

spectra

111



International

2 La politique extérieure suisse en matière de santé

Les maladies ne s'arrêtent pas aux frontières. La mondialisation croissante s'accompagne d'une plus grande mobilité des individus et requiert une collaboration internationale accrue dans les questions de santé. Pour répondre à cette situation, notre pays a créé un instrument, la politique extérieure suisse en matière de santé (PES). L'objectif est de favoriser l'échange d'expériences internationales et la diffusion de modèles de bonnes pratiques, d'approfondir les contacts avec les principaux partenaires – notamment l'UE et nos pays voisins – et de représenter les intérêts suisses les plus divers dans le domaine de la santé. Elle comprend également l'engagement suisse à des niveaux divers et dans de nombreux comités et organisations, notamment dans l'UE et l'Organisation mondiale de la santé OMS.

4 Stratégie en faveur de l'activité physique

La sédentarité sévit. Plus d'un tiers des personnes en Europe sont trop inactives. En Suisse, près de 41% des adultes et 19% des enfants et des adolescents sont en surpoids. L'activité physique étant un facteur clé de la prévention des maladies non transmissibles, l'OMS/Europe a lancé une stratégie pour motiver les individus à bouger davantage. L'objectif est de réduire de 10% l'inactivité d'ici dix ans. Nous comparons les cinq domaines prioritaires et montrons où et comment la Suisse agit déjà en matière de promotion de l'activité physique.

6 Gauden Galea: un entretien

Pour faire face à l'augmentation continue des maladies chroniques, la Confédération élabore actuellement une Stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles, la Stratégie MNT. Dans un entretien, Dr Gauden Galea, Directeur, Division des maladies non transmissibles et du cycle de vie, OMS Bureau Régional de l'Europe, rend hommage à la stratégie suisse en la plaçant dans une perspective internationale. Pour Galea, la Suisse mérite de très bonnes notes pour son contrôle des facteurs de risque. Son Programme national alimentation et activité physique ou le Fonds de prévention du tabagisme, par exemple, ont eu une influence très positive sur l'ensemble de la Région européenne.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Politique extérieure de la santé: Quels objectifs, pour quels résultats?

Politique extérieure de la santé.

Le processus de globalisation et l'internationalisation du domaine de la santé nécessitent un besoin important de coordination entre les aspects de politique de santé, de politique extérieure et de politique de coopération au développement. La Suisse sera ainsi perçue comme un acteur convaincant ayant une position cohérente et capable de promouvoir ses intérêts de manière optimale. La politique extérieure suisse en matière de santé (PES) adoptée en 2012 est un instrument qui garantit cette coordination. Les questions thématiques occupent de plus en plus les relations internationales. Les transports, l'environnement, l'énergie, la sécurité et les questions de santé globale font partie de ces thèmes essentiels au développement pérenne de nos sociétés. Ils ne peuvent désormais plus être abordés de façon isolée ou se limiter à un territoire donné. La Suisse, grâce à sa PES, est bien équipée pour développer une politique de santé publique coordonnée et cohérente tant au niveau national qu'international. La santé est aussi un outil utile pour approfondir et développer nos relations avec nos partenaires étatiques importants.

Le 1^{er} septembre 2015 s'est tenue la 3^{ème} conférence des acteurs de la Politique extérieure de la santé (PES). Cette plateforme, qui regroupe une cinquantaine d'organisations de la société civile en Suisse intéressées à la coopération internationale dans le domaine de la santé, est le dernier-né des organes de la PES. Ce type de plateformes permet de débattre, façonner et consolider le positionnement de la Suisse sur la scène internationale de la santé.

Alors qu'il y a encore peu de temps les questions de santé globale se discutaient principalement au sein de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ce sont désormais quelque 175 organisations internationales, acteurs privés ou semi-privés tels que l'Alliance Globale pour les Vaccins et l'Immunisation (GAVI) ou la Fondation Bill & Melinda Gates, qui ont fait leur apparition sur la scène internationale. Ces nouveaux acteurs influents sont souvent mieux dotés en moyens financiers que l'OMS ou les Ministères de santé de certains États.

La PES est un instrument qui permet de répondre au défi de complexité croissante qui entoure la santé globale. Avec l'adoption par le Conseil fédéral de cet instrument en 2006 puis en 2012, notre pays a fait œuvre de pionnier. Depuis 2013, l'Allemagne a emboîté le pas à la Suisse et d'autres États suivront très certainement.



Les vingt objectifs fixés dans la PES s'orientent autour de trois axes d'engagement:

(1) Rendre notre action en matière de santé globale plus cohérente

Le but principal de toutes les activités que nous entreprenons sur le plan international est de promouvoir les différents intérêts de la Suisse qui touchent à la santé.

Ces intérêts sont avant tout ceux de la santé publique. Toutefois, ces derniers se mélangent – ou parfois même, se frottent – à d'autres intérêts très variés tels que les intérêts commerciaux ou économiques, la politique européenne de la Suisse, le respect de la propriété intellectuelle ou encore notre engagement de solidarité grâce à l'aide au développement, dont l'intérêt principal est de réduire la pauvreté dans le monde. L'effort de cohérence consiste à faire converger ces différents intérêts vers un objectif commun: l'amélioration de la santé publique et de la santé globale.

...dans le cadre de l'OMS

Des groupes interdépartementaux de l'administration fédérale travaillent ensemble pour déterminer des positions communes sur les principales questions discutées dans les enceintes multilatérales, comme l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS) qui réunit chaque année à Genève les Ministres de la santé de 194 États.

En 2015, les grands enjeux de l'AMS portaient essentiellement sur l'évaluation de l'action de l'OMS dans le cadre de sa réponse à la crise Ebola et la décision de mettre en place de nouveaux instruments de gestion des crises pandémiques (adopté), les négociations

d'un document stratégique sur la collaboration avec les acteurs non-étatiques (reporté) ainsi que la question de l'augmentation des contributions statutaires des États au budget général de l'OMS (refusée).

Alors que l'engagement des acteurs non-étatiques peut paraître anodin, tout l'enjeu réside dans le poids que l'OMS est prête à accorder à ces acteurs dans l'élaboration des priorités de santé globale. Lorsque l'on sait que le deuxième plus grand bailleur de fonds de l'OMS, après les États-Unis, n'est pas un État, mais la Fondation Bill & Melinda Gates, il est essentiel de mettre en place un cadre qui protège l'OMS de tout éventuel conflit d'intérêts. La Suisse, en tant qu'État hôte de nombreuses organisations internationales à Genève, se doit de contribuer à cette discussion et de veiller à la mise en œuvre d'une bonne gouvernance. Dès lors, notre délégation s'est engagée sans relâche dans les négociations qui se sont déroulées pendant plus de dix jours en marge des commissions de l'AMS. Le texte n'ayant pu être finalisé, c'est désormais partie remise.

...sur les questions thématiques

Mais avec toutes les questions brûlantes de santé autour du globe, comment définir les priorités pour la Suisse? La boussole qui nous guide est constituée d'objectifs nationaux, tels que définis par la stratégie Santé2020 adoptée par le Conseil fédéral en janvier 2013. L'action au niveau international est le prolongement de l'action nationale et lui donne, par conséquent, un poids et une résonance supplémentaires.

Ainsi la Suisse a été parmi les premiers pays à s'engager activement dans le

cadre de la «Global Health Security Agenda», une initiative lancée en 2014 par les États-Unis – dont l'une des priorités d'action est la lutte contre les résistances antimicrobiennes. Dans ce domaine, la Suisse plaide pour une approche «une seule santé» qui englobe la santé animale, végétale et humaine en mettant en avant sa propre stratégie nationale.

Par ailleurs, pour la question de l'Alzheimer et des autres maladies apparentées, la Suisse a entamé un travail de fond au niveau international. Nous avons organisé plusieurs ateliers de travail, notamment en coopération avec l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE). Nous visons actuellement l'adoption d'une résolution par l'Assemblée mondiale de la Santé pour sensibiliser davantage les États à contribuer à la dé-stigmatisation de la maladie et créer une dynamique nouvelle pour renforcer la recherche scientifique. Ce travail complet et renforce la stratégie nationale en matière de démence 2014-2017 adoptée par le Conseil fédéral en 2014.

D'autres exemples concernent notre travail en matière des drogues, de la lutte contre le virus HIV et le Sida ou encore la santé des migrants.

(2) Nous rapprocher de nos partenaires les plus importants

Au-delà des questions multilatérales, la politique extérieure de la santé vise à approfondir nos relations avec les partenaires principaux de la Suisse: en particulier, l'Union européenne et les États voisins.

Depuis de nombreuses années, la Suisse cherche à conclure un accord de coopé-



Rencontre au sommet des ministres de la santé

Les ministres de la santé Hermann Groehe (Allemagne), Alain Berset (Suisse), Alois Stöger (Autriche), Lydia Mutsch (Luxembourg), et Mauro Pedrazzini (Liechtenstein) prennent la pose lors de la rencontre des ministres de la santé germanophones (le «quintette de la santé»), le vendredi 22 août 2014 sur la Petite Scheidegg. Le thème prioritaire de la rencontre était la l'assurance qualité dans les soins et la promotion de la transparence.

ration dans le domaine de la santé publique avec l'Union européenne. Alors que ces négociations étaient suspendues pendant longtemps, un nouveau souffle a permis de les relancer fin 2013 et nous sommes à bout touchant de la finalisation du texte de l'accord. Lorsque l'accord sera conclu, la Suisse rejoindra le «dispositif européen relatif aux menaces transfrontières graves sur la santé», de même que le «Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies» et le «troisième programme santé de l'Union européenne». Ce dernier, permet à toutes organisations intéressées de s'associer avec des partenaires européens afin d'obtenir un financement partiel pour des projets novateurs dans différents domaines de santé publique.

Outre l'Union européenne, les principaux partenaires pour la Suisse sont nos pays voisins. Ainsi, c'est dans les régions frontalières qu'il y a le plus souvent un besoin de coopérer plus étroitement sur des questions sanitaires. Un projet-pilote permettant aux patients suisses et allemands de se faire traiter à la charge de l'assurance-maladie de l'autre côté de la frontière existe dans la région de Bâle. Nous nous efforçons d'étendre la possibilité de ce type de coopération aux régions avoisinantes de la France par le biais de la conclusion d'un accord-cadre sur la coopération sanitaire transfrontalière. Suite à de nombreux échanges sur ce dossier, notre objectif est la signature de l'accord avant la fin de l'année 2016.

Ces préoccupations pratiques mises à part, les échanges avec nos pays voisins permettent également un rapprochement au plus haut niveau politique. En août 2014, la Suisse a organisé la deuxième rencontre du prénommé «Quintette de la Santé» qui rassemble les Ministres de la santé des pays germanophones (Allemagne, Autriche, Liechtenstein, Luxembourg et Suisse, voir photo). Ces rencontres facilitent l'échange sur les priorités thématiques à l'instar du Symposium sur les défis de l'Alzheimer et autres maladies apparentées qui a réuni une centaine d'experts en Suisse en juin 2015. En septembre de cette année, la troisième édition de cet échange ministériel a eu lieu à Vienne et sera suivie par un travail en commun sur la question des prix des médicaments. Enfin, des thématiques importantes peuvent gagner en visibilité grâce à ces réunions ministérielles. En témoigne la 1^{ère} journée internationale de la sécurité des patients (17 septembre 2015) née d'une coopération trilatérale entre les organisations de la sécurité des patients allemands, autrichiens et suisses avec l'appui des ministères concernés.

(3) Récolter, comparer et partager les idées et bonnes pratiques

Les pays faisant souvent face à des problèmes similaires, c'est le partage des expériences qui nous permet de mieux relever les défis de santé publique.

Les bonnes pratiques développées par la ville de Londres lors des Jeux olympiques de 2012 pour accroître l'activité physique de ses résidents, la mise en place d'un nouveau centre de qualité des soins à Berlin ou encore le développement d'une stratégie pour améliorer la santé mentale des jeunes en Autriche comptent parmi les exemples concrets et variés dont nous nous sommes inspirés pour développer de nouvelles mesures en Suisse.

De la même manière, d'autres États nous sollicitent régulièrement afin de mieux comprendre certaines de nos pratiques et de s'en inspirer. La politique des quatre piliers en matière de drogue fait régulièrement l'objet de visites de délégations étrangères. L'intérêt porte également sur notre système de santé dans son ensemble, le fonctionnement de l'assurance-maladie ou encore la répartition des compétences entre la Confédération et les cantons.

Bilan

Une cohérence renforcée, des partenariats approfondis et des échanges d'expériences multipliés: en faisant valoir les objectifs de politique nationale de santé au-delà de nos frontières, en introduisant des nouveaux thèmes et idées dans les débats politiques en Suisse et en développant des réseaux de contacts bilatéraux et multilatéraux, la politique extérieure suisse en matière de santé permet de créer un pont entre les priorités nationales, européennes et globales en matière de santé.

Depuis son introduction et son institutionnalisation, la PES a gagné en visibilité et renforcé son impact. Ainsi, d'importants objectifs ont pu être atteints. Toutefois, les ressources à disposition pour la mise en œuvre de la PES restent limitées, alors que la diversité et la complexité des thèmes dont elle s'occupe continuent d'augmenter. Dès lors, le défi constant pour la PES est de se concentrer sur les domaines et partenariats qui apporteront la plus grande valeur ajoutée aux intérêts de la santé publique et globale.

Contact: Tania Dussey-Cavassini, Vice-directrice, Ambassadeur et responsable de la division Affaires internationales, tania.dusseycavassini@bag.amin.ch



Tania Dussey-Cavassini
Vice-directrice, Ambassadeur et responsable de la division Affaires internationales

La présente édition de «spectra» est la première des deux éditions consacrées au thème prioritaire «Affaires internationales». Le prochain numéro (112, mars 2016) traitera des aspects internationaux de la politique des addictions à l'occasion de la session extraordinaire de l'Assemblée Générale de l'ONU sur la question des stupéfiants (UNGASS)

La stratégie de l'OMS en faveur de l'activité physique est sur les rails

OMS/Europe. Au mois de septembre, l'OMS/Europe a adopté la «Stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS», première stratégie de l'OMS en faveur de l'activité physique. L'objectif est de réduire de 10% l'inactivité physique au sein de la population européenne d'ici 2025. La Suisse a apporté une contribution importante à l'élaboration de cette stratégie. Elle est en outre déjà active depuis des années dans les cinq domaines prioritaires définis par l'OMS. Quels sont les objectifs de l'OMS et qu'a déjà fait la Suisse en la matière? Comparaison.

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a joué un rôle actif lors de la Conférence de Vienne sur l'alimentation et les maladies non transmissibles dans le cadre de Santé 2020 de même qu'en organisant une rencontre d'experts pour le développement de la stratégie de l'OMS sur l'activité physique. La rencontre d'experts s'est tenue début 2015 à Zurich avec le soutien financier et sous la présidence technique de l'OFSP. Ce fut l'occasion pour 80 experts issus de 47 pays de discuter du projet de stratégie sur l'activité physique et d'y apporter des améliorations.

La Suisse est déjà active

La stratégie de l'OMS en faveur de l'activité physique formule cinq domaines prioritaires et des mesures concrètes pour encourager l'activité physique. Ces mesures serviront de base à l'élaboration de stratégies nationales sur l'activité physique. La Suisse a déjà mis en œuvre de nombreuses mesures requises par l'OMS dans les cinq domaines prioritaires. Exemples:

Domaine prioritaire n° 1: assurer le leadership et la coordination

- Selon l'OMS/Europe,
- les gouvernements européens doivent accorder la première priorité à la promotion de l'activité physique et un rôle fondamental au secteur de la santé;
 - la collaboration intersectorielle est indispensable à la promotion de l'activité physique;
 - sont importantes non seulement les informations sur un environnement favorable à l'activité physique, mais aussi les réglementations, les incitations financières et une meilleure coordination entre les différentes politiques sectorielles;
 - les rôles et les responsabilités des différents acteurs doivent être clairement définis et la collaboration avec les ONG et le secteur privé doit être recherchée;
 - les Etats membres doivent développer des coopérations internationales avec des réseaux et des organisations internationales.

En Suisse,

- assurer la coordination nationale est l'objectif prioritaire 1 du Programme national Alimentation et activité physique (PNAAP). La direction stratégique est composée de représentantes et de représentants de l'OFSP, de l'Office fédéral du sport (OFSP), de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), de la fondation Promotion Santé Suisse ainsi que de l'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (OSAV);
- l'OFSP et les Offices fédéraux des routes (OFROU), du développement territorial (ARE), de l'environnement (OFEV), du sport (OFSP), des transports (OFT), de l'énergie (OFEN), de la statistique (OFS), de l'agriculture (OFAG), du logement (OFL) et le Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO) entretiennent une collaboration intersectorielle (sous la nouvelle dénomination de politique globale de la santé) afin de promouvoir la mobilité douce et un environnement favorable à l'activité physique. La collaboration est assurée soit par des groupes de travail interdépartementaux (p. ex. Coordination fédérale Mobilité douce) ou par la promotion de projets d'activité physique et de mobilité douce (p. ex. Centre de services pour une mobilité innovatrice et durable). L'OFSP souhaite intensifier encore cette collaboration intersectorielle;
- il existe une bonne collaboration avec les ONG (p. ex. Alliance ONG);
- le secteur privé participe, grâce à l'initiative actionsanté de l'OFSP et de l'OSAV, à un environnement favorable à l'activité physique au travers de mesures volontaires;
- il existe, avec HEPA Suisse, un regroupement d'organisations qui s'engagent aux niveaux national, cantonal et local en faveur de la promotion de la santé par l'activité physique et le sport;
- l'OFSP a apporté son soutien financier et conceptuel à diverses conférences internationales en Suisse;
- l'OFSP a collaboré, avec d'autres offices fédéraux, à l'élaboration du Transport, Health and Environment Pan-European Programme (THE PEP) et participe toujours à l'échange d'expériences et au financement de projets intéressants.

Domaine prioritaire n° 2: promouvoir l'activité physique chez les enfants et les adolescents

L'OMS/Europe demande

- un avantage de soutien en matière de promotion de l'activité physique chez les (futurs) parents et dans les garderies et les structures d'accueil;
- un nombre approprié de cours d'éducation physique dans les établissements préscolaires et scolaires;
- la transmission de connaissances relatives au mouvement et à la mobilité durant les cours d'éducation physique;

- la collaboration des secteurs de l'éducation, de la santé et des sports dans la conception des programmes d'éducation physique afin de transmettre à tous les enfants, quel que soit leur niveau d'entraînement, la joie de faire de l'exercice;
- la sensibilisation de tous les enseignants à la promotion de l'activité physique et de la santé;
- une législation qui soutient la promotion de l'activité physique dans les établissements préscolaires et scolaires;
- des subventions, des mesures réglementaires ou fiscales qui profitent aux enfants issus de milieux socialement défavorisés et aux enfants handicapés;
- une plus forte intégration des jeunes dans la promotion de l'activité physique (p. ex. les organisations de jeunesse).

En Suisse

- Promotion Santé Suisse soutient, dans le cadre des programmes d'action cantonaux (PAC) et d'un fonds de promotion de projets dédiés, des projets de promotion de l'activité physique à l'intention des femmes enceintes et des mères de jeunes enfants (www.buggyfit.ch), dans les garderies, les jardins d'enfants, les écoles et pendant les loisirs (www.radix.ch et www.muuvit.ch);
- il existe des projets spécifiques pour les adolescents, tels Gorilla pour le sport Freestyle (www.gorilla.ch) et Défi Vélo, qui permet aux participants de découvrir les différentes facettes de la pratique du vélo (www.defi-velo.ch);
- au minimum trois cours hebdomadaires d'éducation physique sont obligatoires à l'école durant la scolarité obligatoire;
- l'éducation physique régulière est obligatoire dans les écoles professionnelles pour les apprentis des formations professionnelles de deux à quatre ans;
- l'OFSP propose chaque année, dans le cadre de Jeunesse+Sport, plus de 55'000 cours et camps dans plus de 70 disciplines sportives, regroupant environ 700'000 enfants et jeunes de 5 à 20 ans. Actuellement, le Sport scolaire J+S est mis en place, conçu comme une passerelle entre les cours d'éducation physique obligatoires et le sport associatif facultatif (www.jeunesseetsport.ch);
- le programme national l'école bouge encourage le mouvement dans les écoles (www.ecolebouge.ch).

Domaine prioritaire n° 3: promouvoir l'activité physique chez les adultes

Un environnement favorable à l'activité physique

- Pour encourager l'activité physique des adultes, l'OMS/Europe propose
- d'encourager la mobilité douce par le biais d'infrastructures accessibles



pour la marche et le vélo ainsi que de mesures législatives (fiscalité pour le trafic individuel motorisé, TIM, péages en zone urbaine, hausse des frais de stationnement);

- de créer des offres et des incitations à l'activité physique pour des groupes vulnérables, qui soient financièrement accessibles, à bas seuil et culturellement acceptées (espaces non-construits favorables à l'activité physique)

En Suisse

- des redevances sont prélevées sur certaines places de stationnement;
- la loi fédérale sur les chemins pour piétons et les chemins de randonnée pédestre (RS 704) prévoit la planification, la construction et l'entretien, ainsi que la signalisation de réseaux attrayants de chemins pour piétons et de chemins de randonnée pédestre, sûrs et reliés entre eux;
- l'Office fédéral des routes (OFROU) a pour mandat d'ancrer la mobilité douce comme troisième pilier du transport de personnes aux côtés du TIM et des transports publics;
- sept offices fédéraux ont élaboré, ensemble, le guide «Aménagement des espaces non-construits dans les agglomérations»;
- des projets pilotes sont soutenus dans le cadre des Projets-modèles pour un développement territorial durable notamment pour plus d'espaces non-construits dans les agglomérations (www.modellvorhaben.ch);
- l'OFSP soutient depuis des années le développement de l'Outil d'évaluation économique des effets sanitaires liés à la pratique du vélo et à la marche (www.heatwalkingcycling.org), qui permet de quantifier le profit économique pour la santé des infrastructures de mobilité douce;
- l'OFSP s'engage, avec ses partenaires, dans la formation de personnes qui organisent des offres dans le sport des adultes (www.sportdesadultes.ch).



Promotion de l'activité physique sur le lieu de travail

- Pour promouvoir l'activité physique sur le lieu de travail, l'OMS/Europe requiert
- l'encouragement de la mobilité douce et des transports publics pour aller au travail (accessibilité, prix abordable et sécurité);
 - une infrastructure adéquate comme des bureaux à hauteur réglable, des douches ou des parcs à vélos, etc., et des offres d'activité physique comme des rabais sur des abonnements de fitness ou des offres sportives internes – y compris pour les groupes vulnérables comme les personnes âgées.

En Suisse

- l'OFSP, la Suva et Promotion Santé Suisse ont mis en place une collaboration tripartite dans le domaine de la promotion de la santé sur le lieu de travail. Les compétences et les ressources sont réunies pour créer des offres communes et soutenir la santé des employés. Il est prévu de travailler dans une approche innovante et globale qui tient compte des quatre champs d'action prioritaires que sont l'activité physique, l'ergonomie, la nutrition et la santé psychique (www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung > santé en entreprise)

Recommandations sur l'activité physique et la thérapie

Selon l'OMS/Europe

- les Etats membres doivent adopter les recommandations sur l'activité physique sur la base des Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé de l'OMS;
- des professionnels de la santé doivent également jouer un rôle actif dans la promotion de l'activité physique au travers d'informations, de conseils et de recommandations médicales (en particulier pour les personnes âgées);
- les caisses-maladie ou le système de santé national doivent rembourser les frais de cours de sport et d'activité physique à bas seuil;

- les programmes pédagogiques de tous les professionnels de santé doivent être améliorés eu égard aux bienfaits de l'activité physique pour la santé.

En Suisse

- des recommandations d'activité physique remaniées en 2013 sont mises en œuvre (www.hepa.ch);
- le rôle des médecins de famille en lien avec la promotion de l'activité physique des patients doit être renforcé et revalorisé (voir le projet pilote tessinois Girasole – Soins de santé intégrés: www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung);
- la nouvelle ordonnance sur les prestations de l'assurance maladie obligatoire permet le suivi global des enfants obèses et en surpoids, tant pour les offres de groupes que pour le traitement individuel.

Domaine prioritaire n° 4: promouvoir l'activité physique chez les personnes âgées

Pour l'OMS/Europe

- des structures sociales existantes tels que des centres communautaires, des ONG, etc., doivent permettre d'atteindre les personnes âgées, et tout particulièrement celles issues de milieux socialement défavorisés afin de les encourager à pratiquer une activité physique;
- il faut créer des opportunités, comme le tourisme actif abordable, pour faire la connaissance d'autres personnes âgées et avoir une activité physique accrue. Les secteurs de la santé, du sport et du tourisme sont appelés à collaborer davantage;
- la contribution active des seniors aux activités communautaires et bénévoles doit être mieux reconnue.

En Suisse

- Promotion Santé Suisse s'engage depuis 2011, au travers du projet Via, qui vise à promouvoir la santé des

personnes âgées, à renforcer l'autonomie des personnes âgées et à améliorer leur qualité de vie. Promotion Santé Suisse s'intéresse aux facteurs influençant la santé des seniors et met à leur disposition ses connaissances sous forme de recommandations et d'aides à la mise en œuvre;

- Promotion Santé Suisse conseille les cantons partenaires dans la mise en œuvre de projets et de programmes;
- il existe des partenariats solides aussi avec le bureau suisse de prévention des accidents (bpa), avec Pro Senectute ainsi que d'autres organisations (www.promotionsante.ch/via).

Domaine prioritaire n° 5: monitoring, évaluation et recherche

Monitoring et évaluation

L'OMS/Europe souhaiterait

- que les Etats membres adaptent et développent les systèmes nationaux et internationaux de surveillance existants dans le domaine de l'activité physique. Le Cadre mondial de suivi de l'OMS pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles contient des indicateurs spécifiques relatifs à l'activité physique et un objectif à cet égard que les Etats membres se sont engagés à atteindre;
- aider les Etats membres à analyser correctement les données et à formuler des recommandations politiques fondées sur des bases factuelles. Des outils de surveillance communs peuvent assurer la comparabilité entre les pays.

En Suisse

- l'OFSP exploite, avec de nombreux autres partenaires, le Système de monitoring alimentation et activité physique (www.moseb.ch), qui recueille depuis des années déjà les indicateurs sur le comportement en matière d'activité physique prescrits dans le Cadre mondial de suivi de l'OMS;
- l'OFSP se concentrera davantage à l'avenir, en plus de la saisie de la prévalence de l'inactivité chez les enfants/les adolescents et les adultes, sur d'autres indicateurs de l'activité physique. L'activité physique est intégrée dans un indicateur d'estimation générale des risques pour les maladies non transmissibles (MNT).

Recherche

L'OMS/Europe souhaiterait

- des travaux de recherche future sur les thèmes suivants: intégration des groupes de population défavorisés dans la promotion de l'activité physique tout au long de la vie, approches innovantes pour promouvoir l'activité physique chez les jeunes, rôle de la sédentarité en tant que facteur de risque indépendant, ainsi que la relation existante entre l'activité physique et d'autres facteurs de risque tels qu'une alimentation déséquilibrée ou encore le tabagisme.

En Suisse

L'ancien Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Zurich a publié, en mai 2014, une étude empirique qui révèle le lien entre les quatre facteurs de risque que sont l'alimentation, l'activité physique, la consommation d'alcool et de tabac et le risque de mortalité. Avec une enquête Omnibus de 2011 et l'Enquête suisse sur la santé 2012 de l'OFSP, il existe deux sources de données représentatives et actuelles consacrées à la position assise (www.sgb12.bfs.admin.ch). Une étude mandatée par l'OFSP a analysé ces données sur la base des caractéristiques du statut social, de l'état de santé et du comportement en matière de santé des personnes interrogées (www.bag.admin.ch/se-lever).

Bien que de nombreuses mesures aient déjà été mise en place en Suisse pour encourager les personnes à bouger davantage, l'OFSP étudiera, avec ses partenaires, comment approfondir ces domaines au sein de la nouvelle stratégie MNT. La stratégie sur l'activité physique de l'OMS/Europe est dans ce contexte une contribution précieuse. Elle souligne à ce titre l'importance de la promotion de l'activité physique dans la lutte contre les maladies non transmissibles sur le plan national et international.

Facteur de risque: trop peu d'activité physique

Selon des estimations, 35% des adultes en Europe sont trop peu actifs. L'inactivité physique est devenue l'un des principaux facteurs de risque de maladies non transmissibles (MNT). Elle est à l'origine de 1 million de décès (10% de la mortalité totale). Le manque d'activité physique est la cause de 5% de la charge des cardiopathies coronariennes, de 7% des diabètes de type 2, de 9% des cancers du sein et de 10% des cancers du colon. Mais les taux croissants de surpoids influencent eux aussi l'apparition des MNT. Dans 46 pays (soit 85% de la population) de la Région européenne de l'OMS, plus de 50% des adultes sont en surpoids ou obèses. Ici aussi le manque d'activité physique joue un rôle important. En Suisse, près de 41% des adultes et presque 19% des enfants et des adolescents âgés de 6 à 12 ans sont en surpoids ou obèses. Les coûts annuels du surpoids et de l'obésité sont estimés à 8 milliards de CHF, ceux de l'inactivité à 2,5 milliards de CHF.

Contact: Gisèle Jungo, section Alimentation et activité physique, gisele.jungo@bag.admin.ch

Lien: www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung

«La liberté de comportement est un droit, mais il appartient à l'Etat de

Entretien avec Gauden Galea.

La Confédération, les cantons et Promotion Santé Suisse ont présenté et discuté, le 22 juin 2015 lors de la deuxième rencontre des partenaires, le projet d'une Stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles (MNT). Dr Gauden Galea, Directeur, Division des maladies non transmissibles et du cycle de vie, OMS Bureau Régional de l'Europe, était venu spécialement de Copenhague pour examiner la dimension internationale de la stratégie. Gauden Galea a souligné en particulier l'approche participative et consultative du processus d'élaboration de la stratégie, son caractère scientifique, l'accent mis sur la prévention ainsi que l'attention portée aux groupes de population vulnérables et économiquement plus faibles.

spectra: Monsieur Galea, quels sont, à votre avis, les volets particulièrement intéressants de l'actuel projet de la stratégie MNT suisse?

Gauden Galea: Pour autant que je puisse en juger, la Suisse est exemplaire à plus d'un titre; elle prend en compte l'expérience des communes, des groupes d'intérêts et de la société civile et intègre les expériences et les modèles éprouvés d'autres pays. De ce fait, cette stratégie est techniquement très solide. Elle repose sur l'état actuel des connaissances et de la pratique en matière de maladies non transmissibles. Le projet porte une attention particulière à l'équité et à l'égalité de traitement et s'attache visiblement à identifier et atteindre les groupes particulièrement vulnérables. Le document est très complet et tient compte des besoins qui apparaissent tout au long du cycle de vie d'un être humain. Il décrit aussi des pathologies que des classifications politiques ou médicales ne considèrent pas, habituellement, comme MNT, par exemple les troubles musculo-squelettiques ou la démence. Il affiche également une orientation préventive qui valorise davantage les approches de santé publique orientées population que le traitement en soi. En matière de traitement aussi, le projet reconnaît l'importance d'une amélioration de l'équilibre entre les prises en charge de base et tertiaire. Il s'accorde également très bien avec les principes généraux de la stratégie globale «Santé2020». Le projet de stratégie réunit tous ces atouts.

D'un autre côté, le document devrait souligner plus fortement les acquis helvétiques. La Suisse mérite de très bonnes notes dans le domaine du contrôle des facteurs de risques. Les programmes qu'elle a mis en place comme le Programme national alimentation et activité physique ou le Fonds de prévention du tabagisme ont eu un écho sur toute la Région européenne. Je

remercie aussi très sincèrement la Suisse pour sa contribution à la «Stratégie européenne sur l'activité physique pour la santé» que nous avons présentée aux Comités régionaux en septembre. Voici 30 ans que le nombre de décès dus à des maladies cardio-vasculaires baisse significativement dans la population suisse. Le document devrait explicitement mentionner que la Suisse n'a pas introduit ses programmes de santé uniquement en raison du vieillissement de la population et des coûts élevés de prise en charge, mais aussi parce que le pays a confiance en leur effet, sur la base des données récoltées depuis plus de trois décennies. C'est important. Pour l'améliorer, il faudrait peut-être s'interroger sur la contribution que la stratégie peut explicitement fournir en termes de processus de gouvernance et de politique en matière de MNT. Lors de ma présentation, des critiques se sont élevées pour me reprocher d'opposer les intérêts de la santé à ceux de l'industrie et de m'en tenir à une sorte de modèle «nous contre elle». Mais en fait, c'est exactement le contraire que je veux transmettre: l'industrie agroalimentaire doit faire partie de la solution. Nous devons réfléchir à la manière dont l'industrie peut prendre une part active pour résoudre les problèmes posés par les MNT. Pour cela, elle doit reconnaître qu'elle est aussi à l'origine d'un grand nombre de ces problèmes. Ce n'est pas un hasard si la publicité et le marketing pour des produits gras, sucrés et salés

«La Suisse est l'un des cinq pays en Europe à disposer d'une valeur limite légale pour les acides gras trans. Nous aimerions que bien plus de pays limitent très fortement, voire interdisent les acides gras trans.»

s'adressent directement aux enfants. Quelqu'un dans la société prend ces mesures pour gagner encore plus d'argent. Il y a un point sur lequel les engagements volontaires de l'industrie et l'intervention de l'Etat doivent s'accorder.

Sous quelle forme par exemple?

Nous avons au Danemark un accord qui fonctionne bien. Les entreprises de l'industrie agroalimentaire ont compris qu'elles seraient tôt ou tard confrontées à une réglementation étatique si elles ne parviennent pas à un consensus et à respecter l'accord. Elles se sont donc regroupées et ont développé un modèle de travail. Elles s'autocontrôlent et poursuivent toutes violations des accords. Pour éclairer mon propos, je vais prendre l'exemple de la réduction de sel: les entreprises conviennent de réduire la teneur en sel dans certains produits. Mais elles savent aussi qu'une réduction soudaine à un minimum, par exemple dans le pain, n'est pas possible. Le pain



Gauden Galea

n'aurait plus le même goût, plairait moins aux consommateurs qui ne l'achèteraient plus. Donc, l'industrie étale la réduction de la teneur en sel sur plus de dix ans pour que la population s'habitue peu à peu au nouveau goût. Il peut y avoir des problèmes bien sûr: si une entreprise ne respecte pas l'accord et augmente la teneur en sel, elle prive les concurrents de parts de marché parce que son produit est plus séduisant. Un accord volontaire entre les entreprises est alors nécessaire, mais le contrôle du gouvernement qui veille au strict respect de l'accord demeure indispensable. Ces réglementations étatiques auto-imposées permettent de pérenniser la collaboration et d'améliorer la situation.

Y a-t-il d'autres exemples dans d'autres domaines?

Oui, il y en a beaucoup, comme l'élimination des acides gras trans. La Suisse est l'un des cinq pays en Europe à disposer d'une valeur limite légale pour les acides gras trans. Nous aimerions que bien plus de pays limitent très fortement, voire interdisent les acides gras trans. L'industrie agroalimentaire pourrait y contribuer. Elle doit pouvoir être tenue responsable de son comportement et ses règles devraient être harmonisées à l'international, ce qui est important pour la collaboration. Il n'est pas tolérable qu'une entreprise multinationale se comporte différemment en Suisse et en Europe de l'Est, par exemple. Nous avons besoin d'un débat ouvert sur ces questions.

Vu de l'extérieur, quels sont les plus grands défis que la Suisse devra relever dans les années à venir en matière de MNT?

La Suisse est un pays très progressiste

dans le domaine de la santé publique. Elle fait partie d'une Région dans laquelle pratiquement tous les pays ont ratifié la Convention cadre sur le contrôle du tabagisme (FCTC) et elle fournit quelques très bonnes contributions indépendantes à la prévention du tabagisme. Il est d'autant plus étonnant que la Suisse n'ait pas encore ratifié la Convention-cadre et que, par exemple, elle accueille les voyageurs dans les aéroports à grand renfort de publicité pour le tabac. Avec tout le respect que je dois aux nombreux succès dans le domaine de la santé et compte tenu du fait que la Suisse n'est pas le seul pays dans lequel la politique connaît des hauts et des bas, je pense qu'en ratifiant la Convention-cadre la Suisse pourrait vraiment améliorer ses relations avec ses voisins.

Quels sont les autres pays qui n'ont pas encore ratifié la Convention-cadre?

Monaco et Andorre, c'est tout. L'écrasante majorité de la population de la Région Europe est couverte par la Convention-cadre. L'absence de la Suisse sur cette liste détonne. Je crois que la Suisse aurait intérêt à réfléchir à cette situation, surtout si l'on pense à la législation en matière de prévention du tabagisme et au bon travail qu'elle fournit.

Où voyez-vous les défis de l'avenir?

La réduction de la mortalité dans le pays a entraîné un déplacement des défis vers la prise en charge et les soins. Les gens vivent plus longtemps, la prise en charge et les soins sont toujours plus chers, surtout en fin de vie. La solution pour moi est presque un jeu d'enfants: il faut créer les incitations correspondantes pour planifier et mettre à dispo-

créer les conditions-cadres favorables à la santé.»

sition une bonne prévention clinique. Nous avons une population vieillissante et une prévention primaire qui fonctionne bien pour la partie de la population qui est en bonne santé. La question est donc de savoir comment garantir que le plus de soins possibles puissent être dispensés aux malades chroniques dans la collectivité et ce de manière que les patients puissent se prendre en charge eux-mêmes grâce à des institutions de soins de base bien qualifiées et motivées par des incitations suffisantes. Certes, il ne m'appartient pas de dire à un pays quel modèle de financement il devrait adopter, mais on pourrait disposer d'indices sur la répartition des fonds en faveur de la prise en charge tertiaire et de la prise en charge de base. Ces données permettraient ensuite de savoir comment mieux investir davantage de moyens dans la prise en charge.

L'OMS a édicté des lignes directrices en matière de santé pour les pays aux ressources précaires. Bien entendu, elles ne s'appliquent pas telles quelles à la Suisse. Mais il est pertinent de ne pas restreindre la politique de prise en charge uniquement à la prescription des principaux médicaments, mais de proposer les interventions les plus importantes à un tarif aussi modéré que possible. On pourrait alors créer des incitations de prestation et des indicateurs pour des prestations clés pendant que le système poursuit son développement.

Le gouvernement pourrait améliorer sensiblement son image à l'étranger en ratifiant la Convention-cadre tabac. Mais ce n'est pas tout. Si le travail de prévention fourni dans de nombreux domaines de la santé est bon, il est possible de mieux évaluer son fonctionnement et d'associer les résultats non seulement aux domaines médicaux mais aussi aux domaines sociaux. On pourrait identifier des gradients au-delà des classes sociales et constater si tous ceux qui en ont besoin profitent vraiment de la prévention. Enfin, on pourrait aussi améliorer l'immense complexe constitué des hôpitaux, de la prise en charge médicale de base et des assurances maladie et voir quelles structures de financement et d'incitation génèrent la bonne combinaison de soins médicaux de base.

Dans votre discours, vous avez dit que la santé est une décision politique et vous avez ensuite montré que de nombreux gouvernements ne prennent pas les mesures vraiment efficaces. Avez-vous une stratégie pour donner du courage à ces gouvernements?

En 30 ans de carrière dans le secteur de la santé, j'ai appris une chose: à une époque, on pouvait choisir de voyager dans un secteur fumeur ou non-fumeur en avion. À l'enregistrement, je demandais toujours une place près du couloir aussi loin que possible du secteur fu-

meur parce que j'étais à proximité du compartiment fumeur. Tout à coup, l'interdiction de fumer s'est imposée dans tous les avions du monde entier. Mais il faut savoir que ce qui a déclenché cette interdiction générale n'est pas une réflexion de santé, mais de sécurité de la part des compagnies aériennes. Auparavant, j'avais toujours cru que la santé publique fonctionnait selon le principe du combat: on présente clairement son point de vue, on apporte les preuves scientifiques, puis les décisions sont prises en conséquence et appliquées à l'échelle mondiale. Mais c'est une idée qui est très éloignée de la réalité actuelle.

Pourquoi? Avez-vous une explication?

Prenez une mesure comme l'imposition du tabac ou la création de lieux publics sans fumée. L'industrie du tabac a une batterie toute prête d'arguments qu'elle apporte sur tous les marchés. Sa tactique consiste à nous accuser de détruire l'agriculture, d'encourager la criminalité et la fraude, de porter atteinte à la gastronomie et au tourisme et de léser les pauvres fumeurs dépendants en augmentant leurs dépenses et en leur imposant des taxes. Il existe depuis longtemps des preuves du contraire bien étayées, dans chaque pays. Mais d'une manière ou d'une autre, l'industrie parvient toujours à avancer ses pions. La méthode de la santé publique au niveau régional consiste souvent à dire: réinventons la roue et réunissons toutes les preuves contre ces arguments standards. Nous qui appartenons à la communauté mondiale de la santé publique, nous devons soutenir les acteurs locaux en leur montrant claire-

«Le gouvernement pourrait améliorer sensiblement son image à l'étranger en ratifiant la Convention-cadre tabac.»

ment que ce n'est pas la première fois qu'ils sont attaqués. Des arguments tels que «si la vente de tabac est légale, alors sa publicité l'est aussi» datent des années 1970 et reviennent sans cesse sur le tapis. Une industrie puissante les imposera toujours sur tous les marchés. Cela retarde le processus et le stoppe même dans certains cas. On ne parviendra pas à améliorer la situation en rédigeant simplement des directives régionales et en tablant sur leur acceptation directe par tous les pays. Pour s'opposer à une industrie aussi puissante, il faut davantage de contrôle. D'ailleurs, je prends l'exemple du tabac parce que c'est celui qui me permet d'expliquer le plus clairement ma pensée. Les choses sont simples, avec le tabac, dans la mesure où nous voulons éradiquer autant que possible sa consommation. Pour



Tania Dussey-Cavassini (OFSP) et Dr. Gauden Galea.

d'autres denrées alimentaires ou pour l'alcool, la situation est beaucoup plus complexe.

Plus complexe en raison du plus grand nombre d'acteurs impliqués?

Oui, nous appelons tous de nos vœux des mesures intersectorielles, mais elles sont extrêmement difficiles à mettre en place. Lorsqu'un acteur de santé publique veut se faire l'avocat des lieux publics sans fumée, il doit apporter au secteur de la gastronomie des arguments complètement différents de ceux qu'il présenterait à l'agriculture qui est touchée par les prix, les taxes et les finances. Là, on parle de commerce transfrontalier, de substitution, d'élasticité et de régressivité. Autant d'arguments d'ordre financier qui n'ont rien à faire avec les lieux publics sans fumée. Les acteurs de la santé publique sont souvent trop naïfs lorsqu'ils s'engagent dans ces discussions intersectorielles. Il ne suffit pas de dire que nous avons un gros problème et que nous aimerions donner à la politique une certaine direction. Ils doivent être en mesure de comprendre la langue de ce secteur ou de cette industrie pour pouvoir à la fois lutter et conclure de réels partenariats. Je pense que c'est là le côté le plus passionnant de la santé publique, mais il ne faut jamais se jeter dans la gueule du loup sans s'être soigneusement préparé.

Est-ce aussi une affaire de formation?

Oui, à de nombreux niveaux. Nous n'avons pas encore parlé des médias, mais je pense qu'une utilisation subtile des médias est importante pour la santé. Nous devons attirer l'attention des gens sur l'importance de certains comporte-

ments par rapport à d'autres afin qu'ils puissent prendre les bonnes décisions. Nous ne devons pas sous-estimer l'importance de la sensibilisation du public. Or, elle est souvent dévalorisée hélas par les professionnels de la santé. D'après eux, l'éducation à la santé est lacunaire, la formation ne changera pas les comportements et seules des conditions-cadres y parviendront. Mais je pense qu'avoir conscience de ce qui est bon ou pas pour nous est la condition pour prendre une décision.

Je plaide pour un élargissement des programmes d'enseignement des spécialistes de la santé publique. Les étudiants doivent avoir des bases en sociologie, en administration, ainsi que des informations sur le travail des gouvernements et des processus politiques. En font notamment partie des études de cas de partenariats public-privé, des relations avec l'UE ou du rôle du commerce dans la politique de santé et la manière de trouver des solutions dites «gagnant-gagnant». Il n'y a jamais qu'une seule solution, dans aucun domaine. Les professionnels de la santé qui terminent aujourd'hui leur formation devraient avoir des connaissances plus complètes de l'économie, de la politique et de la société.

«La mise en place d'un plan d'urgence par les aéroports est une exigence légale.»

Cinq questions à Frédéric Eynard. La mondialisation progresse et les personnes sont plus mobiles que jamais. Comment la Suisse aborde-t-elle les risques sanitaires que la migration et les nombreux voyages d'affaires ou de loisirs peuvent engendrer? Nous avons interrogé Frédéric Eynard, le Coordinateur du Plan d'urgence de Genève Aéroport.

spectra: Monsieur Eynard, pourquoi un plan d'urgence pour Genève Aéroport, et quels sont les points essentiels de ce plan dans le domaine médical?

La mise en place d'un plan d'urgence par les aéroports est une exigence légale. Au niveau international, les normes établies dans le cadre de la Convention de Chicago par l'Organisation de l'Aviation Civile Internationale (OACI) réglementent ce processus. Au niveau national, l'Office fédéral de l'aviation civile (OFAC) délivre un certificat qui atteste que l'organisation et la documentation des processus liés à la sécurité de l'exploitation et de l'infrastructure aéroportuaire sont bien conformes aux exigences contenues dans les Annexes à cette convention, notamment l'Annexe 14 qui régit les aéroports.

Le Plan d'urgence de Genève Aéroport définit les moyens et processus nécessaires pour faire face à toutes situations d'urgence, incluant celles d'ordre sanitaire, susceptibles de se produire au niveau de la plateforme aéroportuaire, dans son voisinage ou son réseau d'interaction. La coordination des mesures mises en œuvre lors d'une situation d'urgence par les services opérationnels de l'aéroport et ses partenaires, par exemple les services cantonaux ou fédéraux concernés, y est décrite.

Le Plan d'urgence de Genève Aéroport est également lié au plan d'urgence du Canton de Genève (dispositif OSIRIS)



pour la gestion des situations d'urgence de grande ampleur ou de longue durée. Ceci permet, en cas de besoin, d'avoir rapidement des ressources supplémentaires, cantonales et franco-suisse, et de coordonner les services d'urgences (police, ambulances, hôpitaux, etc.). D'autre part, Genève Aéroport, étant désigné par le Conseil fédéral comme «point d'entrée» selon le Règlement sanitaire international (2005), a mis en place certaines capacités énoncées à l'annexe 1 dudit Règlement et garantit ainsi la mise en œuvre de mesures pour faire face à des urgences de santé publique particulières.

A quelles maladies êtes-vous confronté à Genève Aéroport et d'où proviennent les personnes malades?

Le personnel paramédical de Genève Aéroport est régulièrement appelé lorsqu'un passager, à bord d'un avion ou dans le terminal, présente certains symptômes comme par exemple la fièvre. Une première anamnèse est faite sur place et, suivant la gravité des symptômes, le passager est transféré par ambulance vers un hôpital de la région. Certaines personnes ayant des poussées de fièvre savent qu'elles ont le paludisme et le signalent à l'avance. Sinon, il est difficile à ce stade de confirmer les maladies dont souffrent les personnes.

On ne peut pas dire qu'il y ait une destination en particulier qui ressorte de façon plus précise.

L'année dernière, Ebola a fait les gros titres. A Genève, vous avez accueilli le seul malade d'Ebola qui a séjourné en Suisse. Comment les choses se sont-elles déroulées?

Le médecin infecté par le virus Ebola dont vous évoquez le cas a été rapatrié à Genève à bord d'un vol sanitaire planifié avec les différentes autorités nationales et internationales.

Le rapatriement et la prise en charge de ce patient ont été organisés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et ses mandataires en étroite collaboration avec l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et avec l'accord du médecin cantonal genevois.

Les services concernés de l'aéroport et du canton sont restés en contact permanent avec la compagnie aérienne chargée de rapatrier le patient depuis la Sierra Leone ainsi qu'avec l'OFSP pour suivre l'évolution de l'état de santé du patient avant et pendant son voyage. Une fois posé à Genève Aéroport, l'avion sanitaire spécialement équipé pour transporter des patients infectés par le virus Ebola a été dirigé vers une position isolée sur le tarmac. Les ambulanciers de Genève Aéroport ont revêtu leur équipement de protection personnelle selon une procédure qui avait été régulièrement entraînée auparavant et ont transféré le patient de l'avion vers une ambulance équipée pour Ebola.

Ce transfert peut s'avérer particulièrement difficile suivant l'état du patient. Cette étape a été réalisée sous la supervision des autorités sanitaires cantonales, du médecin de frontières et des autorités aéroportuaires. Puis, les ambulanciers escortés par la police, ont accompagné le patient jusqu'aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) pour son hospitalisation. Ils ont ensuite dé-

sinfecté l'ambulance selon une procédure exercée et ont finalement retiré et détruit leurs habits de protection. Chaque étape a été effectuée de façon très minutieuse afin d'éviter d'éventuelles contaminations.

Quel est le scénario lorsqu'un passager malade arrive à Genève?

Les autorités aéroportuaires genevoises ont, dans le cadre du Plan d'urgence de Genève Aéroport, développé une procédure prévoyant l'alarme et l'engagement des services d'urgence et sanitaires de l'aéroport dans deux cas de figure spécifiques; soit il s'agit d'un événement non planifié annoncé en dernière minute d'un cas suspect à bord d'un vol commercial ou privé. Soit il s'agit d'un événement planifié tel qu'un rapatriement sanitaire à bord d'un vol médicalisé. Par la suite, un triage de l'ensemble des passagers à bord d'un avion peut être réalisé. Dans les deux cas, les services sanitaires de l'aéroport seront soutenus par les autorités et services sanitaires du canton de Genève.

De quels spécialistes l'aéroport dispose-t-il et avec quelles autorités et institutions collaborent-ils?

Les autorités aéroportuaires sont en contact régulier avec l'Office fédéral de la santé publique qui est l'autorité compétente pour décider des mesures sanitaires à mettre en œuvre au niveau de l'aéroport. L'OFSP, en étroite collaboration avec les autorités sanitaires cantonales, confie l'exécution des mesures au médecin de frontières.

Sur le site de l'aéroport, le personnel paramédical, infirmières et ambulanciers, est formé pour prendre en charge les éventuels patients et les transférer vers un hôpital en cas de besoin. Les services cantonaux du feu et de la police peuvent intervenir également à différents niveaux.

HEPA – Promotion de l'activité physique en Suisse et en Europe

Promotion de l'activité physique. hepa.ch est un réseau qui regroupe, en Suisse, des organisations, des institutions et des entreprises qui se sont donné pour tâche de promouvoir la santé par le biais de l'activité physique et du sport. Le sigle 'hepa' vient de l'anglais **Health-Enhancing Physical Activity.**

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) est, en tant que l'un des piliers du réseau, coresponsable des contenus professionnels, des recommandations d'activité physique, ainsi que des thèmes clés. Le thème clé «Activité physique compensatoire – Sédentarité» a fait partie, entre autres, des priorités de la conférence du réseau hepa.ch, dont

les contenus et les présentations sont disponibles sous www.hepa.ch.

Cette année, la conférence HEPA Europe du 7 au 9 octobre 2015 à Istanbul a abordé les thèmes suivants: «exercice is medicine», la sédentarité, la collaboration intersectorielle pour promouvoir l'activité physique au quotidien ainsi que l'activité physique dans l'enfance et l'adolescence (plus de détails et autres thèmes de la conférence disponibles sous www.hepa2015.org). Tous ces thèmes sont également soutenus et coordonnés dans le cadre du Programme national Alimentation et activité physique de l'OFSP (www.ernaehrung-bewegung.bag.admin.ch) ainsi que dans la stratégie de l'OMS pour l'exercice physique (voir pages 4/5).

Les effets bénéfiques de l'exercice physique («exercice is medicine»), tant dans la prévention que sur le déroulement de différentes maladies, sont désormais scientifiquement établis. Plusieurs pays ont déjà réuni de premières expériences dans ce sens, même s'il n'existe pas encore vraiment de programmes globaux ni de modèles de «bonnes pratiques». En Suisse aussi, plusieurs démarches de promotion de l'activité physique ont vu le jour, à l'instar de PAPRICA – Physical Activity Promotion in Primary Care, promotion de l'activité physique au cabinet médical.

De nombreux autres pays ont également publié de nouveaux documents sur la sédentarité. La Finlande et la Belgique, par exemple, ont montré que les réper-

cussions sur la santé d'une position assise prolongée chaque jour ne peuvent être compensées par une activité physique et sportive le soir ou le week-end, mais que le petit effort de se lever permet d'obtenir des effets bénéfiques. Et c'est pour agir, justement, que l'OFSP a créé une page Internet sur ce thème, www.bag.admin.ch/se-lever, qui propose des informations précises et variées.

Pour en savoir plus sur le réseau HEPA Europe: www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/activities/hepa-europe

Contact: Kathrin Favero, section Nutrition et activité physique, kathrin.favero@bag.admin.ch

Consommation de tabac dans l'UE: fossé Nord-Sud

Eurobaromètre. Au sein de l'UE, 26% de la population fument, légèrement davantage qu'en Suisse où la proportion de fumeurs est de 25%. Une observation plus détaillée révèle des variations considérables entre les Etats de l'UE: les Etats où la prévalence tabac est la plus basse et les taux d'arrêt du tabagisme les plus élevés se trouvent principalement dans le Nord de l'Europe. Ce sont, tendanciellement, également ceux qui ont imposé les restrictions publicitaires les plus sévères et des prix du tabac élevés. Au niveau légal, la Suisse ne va pas aussi loin.

Selon le «Special Eurobarometer 429: Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes» datant de 2015, le tabagisme est largement répandu surtout dans les pays de l'Europe méridionale, à l'exception de l'Italie. Il se dessine un certain fossé Nord-Sud. D'une manière générale, l'Europe du Nord compte un grand nombre d'ex-fumeurs et de personnes qui ont déjà essayé une fois d'arrêter de fumer.

Un recul de 2 pourcent

La réduction globale du nombre de fumeurs dans l'UE par rapport à 2012 est de 2% (points de pourcentage). Une observation par pays permet de constater une réduction dans la plupart des pays et plus particulièrement en Irlande (-8%), en Autriche et à Malte (-7% pour les deux), en Finlande, au Luxembourg et en Lettonie (-6% pour les trois), ainsi qu'en Grande-Bretagne (-5%). Seuls cinq Etats ont enregistré une hausse de la part des fumeurs: la France (+4%), la



Toujours bien présente: publicité pour le tabac au kiosque, ici à La Neuveville.

Slovénie et le Portugal (+2% pour les deux), ainsi que Chypre et l'Allemagne (+1% pour les deux). En Suisse, la part des fumeurs a baissé de 1% entre 2012 et 2014, passant de 25,9 à 24,9%, mais reste relativement stable depuis 2011. La tranche d'âge des 15-24 ans a connu la plus forte baisse dans l'UE depuis 2012, avec -4 points de pourcentage, soit de 29 à 25%. En Suisse, le monitoring des addictions Suisse fait ressortir la tendance inverse: en 2012, 28,7% des 15-24 ans fumaient, ils étaient 29,9% en 2014.

Publicité encore très présente

Dans l'ensemble, 40% des personnes interrogées dans le cadre de l'Eurobaromètre indiquent avoir vu des publicités ou des promotions pour le tabac au cours des 12 derniers mois. 56% ont déclaré n'en avoir jamais vues. Interrogées sur le lieu où elles avaient vu la publicité, la majorité des personnes ont répondu l'avoir vue dans des points de vente (39%), sur des panneaux d'affichage ou des affiches dans les espaces

publics (30%), dans des journaux et des magazines (22%) et dans des cafés et des bars (17%).

L'étude montre également que les jeunes sont davantage exposés à la publicité pour le tabac que les personnes plus âgées, essentiellement au travers des campagnes de publicité et des promotions qui ont cours sur Internet ou sur les médias sociaux.

Fortes restrictions dans les pays du Nord

Les chiffres montrent que la publicité pour le tabac est encore largement répandue dans les Etats de l'UE. Actuellement, seules s'appliquent la directive 2003/33/CE sur la publicité du tabac et la directive 2010/13/CE «Services de médias audiovisuels» qui interdit la publicité transfrontalière en faveur du tabac. De nombreux Etats de l'UE, comme l'Irlande, la Grande-Bretagne et la Finlande, ainsi que la Norvège qui n'est pas un état membre de l'UE, vont encore plus loin que les directives européennes et

interdisent toute forme de publicité en faveur du tabac, y compris l'exposition de produits du tabac aux points de vente. Les produits du tabac ne doivent pas être visibles et mais rester stockés par exemple sous le comptoir. De nombreux autres pays tels la France, le Danemark et la Belgique disposent d'une législation relative à la publicité aux points de vente et/ou au parrainage. De plus, les prix des produits du tabac sont comparativement très élevés dans ces pays.

La situation en Suisse

Aujourd'hui, la publicité pour les produits du tabac est interdite à la télévision et à la radio, de même que la publicité ciblant les jeunes. Il n'existe pas d'autres restrictions au niveau fédéral. Il s'agit d'une réglementation peu restrictive en comparaison internationale. Toutefois les réglementations cantonales sur la prévention du tabagisme vont parfois plus loin que la législation fédérale – ce qui est le cas pour 58% des cantons dans lesquels vivent près de 80% de la population suisse. La loi sur les produits du tabac, actuellement en cours d'élaboration, renforcera les réglementations dans le domaine de la publicité et du parrainage et rapprochera la législation suisse du niveau de protection internationale. Avec pour résultat une meilleure protection des jeunes, particulièrement réceptifs aux messages publicitaires.

Lien vers le rapport de l'Eurobaromètre: ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_429_en.pdf

Contact: Laure Curt, section Tabac, laure.curt@bag.admin.ch

Egalité des chances à l'hôpital

Swiss Hospitals for Equity. L'Office fédéral de la santé publique soutient depuis 2004 les hôpitaux qui veulent améliorer la prise en charge de la population migrante. Le réseau «Migrant Friendly Hospitals», baptisé ainsi d'après le projet du même nom conduit par l'Union européenne, s'appelle désormais «Swiss Hospitals for Equity».

L'objectif du réseau «Swiss Hospitals for Equity» (en français: Hôpitaux suisses pour l'égalité des chances) est de promouvoir une prise en charge de qualité élevée pour tous les patients et les patientes, indépendamment de leur origine, de leur nationalité, de leur langue, de leur religion, de leur situation socio-économique et de leur compétence en matière de santé.

Une idée européenne

Le réseau s'est inspiré du projet de l'UE lancé en 2002 «Migrant-friendly Hospitals MFH» (hôpitaux visant à améliorer la prise en charge de la population mi-

grante) mis en œuvre dans douze hôpitaux de douze Etats différents de l'UE. N'étant pas membre de l'UE, la Suisse n'a pas pris part au projet, mais un échange d'information et d'expérience a malgré tout eu lieu. Depuis 2004, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) apporte son soutien financier à des mesures prises dans les hôpitaux suisses afin d'améliorer l'égalité des chances pour tous les groupes de population et de garantir un meilleur accès aux soins – en tant que partie intégrante du Programme national Migration et santé lancé en 2002.

Un nouveau nom à plus longue portée

Dans un premier temps, le réseau suisse a été baptisé d'après le modèle européen «Migrant Friendly Hospitals MFH». En changeant d'appellation, «Swiss Hospitals for Equity», les hôpitaux qui participent au projet veulent attirer l'attention sur l'importance de garantir à tous les patients et les patientes une prise en charge de qualité élevée, et pas uniquement à la population migrante. Le chan-

gement de nom a offert l'occasion d'inaugurer aussi un nouveau site web.

Abolir les barrières socioculturelles

Les établissements faisant partie aujourd'hui des «Swiss Hospitals for Equity» sont les hôpitaux universitaires de Bâle, de Genève et de Lausanne, les hôpitaux pédiatriques de Zurich, de Bâle et de Saint-Gall, ainsi que les Hôpitaux de Soleure et l'Hôpital cantonal d'Aarau. Chaque hôpital développe sa propre stratégie et son plan d'action, en lien avec les besoins identifiés et le contexte social et institutionnel. Tous accordent une attention particulière à différentes mesures dans le domaine de la gestion de la diversité. Il s'agit notamment d'offrir de formation du personnel aux compétences transculturelles, du recours aux interprètes communautaires, du renforcement de la compétence en matière de santé de la patientèle issue de la migration (Patienten-Empowerment) par la remise de supports d'informations en plusieurs langues, ou de l'abolition des



barrières d'accès par des indications en plusieurs langues. L'égalité des chances et l'intégration du personnel allophone est également très importante pour eux. Enfin, de nombreux hôpitaux conduisent des enquêtes de satisfaction en plusieurs langues ainsi que des enquêtes sur l'origine des patients afin d'obtenir une vue d'ensemble de la diversité de leur patientèle. Actuellement au nombre de huit, les «Swiss Hospitals for Equity» ne constituent pas un cercle fermé. La participation d'autres établissements est la bienvenue pour développer le réseau et ancrer encore mieux dans le système de santé suisse les bonnes pratiques de promotion de l'égalité des chances.

Liens: www.hospitals4equity.ch
www.miges.admin.ch

Contact: Serge Houmard, Programme national Migration et santé, serge.houmard@bag.admin.ch

Tabac, alcool et cannabis: la consommation reste stable en 2014

Monitoring suisse des addictions. D'après le Monitoring suisse des addictions, la consommation de substances psychoactives est restée assez stable en Suisse. Dans notre pays, une personne sur quatre fume, plus d'une personne sur cinq boit trop souvent de l'alcool ou en trop grande quantité et 3% de la population a consommé du cannabis au cours du dernier mois. Cela correspond à peu près aux résultats de l'année précédente. Le groupe des adolescents et des jeunes adultes présente la consommation la plus à risque; ce groupe est donc au cœur des efforts de prévention.

Depuis 2011, le Monitoring suisse des addictions fournit chaque année des chiffres relatifs à la consommation de substances psychoactives. Pour ce faire, des enquêtes téléphoniques sont menées auprès de 11 000 personnes tous les ans. Les données recueillies constituent l'un des piliers des deux nouvelles stratégies nationales, «Addictions» et «Prévention des maladies non transmissibles», qui ont été formulées dans le cadre de l'agenda Santé2020 du Conseil fédéral. Ces données permettent d'élaborer et d'examiner des mesures correspondantes, par exemple la mise en place de plateformes spéciales afin d'optimiser le transfert de connaissances entre les acteurs ou l'exécution de mesures de sensibilisation ciblées pour les groupes à risque.

Consommation de tabac

La proportion de fumeurs est restée à peu près stable depuis 2011. Un quart de la population suisse fume quotidiennement (24,9%). Si la consommation quotidienne recule légèrement chez les hommes, leur consommation occasionnelle augmente. Un tiers des personnes n'exerçant pas d'activité lucrative fume chaque jour (33,6%). 26,6% du plus jeune groupe sondé (15 à 19 ans) indiquent faire partie des fumeurs. Les jeunes hommes (27,7%) fument plus souvent que les jeunes femmes (25,4%). Un fumeur quotidien consomme en moyenne 13,5 cigarettes par jour. Le risque de cancer augmente avec le nombre de cigarettes; cependant même une consommation quotidienne limitée

accroît le risque de souffrir de maladies cardio-vasculaires et respiratoires, et de mourir prématurément. Les fumeurs perdent en moyenne 14 années de leur vie. Les personnes qui ont commencé à fumer quotidiennement avant leur 15^e année développent ensuite une plus grande dépendance au tabac que celles qui ont commencé après l'âge de 15 ans.

Cigarettes électroniques

La consommation de cigarettes électroniques est en augmentation en Suisse. En 2014/2015, 14% de la population en a déjà essayé une au moins une fois, contre 6,7% en 2013. La consommation régulière (au moins une fois par semaine) est cependant très faible avec 0,7% de la population concernée, mais en augmentation. Les données sur les cigarettes électroniques ont été recueillies dans un rapport distinct.

Consommation d'alcool

La grande majorité de la population suisse boit modérément. Toutefois, plus d'une personne sur cinq (23%) boit trop ou trop souvent, ce qui peut être nocif pour la santé. En effet, une consommation excessive d'alcool peut endommager l'organisme, notamment le foie et les organes digestifs. Même si l'on n'en perçoit pas forcément les effets directs, la consommation d'alcool a des conséquences: la consommation de quatre (pour les femmes) ou cinq (pour les hommes) boissons alcoolisées en l'espace de plusieurs heures augmente le risque d'accidents, de blessures et de violence.

En 2014, 22% des personnes sondées entraient dans cette catégorie. On observe une légère augmentation principalement chez les jeunes (15 à 19 ans), chez les personnes âgées (64 à 75 ans) et de façon générale chez les femmes. Une consommation quotidienne supérieure à deux verres d'alcool pour les femmes et à quatre verres pour les hommes est considérée comme une consommation chronique à risque. En 2014, 4,2% des sondés ont indiqué présenter ce schéma de consommation. Ce chiffre est resté stable depuis 2011. Ce sont surtout les 65 à 74 ans qui ont une consommation chronique à risque (8,1%). Plus la quantité d'alcool absorbée augmente, plus s'accroît le risque de souffrir de maladies liées à l'alcool comme le cancer ou la cirrhose du foie.

Consommation de cannabis

Entre 2011 et 2014, la part des personnes ayant consommé du cannabis dans le mois précédant le sondage est restée stable à environ 3%. Un cinquième de ce groupe consomme de façon intense, c'est-à-dire 20 jours et plus par mois. Dans toutes les catégories d'âge, les hommes consomment du cannabis plus de deux fois plus souvent que les femmes. La consommation des 15 à 24 ans est supérieure à la moyenne: 21% d'entre eux ont consommé du cannabis au moins une fois au cours des 12 derniers mois.

Le cannabis influe sur la capacité de concentration et peut entraîner des troubles de la pensée et une baisse d'énergie. Selon la situation et les prédispositions de chacun, une consommation accrue de cannabis sur une période prolongée peut causer des dépressions, des maladies anxieuses et des troubles de la personnalité. Les risques physiques sont relativement limités; on constate surtout les effets de la consommation sur les poumons.

Particulièrement nocif pour les jeunes

Les chiffres montrent que pour toutes les substances, ce sont les jeunes qui présentent la consommation la plus à risque. Ils constituent un groupe particulièrement sensible: étant donné que leur corps et leur cerveau n'ont pas fini de se développer, les substances psychoactives peuvent occasionner des dégâts importants. Par ailleurs, on sait que les personnes qui ont une consommation à risque alors qu'elles sont jeunes ont plus de chances de devenir dépendantes plus tard ou de souffrir d'un cancer, d'une maladie cardio-vasculaire, de diabète, d'une maladie des voies respiratoires ou d'une autre maladie non transmissible (MNT).

Détection précoce et intervention

Ce groupe de personnes, le plus jeune parmi ceux sondés dans le cadre du Monitoring, doit donc faire l'objet d'une attention particulière dans l'optique du développement et du maintien de mesures de prévention éprouvées. Il est essentiel de déterminer de façon précoce si le comportement typique à cet âge (à savoir l'expérimentation) prend une tournure problématique afin que les adolescents et les jeunes adultes re-

çoivent soutien et conseils de leur entourage et de professionnels. C'est pourquoi l'Office fédéral de la santé publique soutient, depuis 2006, des projets de mise en place de la démarche de prévention Intervention précoce (IP) dans les écoles et les communes. Par ailleurs, nous disposons de lois sur la protection de la jeunesse qui sont axées sur la prévention; il convient d'assurer leur application.

Monitoring suisse des addictions

Les résultats présentés se basent sur le Monitoring suisse des addictions. Le Monitoring suisse des addictions est un projet de recherche mandaté par l'OFSP qui a pour objectif de collecter des données sur le thème de la consommation de substances psychoactives en Suisse. La récolte systématique et régulière de données comparables et représentatives auprès d'11 000 personnes chaque année depuis 2011 permet de suivre les évolutions à long terme et de constater des développements et permet ainsi une estimation en temps réel de la question des addictions en Suisse. Outre des chiffres clés concernant les comportements de consommation, des informations complémentaires sont collectées à un rythme moins fréquent, qui concernent les sujets suivants: alcool et violence, conséquences sociales de l'addiction, comportement d'achat, utilisation de la cigarette électronique ou état des connaissances au sein de la population des problèmes de santé engendrés par la consommation à risque d'alcool, de tabac ou de drogue. Quatre organes sont chargés de réaliser ce projet: Addiction Suisse, l'Institut suisse de recherche sur la santé publique et les addictions (ISGF, Zurich), l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) et l'Institut d'études de marché et d'opinion (IBSF, Zurich).

Des informations plus approfondies ainsi que toutes les publications du Monitoring suisse des addictions se trouvent sur www.monitorage-addictions.ch.

Contact: Wally Achtermann,
responsable du Monitoring suisse
des addictions,
wally.achtermann@bag.admin.ch

Impressum • spectra no 111, décembre 2015

«spectra – Prévention et promotion de la santé» est un bulletin d'information de l'Office fédéral de la santé publique qui paraît quatre fois par an en français, en allemand et en anglais. Il publie également des opinions qui ne coïncident pas avec la position officielle de l'office.

Editeur: OFSP 3003 Berne, Tél. 058 463 87 79, Fax 058 464 90 33, www.bag.admin.ch

Réalisation: Pressebüro Christoph Hoigné, Allmendstr. 24, 3014 Berne, christoph.hoigne@la-cappella.ch

Responsable de la commission de rédaction: Adrian Kammer, adrian.kammer@bag.admin.ch

Textes: Collaborateurs de l'OFSP, Christoph Hoigné et autres auteurs

Traduction: Marie-Françoise Jung-Moiroud, BMP Translations AG

Photos: OFSP, Chr. Hoigné, Fotolia, Keystone/Peter Klauzner

Graphisme: Lebrecht typ-o-grafik, 3006 Berne

Impression: Bütetiger AG, 4562 Biberist – Tirage: 6400 ex. allemands, 3400 ex. français, 1050 ex. anglais

Il est possible de commander des numéros séparés et des abonnements gratuits à:

Bundesamt für Gesundheit, Sektion Kampagnen, 3003 Bern

Le prochain numéro paraîtra en mars 2016

Contact

Section, Service	Téléphone
Section Alcool	058 463 87 86
Section Tabac	058 463 20 43
Section Drogues	058 463 87 13
Section Prévention et promotion (Maladies transmissibles) éducation + santé Réseau Suisse	058 463 88 11
058 462 62 26	
Section Bases scientifiques et juridiques (Programmes nationaux de prévention)	058 463 87 93
Section Campagnes	058 463 87 79
Section Nutrition et activité physique	058 463 87 55
Programme national Migration et santé	058 463 30 15

www.spectra-online.ch

Observer et éviter les crises

Intervention précoce. C'est en 2006 que l'Office fédéral de la santé publique a lancé le premier programme d'intervention précoce (IP) dans les écoles et dans les communes suisses. Qu'entend-on précisément par IP et quelles sont les expériences après dix ans? Portrait d'une approche de prévention.

Les derniers chiffres du monitoring suisse des addictions le montrent: les adolescents et les jeunes adultes dominent les statistiques en termes de consommation à risque d'alcool et de cannabis (voir article sur cette même page). Leur tabagisme est aussi très important. Le fait de s'enivrer ponctuellement et celui de fumer traduisent-ils une envie d'expérimenter typique de cette classe d'âge ou un comportement qui tend déjà à la dépendance? Suffit-il d'aborder la question avec le jeune ou est-il nécessaire de mobiliser une aide professionnelle? Ces questions et d'autres sont au cœur de l'approche préventive de l'intervention précoce (IP) dont le groupe cible principal sont les enfants et les adolescents.

Identifier les risques, encourager les ressources

Anticiper et prévenir un problème d'addiction émergent est un objectif important d'IP, mais pas le seul. Les agressions, le harcèlement, les troubles du développement, le surmenage et les problèmes psychiques et sociaux que connaissent les jeunes sont également dans la ligne de mire d'IP. Une intervention ne se polarise pas uniquement sur le problème du jeune concerné mais fait également appel à ses ressources, personnelles ou dans son environnement, qu'IP s'attache à identifier et à renforcer. Cette approche veut soutenir les jeunes et ne doit en aucun cas se voir détournée en une mesure disciplinaire coercitive.

Prévenir les problèmes graves

L'idée qui sous-tend IP est simple: plus un comportement potentiellement problématique est détecté précocement et des mesures sont prises pour stabiliser la situation, plus les chances sont grandes d'éviter une évolution dramatique des risques. L'IP a pour principal objectif de donner aux parents, aux personnes de référence dans l'éducation comme les enseignants, les animateurs socioculturels ou les entraîneurs sportifs, les moyens nécessaires pour qu'ils puissent agir efficacement en cas de vulnérabilité. L'IP doit avant tout préserver les enfants et les jeunes de problèmes de santé et sociaux et de comportements problématiques. L'IP respecte le bien-être de la personne et se tient au principe de proportionnalité. Car tout problème ne doit pas donner lieu à une intervention; les périodes de crise font partie du processus de développement normal chez les enfants et les jeunes.

Entre prévention et intervention de crise

L'IP a sa place entre la prévention (pri-



maire) et l'intervention de crise ou l'accompagnement spécialisé et la thérapie. Les intersections entre ces trois niveaux d'intervention restent mobiles. Il appartient aux parents et aux personnes de référence dans l'éducation d'établir une relation dynamique et constructive soutenant les enfants ou les jeunes et, le cas échéant, de mobiliser précocement les spécialistes et les services compétents. Les diagnostics, la prise en charge, la thérapie, les mesures éducatives ou judiciaires restent strictement le fait des spécialistes et des autorités compétentes. L'objectif est d'apporter le meilleur soutien possible aux jeunes dans leur développement et de décharger les personnes de référence.

Zoom sur les écoles et les communes

Depuis 2006, la Fondation Suisse pour la santé RADIX met en œuvre, sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique, le projet IP dans les écoles et les communes. Ces deux settings sont destinés dans la mesure où les enfants et les jeunes y passent une partie significative de leur vie. À ce jour, des projets ont été réalisés et des expériences réunies dans 67 écoles et 64 communes. L'objectif de ces projets est de développer une attitude d'observation et d'intervention ainsi que des structures, des processus et des instruments, qui permettent une gestion à long terme d'IP. Le «policy cycle» pour les projets IP dans les communes et les protocoles d'intervention pour les écoles se sont révélés être des supports précieux dans les démarches IP:

«Policy Cycle» pour les communes

Le Policy Cycle sert à planifier et à mettre en œuvre des mesures IP dans des communes et s'articule en six étapes:

1. Mise à l'agenda politique de la planification et de la mise en œuvre de

- mesures d'IP; prise de décisions en ce sens
2. Mise en place d'un groupe de travail représentatif et légitimé; soutien à ce groupe
3. Analyse de la situation/Formulation des besoins
4. Planification et priorisation des mesures
5. Mise en œuvre du plan de mesures
6. Pérennisation et évaluation.

La collaboration de personnes clés, responsables politiques, représentants de l'administration, des écoles, de la police, des parents et des compétences spécialisées est formalisée.

Protocoles d'intervention pour les écoles

Dans les écoles, les protocoles d'intervention à plusieurs paliers ont démontré leur efficacité en donnant à tous les intervenants le cadre nécessaire pour gérer une démarche IP. Ci-après un exemple à six niveaux:

1. Observer, identifier, documenter, partager
2. Dialoguer avec l'élève
3. Impliquer les parents/l'autorité parentale
4. Mobiliser des ressources internes à l'école (p. ex. travail social scolaire)
5. Mobiliser des ressources externes à l'école (p. ex. services spécialisés)
6. Annoncer la vulnérabilité, prendre des mesures habituelles ou extraordinaires.

Les principaux facteurs de réussite d'une démarche IP sont également:

- Une concertation régulière au sein du collège des maîtres mais aussi des répondants pédagogiques, du travail social scolaire et du psychologue scolaire
- De bonnes connaissances des signaux d'alerte

- L'adoption d'une posture commune du personnel scolaire, y compris le personnel d'entretien.

Une démarche IP sera d'autant plus efficace si les écoles et les communes développent une approche pédagogique et organisationnelle commune et renforcent la mise en réseau des projets d'IP de qualité.

Projets formellement achevés

Début février 2015, la dernière étape officielle du projet conduit par RADIX avec sept écoles participantes a été formellement achevée. Les projets IP initiés sont toutefois poursuivis par les directions de projet créées sur place. RADIX reste à disposition comme plateforme d'échange.

Brochure IP

La nouvelle brochure «Intervention précoce dans les écoles et les communes – l'essentiel» (PDF) contient, sous forme condensée, des informations de base sur l'IP, des références, des exemples pratiques et des informations plus poussées. Elle s'adresse aux intervenants, aux chargés de projets et aux responsables politiques et administratifs. Rédigée par la Fondation suisse pour la santé RADIX, la brochure de 8 pages est disponible gratuitement en ligne en D/F. PDF: www.radix.ch > Communes en santé > Intervention précoce

La version papier peut être commandée auprès de info-zh@radix.ch ou au 044 360 41 00

Contact: Salomé Steinle, section Drogues, salome.steinle@bag.admin.ch

Marcel Tanner: «Nous sommes satisfaits de voir notre approche d'apprentissage réciproque pour changer les choses» adoptée et mise en œuvre au Nord comme au Sud.»

Breve interview de Marcel Tanner. Après 18 années au poste de directeur, le prof. Marcel Tanner a cédé, fin juin 2015, la direction de l'Institut Tropical et de Santé Publique Suisse Swiss TPH à Bâle, qu'il a fortement marqué de son empreinte. Durant cette période, l'ancien Institut Tropical Suisse s'est hissé au rang d'institution d'envergure mondiale, dotée d'une approche transdisciplinaire en matière d'enseignement, de recherche et de service. Si, autrefois, les questions tournaient essentiellement autour de la biologie des infections de maladies comme le paludisme ou la maladie du sommeil, l'idée selon laquelle la maladie, la santé et le maintien de la santé ne peuvent être comprises que dans un contexte général (conditions de vie, influences écologiques et culturelles) a pris de l'ampleur avec Marcel Tanner. Sous sa houlette, l'institut a imposé une approche transdisciplinaire, systémique. «Le contexte entre système de santé et système social revêt un caractère déterminant», affirme Marcel Tanner.

spectra: Quelles maladies causent actuellement la plus grande inquiétude dans le monde – et comment lutter?

Marcel Tanner: Les pays pauvres et ceux en voie de développement – principalement dans le Sud – sont toujours les principales victimes des maladies liées à la pauvreté, c'est-à-dire le VIH, la tuberculose et le paludisme, ainsi que des maladies tropicales dites négligées («Neglected Tropical Diseases», NTD). Les NTD sont, entre autres, la dengue, la bilharziose, la maladie du sommeil, la leishmaniose, les maladies parasitaires ainsi que les trématodoses d'origine alimentaire. Toutefois, avec l'urbanisation croissante, on observe également une augmentation des maladies non transmissibles dans les pays dits en développement: problèmes cardiovasculaires, problèmes alimentaires et obésité, ainsi que les tumeurs. Ce «dual burden of diseases» – double charge de morbidité – est particulièrement important dans les pays en développement et sera le défi gigantesque que les stratégies nationales de santé publique et les approches de santé globale devront relever.

Comment l'aide au développement s'est-elle muée, ces dernières années et décennies, en collaboration internationale?

Effectivement, nous avons assisté dans ce domaine à de nombreuses évolutions positives. Deux d'entre elles ont été et sont déterminantes:

1. La voie qui consiste à «abandonner l'assistance pour adopter la collabo-



Prof. Dr. Marcel Tanner

ration», au sens d'un «apprentissage réciproque pour changer les choses» (mutual learning for change). Nous avons appliqué sans relâche cette approche au Swiss TPH et sommes très heureux que de nombreuses organisations et de nombreux gouvernements du Nord comme du Sud l'aient adoptée et mise en œuvre.

2. L'approche systémique des questions de santé, qui se distancie du suivi strict de maladies et de problèmes particuliers. Disposer de moyens efficaces, du diagnostic au traitement et à la prévention, ne dispense pas de pouvoir recourir à des systèmes sanitaires et sociaux afin de pouvoir porter les médicaments, les diagnostics et les vaccins aux populations concernées. C'est-à-dire qu'il ne suffit pas de développer des «magic bullets», il faut aussi des «magic guns», qui sont les systèmes de santé et systèmes sociaux en santé publique et globale.

La Suisse est un pays très riche (mais assez petit). Quelle peut être sa contribution au maintien de la santé dans le monde?

Nous pouvons faire beaucoup, et nous l'avons déjà fait, en poursuivant systématiquement des approches positives:

1. Redoubler d'efforts en faveur du «mutual learning for change» et d'une approche systémique des problèmes de santé.
2. Continuer à encourager de nouvelles approches, comme la recherche et le développement en faveur des maladies négligées (en particulier celles liées à la pauvreté et les NTD) en associant les secteurs public et privé (Product Development Partnerships, PDP). La Suisse, et notamment la Direction du développement et de la collaboration DDC, soutient déjà

beaucoup les PDP existants en Suisse, tels que Medicines for Malaria Venture (MMV), Drugs for Neglected Diseases initiative (DNDi) et la Foundation for Innovative Diagnostics (FIND). Il faut poursuivre et élargir cette action.

3. Continuer à stimuler l'industrie pharmaceutique, s'engager dans des PDP ou prendre soi-même de telles initiatives, à l'instar du Not-for-profit Novartis Institute for Tropical Diseases à Singapour (NITD).
4. Stimuler et soutenir la recherche universitaire et, par là, encourager les jeunes chercheuses et chercheurs dans ces domaines, en particulier aussi la recherche appliquée au travers d'autres initiatives spéciales du Fonds national suisse et de la DDC.

Les médias et le public sont prompts à réagir lorsque des maladies inconnues menacent d'atteindre notre monde préservé, comme Ebola, encore tout récemment. Quels sont les dangers sérieux et comment les affronter?

L'essentiel est de réagir. Ebola ou d'autres «nouvelles» maladies nous enseignent à quel point la surveillance est décisive. Chaque système de santé et chaque système social est préparé lorsqu'il est en permanence dans une démarche de «surveillance et réaction», c'est-à-dire qu'il est prêt, grâce à un système de récolte régulière et d'analyse des informations nécessaires, à réagir immédiatement. Si nous parvenons à changer dans ce sens, nous pourrions relever bien des défis avec détermination. Malheureusement, le problème est que trop de systèmes de santé se contentent surtout de récolter des données – bien que l'époque des chasseurs cueilleurs

de l'humanité soit révolu depuis longtemps –, mais les analysent à peine et réagissent donc trop tard, voire pas du tout.

Pourquoi est-il si important que les gens se fassent vacciner ici aussi contre des maladies, alors que la plupart des maladies infectieuses graves sont pour ainsi dire éradiquées?

Il faut maintenir l'immunité collective pour empêcher la réapparition des maladies, infantiles en particulier. C'est un moyen de contribuer efficacement au bien-être de notre société. Nous avons besoin d'un taux de couverture vaccinale élevé (Coverage) pour pouvoir justement maintenir cette immunité collective et ne pas subir d'épidémies. Nous apportons ainsi une contribution au bien-être non seulement national mais aussi mondial.

L'expérience dans les pays pauvres montre que la maladie et la pauvreté sont étroitement liées. Qu'en est-il chez nous et dans les pays industriels hautement développés?

Chez nous aussi les gens malades sont négligés, non seulement parce qu'ils sont «improductifs», mais aussi parce qu'ils ne peuvent pas faire partie efficacement d'un système social. C'est le début de la spirale: maladie, négligence, pauvreté; parfaitement comparable avec la situation dans les pays en développement.

En retraite partielle, vous n'êtes pas moins extrêmement actif, d'une part comme professeur à l'Université de Bâle et, d'autre part, en voyage dans le monde entier. Quels sont vos projets actuellement?

Je travaille beaucoup, en ce moment, sur le développement de vaccins contre le paludisme et de nouveaux médicaments contre les NTD, et je m'engage pour de nouvelles approches en faveur d'une planification de la santé équitable, chez nous comme dans les pays en développement.

Je reviens tout juste de Vanuatu et des Iles Salomon. Ces Etats insulaires très complexes du Pacifique nous apprennent à mettre en place des soins équitables avec des moyens très limités. Ces expériences sont primordiales aussi pour les questions de planification de la santé en Suisse et notre stratégie Santé2020. Ici encore nous pouvons parler d'apprentissage réciproque: en comparant les systèmes et les cultures, nous pouvons aussi, dans nos pays riches que sont la Suisse et, plus largement, l'Europe, apprendre à nous engager plus efficacement pour la santé et le maintien de la santé.