peut être mise clairement en évidence. Il s'agirait entre autres des femmes nées avant 1957.

Evaluation : 16.- Recherche systématique de la syphilis durant la grossesse

Mots-clés: syphilis and pregnancy

Les quatre références retenues recommandent le dépistage systématique de la syphilis pendant la première consultation prénatale. Les femmes ayant présenté un comportement à risque devraient subir un deuxième dépistage au cours du troisième trimestre de grossesse. La promotion des mesures préventives aurait une grande importance.

Evaluation : 17.- Recherche systématique de la toxoplasmose durant la grossesse

Mots-clés: toxoplasma and pregnancy / infection and screening / switzerland and health insurance

Cinq des références retenues recommandent le dépistage systématique de la toxoplasmose pour toutes les femmes enceintes à la première consultation anténatale; elles insistent également sur l'importance d'informer les futures mères des mesures de prévention. Parmi ces références, les recommandations pour les dépistages ultérieurs des femmes séronégatives ne sont pas homogènes; la fréquence recommandée varie: un contrôle mensuel, toutes les 8-12 semaines, ou deux dépistages ultérieurs et un dépistage ultérieur durant la grossesse. Trois des références retenues recommandent d'adapter la fréquence du dépistage à l'évaluation du risque. Ainsi, dans les pays à taux d'infection élevé, l'intervalle indiqué du dépistage serait de 1 à 3 mois. Dans les pays à taux d'infection faible, l'observation clinique serait le seul indicateur pour des tests de suivi. Selon l'une des références retenues, il n'y aurait pas assez de preuves pour proposer le dépistage à toutes les femmes enceintes et il faudrait considérer également les effets négatifs d'un tel dépistage. Il semblerait cependant que la recherche de la toxoplasmose chez toutes les femmes enceintes soit économiquement rentable.

Evaluation : 18.- Recherche systématique de la varicelle durant la grossesse

Mots-clés: chickenpox and pregnancy

Selon deux des références retenues, le diagnostic de l'immunité de la varicelle se ferait par l'anamnèse et par la clinique. Deux références recommandent un dépistage sérologique des IgG dans le cas d'un doute sur l'immunité acquise. Si une contamination est soupçonnée pendant la grossesse, deux des références retenues conseillent le traitement de la mère par immunoglobulines dans les 96 heures. Si l'infection survenait avant 20 semaines, une échographie serait indiquée à 16-20 semaines ou 5 semaines après l'infection. Les références retenues se montrent contradictoires sur le terme à partir duquel le risque d'infection congénitale est le plus élevé (avant versus après 20 semaines de gestation).

Evaluation : 19.- Recherche de la cholestase gravidique

Mots-clés: cholestasis and pregnancy

La cholestase gravidique bénigne survient pendant la grossesse normale sans symptômes. 40 à 60 % de grossesses ultérieures seraient concernées par une cholestase modérée à sévère (récidive), selon une des références retenues. Le pronostic maternel semble être bon, mais pour l'enfant il y aurait un risque augmenté de détresse foetale et de prématurité. Trois des références retenues indiquent le traitement par l'acide ursodéoxycholique, car il semble améliorer les troubles chez la mère (diminution du prurit) et chez le fœtus.

Evaluation : 20.- Diagnostic de la grossesse par examens complémentaires (HCG sérique ou urinaire)

Mots-clés: hcg and pregnancy

Pour poser le diagnostic précoce de la grossesse, un test de HCG sérique ou urinaire est nécessaire, selon trois des références retenues. Le dosage de HCG ne serait cependant indiqué qu'en cas de procréation médicalement assistée, de grossesse ectopique ou pathologique. Dans ce cas, une série de prélèvements de HCG ou la combinaison d'un dosage de HCG avec l'échographie pourrait être utile. Il y aurait une association entre le métabolisme anormal de HCG et l'hyperémèse.

Evaluation : 21.- Diagnostic prénatal: l'alpha-foetoprotéine (seule)

Mots-clés: alpha-fetoprotein and pregnancy

Trois des références retenues recommandent de proposer systématiquement le dosage de l'alpha-foetoprotéine à toutes les femmes enceintes. Le moment le plus opportun pour ce faire se situerait entre 16 et 18 semaines de grossesse. L'une des références retenues indique que le dépistage sérique chez les femmes enceintes de plus de 36 ans permet de réduire la fréquence des amniocentèses sans

diminution significative de la fraction détectée. Toutefois, la littérature, qui semble peu abondante sur ce thème, ne permet pas de conclure clairement.

Evaluation : 22.- Diagnostic prénatal: conditions d'âge pour le dépistage du syndrome de Down

Mots-clés: il n'y a pas eu de recherche spécifique par mots-clés pour ce thème

Pour l'une des références retenues, l'âge à partir duquel un dépistage par amniocentèse ou un prélèvement des villosités choriales (CVS) devrait être proposé est de 35 ans. Pour les femmes âgées de 35 ans et moins jeunes, le dépistage sérique (triple test), ainsi que le dépistage par amniocentèse ou le CVS seraient indiqués seulement s'il s'agit de femmes faisant partie d'une population à risque. L'autre référence retenue recommande le triple test même avant l'âge de 35 ans et l'amniocentèse, voire le CVS, pour toutes les femmes dès 35 ans, ainsi que pour celles qui présentent des facteurs de risque.

Evaluation : 23.- Diagnostic prénatal: dépistage sérique du syndrome de Down

Mots-clés: triple test and pregnancy / amniocentesis

Les références retenues concordent pour recommander un dépistage par marqueurs multiples, pour certaines couplé avec l'âge maternel. Par contre, le choix des marqueurs ne fait pas l'unanimité (triple test traditionnel versus nouveau triple test, efficacité ou non du dosage de l'oestriol, etc). Le quadruple test, qui inclut l'inhibine A, semble avoir la meilleure efficacité, selon deux des références retenues. Ce test pourrait se faire entre 7 et 14 semaines de grossesse et éviterait de ce fait les avortements tardifs. Le triple test constituerait une bonne alternative pour diminuer le nombre d'amniocentèses sans une diminution significative de l'efficacité du dépistage, selon l'une des références retenues. Le taux des femmes positives serait de 5-6 %, dont 80 % subiraient ensuite un test invasif. Si le syndrome de Down est confirmé, 90 % des femmes interrompraient la grossesse.

En ce qui concerne le dépistage de l'alpha-foetoprotéine seule, le taux des faux positifs serait de 3 %. L'une des références recommande ce dépistage chez toutes les femmes entre 16 et 18 semaines. Si le résultat est positif, il faudrait refaire un prélèvement sérique avant 18 semaines et une échographie détaillée avant de procéder à l'amniocentèse.

Evaluation : 24.- Diagnostic prénatal: prélèvement des villosités choriales

Mots-clés: chorionic villus sampling

Selon trois des références retenues, le prélèvement des villosités choriales (CVS) constituerait la méthode de choix pour le diagnostic prénatal du premier trimestre. Il éviterait les complications médicales et psychologiques inhérentes à un diagnostic plus tardif par amniocentèse. Le CVS serait cependant lié à moins d'avortements spontanés comparé à l'amniocentèse précoce. Ce risque se situerait pour le CVS à une valeur comprise entre 1 et 4%, selon l'une des références retenues. L'amniocentèse du deuxième trimestre serait la méthode la plus sûre et le bénéfique d'un diagnostic précoce par CVS devrait être pesé par rapport au risque plus important de perte foetale. Le taux des faux négatifs pour le CVS semble être compris entre 1:1'000 et 3:1'000 pour un groupe à risque de 2 %. Il n'y aurait pas de relation entre le CVS et les malformations des membres chez l'enfant.

Evaluation : 25.- Diagnostic prénatal: amniocentèse

Mots-clés: amniocentesis

Trois des références retenues soulignent que l'amniocentèse précoce (entre 14 et 18 semaines) serait associée à un risque augmenté de perte foetale (de 0,5 à 1 %, selon l'une des références retenues). Elle devrait être pratiquée dans des centres spécialisés uniquement. L'amniocentèse du deuxième trimestre se pratiquerait avec plus de sécurité. La clarté nucale ne serait pas à considérer comme un examen systématique et elle ne remplacerait pas le conseil génétique et le CVS ou l'amniocentèse chez les femmes âgées de plus de 35 ans présentant des antécédents significatifs, selon l'une des références retenues.

Evaluation : 26.- Diagnostic prénatal: autres méthodes

Mots-clés: cordocentesis / RhD and pregnancy / amniocentesis / blood group and pregnancy

La multiplicité des méthodes de dépistage du syndrome de Down entraînerait une certaine confusion dans la détermination de la conduite à tenir, selon deux des références retenues. Le dépistage par les marqueurs sériques, combiné au diagnostic ultrasonographique de la clarté nucale au cours du 1^{er} trimestre, constituerait une méthode efficace.

L'isolement de cellules foetales dans le sang veineux maternel permettrait le diagnostic non-invasif des maladies génétiques et autoimmunes, selon six des références retenues. Cette méthode pourrait remplacer les méthodes invasives dans les dix années à venir. Le prélèvement du sang foetal (dès 18 semaines) comporterait un risque de perte foetale de 1 à 2%; la cordocentèse aurait l'avantage de fournir un accès direct au sang foetal pour l'administration de composantes sanguines manquantes et de médicaments. L'embryoscopie (9-10 semaines, 12% de risque de perte foetale) et la foetoscopie (>11 semaines, 10% de risque de perte foetale) permettraient le diagnostic d'anomalies reconnaissables depuis l'extérieur, selon l'une des références retenues.

Evaluation : 27.- Diagnostic prénatal: conseil

Mots-clés: amniocentesis / antenatal and education / consultation and pregnancy

Les références retenues recommandent de fournir une information individualisée et détaillée sur toutes les questions relatives au diagnostic prénatal. Cette information réduirait l'anxiété et les femmes bien informées seraient plus satisfaites du dépistage. Il se pourrait que, dans une certaine population, l'information entraîne une demande augmentée de dépistages. La première consultation de grossesse ne serait pas le moment approprié pour le conseil du diagnostic prénatal, selon deux des références retenues, mais la consultation préconceptionnelle est considérée comme une bonne opportunité. L'entretien devrait durer au moins une demi-heure, et être renouvelé en cas de besoin. Les conseils devraient être non dirigés et exhaustifs, formulés dans un langage compréhensible. L'information devrait être détaillée; elle devrait aider à la décision ainsi qu'apporter de l'aide en cas de résultat positif. Le personnel médical concerné par le diagnostic prénatal devrait comprendre l'utilité de l'information écrite et devrait connaître le matériel éducatif supplémentaire en cas de besoin, selon deux des références retenues.

Evaluation : 28.- Examen par Doppler durant la grossesse

Mots-clés: doppler and pregnancy / consultation and pregnancy

Cinq des références retenues affirment qu'un résultat pathologique fourni par le Doppler serait en relation avec un petit poids de naissance et l'hypertension artérielle chez la mère. Malgré cette relation apparente, l'examen par Doppler n'apporterait pas de preuves suffisantes de la santé foetale et maternelle, selon quatre des références retenues. Pour représenter un indicateur fiable, il devrait donc être associé à d'autres moyens diagnostiques. Il aurait sa place uniquement dans la surveillance de grossesses pathologiques, et ne serait pas recommandé comme examen de routine dans les populations à bas risque. Le Doppler couleur aiderait au diagnostic précoce et précis des malformations cardiaques chez le fœtus, selon l'une des références.

Evaluation : 29.- Cardiotocogramme

Mots-clés: cardiotocogram and pregnancy / postpartum

Selon quatre des références retenues, il n'y aurait pas assez de preuves pour recommander l'évaluation du bien-être foetal par le cardiotocogramme (CTG), car les tracés anormaux seraient difficiles à interpréter et il y aurait souvent des faux positifs. Le CTG non informatisé représenterait donc un moyen de dépistage, non de diagnostic. Il ne diminuerait pas la morbidité périnatale et augmenterait le nombre d'interventions obstétricales, selon l'une des références retenues. En ce qui concerne la surveillance des grossesses à risque par CTG à domicile, l'une des références la recommande comme méthode sûre qui diminuerait par ailleurs le coût de moitié par rapport aux coûts à l'hôpital, alors

qu'une autre référence souligne qu'il n'y a pas assez de preuves pour recommander une telle surveillance. En l'absence de facteurs de risque d'accouchement prématuré, la surveillance par CTG à domicile ne serait pas recommandée.

Evaluation : 30.- Echographie durant la grossesse

Mots-clés: il n'y a pas eu de recherche spécifique par mots-clés pour ce thème

Selon la majorité des références retenues, il n'y aurait pas assez de preuves pour affirmer que l'ultrason de routine diminue la morbidité et la mortalité chez les nouveaux-nés. Cet examen aurait sa place dans le cadre d'un programme de dépistage prénatal d'anomalies foetales, selon deux références retenues. Il n'y aurait pas assez de preuves pour recommander plus qu'une échographie durant la grossesse normale, comme le soulignent quatre références retenues; cette échographie unique devrait alors avoir lieu entre 16 et 20 semaines de grossesse, dans le but de la datation, de la détermination du nombre de fœtus et pour la localisation placentaire. Deux références recommandent deux échographies, l'une entre 10 et 13 semaines, l'autre entre 20 et 24 semaines. Une troisième échographie est recommandée par deux références, alors que trois autres références soulignent que l'échographie du troisième trimestre ne serait pas utile dans le cadre d'une grossesse normale. L'échographie est recommandée en cas d'indication médicale. Si la date des dernières règles est connue de manière certaine, l'échographie précoce ne serait pas indiquée, selon l'une des références retenues.

Evaluation : 31.- Surveillance du dépassement de terme

Mots-clés: il n'y a pas eu de recherche spécifique par mots-clés pour ce thème

L'incidence du dépassement de terme serait diminuée par l'échographie précoce de datation, selon deux des références retenues. Le déclenchement de routine après 41 semaines de gestation semble diminuer la mortalité périnatale et devrait être proposé aux parturientes, selon deux références. Dans le cas d'une attitude expectative, l'évaluation de l'état de santé du fœtus devrait se faire fréquemment. Il y aurait une variation locale concernant le terme à partir duquel on devrait débiter la surveillance de dépassement de terme (entre 10 et 14 jours au-delà du terme calculé).

Evaluation : 32.- Pelvimétrie durant la grossesse

Mots-clés: il n'y a pas eu de recherche spécifique par mots-clés pour ce thème

Des quatre références retenues, aucune ne préconise la pelvimétrie comme examen de routine, cela en raison de son faible effet sur les résultats périnataux. Son indication se discuterait en cas de présentation par le siège ou d'une nécessité évidente (traumatisme, maladie importante).

Traitement : 1.- Traitement du vomissement gravidique

Mots-clés: il n'y a pas eu de recherche spécifique par mots-clés pour ce thème

Les quatre références retenues convergent pour recommander des conseils alimentaires et un traitement médical en cas d'hyperémèse gravidique. 50% des grossesses seraient touchées par les nausées et les vomissements, mais ces troubles ne se compliqueraient que dans 1 à 2% des cas, selon l'une des références retenues. Les antiémétiques seraient efficaces, mais auraient des effets secondaires défavorables; la vitamine B6, l'hormone adénocorticotropique ainsi que le gingembre seraient bénéfiques, alors que les résultats de l'acupressure resteraient ambigus, selon l'une des références retenues.

Traitement : 2.- Supplémentation de routine en calcium durant la grossesse

Mots-clés: il n'y a pas eu de recherche spécifique par mots-clés pour ce thème

Trois des références retenues émettent l'hypothèse que la supplémentation en calcium pendant la grossesse aurait un effet de prévention de la prééclampsie. Le calcium diminuerait même le risque d'accouchement prématuré, selon l'une des références retenues. Conjointement avec le chlorure de sodium, il aiderait à diminuer les crampes pendant la grossesse. La dose optimale resterait encore à

définir, selon l'une des références retenues, alors qu'une autre recommande 1'200 mg par jour conjointement avec de la vitamine D pour faciliter son absorption.

Traitement : 3.- Supplémentation de routine en fer durant la grossesse

Mots-clé: il n'y a pas eu de recherche spécifique par mots-clés pour ce thème

Les références retenues ne s'accordent pas sur le sujet de la supplémentation systématique de fer pour toutes les femmes enceintes. Cinq des sept références retenues soulignent que les résultats obtenus jusqu'ici ne permettent pas de démontrer un effet de la supplémentation en fer sur la mère et/ou sur l'enfant; toutefois, cette intervention préviendrait un taux d'hémoglobine trop bas lors de l'accouchement ou six semaines après celui-ci. L'une des références retenues met en garde contre la supplémentation systématique, qui pourrait même avoir des effets délétères, alors qu'une autre référence recommande 60 à 70 mg de fer par jour dès la 20^{ème} semaine de grossesse pour toutes les femmes enceintes. Chez un grand nombre de femmes, une dose réduite (18 mg/j) administrée pendant le troisième trimestre ne suffirait pas à couvrir les besoins, selon l'une des références retenues.

Traitement : 4.- Supplémentations diverses durant la grossesse (vitamine D, acide folique, magnésium, fibres, protéines)

Mots-clés: il n'y a pas eu de recherche spécifique par mots-clés pour ce thème

Dans le domaine de la supplémentation systématique durant la grossesse, il semble y avoir peu de consensus parmi les références retenues. Une référence recommande la supplémentation en vitamine D pour une certaine population de femmes enceintes (Canada du Nord), alors qu'une autre référence soutient qu'il n'y aurait pas assez de preuves pour évaluer l'effet de cette supplémentation. L'acide folique protégerait des anomalies du tube neural pour une référence, alors qu'une autre déplore le manque de preuves en faveur d'une supplémentation de routine. Le bénéfice de la supplémentation de routine en magnésium alimentaire ne serait également pas assez prouvé pour qu'elle soit recommandée, selon l'une des références retenues. L'apport de fibres améliore la constipation liée à la grossesse. Les suppléments énergétique et protéique réduiraient la mortalité périnatale, mais auraient un effet négligeable sur la croissance foetale à court et long terme.

Traitement : 5.- Homéopathie et grossesse

Mots-clés: homeopathy and pregnancy / homeopathy

Deux des quatre références retenues soulignent que les instruments d'évaluation de la médecine classique ne sont pas appliqués à l'homéopathie. Pour deux raisons, l'homéopathie ne se prêterait pas à l'élaboration de guidelines: d'une part, par manque de données fiables, et d'autre part, parce que la notion de standardisation serait contraire au caractère hautement individualisé de l'approche homéopathique ce qui, de l'avis des partisans de l'homéopathie, devrait être un obstacle à une évaluation scientifique. Deux des références signalent que la prise en considération de la subjectivité de la femme enceinte et la possibilité de choisir davantage lui permettraient de mieux puiser dans ses propres ressources.

Traitement : 6.- Traitement des dorsalgies durant la grossesse (ostéopathie, physiothérapie)

Mots-clés: physiotherapy and pregnancy / osteopath§ / analgesia and labor

Une femme enceinte sur neuf souffrirait de dorsalgies, surtout après l'accouchement, selon l'une des références retenues. L'impact de ces douleurs sur la grossesse serait important. Deux des références retenues soulignent qu'un traitement ostéopathique pourrait être efficace contre les lombalgies aiguës. Quatre autres références évoquent le bénéfice significatif de programmes d'intervention auprès de femmes enceintes exposées basés sur l'information, l'apprentissage de comportements adéquats et une physiothérapie individualisée. Ces programmes n'auraient pas d'effet prophylactique, selon l'une des références retenues. L'utilisation croissante de la péridurale ambulatoire pourrait diminuer les dorsalgies consécutives au travail. La neuro-réflexothérapie constituerait un traitement efficace contre les lombalgies.

Traitement : 7.- Cerclage

Mots-clés: il n'y a pas eu de recherche spécifique par mots-clés pour ce thème

Malgré les risques inhérents au cerclage, les deux références retenues se prononcent en faveur de cette méthode de prévention de l'accouchement prématuré, mais seulement pour les femmes chez lesquelles une béance cervico-isthmique est démontrée et/ou qui ont eu trois accouchements ou plus avant 37 semaines de grossesse révolues.

Traitement : 8.- Version par manoeuvre externe

Mots-clés: il n'y a pas eu de recherche spécifique par mots-clés pour ce thème

La méthode de la version par manoeuvre externe ne fait pas l'unanimité parmi les références retenues. Une référence souligne que la tocolyse semble diminuer le taux d'échec de la version par manoeuvre externe et qu'il n'y aurait pas assez de preuves en faveur de la stimulation acoustique du fœtus, de l'anesthésie péridurale et de l'amnioinfusion. Pourtant, deux autres références prétendent que la péridurale et la stimulation acoustique augmenteraient le succès de la version par manoeuvre externe. Le traitement postural du siège ne pourrait être recommandé, par manque de preuves.

Traitement : 9.- Transport pendant la grossesse

Mots-clés: néant

Pour les trois références retenues, il est favorable de transférer les enfants à haut risque avant la naissance dans un centre spécialisé de référence. Chez 1 à 3% de femmes enceintes, un tel transfert serait indiqué. Le transport devrait être envisagé si les ressources locales ne sont pas suffisantes pour gérer les complications prévisibles ou existantes. Les transports d'urgence devraient pouvoir être évités par une bonne surveillance du déroulement de la grossesse.

PRÉVENTION PRIMAIRE DE LA GROSSESSE

- Légende:**
- + : littérature existe, elle présente un niveau de preuve élevé, la recommandation est positive
 - (+) : littérature existe, le niveau de preuve n'est pas élevé, cependant elle est abondante et concordante quant à la recommandation positive
 - +/- : littérature existe, elle est divergente quant à la recommandation
 - ? : littérature insuffisante
 - sc : recommandation positive sous condition, explicitée dans une note de bas de page

GROSSESSE	Recommandation	Couverture LAMaI	Références
<i>1) Conseil pré-conceptionnel ou préimplantatoire</i>	(+)	Aucune.	
<i>2) Planning familial, contraception</i>	(+)	Aucune.	
<i>3) Prévention de la rubéole congénitale</i>	(+)	[...] vaccination (deux doses) contre la rougeole, les oreillons, la rubéole: pour les enfants et adolescents jusqu'à seize ans, [...] et également pour les adultes non-immunisés.	OPAS, art. 12, let. f
<i>4) Supplémentation en acide folique et multivitamines en cas de projet de grossesse</i>	+	Remboursé pour certaines présentations.	LMT

PRÉVENTION SECONDAIRE DE LA GROSSESSE

GROSSESSE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
1) <i>Préparation à la naissance</i>	?	Préparation à l'accouchement: l'assurance prend en charge une contribution de 100 francs pour un cours collectif de préparation à l'accouchement dispensé par une sage-femme.	OPAS, art. 14
2) <i>Conseil diététique</i>	?	Contrôles: 1. [...] - première consultation: [...] status gynécologique et clinique généraux et conseils [...].	OPAS, art. 13, let. a
3) <i>Préparation physique</i>	+	Préparation à l'accouchement: l'assurance prend en charge une contribution de 100 francs pour un cours collectif de préparation à l'accouchement dispensé par une sage-femme.	OPAS, art. 14
4) <i>Conseil en matière de tabagisme</i>	+	Contrôles: 1. [...] - première consultation: [...] status gynécologique et clinique généraux et conseils [...].	OPAS, art. 13, let. a
5) <i>Prophylaxie par aspirine durant la grossesse</i>	sc ⁴⁰²	Remboursée pour certaines présentations.	LS
6) <i>Traitement par corticostéroïdes durant la grossesse</i>	sc ⁴⁰³	Remboursé pour certaines présentations.	LS
7) <i>Traitement préventif de l'alloimmunisation</i>	+	Remboursé pour certaines présentations.	LS
8) <i>Bas de contention et grossesse</i>	+	Articles pour thérapie de compression: bas médicaux de contention du mollet (A-D), ss.	LiMA

⁴⁰² Bien que le niveau de preuve ne soit pas élevé, la littérature retenue est concordante pour recommander le traitement par aspirine dans le cadre d'une grossesse à risque; les effets bénéfiques d'un tel traitement resteraient toutefois à démontrer.

⁴⁰³ Il y a suffisamment de preuves de bonne qualité pour indiquer le traitement par corticostéroïdes pour les femmes à risque d'accouchement prématuré.

ÉVALUATION : GROSSESSE

GROSSESSE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
1) <i>Nombre de consultations prénatales</i> ⁴⁰⁴	+/-	Contrôles: 1. lors d'une grossesse normale sept examens [...].	OPAS, art. 13, let. a
2) <i>Contrôle systématique de la tension lors de la consultation prénatale</i>	(+)	Contrôles: 1. [...] - première consultation: [...] status gynécologique et clinique généraux et conseils [...] - consultations ultérieures: contrôle [...] de la tension artérielle [...].	OPAS, art. 13, let. a
3) <i>Surveillance systématique du poids lors de la consultation prénatale</i>	(+)	Contrôles: 1. [...] - consultations ultérieures: contrôle du poids [...].	OPAS, art. 13, let. a
4) <i>Mesure de la hauteur utérine lors de la consultation prénatale</i>	+/-	Contrôles: 1. [...] - consultations ultérieures: [...] contrôle [...] de la hauteur du fundus [...].	OPAS, art. 13, let. a
5) <i>Évaluation de la protéinurie lors de la consultation prénatale</i>	(+)	Contrôles: 1. [...] - consultations ultérieures: [...] examen urinaire [...]. Status urinaire partiel (5-10 paramètres) ou complet	OPAS, art. 13, let. a LAna
6) <i>Recherche systématique de la bactériurie lors de la consultation prénatale</i>	+	Contrôles: 1. [...] - consultations ultérieures: [...] examen urinaire [...] Prescription des analyses de laboratoire nécessaires, par les sages-femmes selon l'annexe à la liste des analyses. Status urinaire partiel (5-10 paramètres) ou complet	OPAS, art. 13, let. a LAna
7) <i>Recherche systématique d'infection vaginale lors de la consultation prénatale</i>	+/-	Contrôles: 1. [...] - consultations ultérieures: [...] prescription des analyses de laboratoire nécessaires [...]. Vagin, cervix, urètre (Chlamydia, mycoplasmes et uréaplasmes non compris) ss.	OPAS, art. 13, let. a LAna

⁴⁰⁴ Aucune des références retenues ne se prononce explicitement pour une diminution du nombre des consultations prénatales dans le cadre d'une grossesse normale à moins de sept consultations.

GROSSESSE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
8) Recherche systématique d'infection à streptocoque B lors de la consultation prénatale	+/-	Contrôles: 1. [...] - consultations ultérieures: [...] prescription des analyses de laboratoire nécessaires [...]. Streptococcus bêta-hémolytique du groupe A ss.	OPAS, art. 13, let. a LAna
9) Recherche systématique du diabète lors de la consultation prénatale	+/-	Contrôles: 1. [...] - consultations ultérieures: [...] prescription des analyses de laboratoire nécessaires [...]. Glucose, test de surcharge, selon OMS (uniquement les analyses) ss.	OPAS, art. 13, let. a LAna
10) Bilan sanguin (Hb/Ht, thrombocytes, groupe ABO et Rh, anticorps irréguliers) lors de la consultation prénatale	+/- ⁴⁰⁵	Contrôles: 1. [...] - première consultation: [...] prescription des analyses de laboratoire nécessaires, par les sages-femmes selon l'annexe à la liste des analyses. ABO, groupe sanguin et antigène D (Du inclus, si D nég.), selon les directives du ST CRS 8.3.2/8.3.3.2, érythrocytes, alloanticorps, test de recherche selon les directives du ST CRS 8.4.2, hémogramme II (automatisé): hémogramme I, plus thrombocytes [...]	OPAS, art. 13, let. a LAna
11) Recherche du cytomégalovirus durant la grossesse	sc ⁴⁰⁶	Contrôles 1. [...] - première consultation: [...] prescription des analyses de laboratoire nécessaires [...]. Cytomégalovirus, anticorps Ig ou IgG ql ss.	OPAS, art. 13, let. a LAna
12) Recherche systématique de l'hépatite B durant la grossesse	(+)	Contrôles: 1.[...] - première consultation: [...], prescription des analyses de laboratoire nécessaires, par les sages-femmes selon l'annexe à la liste des analyses [<i>idem pour les consultations ultérieures</i>]. Hépatite B, virus, HBc anticorps (Ig) ql, Hépatite B, virus, HBs, recherche des antigènes (par EIA/RIA) ql	OPAS, art. 13, let. a LAna

⁴⁰⁵ Les références retenues sont unanimes pour recommander en dépistage de routine lors de la première consultation prénatale: anémie, groupe ABO, facteur rhésus et anticorps irréguliers.

⁴⁰⁶ Bien que le niveau de preuve ne soit pas élevé, la littérature retenue est concordante pour se prononcer contre un dépistage systématique chez toutes les femmes enceintes.

GROSSESSE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
13) Recherche de l'herpès durant la grossesse	sc ⁴⁰⁷	Contrôles: 1. [...] - consultations ultérieures: [...] prescription des analyses de laboratoire nécessaires [...]. Herpès simplex (type 1+2), virus, anticorps Ig ou IgG ql ss.	OPAS, art. 13, let. a LAna
14) Recherche systématique de HIV durant la grossesse	+	Contrôles: 1. [...] - première consultation: [...] prescription des analyses de laboratoire nécessaires, par les sages-femmes selon l'annexe à la liste des analyses. HIV 1+2, dépistage des anticorps (par test rapide) ql	OPAS, art. 13, let. a LAna
15) Recherche systématique de la rubéole durant la grossesse	+/-	Contrôles: 1. [...] - première consultation: [...] prescription des analyses de laboratoire nécessaires, par les sages-femmes selon l'annexe à la liste des analyses. Rubéole, virus, anticorps anti Ig ou IgG ql	OPAS, art. 13, let. a LAna
16) Recherche systématique de la syphilis durant la grossesse	(+)	Contrôles: 1. [...] - première consultation: [...] prescription des analyses de laboratoire nécessaires, par les sages-femmes selon l'annexe à la liste des analyses. Treponema VDRL qn	OPAS, art. 13, let. a LAna
17) Recherche systématique de la toxoplasmose durant la grossesse	(+) ⁴⁰⁸	Contrôles: 1. [...] - première consultation: [...] prescription des analyses de laboratoire nécessaires, par les sages-femmes selon l'annexe à la liste des analyses. Toxoplasma gondii (Ig ou IgG), Toxoplasma gondii (IgM)	OPAS, art. 13, let. a LAna
18) Recherche systématique de la varicelle durant la grossesse	sc ⁴⁰⁹	Contrôles: 1. [...] - consultations ultérieures: [...] prescription des analyses de laboratoire nécessaires [...]. Varicella-zona virus, anticorps anti Ig ou IgG ql ss.	OPAS, art. 13, let. a LAna

⁴⁰⁷ Bien que le niveau de preuve ne soit pas élevé, la littérature retenue est concordante et ne recommande le dépistage de l'herpès chez les femmes enceintes que selon l'anamnèse et les signes cliniques.

⁴⁰⁸ Les recommandations au sujet de la fréquence des dépistages ultérieurs des femmes enceintes séronégatives ne sont pas homogènes parmi les références retenues.

⁴⁰⁹ Bien que le niveau de preuve ne soit pas élevé, la littérature retenue est concordante et ne recommande le dépistage de la varicelle chez les femmes enceintes que selon l'anamnèse et les signes cliniques.

GROSSESSE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
19) Recherche de la cholestase gravidique	sc ⁴¹⁰	Contrôles: 1. [...] - consultations ultérieures: [...] prescription des analyses de laboratoire nécessaires [...]. Bilan hépatique	OPAS, art. 13, let. a LAna
20) Diagnostic de la grossesse par examens complémentaires (HCG sérique ou urinaire)	(+)	Contrôles: 1.[...] - première consultation: [...] prescription des analyses de laboratoire nécessaires. Human Choriogonadotropin (HCG) qn	OPAS, art. 13, let. a LAna
21) Diagnostic prénatal: l'alpha-foetoprotéine (seule)	(+) ⁴¹¹	Contrôles: 1. [...] - consultations ultérieures: [...] prescription des analyses de laboratoire nécessaires, par les sages-femmes selon l'annexe à la liste des analyses. Alpha-1-foetoprotéine (AFP)	OPAS, art. 13, let. a LAna
22) Diagnostic prénatal: conditions d'âge pour le dépistage du syndrome de Down	sc ⁴¹²	Amniocentèse, prélèvement des villosités choriales, [...] - les femmes âgées de plus de 35 ans, - les femmes plus jeunes présentant un risque comparable.	OPAS, art. 13, let. d
23) Diagnostic prénatal: dépistage sérique du syndrome de Down	sc ⁴¹³	Contrôles: 1.[...] - consultations ultérieures: [...] prescription des analyses de laboratoire nécessaires, par les sages-femmes selon l'annexe à la liste des analyses. Alpha-1-foetoprotéine (AFP) Estradiol, Human Choriogonadotropin (HCG) qn	OPAS, art. 13, let. a LAna
24) Diagnostic prénatal: prélèvement des villosités choriales	(+) ⁴¹⁴	Amniocentèse, prélèvement des villosités choriales, après un entretien approfondi qui doit être consigné pour: - les femmes âgées de plus de 35 ans, - les femmes plus jeunes présentant un risque comparable. Culture cellulaire et préparation chromosomique, analyse chromosomique, caryotype constitutionnel.	OPAS, art. 13, let. d LAna

⁴¹⁰ La recherche de la cholestase gravidique ne semble pas être un examen de routine, mais se pratiquerait lors de l'apparition de symptômes. Un traitement par acide ursodéoxycholique peut alors améliorer l'état de la mère et du fœtus.

⁴¹¹ La littérature, qui semble peu abondante sur ce sujet, ne permet pas de conclure d'une façon fiable.

⁴¹² Il y a suffisamment de preuves de bonne qualité pour considérer l'âge de 35 ans comme seuil à partir duquel le diagnostic prénatal est recommandé.

⁴¹³ Il y a suffisamment de preuves de bonne qualité pour recommander un dépistage par marqueurs multiples, mais le choix des marqueurs ne fait pas unanimité dans la littérature retenue.

⁴¹⁴ Le prélèvement des villosités choriales serait la méthode de choix pour le diagnostic prénatal du premier trimestre.

GROSSESSE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
25) <i>Diagnostic prénatal: amniocentèse</i>	+ ^{415,416}	Amniocentèse, prélèvement des villosités chorales, après un entretien approfondi qui doit être consigné pour: - les femmes âgées de plus de 35 ans, - les femmes plus jeunes présentant un risque comparable. Culture cellulaire et préparation chromosomique, analyse chromosomique, caryotype constitutionnel.	OPAS , art. 13, let. d LAna
26) <i>Diagnostic prénatal - autres méthodes:</i> - Echographie: clarté nucale - Isolement des cellules foetales dans le sang maternel - Prélèvement du sang foetal - Embryoscopie / foetoscopie	+/- ⁴¹⁷	Contrôles ultrasonographiques [...] lors d'une grossesse à risque, renouvellement des examens selon l'évaluation clinique. Culture cellulaire et préparation chromosomique, analyse chromosomique, caryotype constitutionnel. L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer [...] une maladie et ses séquelles.	OPAS , art. 13, let. b, ch. 2 LAna LAMal , art. 25, al. 1
27) <i>Diagnostic prénatal: conseil</i>	+	Amniocentèse, prélèvement des villosités chorales, après un entretien approfondi qui doit être consigné pour: - les femmes âgées de plus de 35 ans, - les femmes plus jeunes présentant un risque comparable.	OPAS , art. 13, let. d
28) <i>Examen par doppler durant la grossesse</i>	sc ⁴¹⁸	Contrôles: 2. lors d'une grossesse à risque, renouvellement des examens selon l'évaluation clinique.	OPAS , art. 13, let. a

⁴¹⁵ L'amniocentèse serait la méthode de choix pour le diagnostic prénatal du deuxième trimestre.

⁴¹⁶ Eléments de jurisprudence. Arrêt du Tribunal administratif BE, du 1.9.98 (réf. OFAS 540/98). Prise en charge de l'amniocentèse admise, mais comme une prestation ordinaire et non comme prestation de maternité (prise en charge totale), la patiente doit donc s'acquitter du montant de sa franchise et de sa participation. Ordonnance du juge instructeur du Tribunal administratif NE du 12.5.99 (réf. OFAS nn9/99): attente du prononcé de la Commission des prestations pour rendre le jugement du TA.

⁴¹⁷ La multiplicité des différentes méthodes de dépistage du Down syndrome semblerait entraîner une certaine confusion pour la conduite à tenir dans ce domaine.

⁴¹⁸ Bien que le niveau de preuve ne soit pas élevé, la littérature retenue est concordante pour recommander l'examen par doppler dans le cadre de la surveillance d'une grossesse à risques.

GROSSESSE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
29) <i>Cardiotocogramme</i>	sc ⁴¹⁹	Examen prénatal au moyen de la cardiotocographie, lors d'une grossesse à risque.	OPAS, art. 13, let. c
30) <i>Échographie durant la grossesse</i>	+/- ⁴²⁰	Contrôles ultrasonographiques: 1. lors d'une grossesse normale: un contrôle entre la 10 ^e et la 12 ^e semaine de grossesse; un contrôle entre la 20 ^e et la 23 ^e semaine de grossesse. Après un entretien approfondi qui doit être consigné. Ces contrôles peuvent être effectués uniquement par des médecins ayant acquis une formation complémentaire et l'expérience nécessaire pour ce type d'examen. 2. lors d'une grossesse à risque, renouvellement des examens selon l'évaluation clinique. Ils peuvent être effectués uniquement par des médecins ayant acquis une formation complémentaire et l'expérience nécessaire pour ce type d'examen.	OPAS, art. 13, let. b
31) <i>Surveillance du dépassement de terme</i>	(+)	Examen prénatal au moyen de la cardiotocographie, lors d'une grossesse à risque. Contrôles ultrasonographiques: [...] 2. lors d'une grossesse à risque, renouvellement des examens selon l'évaluation clinique. Ils peuvent être effectués uniquement par des médecins ayant acquis une formation complémentaire et l'expérience nécessaire pour ce type d'examen.	OPAS, art. 13, let. c OPAS, art. 13, let. b
32) <i>Pelvimétrie durant la grossesse</i>	sc ⁴²¹	Aucune ⁴²² .	LAMal, art. 25, al. 1

⁴¹⁹ Il y a suffisamment de preuves de bonne qualité pour recommander le cardiotocogramme dans le cadre de la surveillance d'une grossesse à risques. Cet examen ne serait toutefois qu'un moyen de dépistage, non de diagnostic.

⁴²⁰ Il n'y a pas unanimité sur le nombre d'échographies recommandées lors d'une grossesse normale. Cependant une étude de très bonne qualité recommande deux examens ultrasonographiques (11-13 semaines d'aménorrhée et 22-24 semaines d'aménorrhée).

⁴²¹ Bien que le niveau de preuve ne soit pas élevé, la littérature retenue est concordante pour recommander la pelvimétrie en cas de présentation par le siège ou en présence d'une nécessité évidente (traumatisme, maladie importante).

⁴²² La pelvimétrie n'est pas expressément mentionnée comme remboursée dans OPAS, art. 13, qui liste de manière exhaustive les examens de contrôle en cas de maternité. Dans le cas d'une indication sortant du cadre d'une grossesse normale (traumatisme, maladie importante), la pelvimétrie est remboursée au titre de LAMal, art. 25, al. 1.

TRAITEMENT : GROSSESSE

GROSSESSE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
1) <i>Traitement du vomissement gravidique</i>	+	Remboursé pour certaines présentations.	LS
2) <i>Supplémentation de routine en calcium durant la grossesse</i>	+	Remboursé pour certaines présentations.	LS
3) <i>Supplémentation de routine en fer durant la grossesse</i>	+/-	Remboursé pour certaines présentations.	LS
4) <i>Supplémentations diverses durant la grossesse (vitamine D, acide folique, magnésium, fibres, protéines)</i>	+/- ⁴²³	Remboursé pour certaines présentations.	LS
5) <i>Homéopathie et grossesse</i>	?	Homéopathie: oui, en cours d'évaluation, pratiquée par des médecins dont la formation dans cette discipline est reconnue par la Fédération des médecins suisses (FMH).	OPAS, ann. 1, ch. 10
6) <i>Traitement des dorsalgies durant la grossesse:</i> - Ostéopathie - Physiothérapie	(+)	Aucune. Les prestations suivantes des physiothérapeutes, au sens des articles 46 et 47 OAMal, sont prises en charge lorsqu'elles sont fournies sur prescription médicale: [...] massages manuels et kinésithérapie [...] ss.	OPAS, art. 5, al. 1, let. b, ch. 1 à 5

⁴²³ Il manquerait des preuves scientifiques pour recommander l'adjonction des compléments cités ci-dessus en tant qu'adjonction de routine.

GROSSESSE	Recommandation	Couverture LAMal	Références
7) <i>Cerclage</i>	sc ⁴²⁴	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. [...]	LAMal, art. 25, al. 1
8) <i>Version par manoeuvre externe</i>	+/- ⁴²⁵	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. [...]	LAMal, art. 25, al. 1
9) <i>Transport pendant la grossesse</i>	(+) ⁴²⁶	L'assurance prend en charge 50% des frais occasionnés par un transport médicalement indiqué [...]. Le montant maximum est de 500 francs par année civile. Le transport doit être effectué par un moyen qui corresponde aux exigences médicales du cas.	OPAS, art. 26, al. 1 et 2

⁴²⁴ Le traitement par cerclage aurait sa place seulement pour les femmes chez lesquelles une béance cervico-isthmique est démontrée et/ou qui ont eu trois accouchements ou plus avant 37 semaines de grossesse révolues. Cependant, la littérature retenue n'est pas suffisamment abondante pour conclure.

⁴²⁵ La divergence de la littérature se porte sur les méthodes concernant la version par manoeuvre externe.

⁴²⁶ Les références retenues recommandent le transfert des enfants à haut risque avant la naissance dans un centre spécialisé de référence.

Prévention primaire : 1.- Vaccination contre l'hépatite B

Mots-clés: vaccination and neonat§

La vaccination contre l'hépatite B n'aurait aucun lien de cause à effet avec la sclérose en plaques, selon quatre références retenues, dont l'une souligne l'importance d'une analyse continue des données pour réviser éventuellement les recommandations. Il n'y a pas de consensus sur la question de savoir si la vaccination contre l'hépatite B devrait être incluse dans les programmes universels pour les enfants de tous les pays, ou si cette vaccination devrait se borner à des pays endémiques ainsi qu'à des populations à risque. Cinq des références retenues recommandent une vaccination universelle de routine des enfants et/ou adolescents dans tous les pays, comme cela se pratique déjà dans tous les pays industrialisés à part la Scandinavie, l'Irlande et les Pays-Bas, selon l'une des références retenues. Quatre autres références retenues recommandent une vaccination des enfants dans les pays endémiques et pour les populations à risque, car la maladie aurait une distribution particulière, selon l'une des références retenues. La majorité des références concordent pour recommander la vaccination des et l'administration d'immunoglobulines aux nouveaux-nés de femmes HBsAg positives le plus tôt possible après la naissance, soit entre 1 et 2 mois et 6 à 12 mois, avec une sérologie après 9 à 15 mois, selon trois des références retenues. La vaccination active après la naissance semble conférer une protection pendant la petite enfance chez 60% des nourrissons vaccinés.

Prévention primaire : 2.- Vaccinations diverses (y c. tuberculose)

Mots-clés: vaccination and neonat§ / rubella and pregnancy

Selon deux des références retenues, la vaccination maternelle contre les pathologies virales du nouveau-né pourrait être envisagée, mais la sécurité et l'efficacité devraient encore être définies afin que les médecins et l'industrie pharmaceutique disposent de produits fiables. L'injection d'un anticorps contre le virus respiratoire syncytial pourrait diminuer l'incidence des hospitalisations chez certains enfants. La vaccination néonatale contre la tuberculose n'est pas recommandée de façon universelle, selon l'une des références retenues.

Prévention primaire : 3.- Traitement préventif de l'ophthalmia neonatorum

Mots-clés: gonococci§ and neonat§ / ophthalmia neonatorum

Les méthodes du traitement préventif contre l'ophthalmia neonatorum ne font pas l'unanimité parmi les références retenues. Deux références retenues soulignent l'effet prophylactique du colostrum contre *Chlamydia trachomatis*; contre *Staphylococcus aureus*, l'action du colostrum serait supérieure ou égale à 50% pendant 6 heures. Il n'y aurait pas d'agent topique contre *Neisseria gonorrhoea*, selon l'une des références retenues. Le médecin devrait évaluer les risques et bénéfices d'un traitement ophtalmique et tenir compte des effets secondaires. Concernant les traitements chimiques, l'une des références retenues conseille les tétracyclines, une autre la povidone-iodine à 2,5%, une troisième le nitrate d'argent et/ou 1% de tétracycline hydrochloride ou 0,5% d'érythromycine, administrée aussi tôt que possible après la naissance. Il ne serait pas approprié de recommander la prophylaxie par l'érythromycine, car il n'y aurait pas assez de preuves de son efficacité contre *Chlamydia trachomatis*, selon l'une des références retenues. Les nouveaux-nés de mères ayant eu une vaginite devraient faire l'objet d'une surveillance plus grande, même en présence de mesures prophylactiques.

Prévention primaire : 4.- Administration préventive de vitamine K

Mots-clés: vitamin k and neonat§ / breastfeeding / practice guideline and obstetrics

Deux des références retenues soulignent qu'il n'y aurait aucune relation entre l'administration de vitamine K i.m. et la leucémie du jeune enfant, alors que deux autres références n'excluent pas la possibilité d'un risque et recommandent de ce fait de limiter la dose de 1 mg de vitamine K i.m. aux nouveaux-nés à haut risque, ou d'employer une dose réduite chez une proportion plus large des nouveaux-nés à risque.

Il n'y a pas de consensus parmi les références retenues, ni sur le mode d'administration de la vitamine K, ni sur la quantité et la fréquence de cette administration. Deux des références retenues recommandent une injection i.m. de 0.5-1 mg à tous les nouveaux-nés dans les six heures qui suivent la naissance; si les parents s'y opposent, la prise orale serait de 2.0 mg, répétée à 1-4 semaines, puis à 6-8 semaines de vie. L'une des références retenues recommande pour le nouveau-né sain une dose de 2.0 mg per os répétée au quatrième jour, et pour le nouveau-né malade 0.5 mg i.v./i.m., suivie après 4-6 semaines par 2.0 mg per os. La mère qui allaite totalement son enfant pourrait, par une prise de 5 mg de phylloquinone pendant les 12 premières semaines de vie, améliorer le taux plasmatique en vitamine K du nouveau-né, selon l'une des références retenues. En France, les enfants allaités au sein ne reçoivent que dans 19 % des établissements une dose de vitamine K i.m.

Prévention primaire : 5.- Administration préventive de vitamine D

Mots-clés: néant

Les deux références retenues concordent pour recommander une adjonction de 400 U de vitamine D pour les nourrissons. Alors que cet acte est recommandé d'une manière systématique par l'une des références, l'autre distingue entre les enfants nourris exclusivement au sein (ayant besoin de cette adjonction) et les enfants nourris par le lait artificiel (n'ayant pas besoin de l'adjonction), entre la période estivale (400 U de supplément en vitamine D) et la période hivernale (800 U de supplément pour les enfants âgés de moins de 2 ans vivant dans le nord).

Prévention secondaire : 1.- Prévention de la mort subite du nourrisson

Mots-clés: sudden infant death syndrome / breastfeeding

La majorité des références retenues s'accordent sur les mesures de prévention du syndrome de la mort subite du nourrisson: il est recommandé de positionner le nouveau-né de préférence sur le dos durant son sommeil, la position latérale étant plus instable (indiquée par l'une des références seulement). Que le nouveau-né partage le lit avec sa mère est contre-indiqué quand celle-ci est fumeuse et il n'y a pas assez de preuves pour indiquer cette pratique chez les mères non-fumeuses, selon deux des références retenues. Les possibilités d'étouffement et la position inclinée devraient être évitées. Les autres facteurs de risque sont avant tout le tabagisme des parents, un milieu socio-économique bas, la succion du pouce, une hospitalisation préalable, un petit poids de naissance et/ou un accouchement prématuré, selon l'une des références retenues. L'effet protecteur de l'allaitement maternel serait discutable, selon l'une des références. La polysomnographie jouerait un rôle important dans les programmes de prévention de la mort subite du nourrisson, comme le soulignent deux des références retenues. Les programmes de prévention ainsi que l'information des parents par leur médecin traitant ont contribué à la diminution du nombre de décès par le syndrome de la mort subite.

Evaluation : 1.- Premier examen du nouveau-né sain

Mots-clés: practice guidelines and obstetrics

Le premier examen clinique du nouveau-né sain (dans les 24 premières heures de vie) serait d'une importance primordiale, selon quatre références retenues. Il servirait à l'appréciation des fonctions vitales du nouveau-né, de sa maturité et de son adaptation à la vie extra-utérine, ainsi qu'au diagnostic précoce de troubles éventuels. Cet examen de routine dépisterait un nombre important de pathologies d'origine congénitale ou traumatique, et ne pourrait pas être considéré comme un luxe, car il tiendrait compte de beaucoup de symptômes aspécifiques pour dépister les pathologies graves, selon deux des références retenues.

Le score d'Apgar permet d'établir le pronostic immédiatement après la naissance et aide à envisager les mesures thérapeutiques. Toutefois, son utilisation pour d'autres buts (ex. entrée à l'école) serait inappropriée, selon deux des références retenues.

Evaluation : 2.- Examen des hanches du nouveau-né: examen clinique et échographique

Mots-clés: examination and neonat\$ / jaundice and neonat\$ / ultrasound and pediatri\$ / hip instability / screening and neonat\$ / congenital hip dislocation

L'ensemble des références retenues s'accordent à dire que l'examen des hanches par ultrason en complément à l'examen clinique est efficace et approprié. Il n'y a pas de consensus au sujet de l'intérêt (économique) d'un programme de dépistage ultrasonographique universel de tous les nourrissons (recommandé par trois des références retenues) versus un dépistage limité à la population à risque (recommandé par quatre des références retenues). Le diagnostic précoce de la luxation congénitale des hanches optimiserait le succès thérapeutique, selon deux des références retenues, alors que deux références soulignent que, malgré les mesures de diagnostic et les efforts thérapeutiques, la prévalence de cette pathologie dans l'enfance plus tardive reste de 1 à 3 pour 1'000. Face à une augmentation du nombre de traitements indiqués, l'une des références cite la nécessité d'un consensus sur la relation entre certains résultats ultrasonographiques et leurs conséquences pour le patient. L'IRM ne serait pas un examen approprié, selon deux des références. Le médecin traitant jouerait un rôle important dans le dépistage des luxations tardives.

Evaluation - Autres examens diagnostiques du nouveau-né:

3.- Echographie cardiaque et

4.- Dépistage de l'atrésie oesophagienne

Mots-clés: aspiration and neonat\$ / screening and neonat\$ / ultrasound and pediatri\$

Le passage d'un tuyau d'aspiration dans chaque narine et dans l'estomac pour le dépistage de l'atrésie oesophagienne devrait se faire seulement chez des enfants à risque ou en présence de signes cliniques, selon l'une des références retenues. Le diagnostic d'une atrésie oesophagienne ou d'une fistule trachéo-oesophagienne mérite des mesures thérapeutiques immédiates ainsi qu'un transfert dans un centre approprié.

L'utilité de l'échographie cardiaque croît avec l'amélioration des techniques. L'échographie cardiaque est indiquée s'il y a risque foetal, maternel ou familial, même si environ 50% des nouveaux-nés avec une pathologie cardiaque ne se trouvent pas dans cette population à risque, selon l'une des références retenues, et que la plupart de ces malformations passent inaperçues lors de l'ultrason pendant la grossesse. Si le diagnostic d'une insuffisance ou arythmie cardiaque est posé, le transfert dans un centre spécialisé devrait se faire au plus vite. L'échographie à 20 semaines de grossesse ne détecterait que 24% de malformations cérébrales et rénales, selon l'une des références. Les proportions modestes de malformations détectées avant la naissance constituent un argument pour le recours à l'échographie dans la période néonatale.

Evaluation : 5.- Test de Guthrie

Mots-clés: guthrie / screening and neonat\$

L'ensemble des références retenues soulignent que le dépistage systématique chez les nouveaux-nés de la phénylcétonurie et de l'hypothyroïdie a largement rempli son objectif médical et économique. La majorité des références retenues posent la question d'élargir ou non le nombre des pathologies congénitales recherchées: cette modification demanderait d'être introduite avec précaution et sous forme d'études pilotes. Les pathologies supplémentaires débattues par différentes références sont le syndrome adrénogénital, la mucoviscidose, la drépanocytose, l'atrophie musculaire, le déficit en biotinidase, le déficit en medium-chain acyl CoA déshydrogénase, l'acidurie glutarique de type 1 et la galactosémie. L'efficacité de la technique de la spectrométrie en tandem, qui permettrait d'étendre le dépistage à d'autres pathologies congénitales (selon l'une des références retenues), ne serait pas encore étayée par des preuves suffisantes, selon deux des références retenues. Quand une sortie précoce de l'hôpital est envisagée, l'une des références recommande d'attendre au moins 12 heures de vie avant de faire les prélèvements sanguins.

Evaluation : 6.- Dépistage sérique de l'ictère du nourrisson

Mots-clés: jaundice and neonat§ / blood group and neonat§ / breastfeeding / screening and neonat§

Deux des références retenues suggèrent la mesure systématique de la bilirubinémie chez tous les nourrissons lors du test de Guthrie: ceci permettrait un suivi sûr et serait économiquement rentable. Pour deux autres références, le premier critère pour une investigation plus poussée serait l'appréciation clinique des téguments ce qui, lorsqu'elle respecte les critères fixés, pourrait éviter 50% de prélèvements sériques, selon l'une des références retenues. Ces prélèvements permettraient d'examiner la bilirubinémie totale et directe, l'hématocrite, le groupe sanguin (chez la mère et l'enfant), le Coombs direct, les érythrocytes, le frottis du sang périphérique et les réticulocytes. L'appareil d'évaluation de la bilirubine par voie transcutanée ainsi que la spectrométrie de masse ne fourniraient qu'une indication supplémentaire aux prélèvements sériques, mais n'auraient pas la capacité de remplacer ces derniers. L'une des références mentionne qu'à l'âge de six ans les enfants ayant eu un ictère traité ou non traité ne diffèrent pas quant au QI etc. et que, de ce fait, l'indication du traitement devrait être revue à la baisse

Evaluation : 7.- Mesure systématique du pH (au cordon) chez le nouveau-né

Mots-clés: neonat§ and pH / oxygen and neonat§

La gazométrie artérielle fournit une information fiable sur l'oxygénation, la ventilation et l'état d'équilibre acido-basique du sujet. Les gaz du sang mesurés dans la période périnatale immédiate permettent le diagnostic d'une asphyxie. Malgré le fait que 80% des prélèvements au cordon chez les nouveaux-nés ayant eu une souffrance se révèlent normaux, l'une des références recommande ce prélèvement pour des cas sélectionnés et souligne les mérites potentiels d'un prélèvement systématique

Traitement - : 1.-Traitement de l'ictère du nourrisson

Mots-clés: jaundice and neonat§ / weight and pregnancy

Le traitement de l'ictère du nourrisson semble controversé. On ignorerait encore partiellement à partir de quelle concentration et dans quelles circonstances la bilirubine pourrait devenir dangereuse pour le cerveau et le développement de l'enfant, selon deux des références retenues. Par peur de l'ictère nucléaire, le seuil du traitement par photothérapie a été fixé à une valeur très basse et plus de 10% de nouveaux-nés bénéficieraient d'une photothérapie, selon l'une des références retenues. Pourtant, deux références soulignent le fait que l'hyperbilirubinémie sans complications (hémolyse) ne provoquerait pas de pathologie à long terme. Compte tenu de ces données, la tendance serait de réviser le nombre d'interventions thérapeutiques à la baisse, ce qui serait médicalement et économiquement fondé. Le médecin devrait donc définir la limite entre les dangers (mal connus) de l'hyperbilirubinémie et l'acharnement thérapeutique. L'une des références retenues souligne qu'en matière de traitement de l'ictère, une recommandation unique serait impossible à formuler, car il faudrait tenir compte des circonstances individuelles de chaque cas. Les traitements autres que la photothérapie seraient les suivants: une injection de Sn-mésoporphyrine i.m. en prévention ou en traitement, mais une absence de toxicité ne serait pas encore prouvée; l'aide à l'évacuation du méconium entre 30 minutes et 12 heures de vie ne diminuerait pas le taux sérique de la bilirubine. Il ne serait pas indispensable d'interrompre l'allaitement en cas d'ictère, selon deux des références retenues.

Traitement : 2.- Transport du nouveau-né

Se référer à la synthèse Grossesse normale - Traitement - 9) Transport pendant la grossesse

PRÉVENTION PRIMAIRE : SOINS AU NOUVEAU-NÉ

- Légende:**
- + : littérature existe, elle présente un niveau de preuve élevé, la recommandation est positive
 - (+) : littérature existe, le niveau de preuve n'est pas élevé, cependant elle est abondante et concordante quant à la recommandation positive
 - +/- : littérature existe, elle est divergente quant à la recommandation
 - ? : littérature insuffisante
 - sc : recommandation positive sous condition, explicitée dans une note de bas de page

SOINS AU NOUVEAU-NÉ	Recommandation	Couverture LAMal	Références
<p>1) <i>Vaccination contre l'hépatite B</i></p> <p style="padding-left: 20px;">- Population des nouveaux-nés à risque</p>	+	<p>Vaccination contre l'hépatite B: 1. pour les nourrissons de mères HBsAg positives et les personnes exposées à un danger de contamination [...].</p> <p>Vaccination passive avec Hepatitis B-Immoglobuline</p> <p>Remboursé pour certaines présentations</p>	<p>OPAS, art. 12, let. k</p>
<p style="padding-left: 20px;">- Population générale des nouveaux-nés</p>	+ ⁴²⁷	<p>Vaccination contre l'hépatite B: [...] 2. vaccination selon les recommandations établies en 1997 par l'Office fédéral de la santé publique et la Commission suisse pour les vaccinations [...].</p> <p>Remboursé pour certaines présentations.</p>	<p>OPAS, art. 12, let. l</p> <p>LS</p> <p>OPAS, art. 12, let. k</p> <p>LS</p>

⁴²⁷ Malgré le fait qu'il y ait suffisamment de preuves de bonne qualité pour recommander l'intégration de la vaccination contre l'hépatite B dans le calendrier d'immunisation des enfants, la littérature retenue n'est pas unanime à ce sujet.

SOINS AU NOUVEAU-NÉ	Recommandation	Couverture LAMal	Références
2) <i>Vaccinations diverses</i> : (y. c. tuberculose)	sc ⁴²⁸	Examen de bonne santé et de développement de l'enfant d'âge préscolaire. Selon les recommandations du manuel: «Examens de dépistage», édité par la Société suisse de pédiatrie (2 ^e édition, Berne, 1993). [Qui renvoie aux recommandations de la part de l'Association suisse contre la tuberculose et les maladies pulmonaires]. Remboursé pour certaines présentations.	OPAS, art. 12, let. a LS
3) <i>Traitement préventif de l'ophthalmia neonatorum</i>	(+) ⁴²⁹	Remboursé pour certaines présentations.	LS
4) <i>Administration préventive de vitamine K</i>	(+) ⁴³⁰	Prophylaxie à la vitamine K chez les nouveaux-nés. Remboursé pour certaines présentations.	OPAS, art. 12, let. p LS
5) <i>Administration préventive de vitamine D</i>	?	Prophylaxie du rachitisme chez les enfants pendant leur première année.	OPAS, art. 12, let. q

⁴²⁸ Bien que le niveau de preuve ne soit pas élevé, la littérature retenue est concordante pour recommander la vaccination néonatale contre la tuberculose dans le cadre d'une population à risque.

⁴²⁹ Les méthodes du traitement préventif contre l'ophthalmia neonatorum ne font pas unanimité parmi les références retenues.

⁴³⁰ Le mode, la quantité et la fréquence de l'administration préventive de la vitamine K ne font pas unanimité parmi les références retenues.

PRÉVENTION SECONDAIRE : SOINS AU NOUVEAU-NÉ

SOINS AU NOUVEAU-NÉ	Recommandation	Couverture LAMal	Références
1) <i>Prévention de la mort subite du nourrisson</i>	(+)	<p>Examen de bonne santé et de développement de l'enfant d'âge préscolaire - selon les recommandations du manuel: «Examens de dépistage», édité par la Société suisse de pédiatrie» (2e édition, Berne, 1993) - au total: huit examens.</p> <p>Monitoring de respiration; Monitoring de respiration et de fréquence cardiaque, chez des nourrissons à risque, sur prescription d'un médecin pratiquant dans un centre régional de diagnostic de la mort subite du nourrisson (SIDS).</p>	<p>OPAS, art. 12, let. a</p> <p>OPAS, ann. 1, ch. 4</p>

EVALUATION : SOINS AU NOUVEAU-NÉ

SOINS AU NOUVEAU-NÉ	Recommandation	Couverture LAMal	Références
1) <i>Premier examen du nouveau-né sain</i>	(+)	Examen de bonne santé et de développement de l'enfant d'âge préscolaire - selon les recommandations du manuel: «Examens de dépistage», édité par la Société suisse de pédiatrie» (2e édition, Berne, 1993) - au total: huit examens.	OPAS , art. 12, let. a
2) <i>Examen des hanches du nouveau-né: examen clinique et échographique</i>	+	Examen par sonographie selon la méthode Graf de la dysplasie de la hanche des nouveaux-nés, entre 0 et 6 semaines, examen effectué par un médecin spécialement formé pour cette méthode. Cette réglementation est valable jusqu'au 31 décembre 2001.	OPAS , art. 12, let. r
3) <i>Autres examens diagnostiques: échographie cardiaque</i>	sc ⁴³¹	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.	LAMal , art. 25, al. 1
4) <i>Autres examens diagnostiques: dépistage de l'atrésie oesophagienne</i>	sc ⁴³²	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.	LAMal , art. 25, al. 1

⁴³¹ Bien que le niveau de preuve ne soit pas élevé, la littérature retenue est concordante pour recommander l'échographie cardiaque du nouveau-né dans le cas de risque foetal, maternel ou familial.

⁴³² Le dépistage de l'atrésie oesophagienne ne serait indiqué que chez les nouveaux-nés à risque ou en présence de signes cliniques. Cependant la littérature semble peu abondante sur ce sujet et ne permet pas de conclure d'une façon fiable.

SOINS AU NOUVEAU-NÉ	Recommandation	Couverture LAMal	Références
5) <i>Test de Guthrie</i>	+ ⁴³³	Screening de: phénylcétonurie, galactosémie, déficit en biotinidase, syndrome adrénogénital, hypothyroïdie Guthrie	OPAS , <i>art. 12, let. b</i> LAna
6) <i>Dépistage sérique de l'ictère du nourrisson</i>	+/- ⁴³⁴	Bilirubine directe, bilirubine totale, hémocrite, ABO, groupe sanguin et antigène D [...] ss., Coombs direct, érythrocytes [...] ss., réticulocytes [...] ss., frottis du sang périphérique (hémogramme) ss.	LAna
7) <i>Mesure systématique du pH (au cordon) chez le nouveau-né</i>	(+)	pH sanguin	LAna

⁴³³ Il y a suffisamment de preuves de bonne qualité pour indiquer le dépistage systématique chez tous les nouveaux-nés de la phénylcétonurie et de l'hypothyroïdie. La majorité des références retenues débattent de l'opportunité de la recherche conjointe d'autres pathologies congénitales.

⁴³⁴ La littérature retenue ne s'accorde pas sur la mesure systématique de la bilirubinémie pour tous les nouveaux-nés lors du test de Guthrie versus un dosage sélectif selon les signes cliniques.

TRAITEMENT : SOINS AU NOUVEAU-NÉ

SOINS AU NOUVEAU-NÉ	Recommandation	Couverture LAMal	Références
1) <i>Traitement de l'ictère du nourrisson</i>	+ /- ⁴³⁵	L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. [...]	LAMal , art. 25, al. 1
2) <i>Transport du nouveau-né</i>	(+) ⁴³⁶	L'assurance prend en charge 50% des frais occasionnés par un transport médicalement indiqué [...]. Le montant maximum est de 500 francs par année civile. Le transport doit être effectué par un moyen qui corresponde aux exigences médicales du cas.	OPAS , art. 26, al. 1 et 2

⁴³⁵ Les méthodes du traitement de l'ictère du nourrisson ne font pas unanimité parmi les références retenues à cause du manque de connaissances scientifiques sur le seuil pathologique de la bilirubinémie.

⁴³⁶ La référence retenue recommande le transfert avant la naissance des enfants à haut risque dans un centre spécialisé de référence.

SOINS POST-PARTUM

Prévention secondaire : 1.- Prévention de l'hémorragie du post-partum

Mots-clés: bleeding and postpartum / postpartum / thrombocyt§ and pregnancy / thrombosis and postpartum

Selon cinq des références retenues, le risque de décès maternel resterait très élevé depuis les 12 premières heures après l'accouchement jusqu'à deux semaines post-partum. L'hémorragie et la thrombose veineuse profonde seraient parmi les principales causes de décès. En ce qui concerne l'hémorragie, deux références soulignent qu'elle pourrait survenir chez des personnes sans facteurs de risque anténataux. L'atonie utérine représenterait 90 % des causes de l'hémorragie post-partum et la plupart des décès proviendraient d'un traitement inefficace des saignements constants de moyenne quantité. Une surveillance étroite est donc recommandée.

Prévention secondaire : 2.- Prévention de la thrombose du post-partum

Mots-clés: bleeding and postpartum / postpartum / thrombocyt§ and pregnancy / thrombosis and postpartum

Concernant la thrombose veineuse profonde, on aurait surestimé quelque peu le risque de récurrence et il faudrait donner plus de poids aux risques individuels et aux éventuels problèmes sous-jacents. Quatre des références retenues insistent sur l'augmentation considérable du risque de thrombose veineuse profonde durant la période post-partum. Le traitement d'une telle thrombose ne diffère pas de la prise en charge classique. Il semblerait que les soins post-partum soient souvent inférieurs au standard fixé et qu'il existerait un manque de stratégies rigoureuses pour le traitement durant cette période, selon l'une des références retenues.

Prévention secondaire : 3.- Post-partum et contraception

Mots-clés: (il n'y a pas eu de recherche spécifique par mots-clés pour ce thème) bleeding and postpartum / family planning and contraception / breastfeeding / postpartum / counseling and pregnancy / placenta and postpartum / weight and pregnancy / family planning and contraception

Cinq des références retenues concordent pour recommander la méthode contraceptive de l'aménorrhée durant l'allaitement (LAM), qui est sûre à 98% si elle est pratiquée pendant les six premiers mois par une mère qui donne exclusivement le sein et chez laquelle l'aménorrhée persiste. Il serait indiqué de promouvoir cette méthode par le biais des programmes de planning familial, soulignent ces mêmes références. L'une des références indique que cette méthode serait efficace même au-delà de six mois et avec une alimentation supplémentaire. Pour les femmes allaitant leur enfant et qui désirent une contraception hormonale, la medroxyprogestérone acetate par injection serait une méthode de choix, mais une grossesse ne devrait pas être envisagée dans les deux années consécutives, selon l'une des références. Les contraceptifs de progestine seule pourraient convenir dès le 3^e jour après l'accouchement ou, selon une autre référence, idéalement six semaines après celui-ci, en plus de LAM. Cette méthode n'affecterait pas la croissance de l'enfant. L'oestrogène semble diminuer la quantité de lait, ce qui ne serait pas le cas de la progestine. Il serait prouvé que la spirale insérée après la délivrance serait un moyen de contraception sûr et efficace. On devrait proposer aux femmes enceintes une information sur la contraception du post-partum, car 84% seulement en parleraient avec la sage-femme après l'accouchement et 50% des femmes quitteraient l'hôpital sans contraceptif, selon l'une des références retenues.

Prévention secondaire : 4.- Prévention de la dépression du post-partum

Mots-clés: (il n'y a pas eu de recherche spécifique par mots-clés pour ce thème) postpartum / consultation and pregnancy / feeding and pregnancy / counseling and pregnancy

Selon deux des références retenues, 50 à 80% des femmes développeraient une forte labilité émotionnelle (blues du post-partum), 10 à 20% des femmes une dépression du post-partum et 0.1 à 0.2% une psychose. La majorité des références retenues déplorent que les symptômes de la dépression post-partum restent fréquemment non diagnostiqués, alors qu'un traitement précoce serait d'une

grande importance pour prévenir les désordres psychosociaux graves de la mère et de son enfant consécutifs à cette dépression, ainsi que le risque élevé de récurrence. Selon l'une des références, on ignorerait encore partiellement les causes de cette pathologie. Les femmes à risque devraient être adressées en consultation psychiatrique avant la grossesse, et il faudrait établir une bonne collaboration entre les services psychiatriques et obstétricaux, selon deux des références retenues. Concernant le traitement, il semble que le soutien par les professionnels ait un rôle important à jouer. Deux des références recommandent en premier lieu la psychothérapie (individuelle ou de la famille entière), une autre référence indique certains antidépresseurs sans effets secondaires pour l'enfant d'une mère qui allaite - mais il n'y aurait que peu de données sur les conséquences des traitements psychopharmacologiques pour l'enfant à long terme, selon une autre référence. La césarienne pourrait être de choix pour des raisons psychologiques dans certains cas; dans d'autres cas, ce choix pourrait renforcer le comportement d'évitement symptomatique pour les femmes fragilisées par une première naissance. Un contrôle soigneux de la douleur pendant l'accouchement serait alors indispensable. Un index prédictif de la dépression post-partum pourrait être utile dans la pratique clinique, selon l'une des références.

Prévention secondaire : 5.- Traitement préventif de l'alloimmunisation

Mots-clés: anti-d and postpartum / postpartum / anti D

Sans la prévention par immunoglobulines anti-D, 7,5 % de femmes Rh négatives auraient des anticorps six mois après l'accouchement, selon l'une des références retenues, alors que le taux serait à 0,2 % avec cette prophylaxie et à 0,06 % s'il y avait une mesure préventive supplémentaire durant le troisième trimestre de la grossesse. Quatre des références retenues recommandent d'administrer les immunoglobulines anti-D à toutes les femmes Rh négatives ayant un nouveau-né Rh positif (ou de Rh inconnu) dans les 72 heures qui suivent l'accouchement. Malgré la très grande efficacité de cette intervention préventive, on ne pourrait exclure complètement une immunisation, selon l'une des références retenues, et une prophylaxie supplémentaire prénatale est recommandée par trois des références retenues. Pour que cette mesure soit économiquement valable, l'une des références recommande d'immuniser les primipares uniquement, d'autant plus qu'il manquerait des études systématiques évaluant la réduction de la mortalité consécutive à cette mesure. Il n'existerait pas assez de preuves pour recommander un dosage précis (200 µg ou 50 µg), selon deux des références retenues.

Evaluation : 6.- Autres moyens de diagnostic: contenu utérin (échographie, IRM)

Mots-clés: diagnosis and placenta and postpartum / episiotomy and postpartum

L'échographie serait la méthode de choix pour évaluer le contenu utérin, selon l'une des références retenues. Dans les cas plus compliqués, de placenta accreta par exemple, l'IRM permet d'obtenir de meilleurs renseignements que l'échographie et le CT scan, comme l'indiquent deux références. L'IRM semble permettre une évaluation de la structure du périnée.

Traitement : 1.- Rééducation périnéale du post-partum

Mots-clés: physiotherapy and pregnancy / pelvic floor / postpartum / episiotomy and postpartum

20% environ des femmes entre 25 et 64 ans présenteraient une incontinence urinaire, selon l'une des références retenues. Les professionnels de la santé devraient savoir évaluer l'incontinence urinaire pour déterminer un traitement adéquat, dont le nombre aurait beaucoup augmenté durant les dernières 50 années. Six des références retenues recommandent comme première démarche de traitement la rééducation des muscles pelviens et l'entraînement vésical. Ceci diminuerait significativement l'incidence et la prévalence de l'incontinence. La stimulation électrique en cas d'incontinence d'effort et de stress serait une technique controversée, et il faudrait d'autres études pour évaluer son efficacité. En ce qui concerne le traitement chirurgical, une référence affirme l'efficacité de la chirurgie contre l'incontinence de stress, une autre référence souligne que les patientes enceintes ayant subi cette intervention chirurgicale représentent un défi pour les médecins qui s'en occupent. Les pratiques obstétricales responsables des larmes de 3^{ème} et 4^{ème} degré seraient l'épisiotomie et le forceps, selon

deux des références retenues. Indépendamment de la modalité de l'accouchement, l'incontinence anale surviendrait dans un nombre surprenant de cas, selon l'une des références.

Traitement : 2.- Soins de l'épisiotomie

Mots-clés: episiotomy and postpartum / analgesia and postpartum / episiotomy / postpartum

La bonne évolution de la cicatrisation de l'épisiotomie ainsi que la diminution de l'oedème périnéal dépendraient d'une hygiène soignée, de la cryothérapie, de la position surélevée des jambes et d'exercices du périnée réguliers. La sage-femme jouerait un rôle important dans ces soins, selon l'une des références retenues. Pour la diminution de la douleur périnéale, l'application locale de la lidocaïne 2% dans la période post-partum immédiate, le butibufen microcapsulé et le naproxen, ainsi que le butorphanol tartrate par voie transnasale seraient très efficaces.

Traitement : 3.- Traitement de l'anémie du post-partum et 4.- Adjonction en calcium durant l'allaitement maternel

Mots-clés: postpartum / iron and postpartum / supplement and postpartum / anaemia and postpartum / hemoglobin and pregnancy

Pendant l'allaitement, une prise de 380 µg de folates alimentaires ne serait pas suffisante, selon une des références retenues. Le rôle du calcium dans la diminution de la masse osseuse secondaire à l'allaitement est controversée: une référence recommande la prise d'une ration généreuse de calcium alimentaire et de protéines, une autre référence souligne que les suppléments en calcium ne prévendraient pas cette diminution osseuse, une troisième référence énonce que la prise prolongée de calcium ne diminuerait pas les réserves en fer. La supplémentation en fer pendant la période post-partum jouerait un rôle dans le statut immunitaire de la mère et prévendrait les troubles de l'humeur. Le traitement par érythropoïétine humaine combinée avec du fer ne fait pas l'unanimité: une référence recommande le traitement combiné pour les personnes en carence d'érythropoïétine, alors qu'une autre référence pense que ce traitement additionnel ne serait pas justifié et que le traitement de choix serait la supplémentation en fer par voie i.v. Le traitement par acupuncture serait efficace contre l'anémie, selon une référence.

Traitement : 5.- Suppression de la lactation

Mots-clés: postpartum / bromocriptine and postpartum

Toutes les références retenues recommandent d'utiliser la bromocriptine (Parlodel®) avec beaucoup de précautions, car elle aurait causé des complications cérébrales et cardio-vasculaires chez les femmes désirant ne pas allaiter. Le pic de ces complications se situerait entre le 6^e et le 14^e jour post-partum; il y aurait également des épisodes d'hypertension artérielle survenant quelque peu après ce pic. Les études sur les méthodes non pharmacologiques empêchant la montée de lait sont très lacunaires. Ces méthodes seraient toutefois insuffisantes et la plupart des femmes subiraient des engorgements ou douleurs durant la première semaine post-partum, selon l'une des références retenues. Les médecins, face à ce problème, devraient conseiller aux femmes enceintes d'allaiter leur enfant au sein.

Traitement : 6.- Tire-lait (manuel et électrique)

Mots-clés: breast pump§

Le tire-lait, donné à la sortie de la maternité, inciterait davantage à l'arrêt de l'allaitement maternel que le lait artificiel donné au même moment, selon l'une des références retenues. Selon une autre référence, on pourrait négliger l'influence de ces deux produits sur l'allaitement. Le tire-lait avec une composante tactile ainsi que celui avec un système de double pompage maintiendraient la production du lait et favoriseraient son flux d'éjection.

Traitement : 7.- Allaitement maternel

Mots-clés: breastfeeding

Les recommandations concernant l'encadrement de l'allaitement maternel sont concordantes parmi les références retenues. Il est recommandé de promouvoir le counselling pré- et postnatal (cours et brochures), de pratiquer la tétée précoce, de séparer le moins possible la mère de son enfant durant le séjour à la maternité, de soutenir l'allaitement à la demande, d'éviter les compléments si possible, ainsi que les «dolettes» ou autres substituts à la tétée. L'équipe soignante doit assurer un encadrement important et homogène selon un protocole établi, car la correction de la technique de l'allaitement diminuerait les problèmes à court et à long terme et aiderait à éviter les médications (ocytocine). La distribution d'échantillons gratuits devrait être interdite, selon l'une des références retenues. Le départ précoce de l'hôpital augmenterait la durée de l'allaitement. Les études de l'allaitement mixte seraient contradictoires et non concluantes, selon l'une des références retenues.

Traitement : 8.- Promotion de l'allaitement maternel

Mots-clés: breastfeeding / postpartum

Le soutien des et le conseil par les professionnels occupent une place très importante dans la promotion de l'allaitement maternel, selon la majorité des références retenues, depuis la période avant la grossesse jusqu'au post-partum tardif. Les programmes de promotion devraient tenir compte des facteurs multiples qui influencent la décision d'allaiter au sein - influences négatives comme par exemple le tabac - et attacher de l'importance à l'environnement social (le mari) et aux conditions de la vie professionnelle d'une femme allaitante, selon cinq des références retenues. Il serait certain que le lait maternel donne une immunisation passive à court et à long terme. Toutefois, les mères HIV positives ne doivent pas allaiter et les conséquences d'autres virus présents dans le lait doivent encore être établies, selon l'une des références. D'autres avantages cités par les références retenues sont l'économicité de l'allaitement maternel et les avantages dentofaciaux pour l'enfant. La distribution de publicités pour le lait artificiel semble aller à l'encontre de la promotion pour l'allaitement maternel, selon deux références retenues.

Traitement : 9.- Traitement non-pharmacologique de l'engorgement bénin et des crevasses du sein

Mots-clés: breastfeeding / pain relief and postpartum / oedema and pregnancy

Dans le cas d'un engorgement du sein lors de l'allaitement maternel, l'application de feuilles de chou serait aussi efficace et plus appréciée que l'application de *coldpacks*, selon deux références retenues. Même si leur efficacité reste encore à prouver, les feuilles de chou aideraient les femmes à continuer l'allaitement dans le post-partum immédiat, comme le souligne une des références retenues. Les crevasses peuvent être traitées par un pansement qui maintient un environnement humide, ainsi que par l'application de sachets de thé tiède, selon l'une des références retenues.

PRÉVENTION SECONDAIRE: POST-PARTUM

- Légende:**
- + : littérature existe, elle présente un niveau de preuve élevé, la recommandation est positive
 - (+) : littérature existe, le niveau de preuve n'est pas élevé, cependant elle est abondante et concordante quant à la recommandation positive
 - +/- : littérature existe, elle est divergente quant à la recommandation
 - ? : littérature insuffisante
 - sc : recommandation positive sous condition, explicitée dans une note de bas de page

POST-PARTUM	Recommandation	Couverture LAMal	Références
1) <i>Prévention de l'hémorragie du post-partum</i>	(+) ⁴³⁷	L'assurance obligatoire des soins prend en charge, en plus des coûts des mêmes prestations que pour la maladie, ceux des prestations spécifiques de maternité. Ces prestations comprennent: [...] l'accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans une institution de soins semi-hospitaliers ainsi que l'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme; [...]	LAMal, art. 29, al. 1 et 2, let. b
2) <i>Prévention de la thrombose du post-partum</i>	(+) ⁴³⁸	L'assurance obligatoire des soins prend en charge, en plus des coûts des mêmes prestations que pour la maladie, ceux des prestations spécifiques de maternité. Ces prestations comprennent: [...] l'accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans une institution de soins semi-hospitaliers ainsi que l'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme; [...] L'assurance prend en charge, en cas de maternité, les examens de contrôle suivants [...]: contrôle du post-partum un examen entre la sixième et la dixième semaine post-partum: anamnèse intermédiaire, status gynécologique et clinique y compris l'octroi de conseils.	LAMal, art. 29, al. 1 et 2, let. b OPAS, art. 13, let. e

⁴³⁷ L'hémorragie du post-partum compte parmi les causes principales de décès maternel, une surveillance étroite est donc recommandée dans les premiers jours après l'accouchement.

⁴³⁸ La thrombose veineuse du post-partum compte parmi les causes principales de décès maternel. Sa prise en charge ne diffère pas du traitement classique de la thrombose veineuse.

POST-PARTUM	Recommandation	Couverture LAMal	Références
3) <i>Post-partum et contraception</i> - Médicaments - Counselling	(+)	Aucune. L'assurance prend en charge, en cas de maternité, les examens de contrôle suivants [...]: contrôle du post-partum un examen entre la sixième et la dixième semaine post-partum: anamnèse intermédiaire, status gynécologique et clinique y compris l'octroi de conseils.	OPAS, art. 13, let. e
4) <i>Prévention de la dépression du post-partum</i>	(+) ⁴³⁹	L'assurance obligatoire des soins prend en charge, en plus des coûts des mêmes prestations que pour la maladie, ceux des prestations spécifiques de maternité. Ces prestations comprennent: [...] l'accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans une institution de soins semi-hospitaliers ainsi que l'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme; [...] L'assurance prend en charge, en cas de maternité, les examens de contrôle suivants [...]: contrôle du post-partum un examen entre la sixième et la dixième semaine post-partum: anamnèse intermédiaire, status gynécologique et clinique y compris l'octroi de conseils.	LAMal, art. 29, al. 1 et 2, let. b OPAS, art. 13, let. e
5) <i>Traitement préventif de l'alloimmunisation</i>	sc ⁴⁴⁰	Remboursé pour certaines présentations.	LS

⁴³⁹ La majorité des références retenues déplorent que les symptômes de la dépression post-partum ne soient fréquemment pas diagnostiqués alors qu'un traitement précoce serait d'une grande importance pour prévenir les troubles psychosociaux graves de la mère et de son enfant consécutifs à cette dépression.

⁴⁴⁰ Il y a suffisamment de preuves de bonne qualité pour recommander l'administration d'immunoglobulines anti-D à toutes les femmes Rh négatives ayant un nouveau-né Rh positif (ou Rh inconnu). Bien que le niveau de preuve ne soit pas élevé, trois des références retenues recommandent une prophylaxie prénatale supplémentaire.

EVALUATION: POST-PARTUM

POST-PARTUM	Recommandation	Couverture LAMal	Références
1) <i>Autres moyens de diagnostic: le contenu utérin</i> - par échographie	? ⁴⁴¹	L'assurance obligatoire des soins prend en charge, en plus des coûts des mêmes prestations que pour la maladie, ceux des prestations spécifiques de maternité. Ces prestations comprennent: [...] l'accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans une institution de soins semi-hospitaliers ainsi que l'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme; [...]	LAMal , art. 29, al. 1 et 2, let. b
- Par IRM	?	Résonance magnétique nucléaire en tant que procédé d'imagerie (IRM): oui.	OPAS , ann. 1, ch. 9.2

⁴⁴¹ Bien que le niveau de preuve ne soit pas élevé et bien que la littérature retenue soit insuffisante pour conclure, il semble que l'échographie soit la méthode de choix pour l'évaluation courante du contenu utérin, alors que l'IRM semble donner de bons résultats dans des cas plus complexes (ex. placenta accreta).

TRAITEMENT: POST-PARTUM

POST-PARTUM	Recommandation	Couverture LAMal	Références
1) <i>Rééducation périnéale du post-partum</i>	+	Les prestations suivantes des physiothérapeutes [...] sont prises en charge lorsqu'elles sont fournies sur prescription médicale: [...] massages manuels et kinésithérapie: [...] gymnastique médicale Les sages-femmes peuvent aussi fournir les prestations [...] à la charge de l'assurance. Soins en cas de troubles de l'évacuation urinaire ou intestinale, y compris la rééducation en cas d'incontinence [...].	OPAS , art. 5, al. 1, let. b, ch. 2 OPAS , art. 16, al. 2, qui renvoie à: art. 7, al. 2, let. b, ch. 11
2) <i>Soins de l'épisiotomie</i>	+	Remboursé pour certaines présentations.	LS
3) <i>Traitement de l'anémie du post-partum</i>	+	Remboursé pour certaines présentations.	LS
4) <i>Supplémentation en calcium durant l'allaitement maternel</i>	+/- ⁴⁴²	Remboursé pour certaines présentations.	LS
5) <i>Suppression de la lactation</i>	sc ⁴⁴³	Remboursé pour certaines présentations.	LS
6) <i>Tire-lait (manuel et électrique)</i>	+/-	Tire-lait manuel, Tire-lait électrique.	LiMA

⁴⁴² Le rôle que joue le calcium pour éviter la diminution de la masse osseuse secondaire à l'allaitement ne fait pas unanimité parmi la littérature retenue.

⁴⁴³ Bien que le niveau de preuve ne soit pas élevé, la littérature retenue concorde pour recommander l'emploi de la bromocriptine (Parlodel®) avec précaution. Elle déplore le manque d'études sur les méthodes non-pharmacologiques concernant la suppression de la lactation.

POST-PARTUM	Recommandation	Couverture LAMal	Références
7) <i>Allaitement maternel</i>	+	L'assurance obligatoire des soins prend en charge [...] les conseils nécessaires en cas d'allaitement. Les conseils en cas d'allaitement [...] sont à la charge de l'assurance lorsqu'ils sont prodigués par une sage-femme ou par une infirmière ayant suivi une formation spéciale dans ce domaine. Le remboursement est limité à trois séances.	LAMal , art. 29, al. 1 et 2, let. c OPAS , art. 15, al. 1 et 2
8) <i>Promotion de l'allaitement maternel</i>	+	L'assurance obligatoire des soins prend en charge [...] les conseils nécessaires en cas d'allaitement. Les conseils en cas d'allaitement [...] sont à la charge de l'assurance lorsqu'ils sont prodigués par une sage-femme ou par une infirmière ayant suivi une formation spéciale dans ce domaine. Le remboursement est limité à trois séances.	LAMal , art. 29, al. 1 et 2, let. c OPAS , art. 15, al. 1 et 2
9) <i>Traitement non-pharmacologique de l'engorgement bénin du sein et des crevasses</i>	+	L'assurance obligatoire des soins prend en charge [...] les conseils nécessaires en cas d'allaitement.	LAMal , art. 29, al. 1 et 2, let. c

3.2.5.3 Commentaire

Les thèmes choisis pour traiter de la grossesse normale, des soins au nouveau-né en bonne santé et du suivi post-partum sont globalement bien couverts par la littérature. Cependant, sur beaucoup de thèmes, la qualité méthodologique de la recherche est limitée. Le consensus se fait en conséquence souvent sur des interventions largement pratiquées et dont une évaluation formelle serait difficilement acceptée.

En ce qui concerne la grossesse, les lacunes sont particulièrement évidentes pour les thèmes relatifs à la prévention (par ex. préparation à la naissance), probablement en raison de la difficulté d'apprécier les effets immédiats d'interventions sur le bien-être de la mère et de l'enfant. C'est entre autres grâce à l'intérêt particulier que le «*Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*» a accordé à la grossesse qu'une littérature de bonne qualité est disponible. La littérature reste cependant divergente dans ses recommandations sur des thèmes tels que le nombre de consultations prénatales, la fréquence du dépistage de la toxoplasmose pendant la grossesse, certains dépistages sériques, les supplémentations pendant la grossesse, ou encore le nombre adéquat d'échographies. Pour les soins aux nouveau-nés, le dépistage sérique de l'ictère physiologique et son éventuel traitement, ainsi que le mode, la quantité et la fréquence de l'administration préventive de vitamine K sont des domaines pour lesquels les connaissances restent limitées.

Parmi les prestations étudiées, celles qui sont clairement recommandées sont couvertes par l'assurance de base tant pour la grossesse que pour les soins au nouveau-né en bonne santé et le suivi post-partum.

Cependant, certaines prestations recommandées ne sont remboursées que partiellement ou sous condition. On relève en particulier le conseil préconceptionnel et préimplantatoire, le planning familial et la contraception (avant grossesse ou durant la période post-partum).

Les restrictions mises au remboursement de l'amniocentèse ou du prélèvement de villosités chorales correspondent aux recommandations de la littérature (critères d'âge ou risque équivalent à celui des mères de plus de 35 ans, ce dernier pouvant être cerné par des dosages sériques dont le remboursement est moins restrictif). D'autres prestations ne sont remboursées que sous conditions (Doppler, cardiotocogramme, échographies au-delà de deux examens) et sortent en conséquence de la présente analyse, qui se limite à la grossesse normale.

3.3 DISCUSSION

Le groupe de travail s'est heurté à deux limitations méthodologiques majeures: celles de la littérature d'une part, et celles de la méthode choisie d'autre part.

A l'époque de la médecine fondée sur des preuves («evidence-based medicine» ou EBM⁴⁴⁴), on aurait pu espérer que la littérature scientifique disponible sur Internet permette aisément de trouver des recommandations scientifiques de bonne qualité pour les confronter avec la prise en charge par l'assurance de base. Mais le caractère encore incomplet et inconsistant de l'EBM a été relevé⁴⁴⁵ et même si Sackett a probablement sous-estimé la proportion de procédures médicales dont l'efficacité est prouvée scientifiquement (10-20% des prestations effectuées)⁴⁴⁶, il faut reconnaître que la littérature trouvée et retenue comporte des lacunes importantes aussi bien sur le plan de la quantité que de la qualité des preuves sous-tendant les recommandations. Dans une prise de position récente, Steurer a illustré cette limitation, liée à l'EBM elle-même: "bien que, pour un nombre croissant de prestations, la littérature permette de déterminer leur caractère efficace, économique et approprié, il faut admettre l'existence d'autres facteurs intervenant dans la question du caractère raisonnable d'une prestation: au niveau micro, la décision de fournir une prestation résulte de l'interaction entre le médecin et le patient, alors qu'au niveau macro, ceci est une décision de société. L'EBM ne fournit que les bases de décision nécessaires⁴⁴⁷". Des trois critères d'efficacité, d'économicité et d'adéquation d'une prestation, c'est sans doute celui de l'efficacité qui est le mieux analysé par la littérature.

En ce qui concerne la méthode de recherche choisie, il est important de souligner qu'elle ne prétend nullement être une méta-analyse ou une revue systématique de la littérature pour chaque sujet traité. Le but est de réunir les prises de position de bonne qualité et/ou les plus documentées. Une revue systématique représente en effet un exercice long et délicat, exigeant beaucoup de minutie et d'expertise⁴⁴⁸. En outre, on sait que Medline ne contient qu'environ un tiers des articles écrits dans le monde sur un sujet donné. Certes, The Cochrane Library recrute des articles dans d'autres bases de données, mais elle reste encore très fragmentaire dans la plupart des sujets traités. De plus, il est certain que des études peut-être pertinentes n'ont pas été retenues - soit parce qu'elles n'ont pas été trouvées par la méthode de recherche choisie, soit parce qu'il n'y avait pas d'abstract disponible dans Medline - et que leur omission a quelque peu tronqué l'énoncé des recommandations finales.

Le groupe de travail a fait le choix de ne retenir que les recommandations positives. Il n'a délibérément pas répondu à la question de savoir si le «catalogue» de prestations contient des prestations non recommandées par la littérature. Le résultat de la recherche a donc tenté de mettre en évidence si le «catalogue» contient ce qui est recommandé.

A de rares exceptions près, les évaluations économiques des prestations n'ont pas été incluses; par conséquent, le présent rapport n'autorisera pas de jugement sur le caractère économique ou non du «catalogue» de prestations. Les études d'adéquation, comme celles utilisant la méthode RAND-UCLA, ont également été écartées, car elles sont actuellement encore trop peu nombreuses⁴⁴⁹, et les guidelines seules n'ont très souvent pas la qualité suffisante pour pouvoir juger de l'adéquation des prestations⁴⁵⁰.

Le travail de recherche s'est volontairement limité aux études d'efficacité; ce faisant, il faut finalement signaler que nous avons choisi de retenir certaines guidelines malgré le fait que leurs auteurs les

⁴⁴⁴ Sackett DL. Evidence-based medicine. *Semin Perinatol* 1997;21(1):3-5.

⁴⁴⁵ Raise R. Evidence-based policy: rhetoric and reality. *J Health Serv Res Policy* 1998;3:251-3.

⁴⁴⁶ Ellis J, Mulligan I, Rowe J, Sackett DL. Inpatient general medicine is evidence based. *Lancet* 1995;346:407-10.

⁴⁴⁷ Steurer J. Evidence-based medicine: die Überprüfung der Wirksamkeit bestehender Massnahmen. *BMS* 1999;80(45):2670-1.

⁴⁴⁸ Sidoti-Pinto C, Cornuz J. Protocole d'une revue systématique de la littérature: l'exemple des facteurs de risque de l'anévrisme de l'aorte abdominale. *Med et Hyg* 1998;56:284-9.

⁴⁴⁹ Junod A. Les coûts de la santé: des choix à faire, des valeurs à préserver. *Med et Hyg* 1998;56(2227):1996-2002.

⁴⁵⁰ Froehlich F. Endoscopies: Too Many and Not Enough. *Endoscopy* 1997;29:652-4.

destinent exclusivement à un usage médical et non pas aux des fins d'établir une politique de remboursement.

De l'ensemble des traceurs, la leucémie aiguë est sans doute l'affection pour laquelle les prestations étudiées sont les plus systématiquement couvertes par l'assurance-maladie de base. Cependant, ce constat est à mettre en relation avec les domaines d'activité analysés par ce traceur: les prestations étudiées pour la LA se situent en effet essentiellement dans les sphères de l'évaluation et du traitement. Ces deux domaines, qui relèvent avant tout de la responsabilité médicale, sont ceux pour lesquels la couverture des prestations est aussi la plus complète pour l'ensemble des autres traceurs.

En revanche, les domaines dans lesquels s'inscrivent les compétences d'autres professions soignantes (prévention, réadaptation, suites de soins) sont ceux dans lesquels les traceurs mettent davantage en évidence une couverture parfois incomplète. Ce constat reflète par ailleurs les limites de la littérature consultée, qui est en général moins abondante, et surtout souvent moins rigoureuse, dès que l'on quitte l'évaluation d'interventions strictement médicales. Les faiblesses de la littérature peuvent cependant être contournées par la mise en place de projets pilote, visant à définir la place à donner à certaines prestations, à l'exemple de l'évaluation consacrée au dépistage de l'ostéoporose actuellement en cours.

Le «catalogue» des prestations couvre en fait une grande variété de prestations; sa limite principale est liée au fait que le remboursement de la plupart des prestations est subordonnée à leur prescription médicale (par ex. physiothérapie), voire à leur exécution par un médecin (par ex. thérapie comportementale). Ce principe n'est pas en contradiction avec l'accès pour tous à des soins de qualité si les deux conditions suivantes sont remplies :

- la formation des médecins est suffisante pour permettre une prescription de qualité pour l'ensemble des prestations fournies par les autres professions soignantes, y compris dans les domaines de la prévention, de la réadaptation et des suites de soins;
- en ce qui concerne les prestations remboursées exclusivement lorsqu'elles sont fournies par les médecins : les médecins formés offrant de telles prestations sont en nombre suffisant pour éviter la constitution de files d'attente.

Des affections telles que l'AVC ou la fracture de hanche requièrent par ailleurs des interventions multiples, dont la coordination constitue une prestation en soi. De telles affections seront d'ailleurs de plus en plus fréquentes, en raison du vieillissement de la population et de la prévalence élevée d'affections chroniques au grand âge. Alors que la multidisciplinarité est valorisée en milieu hospitalier, notamment par la création d'unités de réadaptation ou d'unités de soins spécialisées (cf. «stroke units»), sa place et en particulier le remboursement des prestations de coordination qu'elle nécessite paraît absente du «catalogue» prévu par la LAMal. Il est ainsi difficile de trouver un cadre au remboursement d'activités s'inscrivant dans un programme de prévention (par ex. programmes formels d'exercice physique) ou de réadaptation alors que le «catalogue» prévoit le remboursement d'activités ponctuelles (par ex. gymnastique médicale). Cette lacune pourrait compromettre le développement de formes de prise en charge multidisciplinaire ambulatoire.

Parmi les prestations ne figurant pas dans le «catalogue» suisse, deux traceurs mettent en évidence les aides à domicile. Or, le maintien d'un niveau acceptable d'hygiène pour une personne handicapée vivant à son domicile nécessite souvent que des prestations telles que la livraison de repas préparés, l'entretien du linge et du ménage soient fournies. Fondamentalement, au même titre que les soins de base, de telles prestations ne peuvent pas être considérées comme superflues et leur indisponibilité peut rapidement se traduire par une dégradation de l'état de santé.

4 CONCLUSIONS

Des deux volets de l'analyse, il ressort que :

1. Les prestations d'évaluation et de traitement faisant l'objet d'une recommandation positive dans la littérature médicale consultée sont à de rares exceptions près remboursées. Les prestations dont la couverture pourrait être améliorée se situent généralement dans les domaines de la prévention, de la réadaptation et des suites de soins.
2. Si le «catalogue» suisse couvre pratiquement l'ensemble des prestations fournies par les médecins, l'une des conditions posées pour le remboursement des prestations de la plupart des autres professions soignantes est leur prescription par le corps médical. Par ailleurs, certaines prestations couramment fournies par d'autres catégories professionnelles (notamment dans le champ de la psychiatrie) ne sont remboursées que dans la mesure où elles sont effectuées par un médecin. Le statut des autres professions soignantes est variable: les chiropraticiens et les sages-femmes disposent d'une certaine autonomie jusque dans la prescription. A l'opposé, les prestations des neuropsychologues indépendants ne sont pas reconnues. Le degré d'autonomie, et de remboursement, des professions soignantes paramédicales est l'une des principales différences relevées entre les «catalogues» des différents pays examinés. L'ouverture faite en Allemagne aux psychologues pour l'exercice de la psychothérapie résulte de la pression d'une demande que le corps médical ne suffisait pas à assumer; dans un tel cas, la restriction du remboursement à une seule catégorie professionnelle peut en effet constituer une barrière à l'accès aux soins.
3. La plupart des prestations exclues explicitement du «catalogue» suisse le sont souvent aussi dans les autres pays étudiés. Le «catalogue» suisse se caractérise cependant par l'absence de couverture dans deux domaines :
 - Bien que la santé des dents soit indispensable à la nutrition, et en conséquence au maintien de l'état de santé, les soins dentaires sont totalement écartés du «catalogue» suisse, à l'exception de ceux rendus nécessaires à la suite d'un accident et ceux résultant d'une maladie. Aucun des autres pays étudiés ne considère que les soins dentaires résultent a priori d'une négligence et devraient en conséquence être exclus de leur «catalogue»; certains pays abordent au contraire la question de la responsabilité personnelle en encourageant les contrôles réguliers et en réduisant, en cas de prestations de soins, la quote-part des assurés pouvant en faire état.
 - Le «catalogue» suisse prévoit le remboursement des soins de base. En revanche, les besoins en matière d'aide à domicile ne sont pas couverts par l'assurance-maladie sociale. Certains pays ont introduit une assurance-dépendance permettant de prendre en charge les besoins liés à la dépendance fonctionnelle chronique.
4. Une particularité de l'assurance-maladie en Suisse, par rapport à l'ensemble des autres pays considérés, est l'existence d'une franchise obligatoire s'appliquant aux prestations tant préventives que curatives. Cette exigence, conçue comme mesure de maîtrise des coûts, paraît entrer en contradiction avec son objectif dans deux circonstances :
 - lorsque l'on attend de la prestation préventive un bénéfice au moins autant pour la communauté en général que pour l'individu qui s'y soumet en particulier (par ex. vaccination contre la rougeole);
 - lorsque la prestation préventive est caractérisée par un bénéfice supérieur à son coût.

La soumission de telles prestations préventives à la franchise est contre-productive d'un point de vue de société; elle peut aussi, et ceci s'applique à toutes les prestations de prévention, constituer une barrière financière d'autant plus dissuasive que le résultat de la prestation n'est pas immédiatement mesurable (contrairement aux prestations d'ordre thérapeutique pour lesquelles le patient peut rapidement observer l'effet du traitement sur son bien-être).

Les limites posées à un catalogue de prestations pour des motifs économiques devraient être explicites. Le «catalogue» suisse résulte d'une option prise de reconnaître la compétence médicale pour ce qui a trait à l'assurance-maladie, en réservant au corps médical le droit presque exclusif de prescrire, et parfois de traiter, à charge de l'assurance. Sous cet angle, le «catalogue» suisse n'écarte réellement qu'une seule catégorie de prestations médicales en cas de maladie, celles effectuées par les médecins-dentistes. Pour le reste, on peut admettre que le contenu actuel du «catalogue» des prestations est suffisant pour éviter le développement d'une médecine à deux vitesses dans les champs de l'évaluation et du traitement des maladies. Ce n'est en revanche pas le cas si l'on se réfère à la prévention dans la mesure où des personnes consommant peu de soins peuvent être amenées à renoncer à des prestations préventives non libérées de franchise. On peut craindre également le développement d'une médecine à deux vitesses si l'exercice de certaines activités est limité aux médecins (du moins du point de vue du remboursement) et que le nombre de médecins formés à ces activités est trop restreint; l'accès aux prestations de psychothérapie et de réadaptation ambulatoire pourrait être concerné.

S'il est logique qu'un catalogue de base de l'assurance-maladie couvre prioritairement les traitements médicaux réputés efficaces dans le cadre de la maladie, les choix implicites ou explicites se situent au-delà de ce champ. Notre analyse montre qu'ils sont intervenus en particulier dans les domaines :

- des prestations paramédicales non prescrites par des médecins (actuellement exclues du «catalogue», à l'exception des prestations des chiropraticiens et des sages-femmes);
- des prestations de médecine complémentaire que leurs défenseurs refusent de soumettre à une évaluation répondant aux principes scientifiques (actuellement incluses, sous réserve d'une décision ultérieure qui devrait être fondée sur une évaluation);
- des prestations d'aide à domicile qui, bien qu'elles ne soient pas des prestations de soins, sont cependant rendues nécessaires par une maladie ou un accident et sont indispensables au maintien de l'état de santé (actuellement exclues);
- des prestations de prévention, dont le bénéfice pour l'individu est incertain mais dont l'efficacité est démontrée d'un point de vue de santé publique (actuellement incluses pour certaines d'entre elles, mais non libérées de franchise et de participation aux frais).

Deux questions sous-tendent la plupart des choix relatifs aux marges du «catalogue» des prestations.

La première est de savoir dans quelle mesure le «catalogue» de l'assurance obligatoire doit inclure ou non des prestations perçues comme efficaces «dans l'absolu», ou doit au contraire se limiter à la couverture des prestations reconnues comme efficaces en comparaison de l'évolution naturelle, d'un placebo ou d'autres thérapies. C'est à cette question que devra en particulier se référer l'évaluation des médecines parallèles. Si l'on accepte l'idée que ces pratiques n'ont pas à se soumettre aux critères habituels de l'évaluation scientifique, il convient de reconnaître que de nombreuses interventions ont un effet positif sur la santé, dans l'absolu. Les massages, les psychothérapies en vue du développement personnel, les activités de loisir, la prise de vacances en font probablement partie sans qu'il ait jamais été envisagé de les inclure parmi les prestations couvertes par l'assurance-maladie sociale.

La seconde question est de savoir dans quelle mesure le «catalogue» de l'assurance obligatoire doit inclure ou non des prestations certainement efficaces, mais qui ne relèvent pas des compétences des professions de la santé. Si le champ couvert par l'assurance-maladie doit dépasser celui d'une médecine fondée sur des principes scientifiques, le développement d'une médecine à deux vitesses pourrait résulter de l'inclusion, dans le «catalogue», de prestations de soins dont l'efficacité n'est pas prouvée, bien que leur désirabilité soit grande, et de l'exclusion simultanée de prestations efficaces mais dont la nature ne requiert pas les compétences particulières des professions soignantes. Un arbitrage relatif aux élargissements du «catalogue» paraît alors nécessaire car les rapports de force entre les différents groupes de population concernés par ces prestations sont souvent faussés; par exemple, les consommateurs de médecines parallèles et de prestations d'aide à domicile ne se situent pas dans les mêmes classes d'âge et leur capacité à exprimer leurs préférences est sans doute inégale. Il est souhaitable que cet arbitrage résulte d'un examen soigneux des conséquences prévisibles du renoncement à la couverture de telles prestations sur la santé de la population.

Liste des parutions

- N° 1 *Burnand B, Paccaud F, eds.* Maîtrise de la qualité dans les hôpitaux universitaires: satisfaction des patients. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 20.-
- N° 2 *Addor V, Fawer C-L, Santos-Eggimann B, Paccaud F, Calame A, Groupe Eden.* Naissances vaudoises 1993-1994 : caractéristiques et facteurs de risque pour une affection chronique. (Rapport EDEN, 1). Lausanne : IUMSP, 1996. CHF 18.-
- N° 3 *Yalcin T, Seker E, Beroud C, Eggli Y.* Planification des lits du CHUV: projections 1994-2005. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 10.-
- N° 4 *Narring F, Michaud P-A, Wydler H, Davatz F, Villaret M.* Sexualité des adolescents et sida : processus et négociations autour des relations sexuelles et du choix de la contraception. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 30.-
- N° 5 *Eggli Y, Yalcin T, Basterrechea L.* Le système d'information dirigeant des Hospices : conception générale. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 10.-
- N° 6 *Eggli Y, Basterrechea L, Beroud C, Halfon P, Nguyen N, Perret A, Seker E, Yalcin T.* Tableaux de bord et de suivi conception détaillée. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 10.-
- N° 7 *Nguyen N, Eggli Y, Ruchet T, Schenker L.* Prévision budgétaire . Instructions, méthode et manuel d'utilisation. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 20.-
- N° 8 Manuel du Programme « Qualité » des Hospices. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 15.-
- N° 9 *Meystre-Agustoni G, Jeannin A, Dubois-Arber F, Paccaud F.* Dépistage du cancer du sein par mammographie : évolution des conséquences psychologiques négatives chez les participantes. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 12.-
- N° 10 *Ferron C, Cordonier D, Schalbetter P, Delbios Piot I, Michaud P-A.* Santé des jeunes en rupture d'apprentissage : une recherche-action sur les modalités de soutien, les déterminants de la santé et les facteurs favorisant une réinsertion socio-professionnelle. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 20.-
- N° 11 *Narring F, Berthoud A, Cauderay M, Favre M, Michaud P-A.* Condition physique et pratiques sportives des jeunes dans le canton de Vaud. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 20.-
- N° 12 *Berthoud A, Michaud PA.* Accompagnement et prévention des ruptures d'apprentissage : une recherche menée dans les cantons romands. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 20.-
- N° 13 *Moreau-Gruet F, Cochand P, Vannotti M, Dubois-Arber F.* L'adaptation au risque VIH/sida chez les couples homosexuels : version abrégée. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 12.-

- N° 14 *Ferron C, Michaud PA, Dubois-Arber F, Chollet-Bornand A, Scheder P-A.* Evaluation des unités de prévention et de traitements pour jeunes suicidants à Genève. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 20.-
- N° 15 *Addor V, Fawer C-L, Santos-Eggimann B, Paccaud F, Calame A.* EDEN : Incidence et prévalence des affections chroniques à l'âge de 18 mois dans une cohorte d'enfants vaudois. (Rapport EDEN, 2). Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 15.-
- N° 16 Les professions de la santé. Guide des formations. Lausanne : Hospices cantonaux, 1998. CHF 20.-
- N° 17 *Meystre-Agustoni G, Thomas R, Häusermann M, Chollet-Bornand A, Dubois-Arber F, Spencer B.* La sexualité des personnes vivant avec le VIH/sida. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 18.-
- N° 18 *Dubois-Arber F, Haour-Knipe M.* Identification des discriminations institutionnelles à l'encontre des personnes vivant avec le VIH en Suisse. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 20.-
- N° 19 *Vader JP, Porchet F, Larequi-Lauber T, Burnand B.* Indications à la laminectomie : adéquation et nécessité. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 20.-
- N° 20a *Huissoud T, Gervasoni JP, Benninghoff F, Dubois-Arber F.* Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud depuis 1996. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 20.-
- N° 20b *Huissoud T, Gervasoni JP, Benninghoff F, Dubois-Arber F.* Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud depuis 1996 : version abrégée du rapport d'août 1998. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 10.-
- N° 21 *Meystre-Agustoni G, Jeannin A, Dubois-Arber F.* Evaluation des effets induits de l'Opération Nez rouge. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 10.-
- N° 22 *Ernst M-L, Haour-Knipe M, Spencer B.* Evaluation des Aktionsprogrammes "Gesundheit von Frauen: Schwerpunkt HIV-Prävention 1994-1997". Evaluation of the "Women's Health: HIV Prevention Programme 1994-1997". Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 15.-
- N° 23 *Livio F, Buclin T, Yersin B, Maghraoui A, Burnand B, Biollaz J.* Hospitalisations pour effet indésirable médicamenteux : recensement prospectif dans un service d'urgences médicales. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 35.-
- N° 24 *Narring F, Michaud PA.* Etude sur les attentes des élèves par rapport au médiateur scolaire. IUMSP, 1998. CHF 10.-
- N° 25 *Cassis I, Burnand B, Decrey H, Jacquet B, Bertona M, Pécoud A, Paccaud F.* La consultation des 50 ans : prévention et promotion de la santé en entreprise. IUMSP, 1998. CHF 18.-
- N° 26 *Peer L, Renard D, Santos-Eggimann B.* Evaluation de la mise en œuvre du programme Interface : Rapport final. IUMSP, 1999. CHF 15.-

- N° 27 *Bouזורène K, Burnand B, Gallant S, Ricciardi P, Richard JL, Sudre P, Iten A.* Evaluation de la qualité de vie chez les personnes infectées par le VIH. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 20.-
- N° 28 *Richard JL, Bouזורène K, Gallant S, Ricciardi P, Sudre P, Iten A, Burnand B.* Validation et normes du SF-36 dans la population du canton de Vaud. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 18.-
- N° 29 *Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agustoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, Benninghoff F, Paccaud F.* Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique : sixième rapport de synthèse 1996-1998. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 20.-
- N° 30 *Beroud C, Eggli Y, Fossati M, Perret A.* Satisfaction du personnel des Hospices cantonaux en 1996. Lausanne : Hospices cantonaux, 1998. CHF 15.-
- N° 31 *Beroud C, Eggli Y, Perret A.* Satisfaction des patients du CHUV en 1996-1997. Lausanne : Hospices cantonaux, 1998. CHF 15.-
- N° 32 *Blanc JY, Chavaz N, Dubois A, Pegda JE, Renard D, Santos-Eggimann B.* Evaluation du programme vaudois d'hospitalisation à domicile (HAD) : Rapport sur la première année d'activité. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 15.-
- N° 33 *Addor V, Fawer C-L, Santos-Eggimann B, Paccaud F.* EDEN : Incidence et prévalence des affections chroniques à l'âge de 4 ans dans une cohorte d'enfants vaudois. (Rapport EDEN, 3). Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 18.-
- N° 34 *Meystre-Agustoni G, Cornuz J.* Carrières de fumeurs : Facteurs entravant ou facilitant l'abandon de la cigarette. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 15.-
- N° 35 *Castillo V, Halfon P, Eggli Y, Genoud P, Bogousslavsky J.* Revue des hospitalisations du service de neurologie du CHUV en 1997. Lausanne : Hospices cantonaux, 1999. CHF 12.-
- N° 36 *Hascoet C, Halfon P, Eggli Y, Genoud P, Hauri S, Gillet M.* Revue des hospitalisations du service de chirurgie générale du CHUV en 1997. Lausanne : Hospices cantonaux, 1999. CHF 12.-
- N° 37a *Ernst M-L, Aeschbacher M, Spencer B.* Gesundheitliche Aspekte der Polizeiarbeit im Drogenbereich. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 12.-
- N° 37b *Ernst M-L, Aeschbacher M, Spencer B.* Les aspects sanitaires du travail de la police auprès des consommateurs de drogues. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 12.-
- N° 38 *Geense R, Huissoud T, Gervasoni J-P.* Evaluation du bus de l'Association « Fleur de Pavé » : structure d'accueil pour femmes prostituées. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 12.-
- N° 39 *Santos-Eggimann B, Dubois A, Chavaz Cirilli N, Blanc J-Y, Peer L, Najda A.* Evaluation médicale du programme vaudois d'hospitalisation à domicile : rapport final. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 22.-

- N° 40 *Hausser D.* Prévention de la transmission du VIH dans les prisons suisses : analyse secondaire sur la base de la littérature disponible. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 15.-
- N° 41 *Haour-Knipe M, Meystre-Agustoni G, Dubois-Arber F, Kessler D, avec la collaboration de Delbos Piot I.* 'Médiateurs' et prévention du VIH/sida. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 17.-
- N° 42 *Kellerhals C, Gervasoni J-P.* Evaluation des différents modes de délégation adoptés par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) dans le cadre du Programme de Mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de Drogue (ProMeDro). Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 15.-
- N° 43 *Zobel F, Gervasoni J-P, Jeannin A.* Enquête auprès des partenaires de l'OFSP dans le domaine de la toxicomanie (drogues illégales) dans le cadre de l'évaluation globale du ProMeDro. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 15.-
- N° 44 *Marty-Tschumi E.* Etude sur le suicide en Valais. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 18.-
- N° 45 *Thomas R, Dubois-Arber F.* Evaluation du programme HSH de l'Aide Suisse contre le sida : 2ème phase : 1998-1999. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 18.-
- N° 46 *Geense R, Kellerhals C.* Evaluation de l'impact de l'Opération Nez rouge pendant la Fête des vigneron 1999. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 15.-
- N° 47 *Dubois-Arber F, Gervasoni J-P, Ackermann-Liebrich U, Quinto C, Seifert B, Vranesic T, Bachmann N, Cloetta B, Chamot E, Bauer G, Faisst K.* Evaluation de la stratégie de lutte contre le cancer en Suisse, phase I, 1999. Document de synthèse. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 12.-
- N° 48 *Dubois-Arber F, Gervasoni J-P, Meystre-Agustoni G.* Evaluation de la stratégie de lutte contre le cancer en Suisse, phase I, 1999. Etude 1 : évaluation de la conception et de la mise en œuvre de la stratégie au niveau national (évaluation globale). Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 15.-
- N° 49 *Ackermann-Liebrich U, Quinto C, Seifert B, Vranesic T.* Evaluation des Nationalen Krebsbekämpfungsprogrammes, Phase I, 1999. Studie 2: Inventar der vorhandenen Datenquellen und Indikatoren. Basel: ISPM der Universität Basel, 2000. CHF 18.-
- N° 50 *Bachmann N, Haerter A, Cloetta B.* Evaluation der Nationalen Krebsbekämpfungsprogramme, Phase I, 1999. Studie 3: Konzeptualisierung und Stand der Umsetzung der vier Krebsbekämpfungsprogramme. Bern : ISPM der Universität Bern, 2000. CHF 20.-
- N° 51 *Treina L, Burnand B, Paccaud F.* Analyse économique du traitement de l'ostéoporose post-ménopausique par hormonothérapie substitutive chez la femme. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 20.-
- N° 52 *Célis-Gennart M, Vannotti M.* L'expérience intersubjective de la maladie chronique. Ces maladies qui tiennent une famille en haleine Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 25.-

- N° 53 *Jeannin A, Schmid M, Huynh Do P.* Mise en œuvre du programme national VIH/sida de 1999 à 2000. Etat des activités en 1999 dans les différents domaines sous les angles de la couverture et de la durabilité. Lausanne : IUMSP, CHF 20.-
- N° 54 *Raynault MF, Paccaud F.* Allaitement maternel et promotion de la santé en Suisse. Travail préparatoire à une prise de position de la Fondation suisse pour la promotion de la santé. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 20.-
- N° 55 *Meystre-Agustoni G, Wietlisbach V, Paccaud F.* Renforcer la prévention des maladies et la promotion de la santé dans l'entreprise : évaluation des besoins et de l'intérêt des collaborateurs pour le renforcement de la politique sanitaire développée par l'entreprise Nestlé sur son site de Vevey-Bergère. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 20.-
- N° 56 *Peer L, Santos-Eggimann B.* En collaboration avec : *Cotting J, Droz R, Hutmacher A, Long N, Müller-Nix C, Vibert M.* Parents d'enfants hospitalisés dans une unité de soins intensifs : une étude exploratoire de leur vécu. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 20.-
- N° 57 *Moreau-Gruet F, Coda P, Gervasoni JP.* Intervenants en toxicomanie et prévention de la transmission sexuelle du VIH. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 20.-
- N° 58 *Polikowski M, Lauffer R, Renard D, Santos-Eggimann B.* Etendue des prestations de l'assurance-maladie sociale : le catalogue des prestations est-il suffisant pour que tous accèdent à des soins de qualité ? Lausanne : IUMSP. CHF 35.-
- N° 59 *Thomas R, Haour-Knipe M, Huynh Do P, Dubois-Arber F.* Les besoins des personnes vivant avec le VIH/sida en Suisse. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 18.-
- N° 60 *à paraître*
- N° 61 *Cathieni F, Di Florio V, Picard-Kossofsky M, Perneger T, Burnand B.* Projet qualité hôpitaux universitaires de Genève - Hospices cantonaux. Evaluation comparative de quatre questionnaires de satisfaction des patients hospitalisés. Lausanne : IUMSP, 2001. CHF
- N° 62 *Samitca S, Geense R, Huissoud T, Morency P, Benninghoff F, Dubois-Arber F.* Evaluation de deux structures à bas seuil de la ville de Lausanne : Le Passage et le Point d'eau. Lausanne : IUMSP, 2001. CHF 10.-



**Bulletin de commande
à adresser à**

Service d'édition et de diffusion - SED

Hospices cantonaux

Département universitaire de médecine et santé communautaires DUMSC
21, rue du Bugnon, CH - 1005 Lausanne

Téléphone ■ ■ 41 21 314 70 07

Téléfax ■ ■ 41 21 314 70 11

e-mail claude.muhlemann@hospvd.ch

Je désire recevoir

	n° _____
Auteur/s

Titre

	Nombre d'exemplaires _____
<hr/>	
	n° _____
Auteur/s

Titre

	Nombre d'exemplaires _____
<hr/>	
	n° _____
Auteur/s

Titre

	Nombre d'exemplaires _____
<hr/>	
La liste complète de nos titres	<input type="checkbox"/>

A l'adresse suivante :

Nom et prénom

Institution

Rue

NPA/Ville

Téléphone/téléfax

