

spectra

80



La prévention est rentable!

2 Coûts et bénéfices de la prévention

La prévention est-elle rentable? Les mesures de prévention et de promotion de la santé sont-elles efficaces d'un point de vue économique et comment calcule-t-on l'économicité? Trois études commandées par l'Office fédéral de la santé publique mettent en évidence le rapport coûts-bénéfices des mesures de prévention dans les domaines du tabagisme, de l'alcoolisme et des accidents de la route. Leur conclusion: l'argent investi dans la prévention rapporte largement.

9 Campagne convaincante et efficace

La campagne de prévention du tabagisme de l'Office fédéral de la santé publique veut rendre évident le fait de ne pas fumer en société. L'analyse montre que la campagne 2009 a su toucher le public. 80 à 90% des personnes interrogées trouvent la campagne claire, facilement compréhensible, crédible, respectueuse, nécessaire et pertinente. La campagne «Au fond, c'est logique» était centrée sur des personnes s'exprimant de manière authentique sur le tabagisme ou sur leur vécu avec un proche fumeur.

12 Prévention pour les travailleuses du sexe

En Suisse, on estime entre 13'000 et 20'000 le nombre de femmes qui gagnent leur argent avec la prostitution. Ces travailleuses du sexe sont – notamment en raison d'une situation financière précaire, d'un mépris social et d'une absence d'autorisation de séjour – particulièrement exposées. Une étude récente réalisée par l'Institut de sociologie de l'Université de Genève revient sur les problèmes de ce groupe de population particulièrement vulnérable et sur la manière de pratiquer une prévention et promotion de la santé efficace – auprès des prostituées et des clients du sexe tarifé.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Premiers pas dans l'analyse coûts-bénéfices des mesures de prévention

Évaluation. Les mesures de prévention et de promotion de la santé sont-elles nécessaires et pertinentes au regard de leurs coûts? Trois études pionnières mandatées par l'Office fédéral de la santé publique livrent pour la première fois des chiffres concrets sur le rapport coûts-bénéfices des mesures publiques de prévention dans les domaines des accidents de la route, du tabagisme et de la consommation nocive d'alcool. Pour réjouissants qu'ils sont, les résultats doivent être appréciés avec prudence dans un premier temps.

Soucieux de fonder toutes ses activités sur des bases scientifiques, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) recourt à des informations publiées et avérées. Faute de telles informations, il octroie des mandats de recherche pour pallier cette lacune. Il existe aux niveaux national et international une grande diversité de publications sur la prévention qui indiquent que des mesures de prévention judicieusement choisies déploient des effets très positifs. Seules peu d'études toutefois se penchent sur la question de savoir si ces mesures sont pertinentes au regard de leurs coûts aussi. Les investissements pour la prévention se justifient-ils quand on analyse le rapport coûts-bénéfices? C'est pour répondre à cette question que l'OFSP a mandaté en 2007 trois études pionnières dans les domaines de la prévention des accidents de la route, du tabagisme et de la consommation nocive d'alcool. Ces études ont été conduites par l'Institut

d'économie de la santé de Winterthur et par l'Institut de recherches économiques de l'Université de Neuchâtel.

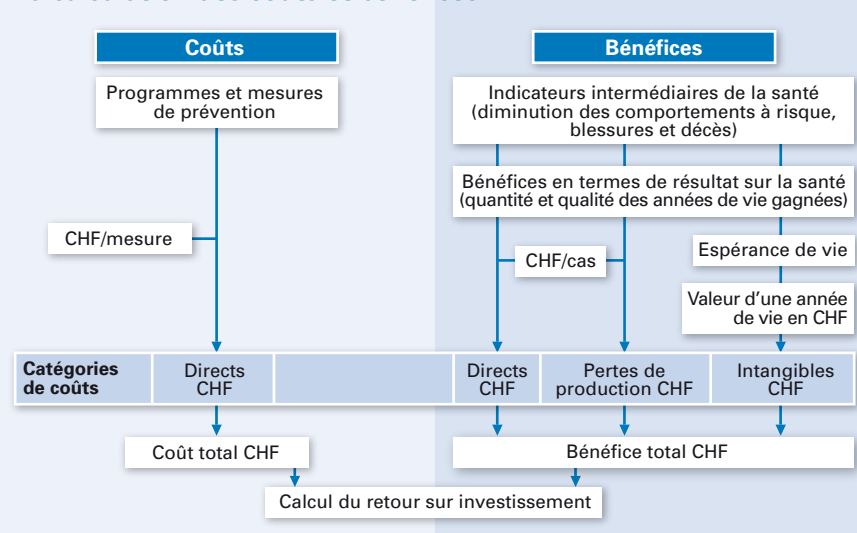
Selon les études, la prévention est largement rentable

Les études ont été menées dans une perspective sociale, c'est-à-dire que l'analyse prend en compte à la fois tous les coûts pertinents des mesures de prévention et tous les bénéfices induits pour la collectivité dans son ensemble. Ces bénéfices résultent de la somme des coûts que les mesures ont permis d'éviter. Dans le détail, il s'agit des coûts directs (frais médicaux notamment), des pertes de production pour cause de maladie ou d'accident (p. ex. perte de revenu) et des coûts intangibles (perte de qualité de vie liée à la maladie, à l'invalidité et à la mort prématurée). La valeur financière de la perte de cette qualité de vie est calculée au moyen d'une mesure statistique développée par l'OMS (DALY – Disability Adjusted Life Years).

Les résultats désormais publiés font apparaître le tableau suivant: les mesures ont entraîné, dans les trois domaines, une diminution substantielle de la morbidité, de la mortalité prématurée et de la souffrance humaine connexe. Le «retour sur investissement» (RSI – exemple de calcul voir encadré) est largement positif. En d'autres termes: le bénéfice de la prévention représente, selon les études, un multiple des coûts engendrés.

Dans le domaine des accidents de la route (RSI: 9) les résultats sont les suivants: l'augmentation de 50% en termes réels des dépenses publiques pour la prévention des accidents de la route

La calculation des coûts et bénéfices



entre 1975 et 2007 s'est accompagnée d'une forte diminution des accidents. Selon l'étude, ces mesures de prévention ont permis d'éviter 13'500 tués, 17'300 invalidités permanentes, 98'000 blessés graves, 82'800 blessés moyens et 710'000 blessés légers. Des coûts ont été évités pour un total de 72,8 milliards de francs. L'étude a également montré que les mesures visant un comportement plus sûr sur la route affichent un meilleur rapport coûts-bénéfices que les investissements dans l'infrastructure (routes, dispositifs de sécurité) qui constituent de loin la plus grosse part des dépenses de sécurité.

Les chiffres relatifs à la prévention du tabagisme (RSI: 41) sont encore plus éloquentes. La lutte contre la fumée bleue s'est massivement accrue ces dernières

années: en dix ans seulement, entre 1997 et 2007, les dépenses pour les campagnes contre le tabagisme et autres mesures connexes ont quadruplé – et prouvé leur bien-fondé. En effet, ce surcoût a été récompensé par un recul du nombre de fumeurs de 5,3% dans la population suisse (de 33,2% à 27,9%), soit 343'000 personnes. Certes, une grande part de ce succès est imputable aux augmentations de taxes sur les produits du tabac, mais, selon les estimations des experts, un tiers (143'000) est à porter au bénéfice des mesures de prévention par le biais de l'information et de l'éducation. En Suisse, 11,2% des années de vie perdues à cause de la maladie ou de la mort prématurée de personnes autrement en bonne santé sont dus au tabagisme. Le bénéfice écono-

Forum

Analyse coûts-bénéfices de nouvelles prestations – Quo usque tandem abutere patientia nostra?*

Si vous pensez que les moyens octroyés au système de santé sont infinis et que nous ne devrions pas distribuer les fonds et les ressources là où ils profiteraient le plus au plus grand nombre d'assurés, vous pouvez en toute tranquillité arrêter votre lecture ici. Car ce sont justement ces prémisses qui nous conduisent à effectuer des analyses de rentabilité, c'est-à-dire des analyses de coût-bénéfices. Une autre erreur consiste à croire que l'on ne doit demander et exécuter ces analyses que pour les nouvelles et coûteuses technologies. C'est une méprise fondamentale. Les analyses coût-bénéfices sont pensées comme un instrument de planification destiné à aider les décideurs à composer, à partir d'un portefeuille de possibilités les plus diverses (médicaments, inter-

ventions ou diagnostics), la combinaison qui conduira au total au plus grand profit pour le plus grand nombre d'assurés. Et c'est exactement l'objectif de toute assurance-maladie sociale financée solidairement. Exactement au sens de l'utilitarisme.

Et pourtant nous continuons, en Suisse, à piétiner en la matière. Pourquoi cela? D'abord en raison d'un scepticisme partiellement justifié envers ce genre d'études: suspicion à l'égard des méthodes (bien qu'elles reposent sur des expériences avérées depuis des décennies), envers les sponsors industriels (la Suisse ne veut pas recourir à d'autres sources financières), envers les chercheurs (alors que la plupart sont des experts parfaitement formés) et méfiance à l'égard des résultats (parce qu'ils sont majoritairement positifs). Peut-on sortir de l'impasse? Je pense que oui: il faudrait d'abord une source de financement indépendante pour financer cette recherche. Ensuite il faut un forum permettant de développer les chercheurs et la méthodologie et d'examiner de manière critique et constructive les résultats des études. Je ne pense

pas nécessairement à un institut indépendant, mais avant tout à une volonté politique qui prenne ces analyses au sérieux et les intègre dans les décisions liées à la politique de la santé. Un peu comme dans la recherche clinique et l'Evidence Medicine: forcer une «bonne pratique économique», établir des registres d'étude d'économie sanitaire, encourager les méthodes de peer-review lors des expertises ainsi que, en présence de plusieurs résultats, exécuter encore des méta-analyses en économie sanitaire et des bilans systématiques. Nul besoin de moyens disproportionnés pour mettre en œuvre ces propositions de manière libérale, pragmatique et constructive en intégrant tous les acteurs du domaine de la santé, et non sur la base d'une directive centralisée, dictatoriale, voire législative, faute de quoi nous ne serons bientôt plus que des spectateurs face à l'évolution économique exemplaire des prestations et des technologies sanitaires d'autres pays. Permettez-moi une remarque encore: même si la LAMa prescrit une évaluation des prestations en fonction de leur efficacité, de leur pertinence et de leur

rentabilité, elle donne étrangement l'impression que seule l'efficacité doit être évaluée avec des «méthodes scientifiques». Comment s'étonner, dès lors, que de nombreuses personnes doutent (toujours) du caractère scientifique des analyses de rentabilité. Il doit donc être de notre devoir de demander aussi à l'avenir ce que nous recevons pour l'argent que nous dépensons pour la santé. Il faudra de la patience, mais ne dit-on pas que tout vient à point à qui sait attendre.



Prof. Dr. med. Thomas D. Szucs, MPH, MBA, LLM, directeur du European Center of Pharmaceutical Medicine, Université de Bâle

*(lat.) Jusqu'à quand abusera-t-on de notre patience? (en référence à l'entrée en matière du premier discours contre Catilina prononcé par Cicéron)

mique de la prévention du tabagisme est également élevé et se situe, selon les estimations, entre 540 et 900 millions de francs par an. Chaque franc investi dans la prévention du tabagisme rapporte 41 fois plus à la société.

Même si elle arrive derrière la prévention du tabagisme, la prévention d'une consommation nocive d'alcool (RSI: 23) affiche un succès impressionnant; et ceci malgré un accès à l'alcool nettement plus facile aujourd'hui qu'autrefois. Dans ce domaine, les mesures de prévention ont doublé entre 1997 et 2007. La proportion de la population à consommation excessive est passée dans ce laps de temps de 6% à 5,1%, soit un recul de 55'000 personnes. Selon l'étude, une petite moitié de ce recul est due à la prévention. En d'autres termes: sans programmes de prévention, 25'000 personnes de plus présenteraient aujourd'hui en Suisse des problèmes liés à la consommation nocive d'alcool.

Pas de conclusions hâtives pour l'OFSP

Malgré ces résultats réjouissants – les bénéfices dépassent les coûts des mesures de prévention –, confirmés également par d'autres études, l'OFSP considère ces chiffres avec prudence. La communauté scientifique a conscience de la complexité des analyses coûts-bénéfices des mesures de prévention et de promotion de la santé. Le lien causal entre une mesure de prévention et son effet direct sur la santé est méthodologiquement difficilement démontrable. L'effet des mesures de prévention sur la santé n'est pas directement observable et n'apparaît bien souvent que des an-

nées plus tard. De plus, il convient de chiffrer l'influence d'autres facteurs tels que l'inflation, les innovations techniques, les adaptations dans la législation, les changements de goût, de mentalité et de mode ainsi que l'influence de ces changements à l'échelle mondiale. De même, le calcul du retour sur investissement représente un défi dans la mesure où investissements et effets des mesures préventives sont difficiles à chiffrer financièrement. En ce sens, ces études pionnières doivent être considérées comme un premier pas important dans l'analyse coûts-bénéfices des mesures de prévention. D'autres travaux devront leur succéder avant que l'on puisse s'appuyer définitivement sur leurs résultats pour optimiser la politique de prévention. Pour que cela soit possible, il faudra surmonter les défis méthodologiques et augmenter la validité et la qualité des données. L'OFSP va s'investir dans ce sens.

Lien sur la question:
www.health-evaluation.admin.ch
 > Rapports et études en cours
 > Évaluation économique

Contact: Herbert Brunold,
 responsable suppléant Recherche
 et évaluation,
herbert.brunold@bag.admin.ch

Retour sur investissement (RSI) – un exemple de calcul simplifié

Une campagne de prévention (coût: CHF 100'000) convainc 1000 cyclistes de porter un casque de vélo. L'un d'entre eux, âgé de 55 ans, a un accident de vélo au cours duquel il aurait subi une grave blessure à la tête s'il n'avait pas porté de casque. Cette blessure évitée est l'effet du programme de prévention. Elle a la valeur monétaire suivante:

1. Frais médicaux évités: CHF 100'000
2. Perte de revenu évitée: CHF 500'000 (le cycliste aurait arrêté de travailler à 55 ans plutôt qu'à 65)
3. Perte de qualité de vie évitée par l'invalidité évitée: CHF 500'000

Bénéfice de la prévention (= total des coûts évités): CHF 1'100'000

$RSI = (\text{bénéfice de la prévention} - \text{coût de la prévention}) / \text{coût de la prévention}$

Soit, dans cet exemple:

$RSI = (CHF\ 1'100'000 - CHF\ 100'000) / CHF\ 100'000 = 10$

Ce RSI de 10 veut dire que pour chaque franc investi dans ce programme de prévention, la société en retire un bénéfice net de 10 francs.

Une prévention bien menée peut contribuer de manière déterminante à améliorer la santé. Mais est-elle aussi rentable? Le bénéfice généré par la prévention est-il supérieur aux coûts de cette prévention? Quid du rapport coûts-bénéfices de la prévention lorsqu'on le compare au rapport coûts-bénéfices de mesures curatives? Autant de questions justifiées auxquelles il n'est pas aisé d'apporter une réponse claire. Une revue de littérature récemment publiée confirme que l'analyse coûts-bénéfices de la prévention et de la promotion de la santé constitue un grand défi scientifique.

Nous avons donc toutes les raisons de nous réjouir de voir quelques études pionnières relever ces défis pour la Suisse. Une étude mandatée par l'Association des entreprises pharmaceutiques en Suisse (VIPS), datant de 2009, a analysé le rapport coûts-bénéfices de médicaments prophylactiques. Le Bureau suisse de prévention des accidents (bpa) a financé une analyse économique de diverses mesures de prévention des accidents, et l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Zurich a produit en 2004 une étude sur les coûts-bénéfices des mesures de prévention. Dernier point mais non le moindre, les résultats de la recherche mandatée par l'Office fédéral de la santé publique sont désormais disponibles. L'OFSP a chargé l'Université de Neuchâtel et l'Institut d'économie de la santé de Winterthour de calculer le rapport coûts-bénéfices des mesures de prévention dans les domaines de la prévention du tabagisme, de la consommation nocive d'alcool et des accidents de la route.

Les études existantes fournissent des résultats intéressants et encourageants et préparent le terrain à d'autres travaux de recherche. De futures études devront se pencher sur les défis méthodologiques de ce secteur de la recherche et de l'évaluation. Il faudra également améliorer les données de base si nous voulons obtenir des résultats plus fiables.

Infographisme (Correctif)

Chères lectrices, chers lecteurs
 Nous avons, dans le dernier numéro de spectra, reproduit un graphique montrant l'évolution probable des coûts de

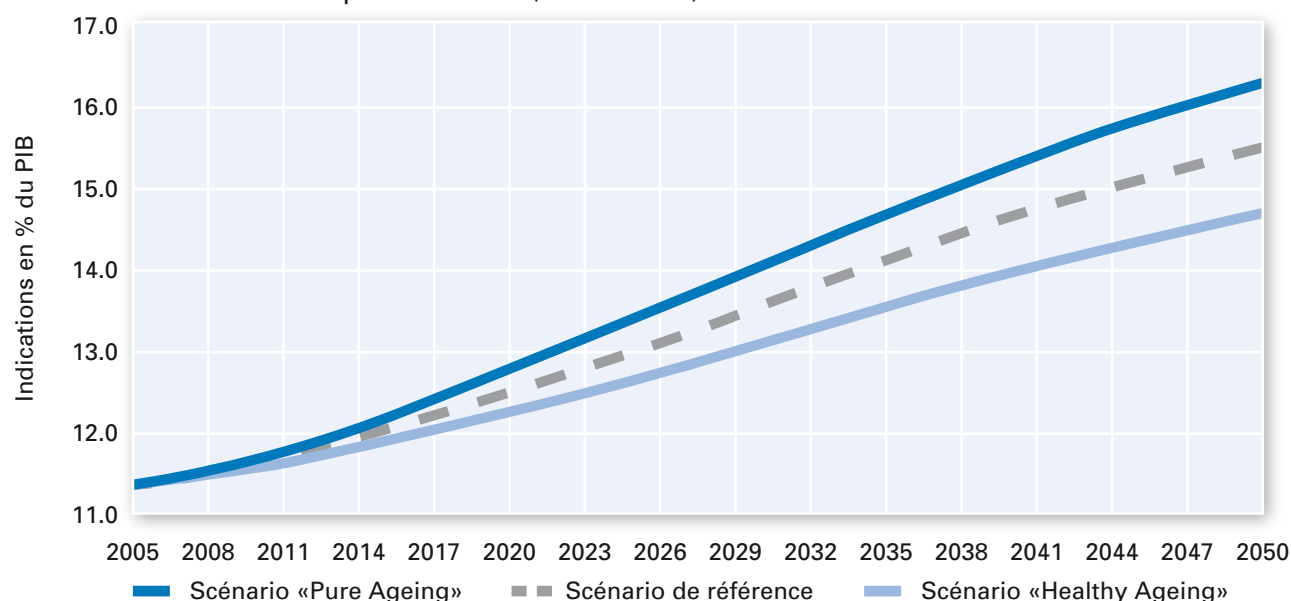
santé dans les prochaines années – avec et sans influence de la prévention. L'échelle verticale comportait malheureusement une erreur. Voici donc ici

le graphique corrigé. Avec toutes nos excuses.

Rédaction spectra

Evolution des dépenses de santé – la prévention est payante!

Evolution des dépenses totales (en % du PIB)



Stefan Spycher
 Vice-directeur
 Office fédéral de la santé publique

L'obésité pèse lourdement sur le budget de la santé



prévention s'imposent donc pour endiguer l'épidémie de surpoids.

Commencer par le mode de vie

La gamme des formes de traitement du surpoids et de l'obésité est vaste: régimes, activité physique, modification du comportement, traitements médicamenteux ou interventions chirurgicales. Une précédente étude d'HealthEcon avait montré que des mesures orientées sur le mode de vie conduisent à des améliorations des troubles du métabolisme. Ces troubles peuvent, par exemple, se traduire par une tension artérielle élevée ou une moindre sensibilité à l'insuline – autant de symptômes liés au développement de l'obésité et à des maladies secondaires de l'obésité (diabète de type 2, maladies cardiovasculaires, etc.). En outre, l'étude a permis de constater que des mesures visant à modifier le mode de vie représentent un instrument de prévention efficace dont les effets positifs durent plus de trois ans. Malgré les prévisions, il faut à tout prix entamer la lutte contre les kilos superflus. On ne peut se résigner à accepter que deux personnes sur cinq restent en surpoids ou obèses en Suisse.

Surcharge pondérale et obésité. En 2007, 37% de la population adulte suisse souffrait de surcharge pondérale. Selon des estimations, cette proportion ne devrait guère se modifier au cours des dix prochaines années. Surcharge pondérale et obésité génèrent chaque année des coûts de santé directs et indirects à hauteur de 5,8 milliards de francs.

Entre 1992 et 2007, la part de la population souffrant de surcharge pondérale est passée de 30,3% à 37,3%. Cette évolution est particulièrement manifeste au sein de la population de sexe masculin, alors que les chiffres concernant la population de sexe féminin sont restés plus ou moins stables. Selon une étude sur la charge financière générée par la surcharge pondérale (IMC 25–30) et l'obésité (IMC >30) pour la santé, l'extension de ces maladies en Suisse pourrait avoir heureusement atteint son pic, mais, malheureusement, il ne faut pas s'attendre à de grands changements avant 2022. Environ 50% de la population de sexe masculin et 30% de la population de sexe féminin en Suisse souffriront très probablement de surcharge pondérale ou d'obésité au cours des prochaines années.

Un enfant sur cinq est trop gros
La progression du surpoids et de l'obésité enregistrée ces dernières années n'a pas épargné les enfants et les adolescents. Selon des projections prudentes, il est toutefois possible que le problème de surpoids chez les enfants atteigne son point culminant au cours des prochaines années.

L'étude mandatée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a été conduite par HealthEcon, une société de conseil dans le domaine de l'économie sanitaire. Les données proviennent des enquêtes suisses sur la santé menées de 1992 à 2007.

Quatre milliards de francs par an
Selon l'étude, les coûts de santé directs de la surcharge pondérale et de l'obésité se montent à quatre milliards de francs par an (situation 2007), soit 7,3% des coûts totaux de santé de la Suisse. Les coûts directs comprennent toutes les dépenses générées directement par la prévention et le traitement de la surcharge pondérale et de l'obésité. Vient s'ajouter des coûts indirects, imputables aux maladies favorisées par la surcharge pondérale et l'obésité, comme le diabète de type 2, les maladies coronariennes, l'ostéoarthrite, l'asthme, les dépressions ou le cancer, à hauteur de 3,9 milliards de francs. L'étude révèle qu'au total, 5,8 milliards de francs de ces coûts directs et indirects sont attribuables à la surcharge pondérale ou à l'obésité.

Que signifie une évolution de cette nature pour la population suisse en général et pour le système de santé en particulier? Au cours des deux prochaines décennies, les «générations du baby boom» vont arriver à l'âge de la vieillesse, si bien que les plus de 65 ans représenteront environ un tiers de la population suisse. Une partie importante des ressources devra être allouée aux soins de santé destinés à ces personnes. Ne serait-ce déjà qu'en raison de cette seule évolution démographique, les coûts de santé directs dus au surpoids et à l'obésité pèsent lourd

– trop lourd pour le budget national attribué aux soins. Des mesures efficaces et durables et des stratégies de

Contact: Valérie Bourdin, section Nutrition et activité physique, valerie.bourdin@bag.admin.ch

Surcharge pondérale et obésité chez les enfants						
	1960/65		2007		2022 (projection)	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Surcharge pondérale	5,1	5,4	11,3	9,9	12,5	18,4
Obésité	0,0	0,0	5,4	3,2	4,3	3,4
Surcharge pondérale et obésité combinées	5,4	5,8	16,8	13,1	16,8	22,7

Prévalence de surcharge pondérale (IMC 25–30) et d'obésité (IMC >30) chez les 6–13 ans, en %.

Surcharge pondérale et obésité chez les adolescents						
	1960/65		2007		2022 (projection)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Surcharge pondérale	11,8	6,1	13,6	6,0	14,5	9,3
Obésité	1,1	0,7	1,8	1,7	1,7	1,7
Surcharge pondérale et obésité combinées	12,9	6,7	15,4	7,7	16,2	11

Prévalence de surcharge pondérale (IMC 25–30) et d'obésité (IMC >30) chez les 15–24 ans, en %.

En matière de prévention la règle est «le plus tôt sera le mieux»

Prévention et promotion de la santé chez les enfants en bas âge. Les quatre premières années de la vie sont décisives pour le développement d'un enfant en un adulte en bonne santé. Diverses études attestant l'efficacité particulière des mesures préventives à cette période, l'Office fédéral de la santé publique a décidé de renforcer son engagement dans ce domaine.

Les jalons d'un développement sain sont posés dès l'âge préscolaire. Cette phase de la vie est subdivisée en grossesse et naissance, première année de la vie et bas âge. Alors que les deux premières étapes bénéficient le plus souvent d'un accompagnement médical, le bas âge se démarque par un déficit fréquent de suivi médical et social/éducatif. En conséquence, certains enfants, et en particulier les enfants de familles socialement défavorisées, présentent lors de l'entrée au jardin d'enfants des problèmes de santé et des déficits de développement qui, bien souvent, se poursuivent et se renforcent à l'âge adulte. Il s'agit par exemple, selon une communication récente du Département de la santé de Bâle, d'une surcharge pondérale, de déficits de développement moteur ou de caries. De plus, les expériences et l'environnement de la prime enfance influencent non seulement l'état de santé présent et futur, mais aussi le développement physique, psychosocial et cognitif.



Bonne efficacité sur les constellations à risques

L'efficacité particulièrement durable des interventions en faveur de l'encouragement du développement du bas âge est attestée par diverses études à long terme conduites récemment aux Etats-

Unis. La prévention auprès des familles présentant des constellations de risques s'est révélée particulièrement efficace et avantageuse. Selon les études, des projets à long terme de prévention psychosociale ont permis aux budgets publics de réaliser des économies considérables,

de deux à quatre fois supérieures aux coûts des programmes. La règle fondamentale est la suivante: plus le risque psychosocial de familles avec des petits enfants est élevé, plus les offres préventives spécifiques et ciblées doivent être mises précocement à leur disposition.

La Suisse n'est pas en retard

Ces dernières années, l'importance de la prévention et de la promotion de la santé auprès des enfants jusqu'à quatre ans ainsi qu'auprès des femmes enceintes a augmenté en Suisse aussi. La Confédération, les cantons, les communes et les ONG ont reconnu les opportunités et la nécessité de la prévention précoce. A titre d'exemple, on peut citer l'appel d'offres de l'Office fédéral des migrations pour la promotion de l'intégration dans le plus jeune âge ou le projet Primano lancé en 2007 par la ville de Berne et qui sensibilise les enfants jusqu'à cinq ans et leurs parents sur les questions de l'éducation, de l'alimentation, de l'activité physique et de la langue. L'Office fédéral de la santé publique renforce lui aussi son engagement dans ce domaine au travers du projet Santé des enfants et des jeunes qui se concentre sur les familles socialement défavorisées dans lesquelles la prévention précoce est particulièrement efficace, tant pour les individus que pour la société.

Contact: Isabelle Widmer,
unité de direction Santé publique,
isabelle.widmer@bag.admin.ch

Quand comprendre peut guérir

Interprétariat communautaire. Surmonter les barrières linguistiques fait baisser les coûts de santé. Pour démontrer scientifiquement cet argument fréquemment utilisé au sujet de l'interprétariat communautaire, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a commandé une étude préliminaire sur le thème «Coûts et bénéfices de l'interprétariat communautaire dans le domaine de la santé».

Après avoir fui l'Iran au prix de grands périls, Fouad Mathari, a vécu en Suisse une nouvelle Odyssée: pendant six ans, il a erré de médecin en médecin pour faire traiter la détérioration de son audition et l'acouphène qui le minait jusqu'à ce que – grâce à une interprète communautaire – il a enfin été opéré. Aujourd'hui, son audition est parfaite, il se sent à nouveau un individu complet.

Devoir éthique – nécessité économique?

La Suisse compte actuellement quelque 200'000 personnes allophones telles que Fouad Mathari, c'est-à-dire des personnes qui ne sont pas en mesure de communiquer dans l'une des langues nationales courantes. Il s'ensuit des problèmes de compréhension entraî-

nant des conséquences négatives importantes qui pourraient être évitées grâce aux interprètes communautaires. Leur intervention dans le domaine de la santé est nécessaire non seulement pour des raisons médicales, mais aussi pour des raisons éthiques (p.ex. égalité des chances dans l'accès aux prestations médicales) et pour des raisons juridiques (p.ex. obligation d'explication avant les interventions médicales). Enfin, des arguments économiques parlent également en sa faveur.

Présentation des chaînes causales

Pour démontrer l'argumentation économique, l'OFSP a chargé le Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale (BASS) de réaliser une étude préliminaire sur le thème «Coûts et bénéfices de l'interprétariat communautaire dans le domaine de la santé» dont les objectifs sont les suivants:

- présentation qualitative des relations causales expliquant les coûts et les bénéfices de l'interprétariat communautaire (rapport sectoriel I);
- illustration des bénéfices de l'interprétariat communautaire dans le domaine de la santé à l'aide de trois exemples concrets tels que celui de Fouad Mathari (rapport sectoriel II);

– évaluation de la faisabilité et élaboration d'un concept pour une éventuelle analyse quantitative du rapport coûts-bénéfices (rapport sectoriel III).

Dans le rapport sectoriel I (rapport principal) les auteurs expliquent en particulier les principaux liens de cause à effet ainsi que les facteurs de coûts et de bénéfices. Ils soulignent que, compte tenu de l'actuel sous-approvisionnement médical de la population allophone, l'offre d'interprétariat peut entraîner, outre les coûts directs (main d'œuvre, coordination et frais administratifs), une «expansion quantitative», c'est-à-dire un recours accru aux prestations médicales et, donc, une augmentation des coûts. Cette expansion apparaît en particulier lorsqu'une meilleure compréhension permet le recours à des examens préventifs ou l'élargissement du spectre des traitements envisageables. Définir toutefois cette situation comme coûts de l'interprétariat communautaire reviendrait à justifier une médecine à deux vitesses: les allophones, contrairement aux autochtones, n'auraient pas droit à un diagnostic différencié reposant sur les investigations médicales nécessaires à cet effet.

Au nombre des avantages apportés par l'interprétariat communautaire on trouve

le gain d'efficacité, particulièrement visible dans les situations où les problèmes de compréhension entraînent un surapprovisionnement médical des patient-e-s allophones. Il peut s'agir, par exemple, d'hospitalisations ou d'une quantité d'analyses inutiles induites par une désécurisation du/de la professionnel-le de la santé qui ne comprend pas le/la patient-e allophone.

Pour les auteurs, l'amélioration de la santé, ou la possibilité d'éviter une évolution négative de la maladie et de ses coûts inhérents, constitue une utilité indirecte de l'interprétariat communautaire. L'interprétariat peut en effet permettre de commencer un traitement adéquat à temps ou aider les patient-e-s à mieux comprendre le sens et le déroulement de la thérapie qu'ils/elles suivront mieux et, ainsi, guériront plus vite.

Lien / Téléchargement:
sous www.miges.admin.ch > Interprétariat communautaire > Projets, il est possible de télécharger le résumé du rapport sectoriel I ainsi qu'une présentation PowerPoint sur le sujet.

Contact: Michèle Baehler,
Programme national Migration et santé,
michele.baehler@bag.admin.ch

«Créer l'égalité des chances est une mission de l'État.»

Entretien avec Markus Zimmermann. Qui est responsable de la santé des individus et de la société? Comment les moyens limités doivent-ils être investis pour la prévention et la promotion de la santé? Un entretien avec l'éthicien et théologien Markus Zimmermann sur les défis éthiques dans la politique de la santé.

spectra: Face à des structures et des valeurs sociales toujours plus complexes et pluralistes, qui est responsable de la prévention et comment les moyens doivent-ils être utilisés? Quelles sont les réflexions éthiques qui s'imposent dans ce contexte?

Markus Zimmermann: En tant que spécialistes de l'éthique, nous analysons le contenu de valeur des décisions et des actes. D'une manière générale, toute action politique est intéressante pour nous, et en particulier celles qui, comme la prévention, coûtent plus d'un milliard de francs par an. L'éthique traite fondamentalement deux thèmes: l'équité et la vie réussie, deux points centraux pour la prévention.

L'objectif essentiel de la prévention est de permettre aux individus de vivre aussi longtemps et en aussi bonne santé que possible.

A mon sens, la prévention poursuit quatre objectifs différents qui ne sont pas tous indiscutables au niveau éthique. Le premier est de protéger la société, notamment contre des maladies infectieuses telles que le sida ou le cancer du col de l'utérus. Bien que le besoin d'agir soit incontestable ici, les campagnes de vaccination ne font pas l'unanimité. Un second objectif consiste à établir une équité au sens d'égalité des chances. Les personnes défavorisées ont, en Suisse aussi, une espérance de vie sensiblement moins élevée. La prévention veut créer ici davantage de justice. Le troisième objectif est de permettre aux gens de vivre une vie réussie, c'est-à-dire d'augmenter leur bonheur, de réduire les dépendances, etc. En la matière, la promotion est une entreprise audacieuse car le bonheur peut avoir des acceptions très diverses. La santé

«La mesure de l'économicité est liée à la notion de qualité de vie.»

est un bien particulier dans la mesure où elle conditionne la réalisation d'autres objectifs. Mais, si elle remplace d'autres objectifs, voire devient le but principal dans la vie, la déception est programmée: la santé est, certes, un bien qui rend possible, mais pas un but en soi, capable de garantir une vie pleine de sens. Le quatrième objectif est de faire des économies, ce que je considère comme une illusion. Bien sûr, personne ne tergiversera sur les économies

que la vaccination contre la rougeole génère en termes de traitement et de conséquences possibles, mais c'est simpliste. Par ailleurs, il ne faut pas oublier qu'une prévention et une promotion de la santé réussies conduiront à augmenter les dépenses de santé dans une perspective globale. En effet, si une personne décède à 50 ans d'un cancer du poumon, elle revient beaucoup moins cher que celle qui vit en pleine santé jusqu'à 95 ans. Le véritable critère, ce ne sont pas les coûts, mais l'économicité, l'efficacité au regard des coûts. Il existe des mesures, certes onéreuses, mais malgré tout efficaces au regard des coûts.

Donc, de manière un peu provocante, la personne qui décède en pleine santé le jour de son départ à la retraite est celle qui reviendrait le moins cher à la société.

Oui. J'insiste sur ce point, car la mesure de l'économicité est liée à la notion de qualité de vie. Il ne s'agit pas uniquement de valeurs mesurables, mais aussi de jugements qualitatifs comme c'est le cas avec les QALY (année de vie ajustée par sa qualité) qui servent fréquemment d'échelle de mesure. Les adversaires de la prévention, à l'instar de Peter Zweifel, préfèrent en revanche présenter des calculs sur la base de la disposition à payer des citoyennes et des citoyens. Ils demandent par exemple aux gens ce que vaut pour eux la restriction du libre choix du médecin: 40 ou 50 francs par mois? Mais les résultats de ce type d'études ne disent rien sur l'économicité des mesures.

C'est précisément l'argument des détracteurs des restrictions préventives qui brandissent le spectre de la culture de l'interdit. Buvons, fumons et mangeons tout ce que nous voulons. Trop de règles tuent la liberté, et la liberté est finalement pour beaucoup un bien plus précieux que la qualité de la vie et que quelques années supplémentaires.

C'est également mon avis. Mais, comme je l'ai déjà dit, la prévention poursuit des objectifs divers, et celui de l'équité ne succombe pas devant l'argument de la liberté. Je préfère renoncer à l'objectif de rendre les gens heureux et, donc, à celui qui veut me guérir de mes dépendances. Nous devrions, ici, nous interroger sur la vision qui est à la base de tout cela. S'il s'agit de créer un homme libre de toute dépendance, et j'ai cette impression devant certaines campagnes de publicité, on passe complètement à côté de l'homme. Supprimez les dépendances, vous supprimerez l'homme. Mais si vous dites que certaines nouvelles maladies telles que l'obésité sont



en forte corrélation avec des conditions socioéconomiques déterminées, alors nous avons besoin d'une prévention structurelle et non d'une prévention comportementale. Il faut soutenir cet aspect de la prévention d'un point de vue socio-éthique dans la mesure où il s'agit d'établir l'égalité des chances dans la société. Créer l'égalité des chances est une mission de l'État.

Pouvez-vous nous citer un exemple?

Chez nous, certains enfants prennent leur repas de midi hors du foyer familial et ne sont pas toujours rassasiés. En effet, pour tenir compte des enfants obèses, les portions sont relativement frugales. Au final, quelques enfants retournent à l'école avec la faim au ventre, d'autres achètent des sucreries au kiosque. Il est illusoire de croire que rationner la nourriture pourrait avoir une influence sur l'obésité d'enfants âgés de 6 à 12 ans. Pour louables qu'ils sont, ces motifs n'engendrent que souffrance. Sans parler des affiches que je trouve discriminatoires, comme celles avec les énormes sièges destinés à faire peur. En revanche je trouve pertinente la prévention comportementale axée sur l'éducation, les postes de travail, le soutien aux familles monoparentales, etc. Nous pouvons ainsi au moins espérer une réduction du nombre de futurs adultes obèses.

Que pensez-vous des mesures de prévention comportementale destinées à l'industrie alimentaire et qui réclament moins de gras ou de sucre dans les produits, ou encore de ne pas placer d'aliments trop riches près des caisses?

Il y a sûrement de bonnes idées à exploiter ici, à la condition fondamentale, dictée par un souci d'éthique, que l'on puisse démontrer l'effet réel d'une mesure au regard des objectifs fixés.

Que pensez-vous de la future loi sur la prévention, actuellement devant le Parlement?

Dans la mesure où il s'agit d'une loi-cadre et non d'interdictions ou de prescriptions pures, je la trouve importante, tout comme je considère pertinente la création d'un institut national. Je salue également toutes les études qui se penchent sur l'efficacité de mesures concrètes. Permettez-moi de mentionner à cet égard les publications de Michael Marmot (p. ex. The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity, London 2005)

«Plus l'homogénéité et la possibilité de participation sont grandes au sein de la société, plus l'espérance de vie moyenne est élevée.»

dans lesquelles il parvient à démontrer que le statut social, le contrôle de sa propre vie et le degré d'intégration sociale déterminent largement l'état de santé.

Selon vous, qui ou qu'est-ce qui est responsable de la santé d'un individu, d'une famille ou d'une société?

Bien entendu, chacun est avant tout responsable pour lui-même, et les parents pour leurs enfants. De même l'école, l'employeur et l'État portent une coresponsabilité. Au niveau de l'État, l'objectif devrait être, comme dans la politique d'éducation, l'établissement de l'égalité des chances, c'est-à-dire l'idée de permettre à chacune et à chacun d'assumer la responsabilité de sa vie et de la concevoir selon sa propre idée.

Revenons à l'égalité des chances. On sait encore trop peu si les programmes de prévention touchent réellement aussi les personnes défavorisées ...

Oui, c'est une question difficile. Monsieur Zeltner avait une fois présenté dans un exposé les déterminants de la santé suivants: les soins, à concurrence de 10% seulement, l'environnement familial, social, professionnel, etc., à hau-

teur d'environ 50%, l'environnement pour 20%, le mode de vie pour 20% aussi et encore 20% pour les prédispositions génétiques. En d'autres termes, les soins ne contribuent à la santé que pour une infime partie. C'est le problème central de la santé publique: la vraie santé, c'est la vie sous ses aspects les plus divers, ce qui est difficilement tangible.

Que faire pour aplanir les différences, réduire le fossé entre riche et pauvre?

Nos efforts devraient porter sur l'existence de rapports équilibrés. En la matière, la Suisse n'a pas à rougir. Exception faite d'une couche sociale supérieure largement isolée, il existe une bonne cohésion sociale: la majorité des gens ont le sentiment d'appartenir à la société et ne ressentent pas d'exclusion. Toutefois, les choses changent peu à peu: comme dans les pays voisins, on voit apparaître, notamment dans les centres commerciaux, deux lignes de produits, une chère et une bon marché. C'est le signe clair que le fossé social se creuse. Les débats sur le rationnement signalent l'apparition d'une évolution similaire dans le domaine des soins de santé qui, à mon avis, pose problème. Des épidémiologistes comme Michael Marmot ont pu montrer que plus l'homogénéité et la possibilité de participation sont grandes au sein de la société, plus l'espérance de vie moyenne est élevée.

La justice ou l'équité est-elle l'objectif suprême qui peut coûter ce qu'il veut?

Compte tenu de la pénurie générale de ressources, l'équité est toujours aussi une équité de répartition. Avec le progrès technique et les traitements toujours plus onéreux, il devient nécessaire d'aborder l'aspect d'économicité des soins de santé. Laissons de côté, par souci d'équité, les mesures inefficaces au regard des coûts, car les moyens sont insuffisants, et investissons là où cela est pertinent et juste.

Face à l'explosion des coûts n'est-ce pas aussi un devoir éthique pour les citoyens de ne pas gaspiller ce bien dans lequel l'État investit tant d'argent?

Naturellement il existe aussi une responsabilité envers soi-même et sa propre santé, et ce non seulement pour

Mais encore un mot sur la prétendue explosion des coûts. Je voudrais souligner qu'il n'y en a pas, que nous vivons bien plus, depuis les années soixante, une extension des coûts de santé de 2 à 4% par an. Ce n'est pas une explosion. Si quelque chose «explose», ce sont les primes. Ces dernières augmentent en tout cas beaucoup plus fortement que les coûts de santé. C'est un phénomène qui mérite une explication. Pour ma part, je pense que si la prospérité et les progrès médicaux poursuivent leur évolution ces prochaines années, la courbe des coûts évoluera de la même manière, en hausse régulière de 4% environ par an. En effet, les moteurs de coûts sont le progrès et la prospérité et tous deux sont généralement fort appréciés. La responsabilité personnelle était un mot magique qui a reflété l'individualisme massif dans la société. Il est désormais apparu que, pour atteindre les objectifs de santé, il faut davantage insister sur la prévention structurelle que l'on avait

«Laissons de côté, par souci d'équité, les mesures inefficaces au regard des coûts, car les moyens sont insuffisants, et investissons là où cela est pertinent et juste.»

pensé dans les dernières années. L'appel à l'individu, c'est-à-dire la prévention comportementale seule ne suffit pas; des libéraux comme le Conseiller aux États Felix Gutzwiller pensent la même chose.

Venons-en à la question de cette répartition des charges. Si les coûts de santé augmentent toujours plus par rapport au produit national brut, pour atteindre 15%, cela signifie donc aussi que notre société est plus malade.

Non. Mais la prospérité croissante nous permet d'avoir plus de temps pour nous occuper de notre santé et de notre corps. Nous avons davantage d'argent à disposition pour l'investir dans la santé et notre espérance de vie moyenne s'allonge, en même temps que les maladies chroniques et les dépendances. Nous parlons toujours de 60 milliards. Ce chiffre contient beaucoup de choses dont nous n'avons pas véritablement besoin. D'un point de vue socio-éthique, il s'agit d'abord de quelque 20 milliards financés par la solidarité, c'est-à-dire les coûts des soins de santé de base, qu'il ne faut pas perdre de vue. Pour les autres dépenses, elles vont rapidement dépasser la limite des 100 milliards si le PNB continue à évoluer de la même manière ces prochaines années. D'un point de vue de justice éthique, l'objectif central est de garantir à long terme des soins de santé de grande qualité pour tous. Et cela concerne avant tout les soins de base. Ce qui se passe au-delà, en matière de nouvelles possibilités de

traitement dans les domaines du bien-être, de la cosmétique, des produits anti-âge et de l'amélioration en général, concerne d'abord le domaine des sens et de la vie réussie et seulement ensuite l'équité de répartition.

Nous avons parlé de responsabilité personnelle et de retour sur investissement. Les années nonante ont vu l'émergence d'un très fort individualisme. Sentez-vous les prémices d'un retour à l'idée de solidarité qui devrait toujours être le moteur central dans un système d'assurances sociales?

Je crois que l'on va vers un changement de mentalité, vers un plus fort accent sur le collectif et la communauté, avec tous les dangers que cela peut comporter. Les premiers signes apparaissent déjà. Des thèmes tels que l'amélioration de l'homme en tant qu'être générique, la relativisation des intérêts particuliers et de l'autonomie reviennent au goût du jour, et même l'idée d'eugénisme est de nouveau avouable si vous observez attentivement les débats autour du diagnostic génétique et du handicap. Les utopies de santé, souvent décrites comme dystopies au sens des dictatures sanitaires, nous rappellent la fragilité de la notion de liberté individuelle. Vous avez vu le côté positif en employant le mot «solidarité» et il y aurait certainement beaucoup de choses positives à redécouvrir avec la solidarité.

Revenons à la volonté démocratique. Les personnes plus pauvres et socialement défavorisées cautionneraient-elles la prévention?

Je pense que oui s'il s'agit de mesures pertinentes qui intègrent une juste mesure de prévention structurelle. En Angleterre, l'expérience montre que l'interdiction de fumer ne s'impose pas dans les couches sociales inférieures: c'est comme si on voulait les spolieur aussi de leur dernier plaisir. Ces gens arrivent de toute manière à trouver 10 francs pour un paquet de cigarettes, quitte à souffrir de la faim. Il est désor-

mais démontré que brandir uniquement les effets nocifs du tabagisme ne suffit pas pour atteindre les groupes fortement concernés. En revanche, des salaires raisonnables et de meilleures conditions d'emploi auraient certainement une influence. Je ne me fais pas d'illusion chez nous non plus: s'il est vrai que certains jeunes ne fument plus de tabac, ils ont découvert la marijuana ou la cocaïne, deux substances devenues relativement abordables et facilement accessibles ces dernières années.

Ne pensez-vous pas que l'interdiction de fumer pourrait aussi déclencher un processus sociétal transformant en évidence le fait de ne pas fumer? Les débats accompagnant les débuts du port obligatoire de la ceinture de sécurité ont été tout aussi vifs. Aujourd'hui, c'est devenu un automatisme.

Les gens pour qui la cigarette fait fonction de soupape auront besoin d'une autre soupape et la trouveront, s'ils doivent abandonner le tabac. Quant à savoir si le produit de remplacement sera plus sain ou non, la question reste ouverte. En ce qui concerne le tabac, l'interdiction dans des locaux fermés se démarque des autres mesures puisque cela peut porter préjudice à d'autres personnes. Les interdictions dans ce domaine sont donc éthiquement justifiées. Ce n'est déjà plus le cas pour l'obésité, ce qui explique mon scepticisme face à des interdictions dans ce domaine. Pourquoi une personne ne devrait-elle pas être grosse? A mon sens, voir uniquement le côté mauvais du surpoids revient à manquer de clairvoyance. Si l'on pense au risque de fracture osseuse en cas de chute chez les personnes âgées, le surpoids peut devenir un avantage. N'oublions pas, en poursuivant nos objectifs, de toujours tenir compte correctement des contextes et des discours sociaux et ne nous limitons pas unilatéralement à des mesures physiques.



Notre interlocuteur

Markus Zimmermann-Acklin, docteur en théologie, né en 1962 à Niederrhein (D), vit en Suisse depuis 1983. Il est enseignant et chercheur au département d'éthique et de théologie morale de l'Université de Fribourg. Coéditeur de la revue *Folia bioethica*, il est membre du comité de rédaction du journal suisse d'éthique biomédicale *Bioethica Forum*, ainsi que vice-président de la Commission centrale éthique de l'Académie Suisse des Sciences Médicales. Parution récente: *Bioethik in theologischer Perspektive*. Grundlagen, Methoden, Bereiche, Freiburg i.Ue./Freiburg i.Br. 2010 (2^e édition, 1^{ère} édition en 2009)

«Supprimez les dépendances, vous supprimerez l'homme.»

des raisons financières. La nouvelle éthique a un peu perdu cette idée d'engagement volontaire pour la remplacer, dans la lignée de l'individualisme monté, par des notions telles que la liberté et le propre intérêt. C'est ce que l'on observe avec le suicide qui traduit bien le déplacement des valeurs face à sa propre vie.

«La pratique d'équipe augmente le confort du thérapeute»

5 questions à Philip Nielsen. Nielsen est psychologue et psychothérapeute FSP à Genève où il assume la responsabilité locale du projet international de recherche INCANT (INternational CAnnabis Need of Treatment). Il est également superviseur en thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT).



Monsieur Nielsen, dans quel domaine exercez-vous votre activité professionnelle?

Je suis psychothérapeute FSP spécialisé dans la prise en charge systémique des addictions. Je travaille dans ce domaine depuis plus de 20 ans dont six à la Fondation Phénix à Genève. C'est en 2004 que Marina Croquette Krokhar, médecin directrice de la fondation et moi-même avons ouvert la Consultation Adolescents. C'est donc là que nous avons mené la recherche INCANT pour l'OFSP. C'était en 2006 et nous avons testé dans le cadre d'une étude randomisée l'efficacité de la thérapie familiale multidimensionnelle ou MDFT. La phase cli-

nique de la recherche vient de prendre fin. Nous attendons les derniers follow-ups et analyses de données. Les résultats nationaux et internationaux sont prévus pour fin 2010.

Pouvez-vous nous dire plus précisément ce qu'est la MDFT?

La MDFT est une thérapie systémique basée sur l'évidence (evidence based) et développée il y a 25 ans par le Prof. H. Liddle à l'Université de Miami. Elle s'adresse aux jeunes surconsommateurs de cannabis et autres drogues. Elle prend en charge de façon courte (4-6 mois), intensive (env. 2 séances thérapeutiques par semaine) et simultanée le jeune, ses parents, sa famille et les éventuels acteurs extra familiaux. L'un des paradigmes de cette approche est que les comportements déviants tels que consommation de drogues, délinquances et autres comportements à risque durant l'adolescence émergent dans la rencontre de facteurs de risque de ces quatre dimensions fondatrices de l'approche que sont le jeune, ses parents, la famille et la sphère extra familiale.

Quels sont les avantages de la MDFT par rapport à un traitement standard?

Le premier grand avantage que j'y vois après près de 4 ans de pratique de la MDFT est l'étroite association entre re-

cherche et pratique clinique: les connaissances scientifiques qui croissent à grande vitesse enrichissent notre répertoire clinique sans pour autant inhiber la créativité du thérapeute. Deuxièmement, il s'agit d'une approche d'équipe et non individuelle. L'équipe MDFT est formée d'un superviseur, des thérapeutes et d'un assistant thérapeutique. Le superviseur suit chaque cas en tandem avec le thérapeute. En effet, selon un adage cher aux concepteurs de la méthode, la réussite d'une thérapie dépend non seulement de l'investissement du thérapeute mais aussi de l'investissement du superviseur. L'assistant thérapeutique est très utile dans toutes les démarches extra-familiales et agit comme un éducateur hors-mur. Cette pratique d'équipe augmente le confort du thérapeute confronté à des situations parfois très lourdes et difficiles.

Comment cette nouvelle approche a-t-elle été accueillie par les différents milieux concernés?

En règle générale, très bien. Nous avons rencontré une réelle curiosité et un véritable esprit de collaboration chez nos partenaires (juges, écoles, services de protection des mineurs, etc.) pour le setting de la recherche. Ensuite, la MDFT a permis de développer un partenariat étroit avec le Tribunal de la Jeunesse. Un protocole de collaboration a été établi et nous avons mis sur pied une prise

en charge spécifique pour les thérapies ordonnées par la justice, qui, contrairement à une croyance répandue, s'avèrent aussi performantes que les thérapies «volontaires».

Des formations pour la mise en place de la MDFT sont-elles prévues en Suisse? A qui les personnes intéressées peuvent-elles s'adresser?

Au niveau romand plusieurs institutions ont manifesté leur intérêt et il y aura une première initiation à la MDFT s'adressant au public professionnel début juin 2010 au GREA (www.grea.ch). Pour ce qui est d'un possible institut de formation (inter)national à la méthode MDFT, il y a une réelle synergie entre les équipes des 5 pays participant à INCANT et les premiers pas ont été franchis. Pour nous en Suisse, cela dépend évidemment des résultats finaux de la recherche et des options politiques qui en découlent.

Don d'organes et recours aux prestations de Spitex: une analyse par genre

Santé et genre. L'Enquête suisse sur la santé 2007 a analysé la disposition au don d'organes et le recours à l'aide et aux soins à domicile selon les genres.

En Suisse, comme à l'échelle mondiale, près des deux tiers des reins transplantés proviennent de femmes, pendant que les hommes reçoivent presque deux tiers des organes donnés. Si ce déséquilibre entre les genres quant au don par des personnes vivantes est bien documenté, il n'en est de même pour la disposition au don d'organes en cas de décès et des différences entre les sexes. L'Enquête suisse sur la santé 2007 (ESS 2007) a intégré cette question pour la première fois.

Plus grande disposition au don d'organes chez les jeunes femmes

La disposition à faire un don en cas de décès a été évaluée sur une échelle de 1 à 6, le plus haut niveau signifiant «correspond entièrement». 32% des femmes et 27% des hommes interrogés ont indiqué cette disposition maximale à faire un don d'organes. L'étude s'est penchée, pour ces hommes et ces femmes, sur les facteurs affichant un lien avec la disposition à donner. Il est apparu que chez les

femmes – mais pas chez les hommes – un âge plus jeune rime avec une plus grande disposition à faire un don. Le niveau de contrôle (l'aptitude à concevoir et à contrôler sa propre vie) fait également apparaître des divergences importantes: un niveau de contrôle élevé va de pair, chez les femmes, avec une disposition élevée au don d'organes, alors que la tendance inverse a été observée chez les hommes. Le rapport semble aussi aller à contre courant lors des consultations de médecine générale: les hommes qui ont consulté un généraliste l'année précédant l'enquête démontrent une disposition au don d'organes plus grande, alors qu'elle est moins grande chez les femmes. Les consultations de spécialistes semblent augmenter d'une manière générale la disposition au don. Chez les femmes, les consultations gynécologiques ainsi que des séjours hospitaliers uniques correspondent à une disposition plus élevée au don. La baisse de cette disposition en lien avec des consultations multiples chez le gynécologue ou en cas de séjours hospitaliers répétés pourrait traduire des craintes ou un déficit de confiance dans le système de santé.

La disposition à faire un don d'organes est relativement élevée chez les per-

sonnes de formation supérieure, chez celles occupant des postes professionnels élevés lorsqu'il n'y a pas d'appartenance à une religion ainsi qu'en Suisse romande et au Tessin. Les personnes s'estimant en mauvaise santé et entretenant des contacts fréquents avec des amis démontrent également d'une disposition accrue au don d'organes.

L'ouverture d'un portail Internet et les campagnes autour du don d'organes en lien avec la modification de la loi en juillet 2007 n'ont pas modifié la disposition à donner. Les efforts de motivation fournis dans le secteur du don d'organes devraient être davantage orientés sur la Suisse alémanique et sur les (plus jeunes) hommes.

Recours aux prestations de soins et d'aide à domicile en fonction du genre

Selon sa propre statistique, Spitex a apporté son aide à quelque 204'700 personnes en 2007, dont une large majorité de femmes (68%). Rapporté à l'ensemble de la population des plus de 65 ans, 9% des femmes et 5% des hommes font appel aux services de Spitex. Si l'on ne tient compte que du genre, les femmes de plus de 65 ans ont presque 80% de chance de plus de recourir aux

services de Spitex. Si l'on prend en considération les facteurs âge, formation et revenu, la probabilité est de 50%. Si l'on rajoute l'état civil et l'aide informelle, le rapport entre le genre et le recours aux services de Spitex n'est plus significatif (les personnes mariées ou vivant en partenariat recourent moins aux services de Spitex; en revanche, si elles bénéficient de l'aide informelle d'un proche ou d'une relation, elles font également davantage appel aux services de Spitex). En d'autres termes, la différence de sexe dans le recours aux services de Spitex est due essentiellement à d'autres facteurs – en particulier l'état civil et l'obtention d'une aide informelle.

Contact: Ursula Stüdi,
unité de direction Politique de la santé,
ursula.stuedi@bag.admin.ch

Bon impact de la campagne de prévention du tabagisme

Évaluation de la campagne de prévention du tabagisme 2009.

La campagne de prévention du tabagisme «La fumée en moins, la vie en plus» a été reconduite en 2009 sous le slogan «Au fond, c'est logique!». Elle affiche, en termes de perception et d'acceptation, des valeurs élevées comparables à la campagne 2008. Le fait de ne pas fumer s'est établi comme une évidence.

La campagne 2009 a clairement atteint son objectif principal de consolider encore le changement social vers l'idée qu'il est normal de ne pas fumer au quotidien: 66% des personnes interrogées étaient d'accord dans l'évaluation (2008: 61%). L'acceptation de la campagne 2009 a été à nouveau très élevée: pour 80% à 90% des sondé-e-s, elle était claire, bien compréhensible, crédible, respectueuse, nécessaire et judicieuse. Ces pourcentages élevés se situent sans surprise au même niveau que ceux de l'évaluation 2008 (80% à 87%), puisque la campagne 2009 est elle aussi positive et consensuelle.

Des mesures d'optimisation efficaces

Pour augmenter sa perception, les responsables de la campagne ont utilisé en 2009 davantage de spots télévisés et de témoignages en prenant soin de choisir



des personnes issues de toutes les couches de la population ainsi qu'un petit nombre de personnalités. Cette mesure a porté ses fruits: 75% des personnes interrogées se souvenaient de la campagne (perception fondée sur un support). Cette valeur est nettement plus élevée que celle de l'année précédente (54%). Les principaux déficits de la campagne 2008 ont été partiellement comblés en 2009. Le facteur sympathie est passé de 68% à 77%, de même que l'impact émotionnel, légèrement plus élevé: 58% à 61% des personnes inter-

rogées ont considéré la campagne comme profitable, efficace et motivante; 51% l'ont ressentie comme provocante. En 2008, ces valeurs oscillaient entre 51% et 57%. La meilleure efficacité au niveau émotionnel est sans doute imputable au recours à des témoignages personnels, tant dans les spots télévisés que dans les annonces. Les spots TV de la campagne «Dans le fond, c'est logique!» ont davantage utilisé la fibre émotionnelle en présentant des personnes s'exprimant de manière authentique sur le tabac ou le destin qu'elles ont connu avec un proche fumeur. Les femmes et les 46–65 ans sont plus réceptifs au style «home story» latent qui impressionne moins les hommes et les classes d'âge plus jeunes.

Suite logique: une campagne plus motivante

Aux valeurs d'acceptation élevées s'oppose, comme en 2008, l'impact plutôt faible en termes de motivation au niveau comportemental. La campagne parvient à motiver personnellement (p. ex. «la campagne me motive pour m'engager davantage pour les droits des non-fumeurs» ou «la campagne me motive pour arrêter de fumer») 40% seulement des personnes interrogées et, parmi elles, environ 20% de fumeurs. Dans l'évaluation 2008, l'effet motivant de la campagne était du même ordre (entre 38% et 40%). Ces chiffres relativement

bas étaient prévisibles et ne sont pas inquiétants dans la mesure où les campagnes des dernières années ne mettaient pas l'accent sur l'abandon de la cigarette ou les changements de comportement. L'objectif principal était de créer, au sein de la population, un large consensus et d'établir le fait de ne pas fumer comme une évidence. Cet objectif est désormais atteint et la voie ouverte vers une campagne 2010-2012 prometteuse, qui sortira des sentiers battus.

Crédibilité élevée de l'OFSP

L'évaluation 2009 permet une nouvelle fois de constater que l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) est un promoteur efficace de la prévention contre le tabagisme: deux tiers des sondé-e-s ont estimé que les campagnes de prévention du tabagisme de l'OFSP sont réussies et ont fait bouger les choses. 80% estiment que les informations diffusées par l'OFSP sur les dangers et la consommation du tabac sont crédibles.

Contact: Albert Gemperle,
section Campagnes,
albert.gemperle@bag.admin.ch

Protection contre le tabagisme passif: de nombreux cantons vont plus loin que la loi fédérale

Prévention du tabagisme. La loi fédérale et l'ordonnance sur la protection contre le tabagisme passif entreront en vigueur le 1^{er} mai 2010. Un jour ordinaire pour la majorité de la population suisse, car la plupart des cantons ont déjà édicté des dispositions sur la protection contre le tabagisme passif. Dans 14 d'entre eux, la législation dépasse même les exigences fixées par la loi fédérale.

La nouvelle loi fédérale concerne les espaces fermés accessibles au public ainsi que ceux servant de lieu de travail à plusieurs personnes. Des établissements spéciaux bénéficient de dispositions exceptionnelles. Les points importants sont les suivants:

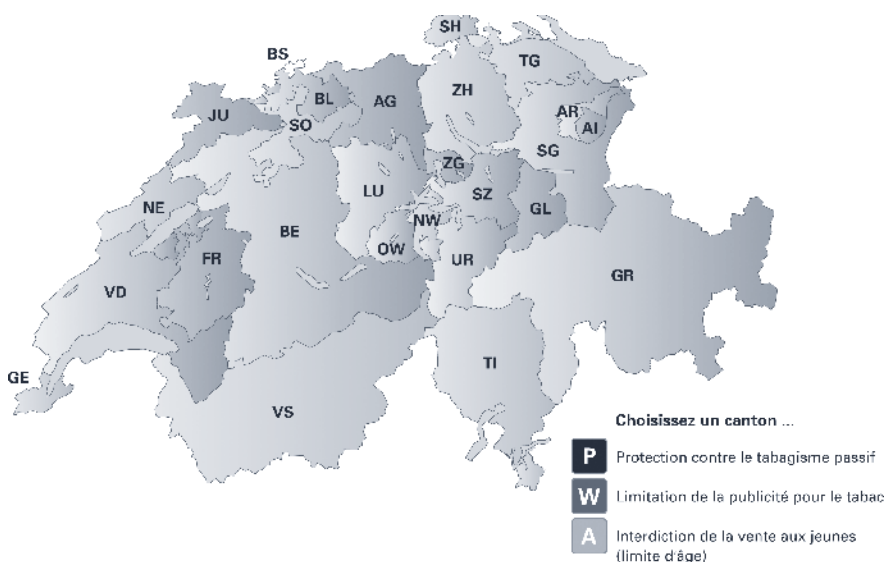
- Interdiction de fumer: dans les espaces fermés accessibles au public ou dans les lieux de travail qui servent à plusieurs personnes.
- Fumoirs: Des fumoirs, isolés et munis d'une ventilation suffisante, peuvent être aménagés. Les personnes se trouvant dans des pièces contiguës ne doivent pas être incommodées par la fumée. Aucun-e employé-e ne peut travailler dans des locaux fumeurs, sauf dans les locaux fumeurs des établissements d'hôtellerie et de

restauration, où le service est possible, pour autant que le consentement de l'employé-e figure dans son contrat de travail.

- Etablissements fumeurs: Il est permis de fumer dans les établissements de restauration qui disposent d'une surface inférieure à 80 m2 et sont munis d'une ventilation adéquate, qui sont clairement reconnaissables de l'extérieur comme des établissements fumeurs et qui ont reçu une autorisation des autorités cantonales.

Règlementation stricte en Suisse romande

La nouvelle loi fédérale fixe des exigences minimales en matière de protection contre le tabagisme passif et autorise les cantons à édicter des dispositions plus strictes pour la protection de la santé. A ce jour, 19 cantons ont légiféré en la matière, et 13 cantons ont déjà mis leur loi en vigueur (BE, BS, FR, GE, GR, NE, SG, SO, TI, UR, VD, VS, ZG). Dans huit cantons il n'y a pas de service dans les fumoirs, dépassant ainsi les exigences de la loi fédérale: BS, BL, FR, GE, NE, SG (à partir du 1er juillet 2010), VD et VS. Exception faite du canton du Jura, la Suisse romande s'engage en faveur d'une meilleure protection contre le tabagisme passif.



Information actuelle en un clic de souris

La carte de Suisse interactive disponible sur le site Internet de l'Office fédéral de la santé publique fournit un aperçu des différentes législations par canton dans le domaine de la prévention contre le tabagisme. Il suffit de déplacer le curseur sur le canton souhaité pour obtenir un état de la situation dans les domaines suivants: protection contre le tabagisme passif, interdiction de vente aux enfants et aux jeunes et restrictions de publicité.

Les dispositions légales et les règlements d'application peuvent être téléchargés en cliquant sur le canton souhaité.

Lien: www.bag.admin.ch > Thèmes
> Alcool, tabac, drogues > Tabac
> Situation cantonale

Contact: Joëlle Pitteloud, responsable
de la coordination dans le cadre du
Programme national tabac 2008–2012,
joelle.pitteloud@bag.admin.ch

Agenda

Titre	Date/lieu	Descriptif	Contact
Du souhait d'enfant à la première bouillie: la descendance est programmée	Mardi 4 mai 2010, 13h45–16h45 Lieu: Département fédéral des finances, salle 44, Schwarztörstrasse 50, Berne	La conférence mettra l'accent sur l'acquisition de compétence culturelle. Elle invitera au débat sur la manière d'apporter aux migrantes un conseil subtil et respectueux de la personne en matière de santé sexuelle et reproductive, en tenant compte des spécificités de leur situation de vie.	Secrétariat Nutrinet Schwarztörstrasse 87, C.p. 8333, 3001 Berne, Tél. 031 385 00 00, www.nutrinet.ch
The 6 th International Conference on Nightlife, Substance Use and Related Health Issue	Zurich, 7–9 juin 2010	Points forts: abus d'alcool, drogues festives et consommation de médicaments off-label, violence de la vie nocturne, mise en place de mesures de prévention et de réduction des risques dans la vie nocturne, etc.	www.clubhealth.org.uk ou p.menzi@infodrog.ch
Online, Sex und Sucht Conférence interdisciplinaire	16 juin 2010, Volkshaus, Zurich	Une manifestation interdisciplinaire de et pour des professionnel-le-s et des organisations spécialisées issus des domaines de la prévention et du conseil, du travail social et de l'aumônerie, de la police et de la justice, de la médecine et de la psychologie, de la pédagogie sexuelle et des médias ainsi que du travail avec les jeunes garçons et les hommes.	Fachverband Sucht, Weinbergstrasse 25, 8001 Zurich Tél. 044 266 60 60, Mail: info@fachverbandsucht.ch www.fachverbandsucht.ch
20 th IUHPE World Conference on Health Promotion 20 ^e Conférence mondiale de l'UIPES sur la promotion de la santé	11 au 15 juillet 2010, Genève	La conférence internationale fera le lien entre la promotion de la santé et le développement durable.	www.iuhpeconference.net

Contact

Section, Service	Téléphone	Section, Service	Téléphone
Section Alcool et tabac	031 323 87 86	Section Bases scientifiques et juridiques	031 323 87 93
Section Drogues	031 323 87 13	Section Campagnes	031 323 87 79
Section Prévention et promotion	031 323 88 11	Section Nutrition et activité physique	031 323 87 55
Documentation Sida	031 323 26 64	Programme national Migration et santé	031 323 30 15

spectra online: www.spectra.bag.admin.ch

Impressum

spectra No 80, Mai 2010

«spectra – Prévention et promotion de la santé» est un bulletin d'information de l'Office fédéral de la santé publique qui paraît six 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: Office fédéral de la santé publique
3003 Berne, Tél. 031 323 54 59, Fax 031 324 90 33, www.bag.admin.ch
Réalisation: Pressebüro Christoph Hoigné, Allmendstr. 24, 3014 Berne
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 Dörig-Moiroud
Photos: OFSB, Christoph Hoigné, iStockphoto
Graphisme: Lebrecht typ-o-grafik, 3006 Berne
Impression: Büetiger 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: GEWA, Alpenstrasse 58, Case postale, 3052 Zollikofen
Téléphone 031 919 13 13, Fax 031 919 13 14, service@gewa.ch

Le prochain numéro paraîtra en juin 2010.

Abonnement gratuit



Oui...

... j'aimerais m'abonner gratuitement au magazine de prévention et de promotion de la santé «spectra»

Veuillez me l'envoyer à l'adresse suivante:

Nom

Prénom

Adresse

Lieu

Veuillez m'envoyer «spectra»:

- ☐ en allemand
☐ en français
☐ en anglais

Veuillez me faire parvenir plusieurs exemplaires de «spectra»:

- Nombre
 en allemand
 en français
 en anglais

Adresse de commande:

GEWA
Alpenstrasse 58
Case postale
3052 Zollikofen
Téléphone 031 919 13 13
Fax 031 919 13 14

En souvenir du «Needle Park» zurichois

Histoire de la drogue de 1968 à 2008. La misère du Platzspitz de Zurich avait, en son temps, secoué le monde entier. Peter J. Grob, ancien professeur en médecine, revient dans son livre, «Zürcher Needle-Park», sur la création de ce lieu en le replaçant dans un large contexte historique.

Entre novembre 1988 et février 1992, plusieurs centaines de toxicomanes sur le Platzspitz zurichois ont reçu plus de 7 millions de seringues et 2 millions d'aiguilles supplémentaires, ainsi que de nombreuses prestations d'aide médicales, dont 6700 respirations artificielles. Le tout dans le cadre du projet zurichois d'intervention en faveur des toxicomanes pour lutter contre le sida et sous l'œil tolérant de la police, malgré le renforcement, en 1975, de la loi suisse contre les stupéfiants et la pénalisation de la détention et de la consommation de drogues illégales. Parce qu'à l'époque le Platzspitz était la plus grande scène de drogue ouverte et que, pour la première fois, des mesures de prévention contre l'hépatite et le sida y étaient prises, ce lieu attira l'attention internationale et fut rebaptisé «Needle Park» par les médias américains.

Occupation du Platzspitz par les toxicomanes

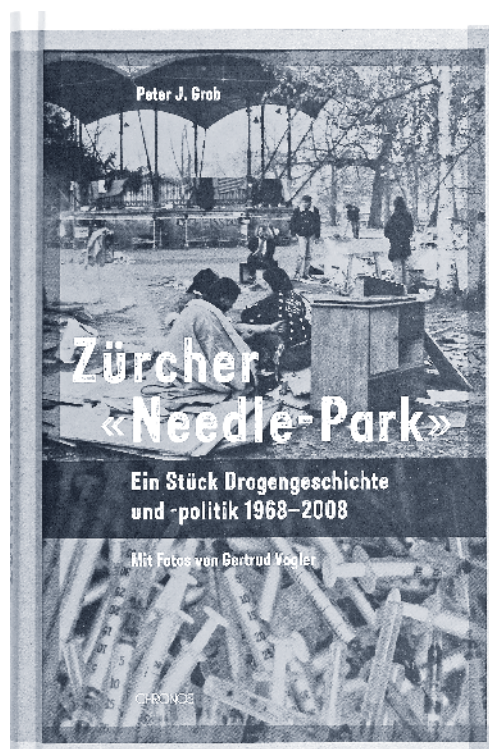
Le nombre d'héroïnomanes et de cocaïnomanes avait constamment augmenté en Suisse et était estimé entre 20'000 et 30'000, dont une grande partie infectée

à l'hépatite et au VIH. Les aides existantes en matière de drogue ne suffisaient plus. Le livre de Peter Grob décrit, dans sa première partie, la manière dont l'épidémie de drogue a atteint Zurich, les violences, et l'exclusion des toxicomanes chassés de lieu en lieu jusqu'à ce qu'ils trouvent un calme relatif sur le Platzspitz. Entretemps, une interdiction de remise de seringues avait également été provisoirement promulguée.

La partie principale de l'ouvrage décrit la genèse du projet pilote zurichois, de la collaboration avec l'Office fédéral de la santé publique, avec la municipalité, avec la Croix-Rouge Suisse et plusieurs institutions universitaires. Les activités du projet y sont détaillées, accompagnées d'informations scientifiques pour éclairer la situation médicale et socio-économique des toxicomanes. Le livre thématise également la vie quotidienne sur le Platzspitz, la diversité des personnes qui s'y trouvaient, le commerce de la drogue, les interventions policières et les réactions des milieux politiques et des médias.

Fin des scènes ouvertes

L'auteur consacre la dernière partie de son livre à la fermeture du Platzspitz et à l'apparition d'une nouvelle scène de drogue ouverte sur le Letten. Largement débattue, l'idée de passer progressivement d'une répression dominante à une vaste acceptation d'un concept à plusieurs piliers fait son chemin. La pré-



vention des dépendances et l'amélioration de l'aide à la survie, mais aussi le traitement de toxicomanes à la méthadone puis, plus tard, à l'héroïne se sont lentement imposés. En 2008, le peuple suisse a voté en faveur d'une nouvelle loi sur les stupéfiants qui ancre légalement le principe des quatre piliers. Le livre précise que si la question des drogues a évolué en Suisse, elle n'est en aucun cas résolue.

Le texte est complété par des statistiques fédérales des 40 dernières années sur les décès des toxicomanes, les infections au VIH et à l'hépatite, et par une récapitulation des activités parlementaires et des commentaires représentatifs dans la presse quotidienne.

Une sommité de l'aide en matière de dépendances

Professeur de médecine émérite, Peter J. Grob était chef de l'immunologie clinique à l'hôpital universitaire de Zurich. A ce titre, il a été un moteur du projet pilote en faveur des toxicomanes sur le Platzspitz de 1988 à 1992. Avec d'autres compagnons de lutte de l'époque, comme Ambros Uchtenhagen, ancien directeur du service socio-psychiatrique de la clinique universitaire psychiatrique, il a écrit le livre sur le «Zürcher Needle-Park» qualifié par la NZZ am Sonntag d'ouvrage spécialisé écrit dans une langue compréhensible, appuyé sur des faits précis et des informations médicales attestées. Les 60 photographies de Gertrud Vogler, ancienne collaboratrice de la WoZ, qui illustrent l'ouvrage placent les individus au premier plan. Des documents d'époque majeurs.

Chronos Verlag, édition 2009, relié, 160 pages, ISBN 978-3-0340-0968-3

L'élimination de la rougeole au centre de la semaine de vaccination

OMS/Suisse. La semaine européenne de la vaccination aura lieu pour la 5^e année du 24 avril au 1^{er} mai 2010 sous l'égide du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. L'un des objectifs de cette action est l'élimination de la rougeole en Europe. Les bonnes expériences de l'année passée ont incité la Suisse à participer une nouvelle fois à la semaine de vaccination.

La semaine de vaccination veut apporter un soutien aux États membres de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans leurs efforts d'accroître le succès de leurs programmes de vaccination. De plus, elle doit diffuser le message fondamental sur la nécessité de vacciner les enfants afin d'éviter les maladies et de protéger des vies humaines. Cette année, l'accent est mis sur la lutte contre la rougeole, par le biais du vaccin ROR (rougeole-oreillons-rubéole) chez les enfants de moins de deux ans. L'épidémie que la Suisse connaissait depuis trois ans s'est, certes, apaisée l'année dernière, mais le pays n'est pas encore suffisamment protégé contre une reprise de l'épidémie.

Couverture vaccinale insuffisante

L'objectif de l'OMS est d'éliminer la rougeole en Europe d'ici fin 2010, ce qui requiert une couverture vaccinale d'au moins 95%. En Suisse, elle n'est encore que de 87%. Notre pays est donc encore très vulnérable face à une épidémie et ne peut, en outre, pas respecter l'engagement pris envers l'OMS. L'élimination de la rougeole est également un objectif national auquel s'engagent les autorités fédérales et cantonales, avec la participation de tous les acteurs de la santé. Le plan de vaccination prévoit une première injection de vaccin contre la rougeole chez les enfants à l'âge d'un an, puis une seconde dose entre 15 et 24 mois.

Ne pas sous-estimer la rougeole

La rougeole n'est pas une maladie bénigne. Indépendamment de l'état de santé général, elle peut provoquer de graves complications y compris chez les jeunes enfants. Dans quelque 10% des cas, la rougeole peut entraîner d'autres pathologies telles que la bronchite, l'otite moyenne ou la pneumonie. Ces dernières années, on a pu constater que la rougeole peut avoir de lourdes conséquences dans une école (exclusion de

l'école des enfants non vaccinés, voire fermeture de l'école). La récente épidémie a touché au moins 4400 personnes, provoqué 339 hospitalisations et un décès. Au cours des trois dernières années, un quart de tous les cas de rougeole enregistrés en Europe étaient déclarés en Suisse.

Focalisation sur les parents de petits enfants et les enfants des crèches

Le risque de contamination est particulièrement élevé dans les crèches où la promiscuité entre enfants vaccinés et non vaccinés est grande. Il est recommandé de donner le vaccin ROR dès neuf mois puis de nouveau à 12-15 mois aux enfants qui fréquentent une crèche. Protégés, ils protégeront à leur tour les plus jeunes enfants chez qui il existe un risque de complication accru. L'objectif de la semaine de vaccination est d'informer le plus grand nombre possible de parents et de personnes en contact avec des enfants de moins de deux ans et de les sensibiliser à la nécessité de faire vacciner les enfants. La vaccination est aussi un acte de solidarité. Celui qui se fait vacciner ainsi que ses enfants protège les nourrissons et les enfants qui, pour des raisons médicales (cancer, im-

munodéficience ou VIH) ne peuvent pas être vaccinés ou chez qui la vaccination n'a pas été efficace.

Actions prévues

Pendant une semaine, différents secteurs accorderont la priorité à la question de la vaccination (hôpitaux, cabinets médicaux, pharmacies, crèches). Sensibilisation générale, information, contrôles des carnets de vaccination ou actions de rattrapage de vaccination sont autant d'actions prévues. La semaine de vaccination veut également recourir à différents canaux médiatiques (Internet, Facebook) pour toucher le public. L'Office fédéral de la santé publique a édité un flyer pour informer la population sur la vaccination des enfants. Il peut être commandé sous www.bundespublikationen.ch (Art. 311.286.f). D'autres conseils et informations seront disponibles au numéro 0848 448 448.

Lien: www.sevacciner.ch

Contact: Deborah Gaspoz, division Maladies transmissibles, section Prévention et promotion, deborah.gaspoz@bag.admin.ch

Recherche fondamentale sur la prévention et le marché du sexe

Marché du sexe et santé. Les travailleuses et les travailleurs du sexe présentent des facteurs de vulnérabilité affectant le bien-être et l'état de santé. L'enquête en trois volets «Marché du sexe en Suisse – Etat des connaissances, best practices et recommandations» montre les points de rattachement pour des stratégies de prévention et de promotion de la santé dans ce milieu.

En Suisse, on évalue le nombre de personnes s'adonnant à la prostitution à un intervalle de 13'000 à 20'000 personnes. Le mépris social, la précarité financière et l'absence d'autorisation de séjour font des travailleuses et travailleurs du sexe un groupe de population particulièrement vulnérable qui requiert des mesures de prévention spécifiques. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a mandaté en 2007 une équipe de sociologues de l'Université de Genève pour mener une vaste enquête sur le marché du sexe en Suisse. Cette enquête avait pour objectif principal de fournir une base de connaissance pour le monde politique, associatif et pour les chercheuses et chercheurs afin d'élaborer des mesures efficaces de promotion de la santé dans les métiers du sexe.

VIH, violence, problèmes psychiques

Le premier volet de l'étude présente un état des lieux des principaux problèmes de santé des travailleuses du sexe. Dans l'ensemble, les taux de prévalence du VIH chez ces personnes ne sont pas plus élevés que dans la population générale. Toutefois, les travailleuses du sexe étrangères ou celles qui consomment des drogues par voie intraveineuse présentent un risque accru d'infection au VIH. Les migrantes sont en outre, en raison de leur statut de séjour souvent illégal, plus difficile à atteindre pour les services de santé, ce qui accroît encore leur vulnérabilité. Enfin, une prévalence accrue d'infections sexuellement trans-

missibles (IST) chez les travailleuses du sexe augmente le risque de contracter le VIH. La majorité des auteurs de la littérature étudiée considèrent l'habileté de négociation des travailleuses du sexe et l'indépendance dans l'exercice de leur métier comme des facteurs de protection contre le VIH et les IST.

La violence largement répandue dans ce milieu est un autre facteur de santé important. Elle agit avant tout aussi sur la santé psychique des prostituées déjà fortement touchées par leur situation de vie et la stigmatisation sociale dont elles sont l'objet. Diverses études ont identifié des facteurs qui accentuent le risque d'attaques violentes. Il s'agit notamment du manque de connaissances sur les dangers du métier ou le manque d'expérience dans le choix des consommateurs de sexe tarifé.

Les lois sur la prostitution encouragent la santé

Le deuxième volet de l'étude recense et analyse les bases légales dans le marché du sexe. En Suisse, la prostitution a le statut d'une activité indépendante, privée et légale, ce qui offre l'avantage de pouvoir développer des mesures adéquates de prévention et de promotion de la santé en collaboration avec les autorités. Le travail du sexe est légalement régi dans le code pénal suisse qui contient notamment un article sur l'exploitation d'actions sexuelles ou le commerce de personnes à des fins de prostitution. En comparaison avec des pays dotés d'un cadre légal abolitionniste, le système réglementaire de la Suisse assure un meilleur accès aux soins et une meilleure diffusion des informations pour les travailleuses du sexe. Au niveau cantonal, les prescriptions légales varient beaucoup. D'une manière générale on peut toutefois dire que l'existence d'une loi cantonale sur la prostitution soutient la santé des travailleuses du sexe car elle va souvent de pair avec des mesures telles que les préservatifs gratuits ou un accès facilité aux soins médicaux pour les personnes sans assurance.



«Empowerment»: la clé du succès

Comme l'analyse des projets existants et des best practices en Suisse l'a fait ressortir, l'aide à l'entraide (Empowerment) est le point de rattachement central pour un meilleur état de santé des travailleuses du sexe. Il s'agit en particulier d'un travail de prévention d'acteurs de terrain (outreach work) par des médiatrices formées afin d'améliorer l'accès des travailleuses du sexe à ces mesures.

Comme mesures en lien avec les problèmes physiques, les auteurs de l'étude recommandent des dépistages rapides dans des centres spécialisés, l'élaboration d'une liste de médecins de confiance ainsi que la poursuite et le renforcement de la prévention pour les clients de sexe tarifé.

Dans le domaine psycho-social, les approches suivantes devraient être soutenues: groupes de parole (pour lancer les processus d'empowerment), diffuser une information adaptée (aux problèmes, à la langue), mettre en place un système d'alerte pour les clients violents ainsi qu'encourager l'accompagnement par des juristes connaissant les problèmes du marché du sexe.

Sur la base de ces résultats, l'OFSP a formulé une vision de politique de santé

pour le marché du sexe qui répond largement à ces recommandations. L'OFSP soutiendra en particulier à l'avenir toutes les initiatives orientées sur l'autonomie, l'entraide et l'empowerment des travailleuses du sexe.

www.sexworkinfo.net

Ce site web interactif permet aux personnes autorisées d'accéder aux trois volets de l'étude ainsi qu'à une série d'autres informations comme une bibliographie et des liens vers des articles spécialisés. L'étude peut également être commandée et téléchargée sous: www.unige.ch > Sciences économiques et sociales > Sociologie > Recherche > «Sociographie» et Working Papers.

Contact: Karen Klaue,
Section Prévention et promotion,
karen.klaue@bag.admin.ch

Informations supplémentaires:
www.bag.admin.ch/sida
> Informations aux spécialistes
> Prévention population générale
> FSW

Promotion de la santé dans la restauration collective

Plus d'un million de personnes se nourrissent quotidiennement en Suisse en restauration collective, sur le lieu de travail, à l'école, à l'hôpital ou dans des homes. Face à l'augmentation des coûts du système de santé suisse, dont un tiers environ est imputable à des maladies liées à l'alimentation, la restauration collective assume une mission d'intérêt de politique sanitaire et constitue un point de départ idéal pour des mesures de promotion de la santé.

Le projet «Standards de qualité pour une restauration collective promouvant la santé» a permis de développer, à l'intention des établissements de restauration, un instrument qui doit les

soutenir dans leurs efforts d'offrir une alimentation saine à leurs clients et les motiver à en améliorer la qualité sans relâche. Le projet recourt à la stratégie «Good Practice» (stratégie des bonnes pratiques) pour définir, examiner et développer des standards, y compris sous l'angle de leur applicabilité. Une enquête en ligne permet aux prestataires et aux consommateurs de la restauration collective de se faire une idée de l'organisation et du fonctionnement de la restauration collective en Suisse, ainsi que de son engagement en faveur de la santé des clients. Le projet est intégré dans le Programme national alimentation et activité physique (PNAAP) 2008–2012 élaboré no-

tamment par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Il est réalisé en commun par la Haute école spécialisée bernoise, section santé, par la Société Suisse de Nutrition et par la Haute école de santé, Genève, filière Nutrition et diététique, et financé par l'OFSP et les deux Hautes écoles.

Plate-forme de projet sous www.gp-gemgastro.ch. Avec questionnaires en ligne, standards de qualité, listes de contrôle, etc.

Contact: Valérie Bourdin,
section Nutrition et activité physique,
valerie.bourdin@bag.admin.ch

