



Bundesministerium
für Gesundheit

*Ethno-
Medizinisches
Zentrum e.V.*



La Santé pour tous

Un guide à travers le système
de santé allemand

La Santé pour tous

Un guide à travers le système
de santé allemand

1 Assurance maladie

Assurance maladie légale (GVK)

En Allemagne, il y a deux formes d'assurance maladie : l'assurance maladie légale (gesetzliche Krankenversicherung (GVK)) et l'assurance maladie privée (private Krankenversicherung (PKV)). Environ 90 pour cent de la population, soit environ 70 millions de citoyens sont assurés auprès de la GVK et reçoivent de très bons soins médicaux complets. En tant que membres d'une caisse maladie légale, ils paient chaque mois une cotisation à la caisse. Cette cotisation s'indexe sur le montant de leur revenu mensuel jusqu'à une certaine contribution maximale. Leur employeur verse une autre contribution.

Indépendamment du montant des cotisations versées et indépendamment de leur sexe, de leur âge ou de leur état de santé, toutes les personnes assurées obtiennent les mêmes prestations médicales nécessaires. En Allemagne, cette solidarité est un principe fondamental de l'assurance maladie légale.

Si vous tombez malade ou si vous avez un accident et que vous devez vous faire soigner chez le médecin ou à l'hôpital, votre caisse maladie prend les frais en charge. Les assurés légaux doivent participer aux coûts de certaines prestations. Il s'agit des « paiements supplémentaires (Zuzahlungen) ». Les enfants et les jeunes sont exonérés de pratiquement tous les paiements supplémentaires. La caisse maladie paie également les médicaments sur ordonnance prescrits par votre médecin. Si vous ne pouvez pas travailler en raison d'une maladie, votre médecin vous établit un certificat d'incapacité de travail. Il est composé de plusieurs parties. Présentez la première partie à votre caisse maladie. Aucun diagnostic ne figure dans la partie 2 du certificat d'incapacité de travail et c'est l'exemplaire que vous devez présenter à l'employeur. La troisième partie est prévue pour vos dossiers. En cas d'incapacité de travail, votre employeur continue à vous verser votre salaire pour une durée allant jusqu'à six semaines. Ensuite, vous percevez les indemnités dites indemnités maladie de votre caisse maladie.

Qui est légalement assuré maladie ?

Les salariés dont le revenu annuel est au-dessous du « plafond de la sécurité sociale » sont obligés de s'assurer. Les jeunes en formation, les demandeurs d'emploi, les étudiants, les retraités, les artistes ainsi que les journalistes sont fondamentalement soumis à l'assurance obligatoire auprès de la GVK.

Quand les membres de la famille n'ont pas de revenu ou ont un revenu réduit, ils sont coassurés gratuitement. Les enfants ne sont coassurés que jusqu'à un certain âge. Cette limite d'âge varie selon que vos enfants sont encore en formation. Quand ils ne peuvent pas gagner eux-mêmes leur vie en raison de leur handicap, les enfants présentant un handicap sont coassurés sans limite d'âge.

Les travailleurs indépendants et les salariés dont le salaire annuel brut dépasse le plafond de l'assurance obligatoire ainsi que les fonctionnaires peuvent s'assurer auprès de l'assurance maladie privée ou – sous certaines conditions – s'assurer volontairement auprès de l'assurance maladie légale.

Libre choix de la caisse

Vous pouvez choisir vous-même votre caisse maladie. Le taux de cotisation est le même dans toutes les caisses maladie légales. Cependant, les assurés doivent payer des « cotisations supplémentaires (Zusatzbeiträge) ». Ces cotisations supplémentaires peuvent varier de caisse à caisse. Les caisses maladie peuvent aussi offrir des réductions au niveau des paiements supplémentaires. Informez-vous à temps sur les prestations prises en charge par votre caisse maladie et sur celles que vous devez éventuellement financer vous-même.

Il y a aussi des caisses maladie qui récompensent leurs assurés par des primes, par exemple quand ils se rendent régulièrement aux examens de prévention et qu'ils suivent des cours de santé. Avant de choisir une caisse, cela vaut donc la peine de comparer les différentes offres de prestations et de services proposées.

Vous pouvez changer de caisse maladie. Pour ce faire, recherchez une nouvelle compagnie d'assurance maladie. Celui-ci informe l'ancienne caisse maladie du changement. En principe, vous devez rester pendant 12 mois dans la caisse maladie que vous avez choisie.

Prestations des caisses maladie légales

La caisse maladie paie ce qui est « suffisant, approprié et économique ». Cela peut également vouloir dire que vous devez payer vous-même certains traitements. Une chambre individuelle et un traitement par le médecin en chef à l'hôpital en font par exemple partie.

Parmi les prestations les plus importantes de la GVK figurent :

- Les traitements médicaux et les médicaments prescrits sur ordonnance,
- Les séjours à l'hôpital et la réhabilitation,
- Le suivi par un médecin et une sage-femme pendant la grossesse et l'accouchement,
- Les examens de prévention et de dépistage pour les enfants et les adultes,
- Les vaccins recommandés,
- Les examens de prévention dentaire et les soins dentaires,
- Les psychothérapies,
- Les soins médicaux à domicile ou les soins palliatifs sous certaines conditions,
- Les remèdes (Heilmittel) (la physiothérapie et l'ergothérapie en font par exemple partie) et les dispositifs médicaux (Hilfsmittel) (par exemple les fauteuils roulants, les appareils auditifs, les prothèses),
- L'allocation maladie pour la subsistance (également pour les assurés qui sont obligés de soigner leurs enfants malades).

Si vous êtes assuré(e) auprès d'une caisse maladie légale, vous pouvez aussi vous assurer auprès d'une caisse maladie privée pour certaines prestations. En font par exemple partie un traitement par un médecin en chef, le droit à une chambre individuelle à l'hôpital ou la prise en charge complète des frais pour les prothèses dentaires et les lunettes.

Important : Vous devez financer vous-même ces prestations d'assurance complémentaire. L'employeur ne participe pas aux frais d'une assurance complémentaire.

Paiements supplémentaires/propres contributions

Vous devez contribuer à certains frais en payant des suppléments. La GVK paie par exemple les médicaments prescrits par ordonnance. Cependant, les assurés doivent pour cela s'acquitter d'un paiement supplémentaire. En cas de séjour et des soins à l'hôpital, pour les remèdes et les dispositifs médicaux, pour les soins médicaux à domicile ainsi que pour les frais de transport, vous devez payer un supplément.

Pour ne pas vous surcharger financièrement, il s'agit au maximum de deux pour cent du revenu annuel brut ; pour les maladies chroniques, il s'agit d'un pour cent. Les enfants et les jeunes de moins de 18 ans sont exonérés des paiements supplémentaires hors frais de déplacement. Pour les personnes au revenu faible, il y a des réglementations spéciales sur lesquelles vous pouvez vous informer auprès de votre caisse maladie.

Si vous dépassez la somme maximale pour les paiements supplémentaires annuels, vous serez exonéré(e) d'autres paiements supplémentaires jusqu'à la fin de l'année. Rassemblez les justificatifs, par exemple dans un carnet de reçus qui vous sera remis par votre caisse maladie, et rangez-y ces reçus. L'assurance maladie doit vous remettre une attestation d'exonération de supplément (« Zuzahlungsbefreiung »).

La contribution propre (Eigenanteil) doit être fournie par le patient quand celui-ci a dû acheter un produit dans sa forme de base, même sans nécessité médicale. Vous devez par exemple payer vous-même 76 euros par paire de chaussures orthopédiques d'extérieur.

Assurance maladie privée (PVK)

Les personnes qui ne sont pas assurées auprès de l'assurance maladie légale (GVK) et qui n'ont pas d'autre couverture, par exemple dans le cadre de la loi sur les prestations sociales accordées aux demandeurs d'asile (Asylbewerberleistungsgesetz) doivent conclure une assurance maladie privée (PVK). En font par exemple partie la plupart des travailleurs non salariés, les petits entrepreneurs, les professionnels indépendants, les fonctionnaires ainsi que les salariés dont le revenu dépasse le plafond de l'obligation d'assurance.

Les contributions de l'assurance maladie privée ne s'orientent pas sur le revenu, mais sur le risque de tomber malade. Au moment de la souscription de l'assurance, l'âge et l'état de santé jouent un rôle important. Les frais de cotisation varient selon l'âge et l'état de santé au moment de la conclusion du contrat. Les frais de l'assurance s'orientent également sur les prestations convenues. Dans le contrat d'assurance, on peut convenir par exemple des prothèses dentaires, un traitement par le médecin en chef ou le droit à une chambre individuelle à l'hôpital.

Cependant, chaque assurance maladie privée doit proposer un tarif dit de base (Basistarif) dont les prestations correspondent à peu près à celles de l'assurance maladie légale. Les assurances maladie privées ne peuvent pas refuser une demande de tarif de base en raison d'antécédents médicaux ou de maladies aiguës.

En règle générale, vous devez payer des cotisations d'assurance propres pour les membres de la famille. Normalement, ceux qui ont une assurance privée doivent payer à l'avance eux-mêmes les frais d'hôpital et de médicaments, on les leur rembourse ultérieurement totalement ou en partie.

2 Soins médicaux

Carte électronique de santé

Important :

Quand vous avez recours à des services de santé, apportez toujours votre carte électronique de santé (elektronische Gesundheitskarte). Depuis le 1er janvier 2015, c'est exclusivement cette carte qui vaut comme justificatif d'assurance permettant d'avoir accès aux prestations de l'assurance maladie légale. Sur la carte électronique de santé figurent votre nom, votre date de naissance et votre adresse ainsi que votre statut d'assuré (membre, membre de la famille coassuré ou retraité) comme données obligatoires. La carte électronique de santé est en outre munie d'une photo de vous.



Exemple type d'une carte de santé

Soins par un médecin

En Allemagne, vous pouvez choisir vous-même votre médecin, homme ou femme. Si vous êtes assuré(e) légalement, vous pouvez choisir parmi les médecins conventionnés qui participent à la prise en charge des patients. C'est le cas de la plupart des médecins qui travaillent dans le domaine ambulatoire. Tenez compte des indications qui figurent sur les plaques du cabinet, telles que « Patients de toutes les caisses » ou « Toutes les caisses ».

Important :

Choisissez un médecin traitant (peut par exemple être un interne qui travaille comme médecin traitant ou un interne ou un spécialiste de médecine générale) à proximité de votre domicile. En cas de maladie ou de problèmes de santé, ce sont ceux que vous consultez en premier. Si vous allez toujours chez le même médecin, vous serez plus facilement suivi quant à votre santé.

Si nécessaire, votre médecin traitant vous envoie chez un spécialiste (par exemple un médecin pour la gorge, le nez et les oreilles ou chez un orthopédiste). Si vous êtes malade, vous pouvez aussi vous rendre directement dans le cabinet d'un spécialiste. On y procède par exemple à des petites opérations ou à des traitements spéciaux sans que vous ne deviez vous rendre à l'hôpital.

La consultation chez le médecin

Si vous êtes gravement malade ou si vous avez des problèmes, vous pouvez convenir avec votre médecin d'un rendez-vous de consultation pour un examen. Vous pouvez aussi vous rendre dans un cabinet médical sans rendez-vous. Il se peut que vous deviez alors attendre longtemps. Pour cette raison, mieux vaut appeler le cabinet auparavant et décrire vos problèmes. Si vous vous sentez si mal que vous ne pouvez pas vous rendre au cabinet, demandez si le médecin peut venir chez vous.

Toutefois, si vous ne pouvez pas joindre votre médecin (par exemple en dehors des heures de bureau), vous pouvez également contacter le Centre de rendez-vous (TSS) de l'Association des médecins de l'assurance maladie légale.

Le TSS ou le service médical de garde qui y est joignable organise des soins médicaux adaptés sur la base d'une première évaluation téléphonique. Il peut s'agir, par exemple, d'un cabinet médical ouvert, d'un cabinet médical de garde, de la salle d'urgence d'un hôpital ou, dans des cas appropriés, d'une consultation médicale par téléphone. Vous trouverez de plus amples informations à ce sujet dans ce guide sous la rubrique « En cas d'urgence ».

Vous pouvez également contacter le TSS si vous recherchez un médecin généraliste ou un pédiatre qui peut vous fournir des soins et un suivi à long terme.

Le TSS offre également une assistance supplémentaire si vous avez besoin d'un rendez-vous avec un spécialiste. Cependant, cela nécessite généralement un transfert.

La Centrale de rendez-vous (TSS) est joignable par téléphone 24h/24 dans tous les cas. Numéro de téléphone: 116 117

En outre, les TSS sont également disponibles sous forme numérique, par exemple via le site Web www.116117.de ou via l'application 116117.app

Si vous ne parlez pas très bien allemand, vous pouvez vous faire accompagner par une personne qui interprète. Vous pouvez aussi amener des membres de la famille ou des amis qui comprennent mieux l'allemand que vous. Attention, tenez compte du fait que la caisse maladie ne paie pas les frais d'interprétation. Il existe des listes où figurent les cabinets médicaux qui parlent plusieurs langues. Sur le site Internet de la Fédération allemande des médecins conventionnés (Kassenärztliche Bundesvereinigung), vous trouverez par exemple des renseignements sur les médecins de la région. Ces renseignements sont également disponibles via une application pour les iOS et les Android : 116117.app

Confidentialité

Important :

En Allemagne, les médecins et le personnel du cabinet ne sont pas autorisés à donner des informations sur vous, sur votre état de santé et sur votre famille à d'autres personnes. Vous pouvez donc parler ouvertement de tout à votre médecin. C'est une base essentielle pour la confiance entre les médecins et vous. Sans votre accord exprès, votre médecin ne donnera aucune information vous concernant, ni à votre conjoint ni aux membres de la famille ou à d'autres personnes.

La consultation médicale

Expliquez calmement pourquoi vous êtes venu(e) et les problèmes que vous avez. Veillez à une bonne compréhension mutuelle entre le médecin et vous-même. Posez des questions, si tout n'est pas clair. Quand le médecin vous demande si vous fumez, si vous buvez de l'alcool, si vous faites du sport ou quelles sont vos habitudes alimentaires, donnez des informations, car elles sont importantes pour le médecin. Elles permettent de vous soigner rapidement et surtout comme il faut.

Si vous avez des questions concernant les médicaments que votre médecin vous prescrit, posez-les. Il est très important de prendre les médicaments exactement comme cela est recommandé. Si vous avez des questions à ce sujet, les employés de la pharmacie dans laquelle vous achèterez les médicaments sont prêts à vous aider. Si vous ne supportez pas les médicaments ou si vous avez oublié de les prendre, informez votre médecin. Il faut absolument lui dire, pour qu'il puisse vous aider en vous prescrivant rapidement et de manière fiable d'autres médicaments ou un autre traitement.

Votre médecin doit vous dire :

- La maladie que vous avez probablement,
- Quel traitement il vous recommande,
- Comment agit le traitement, combien de temps il dure, quels risques il présente et s'il est associé à des douleurs,
- Si le traitement ne fait que soulager les troubles ou s'il guérit la maladie elle-même,
- Quelles sont les autres possibilités de traitement,
- Quels examens de dépistage vous devez faire.

Important :

- Vous aidez le dentiste ou le médecin en vous préparant à la consultation. Vous pouvez par exemple écrire les problèmes que vous avez, les médicaments que vous prenez et le nom du médecin qui vous a déjà ausculté(e) ou soigné(e). Vous pouvez également écrire les questions que vous souhaitez poser au médecin.
- Si vous avez un carnet de vaccination (Impfpass) ou une carte d'allergique (Allergiepass), apportez-les avec vous. Si nécessaire, vous pouvez aussi apporter des radiographies.
- Chez le dentiste, apportez toujours votre carte de bonus (Zahnarzt-Bonusheft) à l'examen de prévention dentaire.
- Dans la mesure où votre caisse maladie propose des programmes de bonus correspondants, vous devez en plus toujours apporter la carte de bonus pour les examens de prévention et de dépistage.

Soins prodigués par un dentiste

Votre caisse maladie prend en charge tous les frais pour les mesures destinées à conserver vos dents. Cela vaut également quand les dents ne peuvent pas être conservées et doivent être arrachées.

Les dents saines contribuent à la qualité de vie. C'est pourquoi les examens préventifs réguliers sont importants – même si vous n'avez pas de problèmes. Les caisses maladie légales prennent également les frais de ces examens préventifs en charge. Ces examens aident à dépister et à traiter à temps certaines maladies. Votre caisse maladie vous remet un carnet bonus (« Bonusheft ») à cet effet. Les examens de prévention sont inscrits dans ce carnet. Si vous pouvez prouver que vous êtes allé(e) au moins une fois par an chez le dentiste (au moins une fois tous les six mois pour les personnes de moins de 18 ans), la caisse maladie rembourse une indemnité plus élevée si une prothèse dentaire est nécessaire.



Voici comme se présente un carnet de bonus (Bonusheft).

Prothèse dentaire

Les prothèses dentaires sont des couronnes, des bridges et des prothèses. Selon le diagnostic, la caisse maladie rembourse un « montant fixe » (Festzuschuss). Cela veut dire que la caisse maladie prend en charge 60 pour cent des frais de soins dentaires nécessaires. Si au cours des dernières cinq années, vous êtes régulièrement allé(e) aux examens préventifs (carnet de bonus!), le remboursement augmente à 70 pour cent et au bout de dix ans à 75 pour cent.

Devis et plan de traitement

Avant que vous n'obteniez une prothèse dentaire, le cabinet dentaire établit un « devis et plan de traitement » (Heil- und Kostenplan). Il contient les prestations recommandées par le dentiste ou celles que vous souhaitez et qui dépassent le cadre des prestations médicalement nécessaires. Si vous optez pour une prothèse dentaire onéreuse, vous devez assumer vous-même les frais supplémentaires.

Ne signez ce plan de devis et de traitement que lorsque vous êtes sûr(e) du montant des parties du traitement payées par la caisse maladie et de celles que vous devez financer vous-même.

Après le traitement, vous recevrez une facture pour la partie des frais que vous devez payer vous-même. C'est la « contribution personnelle » (Eigenanteil). Si vous avez un revenu faible, demandez à votre caisse maladie, avant le début du traitement, quelles sont les « réglementations en cas de rigueur » (Härtefallregelungen) : les personnes avec un revenu faible ont la possibilité d'obtenir une aide financière plus élevée pour les prothèses dentaires. Dans de tels cas, il est important d'élucider avec la caisse maladie le montant de la réduction éventuelle de la contribution personnelle.

Pharmacie et médicaments

C'est à la pharmacie (Apotheke) que vous obtiendrez des médicaments et de nombreux produits médicaux (par exemple des pansements). Les pharmacies sont signalées par une grande lettre A rouge au-dessus de la porte et sont ouvertes aux horaires d'ouverture normaux. La nuit et le week-end, il y a toujours une pharmacie de garde à proximité. Pour savoir de quelle pharmacie il s'agit, vous pouvez consulter Internet (mot de recherche « Pharmacie de garde » (Apothekennotdienst)). Les pharmacies de garde la nuit ou les jours fériés sont affichées à la porte des pharmacies.

À la pharmacie, certains médicaments (les médicaments sur ordonnance (verschreibungspflichtige Arzneimittel) ne vous seront remis que sur présentation d'une ordonnance (Rezept) du médecin.

À la pharmacie, on vous indique quand et comment vous devez prendre les médicaments. Il se peut que la pharmacie doive commander un médicament. Le pharmacien vous indiquera alors quand vous pouvez venir le chercher.

S'il ne vous est pas possible de le retirer, vous pouvez demander si la pharmacie vous livrerait le médicament à domicile.

La caisse maladie ne rembourse que les médicaments inscrits par un médecin sur une ordonnance rouge. Certaines règles valent par exemple pour les médicaments forts contre la douleur ; ils doivent être prescrits sur une ordonnance spéciale de stupéfiants.

En règle générale, vous devez payer vous-même dix pour cent du prix (au moins 5 et au maximum 10 euros). C'est ce que l'on appelle le « paiement supplémentaire » (Zuzahlung).

Exemple :

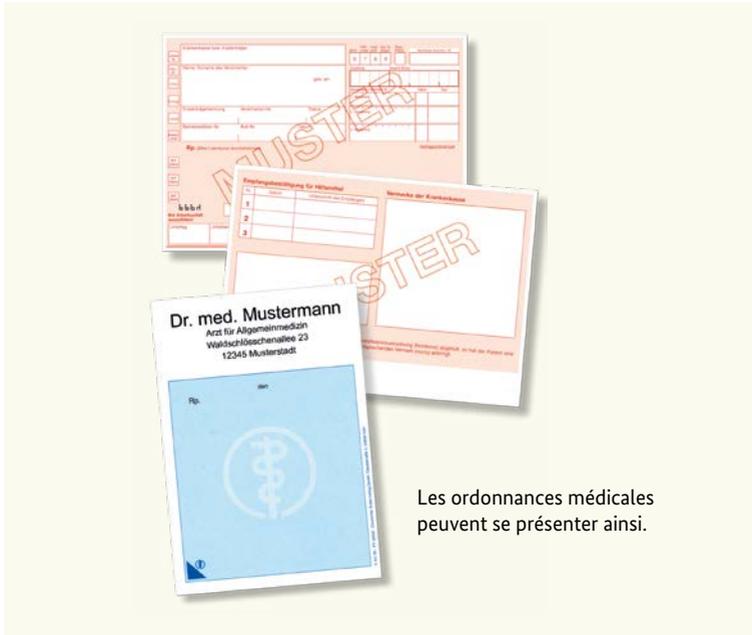
- Pour un médicament qui coûte 20 euros, vous payez 5 euros.
- Pour un médicament qui coûte 80 euros, vous payez 8 euros.
- Pour un médicament qui coûte 120 euros, vous payez 10 euros.

Vous ne payez en aucun cas plus que le prix du médicament (Arzneimittel).

Sans paiement supplémentaire, vous obtenez :

- Des médicaments pour les enfants de moins de 18 ans,
- Des médicaments dans le cadre d'une grossesse ou d'un accouchement.

Si vous êtes assuré(e) légalement, la pharmacie effectue directement le décompte avec votre assurance maladie. Vous-même ne payez que le paiement supplémentaire prescrit. Certains médicaments existent aussi sous forme de « médicaments génériques » (Generika). Un médicament générique est un médicament composé des mêmes principes actifs que « l'original ». Renseignez-vous auprès de votre pharmacien. Pour certains médicaments génériques, il n'y a pas de suppléments à payer.



Soins hospitaliers

Dans un hôpital, on ne vous soigne que si les soins prodigués par votre médecin dans un cabinet ne suffisent pas ou bien en cas d'urgence. Si vous êtes assuré(e) auprès de l'assurance maladie légale, vous ne pouvez pas être soigné(e) dans une clinique privée.

Prescription de traitement hospitalier

Votre médecin constate que vous devez aller à l'hôpital pour vous faire soigner et c'est lui qui vous y envoie. Cela se fait par le biais d'un « formulaire d'hospitalisation » (Einweisungsschein) que vous devez apporter à l'hôpital. En même temps que votre hospitalisation, votre médecin vous indiquera quel hôpital convient pour le traitement à faire. Si, pour votre traitement, vous allez dans un autre hôpital que celui indiqué sur le formulaire, notez bien que cela peut engendrer des frais supplémentaires.

Contrat d'hospitalisation

Si vous devez aller à l'hôpital plusieurs jours pour un traitement, vous concluez un contrat, la plupart du temps par écrit. C'est-à-dire que vous et l'hôpital signez ce contrat.

Qu'est-ce qui est réglé dans ce contrat ?

- Votre traitement par un personnel médical qualifié,
- Vos soins par un personnel soignant qualifié et
- Vos frais de logement et de nourriture.

Que paie la caisse maladie ?

- Le traitement nécessaire au niveau médical,
- Le logement et la nourriture.

Que devez-vous payer ?

- Des paiements supplémentaires journaliers (10 euros). Ils ne valent que pour les adultes et pour 28 jours par année civile (= 280 euros). Pour un accouchement à l'hôpital, on ne paie pas ce supplément.
- Le traitement par un médecin en chef ou l'hébergement en chambre individuelle.

Ne signez le contrat avec l'hôpital que si vous l'avez compris et faites-vous en remettre une copie. Si vous ne comprenez pas certaines choses, faites-les vous expliquer. Demander de l'aide à des ami(e)s ou à des parents qui parlent bien allemand.

Important :

Si vous avez une assurance complémentaire privée pour ce type de services supplémentaires, apportez un justificatif. Il se peut que vous deviez payer des frais importants avant le début du traitement, votre caisse maladie vous les remboursera ultérieurement.

À l'hôpital

Avant le début du traitement, le médecin hospitalier mène un entretien détaillé avec vous (« anamnèse » (Anamnese)). Il s'agit de vos antécédents médicaux, p.ex. des maladies antérieures que vous avez eues ou des opérations que vous avez subies, ainsi que de vos conditions de vie qui peuvent influencer votre santé ou le traitement. Ces informations sont importantes pour le médecin pour pouvoir vous aider correctement et rapidement.

Là encore, l'ensemble du personnel hospitalier n'a pas le droit de transmettre les informations résultant de ces entretiens à d'autres personnes. Vous seul(e) décidez si, votre conjoint(e) ou votre partenaire, votre famille ou des amis peuvent obtenir des renseignements et qui doit être appelé en cas d'urgence.

Important :

- Apportez à l'hôpital les documents importants, comme par exemple votre carte de santé, une lettre de transfert du médecin et votre carnet de vaccination et d'allergie. Si vous possédez des documents préventifs tels qu'un testament de vie (Patientenverfügung) ou un mandat préventif (Vorsorgevollmacht), apportez-les également.
- Apportez également des objets personnels comme des vêtements, des numéros de téléphone importants et un peu d'argent. Laissez de préférence les autres objets de valeur chez vous.

Examens médicaux fréquents

À l'hôpital, on pratique souvent certains examens médicaux. Les analyses de sang et un contrôle du cœur en font partie. Il peut également s'agir de radiographies. Posez des questions si vous ne comprenez pas bien pourquoi certains examens médicaux sont pratiqués. Il se peut également qu'à l'hôpital, vous deviez donner votre propre sang.

Avant les opérations

Avant une opération, le médecin doit vous informer précisément sur les chances et les risques. On ne peut pas vous opérer sans que vous ne signiez au préalable une « déclaration de consentement » (Einverständniserklärung). Dans cette déclaration, on décrit le type et le déroulement du traitement imminent. Votre signature sur cette déclaration est la condition préalable à l'exécution du traitement. Posez des questions si vous n'avez pas tout compris.

Pendant l'opération, l'anesthésiste (Anästhesist/in) est responsable de votre insensibilisation. Avant l'opération, dans le cours d'un entretien, il discute avec vous de la procédure. Faites-vous tout expliquer et ne signez que si vous avez tout compris.

Rappelez au personnel qu'il doit s'exprimer de manière compréhensible – faites-vous expliquer les termes techniques! Si vous ou vos proches ne maîtrisez pas suffisamment la langue allemande pour signer le consentement, demandez expressément les services d'un interprète (Dolmetscher/in). Si la traduction est nécessaire pour comprendre l'information détaillée, l'hôpital doit prendre les frais en charge.

Demandez aussi comment vous devez vous comporter avant et après l'opération. Pour le succès d'une opération et sa guérison, vous devez comprendre toutes les instructions et les respecter. Cela vaut particulièrement quand vous rentrez chez vous directement après l'intervention. Si vous avez de fortes douleurs après l'opération, informez immédiatement le personnel de l'hôpital.

Le quotidien à l'hôpital

À l'hôpital, on s'occupe de votre traitement médical, de votre hébergement et de votre nourriture. Dans les hôpitaux, les repas sont servis à certaines heures. Si vos proches apportent de la nourriture, demandez au personnel de l'hôpital si vous pouvez la consommer et ce que vous pouvez manger. Il se peut par exemple qu'après une opération, vous ne supportiez que certains aliments. Si vous ne mangez pas de viande ou si pour des raisons religieuses vous ne mangez pas certains plats, indiquez-le au moment de votre entrée à l'hôpital.

Inutile d'apporter vos propres draps. Par contre, apportez vos affaires personnelles comme un pyjama, un peignoir, un survêtement, des articles de toilette pour les soins du corps, vos lunettes, votre appareil auditif, etc.

Bien entendu, vos proches peuvent vous rendre visite. Tenez compte des horaires de visite de votre hôpital. Au cours de ces visites, faites preuve de compréhension et tenez compte des intérêts des autres patientes et patients, qui, par exemple après une opération, ont besoin de beaucoup de calme. À l'hôpital, le respect des besoins des autres est particulièrement important. Dès que vous vous sentez en état de le faire, quittez la chambre avec vos visiteurs et allez par exemple dans une salle réservée aux visites, à la cafétéria ou dans le parc de l'hôpital. Et surtout : n'autorisez vos proches à ne vous rendre qu'autant de visites que vous pouvez supporter.

Tous les jours, le personnel médical vient vous voir pour savoir comment vous allez et pour décider quels autres traitements sont éventuellement nécessaires. Ces visites sont appelées « Visite » (Visite). Au moment des visites, vous avez la possibilité de poser des questions.

Important :

Dites si vous ne souhaitez pas que l'on parle de votre santé ou que vos plaies soient auscultées devant d'autres personnes. Dans de nombreux hôpitaux, vous pouvez vous faire examiner séparément.

Avant de quitter l'hôpital, demandez comment se présente votre traitement ultérieur. Il se peut par exemple que vous ayez besoin de certains médicaments ou que vous deviez suivre un régime. Éventuellement, vous devez vous rendre au cabinet médical pour le traitement à suivre. En règle générale, une fois que vous avez quitté l'hôpital, les collaborateurs du service social de la clinique veillent à ce que vous soyez suivi(e) sans interruption au niveau médical et au niveau des soins. On vous remet une lettre contenant les informations principales pour votre médecin traitant.

3 En cas d'urgence

Un cas d'urgence est constitué par toute maladie ou blessure menaçant potentiellement le pronostic vital et nécessitant un traitement médical immédiat. En font partie une forte fièvre, des fractures des os, des blessures à la tête, des accidents avec blessures graves, de forts saignements, des brûlures graves, une détresse respiratoire, une intoxication, une perte de conscience, une suspicion de crise cardiaque ou des signes d'un accident vasculaire cérébral (par exemple, faiblesse soudaine, problèmes d'élocution, engourdissement et paralysie).

Important :

- Si vous considérez que la situation présente un risque vital, par exemple après un grave accident, composez le numéro d'urgence européen 112 pour appeler les secours (Rettungsdienst). Expliquez calmement et clairement où se trouve la personne concernée, ce qui s'est passé et dans quel état elle est. Écoutez attentivement et répondez de votre mieux à toutes les questions.
- Si vous avez besoin de conseil médical en dehors des heures de consultation ou pendant celles-ci (par exemple dans les cas de symptômes aigus mais ne mettant pas votre vie en danger) et si vous ne pouvez pas attendre jusqu'au moment où vous pourrez joindre le cabinet de votre médecin traitant, vous pouvez aussi appeler les points de service de rendez-vous (TSS). Numéro de téléphone : 116 117.

Vous y serez mis en relation avec le service médical de garde de l'Association des médecins de l'assurance maladie obligatoire – y compris la nuit, le week-end et les jours fériés.

Ce numéro fonctionne sans indicatif dans toute l'Allemagne et il est gratuit – peu importe que vous appeliez à partir d'un téléphone fixe ou mobile.

Vous trouverez de plus amples informations sur les points de service de rendez-vous dans la rubrique « La visite chez le médecin » de ce guide.

Surtout quand on a de la famille, il est bon de savoir ce qu'on peut faire soi-même avant l'arrivée de l'aide d'un professionnel. Vous pouvez l'apprendre dans des cours de premier secours. De nombreuses associations et établissements de formation proposent ce genre de cours. Ce que vous y apprenez peut avoir une importance décisive pour d'autres personnes en situation de détresse ou pour vous-même.

Réanimation – Chacun peut sauver des vies!

Indépendamment des cours complets de secourisme, il est important de savoir quoi faire en cas d'arrêt cardiaque. Les compressions thoraciques immédiates peuvent sauver des vies avant l'arrivée des services d'urgence. Il est important d'agir. En cas d'urgence, quelques étapes suffisent :

1. Vérifier

La personne est-elle réactive ? Adressez-vous directement à la personne : « Bonjour, m'entendez-vous ? » et touchez la personne (par exemple, en la secouant doucement, en stimulant légèrement sa douleur). S'il n'y a pas de réponse et que la personne respire à peine ou ne respire pas :

2. Appeler

Composez immédiatement le numéro d'urgence européen 112. Veuillez ne raccrocher que lorsque le répartiteur du centre de contrôle n'a plus de questions.

3. Appuyer

Démarrez la réanimation sans attendre, ne perdez pas de temps. Placez vos mains l'une sur l'autre et les paumes vers le milieu de la poitrine de la personne. La position correcte se situe au niveau des mamelons. Le haut du corps doit être libre si possible. Poussez la poitrine très fermement à un rythme de 100 répétitions par minute. De préférence 5 cm de profondeur. Gardez les bras tendus pour économiser de l'énergie.

Continuez jusqu'à ce que les secours prennent le relais. S'il y a plusieurs personnes qui peuvent aider, relayez-vous à tour de rôle au bout de maximum 3 minutes. Il ne doit y avoir aucune pause.

Avoir oublié de prendre un médicament, avoir besoin d'un arrêt maladie ou d'une ordonnance, vouloir éviter l'attente chez les médecins ou aller à l'hôpital pour accoucher – à moins qu'il n'y ait un danger pour la mère ou l'enfant – ne constituent pas des cas d'urgence.

Les hôpitaux sont là pour les patients qui ont besoin de soins médicaux d'urgence. Ceux qui n'en tiennent pas compte retardent et perturbent les soins des véritables cas d'urgence.

4 Santé préventive

Vaccins

Chaque année, des milliers de personnes sont atteintes de graves maladies infectieuses, qui peuvent être évitées au moyen de la vaccination préventive. Les vaccins (Impfungen) protègent efficacement des maladies et de leurs séquelles, causées par des bactéries et des virus. Quand beaucoup de gens sont vaccinés contre certaines maladies infectieuses, celles-ci ne peuvent plus se répandre dans la population. Interrogez donc votre médecin – pour vous-même et pour vos enfants.

En Allemagne, il y a des recommandations quant au moment auquel réaliser certains vaccins. Comme partie intégrante des examens «U» (U-Untersuchungen), les enfants sont vaccinés contre les maladies importantes. Certains vaccins doivent être administrés plusieurs fois pour atteindre une protection efficace. Et certains vaccins doivent être renouvelés régulièrement à l'âge adulte.

Les frais des vaccins recommandés et partiellement les vaccins en prévoyance de voyage sont payés par la caisse maladie.

Certains cancers, notamment les cancers du col de l'utérus, de l'anus et de la bouche, sont causés par une infection à certains papillomavirus humains (VPH). La Commission permanente de vaccination (STIKO) recommande la vaccination contre le VPH pour les jeunes de tous sexes âgé-e-s de 9 à 14 ans. Les assurances maladie obligatoires et, en règle générale, également privées, couvrent les frais pour les jeunes de 9 à 17 ans. Certaines mutuelles prennent également en charge la vaccination des personnes de plus de 18 ans.

Si vous ne vivez pas encore depuis longtemps en Allemagne, faites vérifier vos vaccins et ceux de vos enfants par un médecin. Dans le «Carnet de vaccination» (Impfpass), on note les vaccins que vous avez déjà eus. Si vous n'avez pas encore de carnet de vaccination, demandez-en un au cabinet médical ou à votre caisse maladie.

Important :

Faites-vous vacciner et faites vacciner vos enfants ! La vaccination vous permet de vous protéger et de protéger aussi votre famille et d'autres personnes dans votre entourage contre les maladies contagieuses. Vous empêchez ainsi la propagation de maladies comme la rougeole, la polio, la coqueluche ou la grippe. Apportez vos documents de vaccination à toutes les consultations médicales !



Voici comment se présente le carnet de vaccination

Examens de prévention et de dépistage

Votre caisse maladie paie les examens médicaux destinés aux enfants, aux jeunes et aux adultes et servant à la détection précoce des maladies, des problèmes de santé et des facteurs de risque (les examens dits de « prévention et de dépistage » (Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen). Les personnes qui font régulièrement ces examens apportent une contribution importante à leur propre santé. Certaines caisses-maladie proposent des « programmes de bonus » pour inciter les personnes à profiter de ces examens. Renseignez-vous auprès de votre caisse maladie pour savoir si elle propose de tels programmes de bonus.

Bilan de santé « check-up »

L'assurance-maladie prend en charge les frais des contrôles de santé réguliers pour les assurés âgés de 18 ans et plus :

Actuellement les femmes et les hommes à partir de l'âge de 35 ans ont droit à un bilan de santé tous les trois ans (« check-up »), celles et ceux âgés de 18 à 34 ans ont droit à un seul bilan. Cet examen est destiné à dépister les maladies cardio-vasculaires, le diabète sucré (« diabetes mellitus ») et les maladies rénales.

Tous les médecins traitants ainsi que les spécialistes de médecine interne peuvent effectuer ces examens.

De plus, les personnes de plus de 35 ans ont également la possibilité de se faire tester une fois pour les maladies virales hépatite B et hépatite C dans le cadre du bilan de santé.

Les hommes de plus de 65 ans ont droit à un dépistage échographique unique pour la détection précoce des anévrismes de l'aorte abdominale (gonflement anormal de l'artère abdominale dans l'abdomen).

Pour pouvoir évaluer votre risque personnel, on vous interroge sur vos antécédents, vos facteurs personnels de risque (par exemple le manque de mouvement) et l'historique médical de la famille proche. Ensuite, le médecin ausculte tout le corps (par exemple, par palpation et par percussion). Cet examen comprend la mesure de la tension artérielle au bras, le statut vaccinal, et, pour les personnes ayant plus de 35 ans une analyse de sang permettant entre autres de vérifier le taux de sucre et de cholestérol dans le sang.

Les tests sanguins ne sont pratiqués sur les personnes de moins de 35 ans que si elles présentent un profil à risque, c'est-à-dire si elles sont en surpoids, font de l'hypertension ou ont des antécédents familiaux. Une analyse d'urine fait également partie du bilan de santé pour les personnes de plus de 35 ans. En fonction des résultats, en cas de besoin, les médecins vous recommandent des mesures de prévention, par exemple des cours sur l'exercice physique, l'alimentation, la gestion du stress ou l'usage de drogues. Dans ce but, le cabinet médical vous établit un certificat, à présenter à votre caisse maladie.

Dépistage du cancer de la peau

Le cancer de la peau fait partie des maladies cancéreuses les plus fréquentes. Plus il est dépisté tôt, meilleures sont les chances de guérison. Pour cette raison, il est important d'observer et de faire examiner régulièrement toutes les modifications de la peau, en particulier les taches de naissance.

À partir de l'âge de 35 ans, vous avez droit tous les deux ans à un examen gratuit de dépistage du cancer de la peau. L'objectif de ce dépistage est de déceler à temps les trois types de cancer de la peau les plus fréquents. En font partie le « cancer noir de la peau » (mélanome malin) et le « cancer blanc de la peau » (carcinome basocellulaire et carcinome squameux). Pendant l'examen, toute la peau de votre corps est examinée visuellement, c'est-à-dire à l'œil nu, pour déceler de modifications évidentes de la peau.

Demandez à votre médecin traitant s'il peut faire cet examen. Celui-ci peut être fait en même temps que le bilan de santé. Vous pouvez également faire faire cet examen de dépistage du cancer de la peau par un spécialiste de la peau et des maladies sexuelles (Dermatologue/in).

Si un cancer de la peau est suspecté lors de l'examen de détection précoce, un diagnostic plus approfondi est effectué par un dermatologue.

Dépistage du cancer du côlon

Le cancer du côlon est l'une des maladies cancéreuses les plus fréquentes. Quand on le dépiste à temps, les chances de guérison sont grandes. La plupart du temps, le cancer du côlon se développe de manière inaperçue au cours de nombreuses années à partir d'un stade préliminaire. Les proliférations des muqueuses du côlon constituent un stade précancéreux bénin (polypes, adénomes). À l'œil nu, on ne distingue pas le saignement de ces proliférations dans les selles, car, la plupart du temps, la quantité de sang est très faible.

Pour cette raison, les caisses maladie proposent aux femmes et aux hommes à partir de 50 ans deux examens de dépistage du cancer du côlon :

un test du sang caché dans les selles ou une coloscopie de détection précoce.

Depuis le 1er juillet 2019, les personnes de plus de 50 ans bénéficiant de l'assurance maladie légale sont également invitées par écrit au dépistage précoce du cancer du côlon et informées des examens. D'autres invitations au dépistage précoce du cancer colorectal sont données à l'âge de 55, 60 et 65 ans.

- À partir de 50 ans, les hommes et les femmes peuvent obtenir des conseils ponctuels de leur médecin concernant le dépistage précoce du cancer du côlon.
- Les femmes et les hommes de plus de 50 ans peuvent faire contrôler leurs selles à la recherche de traces invisibles de sang (test sanguin dans les selles) tous les ans, et tous les deux ans à partir de 55 ans.
- Les hommes de plus de 50 ans et les femmes de plus de 55 ans peuvent subir une coloscopie de détection précoce comme alternative à l'analyse de sang dans les selles. Elle est plus fiable que le test sanguin dans les selles.

Le médecin (spécialiste en gastro-entérologie) regarde l'intérieur de l'intestin avec un endoscope. Il peut éliminer les précurseurs du cancer immédiatement pendant l'examen. De cette façon, le développement du cancer du côlon peut être évité.

Si le résultat de la coloscopie est sans particularité, vous pouvez refaire cet examen au plus tôt au bout de 10 ans. Globalement, les femmes et les hommes ont droit à deux coloscopies de détection précoce. Cependant, si vous ne faites effectuer le premier examen qu'après l'âge de 65 ans, vous n'avez pas droit à une deuxième coloscopie.

Discutez avec votre médecin du type d'examen qui est pertinent pour vous entre les deux et de s'il le pratique.

Important :

Si vous remarquez du sang dans vos selles, consultez immédiatement un médecin.

Examens de prévention et de dépistage pour les femmes :

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus se développe généralement lentement sur de nombreuses années à partir de précurseurs initialement inoffensifs, généralement après une infection par certains types à haut risque du virus du papillome humain (VPH).

Les caisses maladie paient un examen de dépistage du cancer du col de l'utérus à chaque femme à partir de l'âge de 20 ans. Ces examens servent à dépister et à soigner le plus tôt possible les anomalies – avant l'apparition du cancer du col de l'utérus.

C'est un spécialiste en gynécologie (Gynäkologie) qui procède à l'examen. Il est important que vous lui fassiez confiance et que dans le cabinet, on respecte l'intimité des patientes. En prenant votre rendez-vous, renseignez-vous sur ce dont vous devez tenir compte.

Depuis le 1er janvier 2020, les femmes de plus de 20 ans couvertes par l'assurance maladie légale sont également invitées par écrit au dépistage précoce du cancer du col de l'utérus et informées des examens. D'autres invitations au dépistage du cancer du col de l'utérus sont envoyées aux patientes ayant respectivement 55, 60 et 65 ans.

- Les femmes âgées de 20 à 34 ans peuvent subir une cytologie cervicale (frottis de Pap) chaque année. Les résultats remarquables font l'objet d'un suivi dans le cadre du programme de détection précoce.
- Les femmes de plus de 35 ans se voient proposer tous les trois ans un test combiné, composé d'un test pour le papillomavirus humain (test HPV) et d'un frottis cytologique. Les résultats remarquables font l'objet d'un suivi dans le cadre du programme de détection précoce.
- À partir de 20 ans, les femmes ont droit à un examen clinique (palpatoire) annuel des organes génitaux. Selon l'âge de la femme, cet examen est réalisé annuellement ou tous les trois ans en lien avec le prélèvement cytologique précité ou l'examen combiné test HPV et prélèvement précité.

Dépistage du cancer du sein

Au niveau mondial, le cancer du sein est la maladie cancéreuse la plus fréquente chez les femmes. De nos jours, les chances de guérison sont très élevées – également à cause de la possibilité du dépistage.

À partir de 30 ans, il y a un examen gynécologique annuel du sein pour les femmes. Le gynécologue palpe le sein pour trouver des anomalies. Tous les deux ans, les femmes entre 50 et 69 ans reçoivent une invitation par écrit à une radiographie du sein (le screening mammographique (Mammographie-Screening)). On y fait des radiographies du sein qui sont ensuite évaluées par un ou une radiologue. Les résultats remarquables font l'objet d'une clarification rapide dans le cadre du programme de détection précoce. Les caisses maladie légales prennent les frais du programme de mammographie en charge.

Screening chlamydes

Les « infections chlamydiennes » font partie des maladies sexuellement transmissibles les plus fréquentes du monde (dénommées d'après la bactérie « Chlamydia trachomatis »). Les femmes et les hommes peuvent être pareillement touchés par cette infection et la transmettre. Surtout chez les femmes, une infection chlamydienne non détectée peut être une raison d'infertilité. Mais quand l'infection chlamydienne est détectée et traitée à temps, il n'y a pas de séquelles. C'est pourquoi il existe un « screening chlamydies » (Chlamydien-Screening). Pour le test, on a juste besoin d'un échantillon d'urine. Jusqu'à l'âge de 25 ans, les caisses maladie légales prennent les frais pour un test par an en charge. Le mieux est de vous renseigner sur ce test auprès de votre gynécologue.

Examens de prévention et de dépistage pour les hommes :

Dépistage du cancer de la prostate

En Allemagne, le cancer de la prostate est la maladie cancéreuse la plus fréquente et la deuxième cause de mortalité cancéreuse chez les hommes. Pour le dépistage, les caisses maladie paient un examen de palpation annuel pour les hommes à partir de 45 ans. Cet examen consiste en une auscultation externe des organes sexuels et de la prostate ainsi que d'un examen des ganglions lymphatiques. Demandez à votre médecin traitant s'il propose des examens de dépistage du cancer de la prostate et renseignez-vous sur leur mode de déroulement.

Dépistage des anévrismes aortiques abdominaux

L'aorte abdominale est le plus grand vaisseau sanguin de la cavité abdominale. Quand l'aorte abdominale se dilate à un endroit et forme un gros renflement, on parle « d'anévrisme de l'aorte abdominale ». La plupart du temps, un anévrisme ne provoque pas de douleurs et reste inaperçu. Dans des cas rares, les anévrismes peuvent cependant se rompre. Du fait des hémorragies internes, il peut en résulter une situation d'urgence menaçant le pronostic vital. C'est pourquoi les hommes à partir de 65 ans ont droit une fois dans leur vie à une échographie gratuite pour dépister les anévrismes de l'aorte abdominale. L'examen n'est proposé qu'aux hommes parce qu'ils sont nettement plus touchés par un anévrisme de l'aorte abdominale que les femmes. Il est prouvé que les hommes profitent de l'échographie de dépistage. Renseignez-vous auprès de votre médecin pour savoir s'il pratique cet examen.

Bilans de santé pour enfants et adolescents

Après la naissance d'un enfant, on remet aux parents un carnet sanitaire pour leur enfant, dans lequel on décrit à quel moment il faut procéder à un certain examen. En règle générale, dix examens de l'enfant sont prévus (U1 à U9, y compris U7a ; «U» est une abréviation pour le mot «Untersuchung/examen» de même que l'examen de l'adolescent (J1). Ces examens – dans la mesure où ils sont réalisés dans les périodes d'examen prévues – sont payés par la caisse maladie.

Le premier examen («U1») a lieu directement après la naissance. L'examen de prévention U2 entre le 3e et le 10e jour de vie à l'hôpital ou au cabinet du pédiatre. Les examens U3 à U9 (U3- bis U9-Untersuchungen) jusqu'au 64e mois de vie sont faits dans le cabinet d'un pédiatre ou dans celui d'un médecin traitant. C'est également là que se fait l'examen des jeunes, dit «J1», entre 12 et 14 ans.

Le Centre fédéral d'éducation à la santé (BZgA) fournit plus d'informations sur le thème «Détection précoce U1–U9 et J1» sur le site Internet «kindergesundheit-info.de», à l'aide du mot-clé correspondant : www.kindergesundheit-info.de/themen

Santé préventive pour les enfants et les jeunes

- **Âge 0** : Contrôles pendant la grossesse (inscrits dans le carnet de la mère)
- **Âge 0–6** : Examens de détection précoce U1 à U9 (saisie dans le livret d'examens préventifs) dont les dépistages précoces des maladies dentaires, buccales et de la mâchoire et diverses vaccinations comme par exemple, des vaccinations contre les oreillons, la rougeole et la rubéole/votre vie
- **À partir de 6** : Des contrôles dentaires réguliers (inscrits dans le livret bonus de l'assurance maladie dès l'âge de 12 ans)
- **Âge 9–17** : Vaccination contre le VPH (9 à 14 ans) ou vaccination de rattrapage VPH (15 à 17 ans)
- **Âge 12–14** : Examen de santé juvénile J1

Important :

Ces examens sont très importants. Vous devez donc les faire et toujours apporter le carnet de santé (Carnet « U » (U-Heft)) ainsi que le carnet de vaccination de votre enfant. Les examens servent à la santé de votre enfant.



Voici comment se présente le carnet sanitaire

La santé des femmes

Pour les thèmes sensibles comme par exemple les troubles de la menstruation, la grossesse, la naissance ou les maladies sexuellement transmissibles, les femmes ont la possibilité de consulter un gynécologue. Là encore votre gynécologue est tenu au secret professionnel vis-à-vis des tiers.

Grossesse et naissance

Les frais pour la constatation de la grossesse, pour les examens médicaux préventifs ainsi que le suivi à la naissance et après celle-ci sont pris en charge par les caisses maladie légales. Quand vous êtes enceinte, le médecin traitant vous remet un « carnet de maternité » (Mutterpass). Les différents rendez-vous pour les examens sont inscrits dans le carnet de maternité. Apportez-le à tous les rendez-vous.

Important :

Pendant la grossesse, toutes les données relatives aux examens de dépistage, au déroulement de la grossesse et au développement de l'enfant sont documentées dans le carnet de maternité. Par conséquent, les femmes enceintes doivent toujours avoir leur carnet de maternité sur elles.



Voici comme se présente un carnet de maternité (Mutterpass).

En Allemagne, vous avez l'option d'accoucher dans une clinique, une maison de naissance ou chez vous. Cependant, une sage-femme ou un maïeuticien (Hebamme / Entbindungspfleger) doit assister à chaque naissance et l'accompagner. Pour accoucher, même si vous ne vous êtes pas inscrite, vous pouvez aller dans chaque hôpital disposant d'un service maternité. L'hôpital n'a pas le droit de vous refuser et/ou doit vous aider à trouver une autre maternité.

Si vous envisagez d'interrompre une grossesse, vous devez vous rendre dans un centre de consultation en matière de grossesse (Schwangerschaftsberatungsstelle). On vous y conseillera gratuitement sans que vous deviez indiquer votre nom et vos coordonnées (anonymement). Pour une interruption de grossesse, il vous faut une attestation du centre de consultation.

Offres d'aide aux toxicomanes et aux personnes addicts

L'addiction est une maladie! Il s'agit d'une dépendance obsessionnelle à des substances comme par exemple l'alcool, les drogues, la nicotine ou les médicaments. Il s'agit aussi de modes de comportements spécifiques comme par exemple l'anorexie, l'addiction au jeu, la dépendance aux achats ou à l'ordinateur.

L'addiction peut toucher tout le monde, indépendamment de l'âge, de la formation, de la profession et du prestige social. Il n'y a aucune raison d'avoir honte et cela n'a rien à voir avec un échec personnel d'avoir recours à de l'aide, soit auprès de centres de conseil en toxicomanie, soit par une thérapie de l'addiction.

Quelles sont les aides en cas de problèmes d'addiction ?

Soutien professionnel

On vous aide à trouver une voie pour sortir de la dépendance et de ses éventuelles conséquences mentales et physiques. Les professionnels qualifiés salariés des centres de consultation proposent une aide inconditionnelle aux personnes concernées et à leurs proches, correspondant aux dernières évolutions scientifiques, en respectant toujours la situation de vie des individus.

Groupes d'entraide des addicts

Des groupes d'entraide de personnes addicts complètent l'offre d'aide des professionnels. Par leurs propres moyens, les personnes concernées y trouvent la voie vers une vie abstinentes et satisfaites et renforcent mutuellement leurs compétences et leur santé. Les membres du groupe travaillent en partie anonymement et accueillent les personnes en situation difficile en quête d'aide, sans faire de différences.

Centre de consultation des personnes addicts et établissements thérapeutiques ambulatoires

Près de chez vous, il y a aussi certainement un centre de consultation ou un établissement ambulatoire de sevrage. Vous obtiendrez des informations et des adresses sur les centres de consultation des personnes

addicts et sur les établissements thérapeutiques auprès de votre médecin ou sur Internet : www.dhs.de/service/suchthilfeverzeichnis
N'hésitez pas à vous adresser à une telle institution. On y connaît bien les problèmes et on saura sûrement vous aider.

Important :

Les centres de consultation travaillent **gratuitement**. Les informations confidentielles ne seront pas transmises à la police, elles sont aussi partiellement **anonymes**. Vous y obtiendrez également des informations générales sur le thème de l'addiction et de la drogue.

Hépatite virale

Les hépatites B et C sont des infections virales répandues dans le monde entier. Elles provoquent une inflammation du foie qui peut évoluer vers la cirrhose et le cancer du foie. Les gens peuvent être infectés sans le savoir car la maladie est initialement asymptomatique.

Il existe un vaccin contre l'hépatite B, mais pas contre l'hépatite C. Cependant, cette hépatite peut être traitée et, dans la plupart des cas, guérie grâce à des thérapies modernes et très efficaces.

Hépatite B

Le virus de l'hépatite B (VHB) peut être transmis par le sang, la salive, le sperme et les sécrétions vaginales. Les modes de transmission fréquents sont les contacts sexuels, l'utilisation partagée d'ustensiles de drogue ainsi que le perçage et le tatouage non stériles.

Le VHB peut également être transmis lors d'actes médicaux non stériles et à la naissance. La transmission au nouveau-né est évitée par la vaccination immédiatement après la naissance. C'est pourquoi les femmes enceintes sont testées pour l'hépatite B.

Hépatite C

Le virus de l'hépatite C (VHC) se transmet par contact sanguin. Une quantité invisible de sang infecté suffit. Le VHC ne se transmet pas par le lait maternel ni par les contacts quotidiens.

Souvent, les gens ne savent pas qu'ils peuvent avoir l'hépatite C. Cela peut être le cas, par exemple, si vous avez consommé de la drogue dans le passé ou si un tatouage ou un piercing n'a pas eu lieu dans des conditions stériles. Le VHC a également été transmis lors de transfusions sanguines (en Allemagne avant 1991) et lors de campagnes de santé publique (par exemple contre la schistosomiase en Égypte, années 1950 – 1980).

Possibilité de test : Toutes les personnes couvertes par l'assurance maladie légale peuvent être testées une fois pour l'hépatite B et C dans le cadre d'un bilan de santé (par exemple dans le cabinet du médecin de famille). Le statut de vaccination contre l'hépatite B est également vérifié à cette occasion.

En outre, il est possible de se faire tester pour l'hépatite C grâce à des offres locales d'aide quant au sida et quant aux drogues (gratuite pour les personnes à faible revenu).

Infection au VIH et SIDA

Le VIH est l'abréviation de Virus de l'Immunodéficience Humaine. Il s'agit d'un virus qui attaque le système immunitaire de l'organisme. Il peut causer le SIDA s'il n'est pas traité. Les personnes vivant avec le VIH peuvent être traitées efficacement avec des médicaments, puis cesser de transmettre l'infection. Il n'y a pas encore de vaccin.

Le VIH peut être transmis par le sang, le sperme, les sécrétions vaginales et le lait maternel. Les rapports anaux et vaginaux non protégés et le partage de seringues et d'aiguilles lors de la consommation de drogues représentent un risque élevé. La transmission pendant l'accouchement et l'allaitement peut être prévenue par des médicaments.

Si vous ne savez pas si vous avez contracté le VIH, faites un test de dépistage du VIH. Les interlocuteurs appropriés peuvent être trouvés au lien suivant :

www.aidshilfe.de/hiv-test#wo-kann-man-sich-auf-hiv-testen-lassen

Des options de test sont également proposées par les autorités sanitaires.

Si vous venez d'être exposé à un risque élevé de transmission du VIH, un traitement d'urgence immédiat appelé prophylaxie post-exposition (PPE) peut prévenir l'infection. Il est préférable de commencer immédiatement, sinon dans les 24 heures. De plus amples informations et des contacts sont disponibles sur :

www.aidshilfe.de/PEP

Protection contre l'infection par les hépatites B et C, le VIH :

- Utilisation plus sûre : pas de partage d'ustensiles de consommation de drogue
- Tatouage et piercing uniquement dans des conditions stériles
- Du sexe plus sûr : utilisation de préservatifs pendant les rapports sexuels
- Protection par des médicaments préventifs contre le VIH : prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP) - des informations à ce sujet sont également disponibles sur Internet à l'adresse :

www.aidshilfe.de/hiv-prep

www.bundesgesundheitsministerium.de/terminservice-und-versorgungsgesetz/prep.html

5 Assurance dépendance

Quand les personnes ont durablement besoin de soins, l'assurance dépendance (Pflegeversicherung) soutient aussi bien les personnes en situation de soins longs que leurs proches.

Tous ceux qui ont une assurance maladie légale sont automatiquement assurés dans l'assurance sociale des soins de longue durée. Les titulaires d'une assurance maladie privée doivent souscrire une assurance soins privée obligatoire.

À la différence de l'assurance maladie légale, l'assurance dépendance ne propose qu'une protection partielle. Cela signifie qu'elle ne prend en charge les frais de soins que jusqu'à un certain volume. En cas de précarité financière, vous obtenez un soutien dans le cadre de l'aide sociale (Sozialhilfe).

Après avoir déposé une demande auprès de l'assurance dépendance, vous obtenez des allocations de soins (Pflegegeld) et/ou des « prestations de soins en nature » (Pflegesachleistungen), selon qu'il s'agit de proches ou de prestataires de services professionnels qui se chargent des soins. Le montant des allocations est fixé par la loi et il augmente avec le degré de soins (Pflegegrad). Le droit aux soins nécessite d'avoir été assuré pendant un certain temps. Dans certains cas, on peut tenir compte des durées d'assurance dans d'autres pays. Informez-vous auprès de votre assurance dépendance.

Au moyen d'un rapport d'expertise, le service médical détermine le degré de soins. Il existe en tout cinq grades différents de soins. La classification dans un niveau de soins dépend de l'impact de la dégradation de la santé sur l'autonomie ou les facultés d'une personne. Une personne devient dépendante quand elle ne peut plus (ou uniquement avec de l'aide extérieure) mener sa vie de manière autonome dans un ou plusieurs domaines.

La dépendance doit être un état de long terme – au moins pour six mois. Dans l'expertise, on vérifie aussi comment améliorer ou conserver l'autonomie de la personne par des mesures de prévention ou de réhabilitation.

Avant de déposer une demande d'assurance dépendance auprès de la caisse de soins, mais également après, vous pouvez à tout moment vous faire conseiller auprès des « Centres de soins » (Pflegerstützpunkte) sur place. Les experts qui y travaillent n'informent pas seulement les personnes en situation de dépendance et leurs proches sur les soins, mais ils les accompagnent également et les soutiennent dans la pratique.

Pour les personnes qui touchent des aides sociales (p. ex. dans le cadre de la loi sur l'aide sociale pour les demandeurs d'asile ou de la loi sur l'aide sociale), il se peut que d'autres prestataires de services soient compétents.

Soins à domicile

Le but des soins à domicile est de permettre au patient de vivre de la manière la plus autonome possible.

Les personnes nécessitant des soins qui souhaitent prendre soin d'elles-mêmes à domicile avec l'aide de proches ou d'autres bénévoles reçoivent une allocation de soins.

S'il n'est pas possible ou pas souhaité de les faire soi-même, les services de soins infirmiers ambulatoires se chargeront des soins et de l'accompagnement dans l'appartement.

Si l'on vous a attribué le degré de soins 2 à 5, vous avez droit à différentes prestations comme l'aide aux soins corporels et à la tenue du ménage. Ces prestations sont fournies par des services de soins agréés.

Selon les besoins, les frais pour les dispositifs médicaux ou pour une adaptation du logement sont également prise en charge jusqu'à une certaine limite.

Faites-vous conseiller auprès du bureau local des séniors, auprès des associations caritatives ou auprès de la caisse dépendance pour savoir comment organiser l'aide et les soins à domicile.

Soins hospitaliers

Si les soins à domicile ne sont pas possibles, les personnes dépendantes sont prises en charge dans des établissements de soins hospitaliers. Si vous avez des questions, les experts de votre assurance dépendance vous conseilleront. Vous pouvez aussi vous adresser à votre médecin traitant qui est souvent expérimenté dans le domaine des établissements de soins dans votre environnement proche.

Pour les personnes nécessitant des soins dans des établissements hospitaliers, la caisse de soins prend en charge les frais liés aux soins, y compris les frais de soins et les frais de prestations de soins médicaux, jusqu'à concurrence avec le montant légalement stipulé. Les contributions propres s'appliquent généralement.

Soins prodigués par l'entourage proche

Si vous soignez vos proches à domicile, vous avez également droit à certaines prestations : Les proches peuvent être déchargés des soins pour une durée pouvant aller jusqu'à six semaines. Cela aide quand vous avez besoin d'une pause et que vous voulez par exemple partir en vacances, mais qu'il vous faut un remplaçant pour les soins. En plus des allocations de soins ou des prestations de soins en nature, toutes les personnes en situation de dépendance ont droit à une somme mensuelle supplémentaire pour la prise en charge, mais aussi pour des aides au ménage.

Sous certaines conditions, l'assurance dépendance paie aussi des cotisations pour l'assurance retraite aux proches soignants (et le cas échéant, aussi à d'autres personnes qui soignent bénévolement) et l'assurance-chômage. Il existe également une assurance accident légale non contributive.

Et quand les proches doivent interrompre leur travail à court terme – par exemple pour chercher rapidement un établissement de soins pour un proche – l'assurance dépendance verse un salaire de remplacement pour jusqu'à dix jours de travail.

Mentions légales

Éditeur :

Ministère fédéral allemand de la Santé – Bundesministerium für Gesundheit
 Division Z.24 « Migration, intégration »
 11055 Berlin
www.bundesgesundheitsministerium.de

 [bmg.bund](https://www.facebook.com/bmg.bund)

 [bmg_bund](https://twitter.com/bmg_bund)

 [BMGesundheit](https://www.youtube.com/BMGesundheit)

 [bundesgesundheitsministerium](https://www.instagram.com/bundesgesundheitsministerium)

Centre ethno-médical Allemagne – Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.
 Königstraße 6, 30175 Hannover

Mise en page : eindruck.net, 30175 Hannover

Traduction : Centre ethno-médical Allemagne (EMZ e.V.)

Photo de couverture : © fotolia / Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Mise à jour : 2022 / 4ème édition

Die Publikation „Gesundheit für alle – Ein Wegweiser durch das deutsche Gesundheitswesen“ können Sie in den Sprachversionen Arabisch, Bosnisch/Kroatisch/Serbisch, Deutsch, Englisch, Farsi, Französisch, Italienisch, Kurdisch-Kurmanci, Paschtu, Polnisch, Rumänisch, Russisch, Spanisch, Türkisch und Ukrainisch als PDF-Version herunterladen oder als Druckversion (Broschüre) kostenlos anfordern:

Possibilité de commander

Commande en ligne : www.gesundheit-mehrsprachig.de

Commande par e-mail : bestellportal@ethnomed.com

Téléchargement : www.Wegweiser-Gesundheitswesen-Deutschland.de

Merci d'adresser vos commandes de dépliants imprimés au :

Ethno-Medizinisches Zentrum e.V., Königstraße 6, 30175 Hannover

Références URL : Le fournisseur respectif est responsable du contenu des sites externes mentionnés ici.

Cette brochure est publiée gratuitement dans le cadre de la sensibilisation publique du Ministère fédéral de la Santé. Pendant la campagne électorale, elle ne peut être utilisée ni par les partis ni pour la publicité électorale ou par les membres des équipes de campagne en vue de publicité électorale. Cela vaut pour les élections européennes, parlementaires, régionales et communales. Le fait de distribuer ces brochures dans les réunions électorales, sur les stands d'information des partis de même que l'ajout, l'impression ou le fait d'y coller des informations ou du matériel publicitaire concernant les partis politiques constituent des abus. Indépendamment du moment, du moyen et de la quantité par laquelle cette brochure est parvenue au destinataire, elle ne doit pas être utilisée, même indépendamment du moment, pour des élections proches ou d'une manière pouvant être comprise comme une prise de parti du gouvernement fédéral en faveur de certains groupes politiques.