



# Immersion communautaire à la Faculté de biologie et médecine de Lausanne

## Introduction

En juin 2009, 140 étudiants en médecine de 3<sup>e</sup> année ont participé à un module d'immersion communautaire. Inspirés par une expérience genevoise et parisienne, nous avons voulu que les étudiants, par un travail en groupe, découvrent eux-mêmes ce que sont les déterminants de la santé et de la maladie en associant recherche de littérature et enquêtes. Cet exercice devait aussi leur montrer la variété de la pra-

tique médicale dans la communauté. Les étudiants avaient la liberté totale dans le choix du sujet, mais ils devaient appliquer une démarche d'investigation scientifique et présenter leurs travaux lors d'un «mini-congrès» sous la forme d'un résumé, d'un poster et d'une présentation orale. Certains travaux nous ont semblé suffisamment intéressants pour faire l'objet d'une publication dans ce numéro de la *Revue*

*médicale suisse*. Les quatre travaux résumés ci-dessous donnent une idée de l'enthousiasme et de la fraîcheur de ces étudiants en médecine, à mi-parcours de leur formation, lorsqu'ils ont découvert, analysé et imaginé des solutions à quelques-uns des grands problèmes de société que la médecine doit affronter.

Prs Alain Pécoud et Jean-Bernard Daepfen  
Drs Marie-Claude Hofner et Chantal Diserens



## Légitimité du pouvoir des caisses-maladie sur la prise en charge de la dépression

Morgane Jotterand, Romaine de Sépibus, Maria-Inès von Siebenthal et Isabelle Udin

### PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIF

**E**n Suisse, la dépression touche plus de 8% de la population et engendre des coûts élevés. La loi sur l'assurance maladie (LAMal) impose que les traitements médicaux soient efficaces, appropriés et économiques.<sup>1</sup> Or, le système de santé suisse ne dispose pas d'organes vérifiant les critères LAMal pour décider de rembourser les traitements. A ce jour, seul santésuisse, à la demande des caisses-maladie, effectue un contrôle principalement sur le critère économique. Cette instance ne s'occupe pas de vérifier l'efficacité et le caractère approprié des traitements. En outre, il est avéré que les caisses-maladie sont représentées à de nombreux niveaux décisionnels concernant la créa-

tion et l'application de lois relatives au remboursement des traitements, notamment celui de la dépression. Elles se basent sur la LAMal pour contrôler l'économicité des prestations de santé :

– en amont des prestations: en orientant l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) en leur faveur;

– en aval des prestations: en contrôlant les coûts engendrés par chaque médecin via santésuisse et en exigeant des rapports sur l'adéquation des psychothérapies.

La question de la légitimité de l'intervention des caisses-maladie pour définir les critères de remboursement du traitement de la dépression s'est donc posée.

### MÉTHODE

Partant de l'hypothèse que le système en vigueur pour le contrôle des coûts des traitements de la dépression est lacunaire, nous avons exploré dans quelles

mesures l'ensemble des critères LAMal pour le remboursement des traitements de la dépression pourrait être appliqué. Notre approche a tenu compte d'une analyse de l'espérance des coûts, c'est-à-dire les coûts des différents traitements pour une efficacité donnée. Ce modèle prend en compte les échecs de traitement (patients non guéris) en réintégrant les cas de rechute dans le calcul. L'avantage de ce système est de mettre en avant les limites de certains traitements en fonction du taux d'efficacité visé.

Nos résultats sont également fondés sur les informations obtenues lors d'entretiens réalisés avec différents intervenants du système de santé: un généraliste, un psychiatre, une politicienne, des membres de la CFPGP (Commission fédérale de prestations générales et principes), de l'OFSP (Office fédéral de la santé publique), de la CNE (Commission nationale d'éthique), de santésuisse et un juriste.

Art. 32 Conditions:

- Les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques.
- L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement.



## RÉSULTATS

En calculant et en comparant le coût des différents traitements possibles dans la dépression (psychothérapie seule, médicaments seuls, ou combinaison des deux) pour une efficacité visée de 60% (six patients sur dix sont guéris à l'issue du traitement), on remarque que les médicaments pris seuls ne sont pas efficaces.<sup>2</sup> Notre enquête a révélé qu'en janvier 2007, les firmes pharmaceutiques et les caisses-maladie ont fait pression pour restreindre certains critères de l'OPAS concernant le remboursement de la psychothérapie dans le cadre de la dépression,<sup>3</sup> espérant ainsi réduire les coûts engendrés par les psychothérapies dites «de confort». Ces critères ont été remaniés sur la base des fondements économiques, au détriment des preuves scientifiques (EBM, méta-analyses). En juin 2009, cette modification a été annulée, les

2 Le calcul des coûts se fait selon Tarmed et le Compendium suisse des médicaments, les taux d'efficacité sont tirés d'études (réf. Turner EH et coll.; Loeb P).

3 Obligation pour le médecin traitant de justifier une psychothérapie durant plus de dix séances.

caisses-maladie s'étant rendues compte que cela engendrait davantage de coûts qu'elles ne pouvaient en restreindre.

## CONCLUSION

Les données de la littérature permettent d'appliquer l'ensemble des critères de la LAMal (caractères efficace, approprié et économique des prestations) pour déterminer quels traitements ont le meilleur niveau d'efficacité dans le traitement de la dépression. Ce travail indique que les traitements pharmacologiques de la dépression doivent être associés à une psychothérapie pour obtenir une guérison. Nous avons pu constater que les psychothérapies s'avèrent tout aussi efficaces, si ce n'est plus, que les traitements médicamenteux, au long terme. Pourtant, c'est le traitement que les caisses-maladie contestent le plus, alors même qu'elles semblent manquer d'éléments pour juger au mieux de l'efficacité, de l'économicité et de l'adéquation des différents traitements à disposition. Le contrôle de l'économicité à grande échelle par les coûts de traitements unique-

ment semble insuffisant. De plus, les caisses-maladie exercent une pression sur plusieurs étapes de l'élaboration des lois concernant le système de santé. Leur objectivité peut être biaisée par les intérêts financiers directs et elles peuvent perdre de vue l'impact économique global. ■

## Remerciements

Aux Drs D. Widmer, J. Martin, D. Lefèbvre, J.-N. Despland, B. Burnand et M.-A. Habisreutinger.

## Bibliographie

- Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, Tell RA, Rosenthal R. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med* 2008;358:252-60.
- Loeb P. Pour une réglementation moderne et améliorée de la psychothérapie. *Prim Care* 2006;6:30-1.
- D'Angelo M, Kraft P, Amstutz R. Une nouvelle méthode statistique, utilisée dans le cadre de la procédure d'économicité, libère partiellement les médecins de la charge de la preuve. *Bull Med Suisses* 2005;86:31.
- Site officiel de la LaMal: [www.admin.ch/ch/fr/rs/832\\_10/articles](http://www.admin.ch/ch/fr/rs/832_10/articles)



# Adolescence: attentes parentales et estime de soi

Nathalie de Allegri, Nathalie Manasseh, Camille Tenot, Aline Thorens et Olivier Thorens

L'adolescence est une période durant laquelle l'individu cherche à construire son identité propre, qui passe notamment par le choix d'une orientation professionnelle. Ce dernier représente un stress pour 1/5 des adolescents. Durant cette période, se jouent aussi l'autonomisation et la distanciation par rapport aux parents. Cependant, ceux-ci gardent un rôle primordial dans la construction de l'identité et de l'estime de soi de leur enfant, ainsi que dans leur scolarité. Les attentes parentales pourraient de ce fait avoir une influence sur l'estime de soi. Par ailleurs, une mauvaise estime de soi peut avoir des conséquences non négligeables sur la santé psychique, tels que comportement à risque ou état dépressif.

## LIEN POSITIF OU NÉGATIF?

Dans quelle mesure les attentes parentales au niveau scolaire ont-elles une

influence sur l'estime de soi des adolescents? Des questionnaires ont été distribués à des élèves de 8<sup>e</sup> année dans un collège de Suisse romande (59 réponses). Le questionnaire était composé de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg (validée) et d'une échelle (non validée) évaluant les attentes parentales par rapport au niveau scolaire. Ces deux échelles comportaient différents items auxquels les élèves devaient attribuer une note de 1 à 4 (1 étant «tout à fait en désaccord» avec l'affirmation et 4 «tout à fait en accord» avec l'affirmation). Une analyse factorielle a permis d'analyser la corrélation entre les deux échelles.

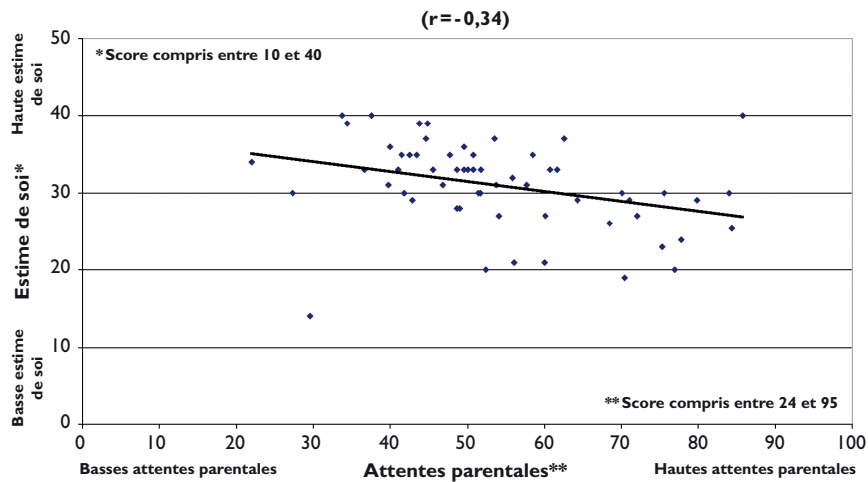
## ATTENTES ÉLEVÉES, UNE ESTIME DE SOI BASSE

L'analyse des résultats indique une moyenne de 30,96 (écart-type=5,63) pour le score de l'estime de soi. Au-dessous de 30, l'estime de soi est considérée comme basse. En analysant le score

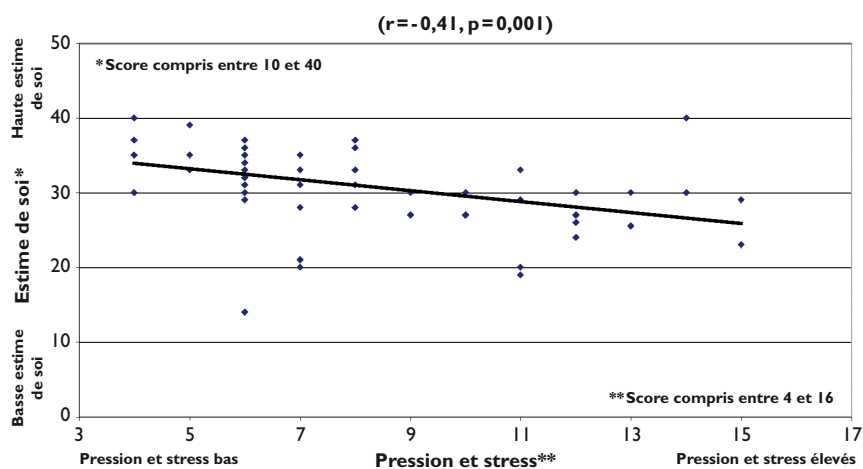
global des attentes parentales avec celui de l'estime de soi, il est apparu que ces deux scores étaient corrélés négativement ( $r = -0,36$ ), de manière significative. Ainsi, plus les attentes parentales par rapport au niveau scolaire sont élevées, plus l'estime de soi de l'adolescent est basse (figure 1).

## IMPACT NÉGATIF DE LA PRESSION ET DU STRESS

Grâce à l'analyse factorielle, l'échelle des attentes parentales a pu être séparée en quatre facteurs regroupant chacun un certain nombre d'items. Seul le facteur représentant la pression et le stress ressentis par l'adolescent en réponse aux attentes parentales est corrélé de manière significative ( $r = -0,410$ ;  $p = 0,001$ ) avec le score d'estime de soi. Cette corrélation est négative, cela signifie que si la pression et le stress dus aux attentes parentales sont hauts, l'estime de soi, elle, est basse (figure 2).



**Figure 1. Relation entre «Attentes parentales» et «Estime de soi»**



**Figure 2. Relation entre «Pression et stress» ressentis par l'adolescent et dus aux attentes parentales et «Estime de soi»**

### D'AUTRES ÉTUDES SONT NÉCESSAIRES

Il existe donc une forte relation entre les attentes parentales et l'estime de soi

des adolescents. Le lien de cause à effet n'a toutefois pas pu être démontré.

Cette étude comporte un certain nombre de limitations: le nombre d'élèves in-



## Pénurie de généralistes: urgence(s) au Pays des Fées\*

Aurélien Leuenberger, Alexandre Moser et Stéphanie Perrodin

La Suisse souffrira bientôt d'une pénurie de généralistes, en particulier dans les zones périphériques. La région neuchâteloise du Val-de-Travers est actuellement couverte par

neuf généralistes pour 12000 habitants, soit 0,75 médecin/1000 habitants, ce qui est supérieur à la moyenne suisse (0,63). Le problème deviendra toutefois bien réel d'ici dix ans, lorsque huit de ces neuf praticiens auront atteint l'âge de la retraite.

Le Val-de-Travers se distingue par le fonctionnement de son «Service mobile

terrogés, la non-validation de l'échelle des attentes parentales, la fiabilité des réponses données, la compréhension des questions, ou encore la durée limitée de l'étude. D'autres études devraient donc être menées pour confirmer ces résultats. Il serait par ailleurs intéressant de poursuivre ce sujet d'étude et de s'intéresser aux conséquences d'une mauvaise estime de soi pendant l'adolescence sur l'avenir professionnel et l'impact que cela pourrait avoir au sein de la société, sur les coûts de la santé, le chômage, l'invalidité, etc.

### Remerciements

Maya Suter, Damien de Courten, Dr P. Stephan, le Directeur et les élèves de l'école de Corsier, Catherine Marclay, Pr P.-A. Michaud, Dr N. Frenck.

### Bibliographie

- Crocq MA, Guillon MS. Estime de soi à l'adolescence: revue de littérature. *Neuropsychiatr Enfant Adolesc* 2004;52:30-6.
- Duclos G. L'estime de soi, un passeport pour la vie. Montréal: Ed. de l'Hôpital Sainte Justine, 2000; 241 p.
- George G. Ces enfants malades du stress. Paris: Ed. Anne Carrière, 2002; 183 p.
- Huerre P, Renard L. Parents et adolescents. Toulouse: Ed. Erès, 2001; 164 p.
- Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, et al. Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse. SMASH 2002: Swiss multicenter adolescent study on health. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; Bern: Institut für Psychologie; Bellinzona: Sezione sanitaria, 2002.

\* Impact de la pénurie de médecins sur la prise en charge médicale des urgences préhospitalières en région périphérique: situation au Val-de-Travers (NE).



Le problème actuel du Vallon est davantage la sous-dotation du SMUR en médecins formés qu'un manque d'omnipraticiens: seuls deux généralistes sont impliqués et un troisième médecin hospitalier est en formation.

Notre objectif était de décrire l'impact de la pénurie à venir sur le fonctionnement du SMUR et les solutions envisagées pour y remédier. Pour ce faire, une revue de la littérature nous a permis de découvrir quelques moyens mis en œuvre à l'étranger et d'établir une grille d'entretien, afin de soumettre ces idées à nos interlocuteurs. Ceux-ci étaient toutefois libres de nous faire d'autres propositions. Pour cerner le problème, nous avons interrogé les principaux acteurs du système de santé concernés:

- des professionnels des soins;
- des politiciens;
- un responsable de santé suisse;
- des professionnels en santé publique.

Dès lors, il est apparu que deux scénarios sont concevables pour assurer la sécurité sanitaire de la région et soulager les actuels médecins SMUR:

- Modifier la structure de la prise en charge des urgences préhospitalières. Actuellement, les urgences sont gérées en premier lieu par les ambulanciers, qui appellent le médecin SMUR si nécessaire. Les personnes interrogées considèrent le SMUR et leur médecin comme indispensables et sont opposées à une modification de la prise en charge dans le cas où celle-ci consisterait en l'élargissement des compétences des ambulanciers: il serait d'abord judicieux d'exploiter pleinement celles à disposition.
- Attirer de nouveaux généralistes dont certains s'intéresseraient au SMUR. Par-

### Tableau 1. Mesures incitatives pour favoriser l'installation de généralistes

\* Mesures appliquées dans la plateforme-santé de Couvet.

Economiques
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Loyers avantageux*</li> <li>• TarMed: point adapté</li> <li>• Bourse d'études</li> <li>• Salarisation des médecins</li> </ul>
Structurelles
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cabinet de groupes*</li> <li>• Soutien administratif*</li> </ul>

mi les moyens *économiques*, survaloriser le point TarMed des généralistes en périphérie et offrir des loyers attractifs sont des mesures plébiscitées, au contraire de la salarisation étatique des médecins ou l'octroi de bourses d'étude en contrepartie d'années d'exercice en périphérie. Parmi les moyens *structurels*, l'avenir est clairement à la création de cabinets de groupes offrant le partage des charges et plus d'interactions entre collègues (tableau 1). Le modèle de la promotion économique pourrait s'appliquer aux cabinets médicaux, notamment par un soutien administratif lors du lancement du cabinet.

Sur le terrain, il existe un assemblage de ces deux scénarios: la «plateforme-santé». Fonctionnant comme un cabinet de groupes pour généralistes indépendants, elle a été créée dans des locaux non utilisés de l'Hôpital de Couvet et allie loyers avantageux ainsi qu'accès à la radiologie et au laboratoire de l'hôpital. Elle valorise également le praticien en

tant que formateur en accueillant des assistants, ce qui leur permet de découvrir la région et d'envisager de s'y installer.

Bien que nous n'ayons pu interroger qu'une partie des personnes concernées, nous pouvons conclure, au même titre que nos interlocuteurs, que l'installation de nouveaux généralistes est essentielle afin d'assurer la couverture sanitaire d'une population vieillissante et permettre la survie du SMUR. La plateforme-santé est le premier pas dans cette direction. ■

### Remerciements

Drs J.-P. Monod et J.-M. Rothen, généralistes au Val-de-Travers et médecins SMUR; Dr R. Kethari, chef du service des urgences, Site de Pourtalès; M. P. Rubin, directeur général HNE; M. R. Debély, ancien Conseiller d'Etat en charge de la santé (NE); Dr B. Courvoisier, président de la Commission santé du Grand Conseil neuchâtelois; M. D. Juillard, directeur santé suisse NE/JU; M. J.-P. Jeanneret, chef du service cantonal de la santé publique (NE); Dr C.-F. Robert, médecin cantonal (NE).

### Bibliographie

- Conseil suisse de la Science et de la Technologie (éd.). Démographie médicale et réforme de la formation professionnelle des médecins. Berne: Confédération suisse; septembre 2007.
- Direction générale Hôpital Neuchâtelois. L'HNE – Val-de-Travers prend un nouvel essor (Communiqué de presse). Fontaines: Hôpital Neuchâtelois; juin 2009.
- Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: A literature review of attraction and retention. BMC Health Serv Res 2008;8:19.
- Pong RW. Strategies to overcome physician shortage in Northern Ontario: A study of policy implementation over 35 years. Hum Resour Health 2008; 6:24.
- Sempowski IP. Effectiveness of financial incentives in exchange for rural and underserved areas return-of-service commitments: Systematic review of the literature. Can J Rural Med. 2004;9:82-8.



## Femmes victimes de violence conjugale: pourquoi ne partent-elles pas?

Antoine Andrey, Lionel Koehli, Stéphanie Ribeiro et Nathalie Rufer

**E**n Suisse, une femme sur cinq est victime de violence conjugale au cours de sa vie (VC) et cela constitue un problème de santé publique majeur en termes de morbidité, mortalité et de coûts. Or, malgré les violences subies, des femmes restent en couple, avec tous les risques potentiels que cela comporte pour elles et leurs enfants.<sup>1,2</sup> Notre étu-

de a porté sur les raisons qui motivent ce comportement et les modèles de modification du comportement dans le cadre de la VC. Elle a été menée par une revue de la littérature spécialisée et des entretiens semi-structurés, effectués du 17 au 27 juin 2009 à Lausanne, auprès de sept intervenants clés des réseaux professionnels vaudois.

### PISTES

Les éléments qui influencent la décision de la femme de rester ou non en couple, relevés dans la littérature et par les spécialistes interrogés, peuvent être regroupés en deux catégories de facteurs de «vulnérabilité».<sup>3-5</sup> D'une part les facteurs internes individuels (estime de soi, prise de conscience de la violence



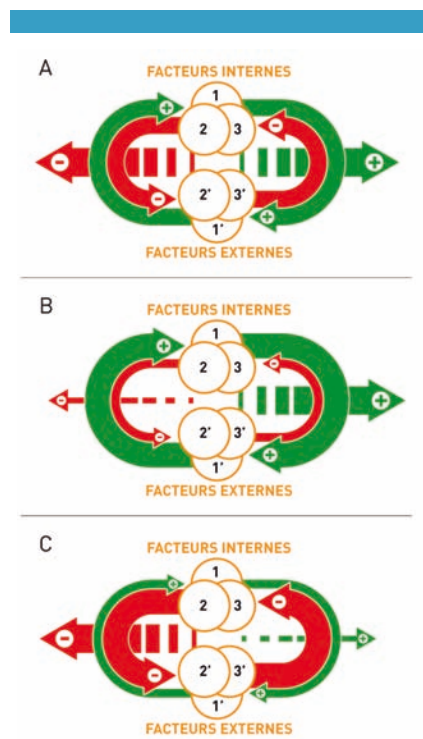


subie, perception de l'aide externe); et d'autre part les facteurs externes (contexte social, dépendance financière et civile, politique sociale en matière de VC).

Quant aux modèles permettant de décrire le changement de comportement, ils sont centraux non seulement pour la compréhension de la situation de la victime de VC mais aussi pour le choix de stratégies de soutien les mieux adaptés possibles.<sup>6</sup> Nous avons choisi ici d'étudier le degré d'adéquation à la problématique de la VC, du modèle transthéorique (MTT).<sup>7</sup> Le MTT, bien que largement utilisé dans un contexte impliquant un changement tel qu'arrêter de fumer ou de boire, semble peu adapté à la situation de la femme victime de VC et ce pour deux raisons. Premièrement, la violence conjugale n'est pas une problématique individuelle. Elle s'inscrit dans une relation interpersonnelle et implique nécessairement les deux partenaires. De plus, contrairement au MTT, où une seule action peut mener au changement attendu (par exemple: l'abstinence de fumer, de boire), un grand nombre de paramètres sont engagés et doivent être modifiés lorsqu'il s'agit d'améliorer la situation des victimes de VC.

## NOUVEL OUTIL POUR LA COMPRÉHENSION ET L'INTERVENTION

Au vue de ces différents éléments, nous avons conçu un modèle, dénommé «Balanced-Unbalanced», qui permet de figurer et d'intégrer les principaux paramètres qui favoriseront ou non un changement de comportement, ainsi que leurs interactions (figure 1A) dans le processus en cours. Dans ce modèle, l'équilibre ou les tensions entre facteurs internes et externes, ainsi que leur influence réciproque positive (figure 1B) et/ou négative (figure 1C) sont indiqués et peuvent être pondérés. Ceci permet une visualisation globale de la situation de la femme con-



**Figure 1. Modèle «Balanced-Unbalanced»**

**A.** Les facteurs internes influencent les facteurs externes et inversement, ceci de manière positive et/ou négative. **B.** Influence positive prédominante de certains facteurs internes/externes conduisant à un changement de comportement et **C.** Influence négative prédominante de certains facteurs internes/externes conduisant au status quo. 1, 2, 3 représentent trois exemples de facteurs de vulnérabilité internes (estime de soi, prise de conscience de la violence, et perception de l'aide externe) et externes (contexte social, dépendance financière et civile, et politique sociale en matière de violences conjugales).

cernée, à un certain moment de son évolution. Cette visualisation permet de n'omettre aucun paramètre interne ou externe, y compris ceux qui ne sont pas au premier plan (facteurs secondaires), lors de l'évaluation de la situation et de l'intervention. Le modèle fonctionne donc à la fois comme cadre organisateur de l'analyse et comme guide d'évaluation psychosocial lors de l'entretien. Ce mo-

dèle favorise également une vision systématique des différents paramètres et de leurs interactions.

## EN RÉSUMÉ

Le processus de séparation est complexe. L'émancipation de la femme de son conjoint violent ou de la relation violente est conditionnée par de très nombreux facteurs tant internes qu'externes. Le nouveau modèle «Balanced-Unbalanced» permet d'identifier l'ensemble des facteurs à l'œuvre, leur importance relative et leurs interactions.

Une perspective future de notre travail de recherche sera de mener une étude ciblée sur une cohorte de femmes victimes de VC et de valider ce modèle (figure 1).

## Remerciements

Dr M.-C. Hofner (notre tutrice), M. Anglada (VIFA), Mme Bouchat (ProFa), Dr Duc Marwood (Cery), M. Jacquier (LAVI), Pr Mangin (Médecine légale), Mme Mihoubi (CMP) et Dr Romain-Glassey (UMV).

## Bibliographie

- 1 2007. Vaud – Les violences dans le couple. Commission cantonale de lutte contre la violence domestique. Canton de Vaud, 2008 [www.vd.ch/egalite](http://www.vd.ch/egalite)
- 2 La violence dans les relations de couple: ses causes et les mesures prises en Suisse. Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes. BFEG, 2008 [www.egalite-suisse.ch](http://www.egalite-suisse.ch)
- 3 Anderson MA, Gillig PM, Sitaker M, et al. Why doesn't she just leave? A descriptive study of victim reported impediments to her safety. *J Fam Violence* 2003;18:151-5.
- 4 Hendy HM, Eggen D, Gustitus C, et al. Decision to leave scale: Perceived reasons to stay in or leave violent relationships. *Psychol Women Q* 2003;27:162-73.
- 5 Landenburger KM. The dynamics of leaving and recovering from an abusive relationship. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1998;27:700-6.
- 6 Cluss PA, Chang JC, Hawker L, et al. The process of change for victims of intimate partner violence: Support for a psychosocial readiness model. *Womens Health Issues* 2006;16:262-74.
- 7 Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behaviour change. *Am J Health Promot* 1997;12:38-48.

## Adresse pour correspondance

Pr Alain Pécoud  
Responsable du projet  
Policlinique médicale universitaire (PMU)  
44, rue du Bugnon, 1011 Lausanne  
[alain.pecoud@hospvd.ch](mailto:alain.pecoud@hospvd.ch)