

spectra

87



La santé au masculin

2 Des centres de santé pour gays

Les études l'attestent: l'état de santé des homosexuels est moins bon que celui des hétérosexuels, ce qui n'est pas uniquement dû à la prévalence plus forte du VIH/sida et des autres infections sexuellement transmissibles. Les gays souffrent aussi plus fréquemment de problèmes psychiques et commettent nettement plus souvent des tentatives de suicides ou des suicides que les hétérosexuels. Et la tendance est à la hausse. Des centres de santé spécialement orientés vers les gays doivent pouvoir enrayer cette évolution. Les Checkpoints, centres de consultations pour gays établis à Zurich et à Genève, sont à même d'offrir des services en la matière.

3 Différences sexospécifiques

Les femmes font la cuisine, les hommes jouent au foot. Stéréotype suranné? Non, réalité ! Les données livrées par le Système de monitorage alimentation et activité physique (MOSEB) révèlent que 90% des femmes, contre seulement 50% des hommes, cuisinent souvent ou presque toujours elles-mêmes. Les hommes préfèrent manifestement les terrains de sport ou les halles de gymnastique à la cuisine: 30% des hommes de 35 à 44 ans sont membres d'une association sportive, contre 17% seulement chez les femmes du même âge. spectra revient sur ce qui différencie encore les hommes et les femmes en matière d'alimentation et d'activité physique.

8 Diversité dans le traitement des addictions

Aujourd'hui largement répandu dans la gestion d'entreprise ou la pédagogie, le «diversity management», issu du mouvement d'égalité des droits né aux États-Unis, fait désormais son entrée dans le domaine des addictions. Cette gestion de la diversité recouvre les aménagements nécessaires pour favoriser le respect de la diversité de la clientèle et de l'hétérogénéité des situations. Infodrog, la centrale nationale de coordination des addictions, offre une nouvelle plate-forme nationale d'échanges dédiée aux professionnel-le-s du domaine des addictions sur la question de la diversité dans le traitement des addictions. Le but est d'ancrer cette approche dans la pratique.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Les «Checkpoints», bientôt des centres de santé pour gays

Queer Health. Les homosexuels ne sont pas seulement plus fortement touchés par le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles (IST), leur état de santé général est également nettement moins bon que celui de la population générale. Pour enrayer cette évolution, la Suisse envisage la création de cinq centres de santé dotés d'une offre spécifique aux gays.

L'étude «Santé Gaie» de Dialogai Genève et de l'Université de Zurich, ainsi que l'enquête bisannuelle GAYSURVEY conduite par l'Université de Lausanne confirment l'état de santé comparativement moins bon des homosexuels, voire une détérioration de la situation ces dernières années, notamment dans le domaine de la santé mentale. Les jeunes homosexuels affichent des taux de tentatives de suicides et de suicides aboutis nettement plus élevés que les jeunes hétérosexuels. Il est avéré que cette situation est en lien avec les problèmes de coming out et de discrimination par les autres jeunes et par une partie de la population.

Un meilleur soutien psychosocial

Voici cinq ans que l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) apporte son soutien aux «Checkpoints» de Zurich et de Genève. Il s'agit de centres d'accueil offrant des conseils sur le VIH et d'autres IST, des possibilités de dépistage et un accompagnement des gays. Depuis la publication de l'étude «Santé Gaie», les Checkpoints ont décidé d'élargir les offres exclusivement orientées sur la santé pour y ajouter des éléments de promotion de la santé, par exemple dans le domaine psychosocial. Cette évolution doit se poursuivre et prévoit un réseau de cinq centres de santé pour gays à Bâle, Berne, Genève, Lausanne et

Zurich. L'objectif est d'offrir aux quelque 5% de gays de la population masculine de Suisse une offre large de prévention et de promotion de la santé favorable aux homosexuels. Tout comme les femmes préfèrent se rendre chez des gynécologues femmes, les gays préfèrent fréquenter des centres qui leur sont favorables parce qu'ils s'y sentent mieux et qu'ils y trouvent la plupart du temps une meilleure connaissance de leurs besoins et une plus grande compréhension de leur situation.

Un bon début au Checkpoint Zurich

Sous quelle forme ces centres de santé pour homosexuels pourraient-ils fonctionner? Le Checkpoint Zurich a déjà accompli de grands progrès en ce sens et mis en place de nombreuses offres intéressantes susceptibles de servir de modèles à d'autres centres.

- Voluntary Counselling and Testing (VCT): le Checkpoint Zurich est l'un des douze centres en Suisse à proposer un test rapide sur base volontaire ainsi qu'une estimation des risques, un conseil et un accompagnement par le biais d'un outil Internet harmonisé.
- Queer+: au cours de cet atelier-weekend de trois jours, les hommes gays qui viennent d'apprendre leur séropositivité et leurs partenaires trouveront un soutien et des informations sur différentes questions: médecine/thérapie, droit, assurances et problèmes psychosociaux. L'objectif de ce cours est que les personnes concernées et leurs partenaires parviennent à mieux aborder leur contamination et les nouveaux défis qu'elles devront affronter au quotidien. De plus, les participants apprennent comment empêcher la transmission du VIH et des IST et préserver leur santé. L'évaluation du premier atelier-weekend (voir article

dans spectra n° 77) a montré que ce type d'offre répond à un réel besoin. Toutefois, si le cours a souvent été très bien évalué sur le moment, sa pérennité dans le quotidien a été moins satisfaisante.

L'évaluation de «Queer+» a donné lieu à la création d'une série d'offres à bas seuil pour gérer sa séropositivité:

- Queer-Talk est une offre pour la santé mentale et une éventuelle indication vers une psychothérapie.

- KISS est une offre de groupe visant un usage contrôlé des drogues. En effet, de nombreuses contaminations du VIH et d'autres IST ont lieu sous l'influence de drogues.

- Groupe «Queer Help»: dans ce groupe, des experts, eux-mêmes séropositifs, encouragent des gays fraîchement diagnostiqués séropositifs à devenir eux aussi des experts de leur propre infection. Pour d'autres maladies chroniques, l'autogestion thérapeutique est plus simple. Un diabétique, par exemple, sent immédiatement si quelque chose ne va pas avec la thérapie. Il fait un test rapide et prend, si besoin, une dose supplémentaire de son médicament. Il n'en va pas de même avec le VIH.

Lorsqu'un séropositif oublie de prendre son médicament, il ne sent rien. Il ne peut pas faire d'auto-test ni modifier lui-même son traitement. Or, l'efficacité du traitement diminue rapidement si les médicaments ne sont pas pris régulièrement. C'est pourquoi une application sur iPhone, par exemple, pourrait rappeler aux personnes séropositives qu'elles doivent prendre leurs médicaments et se faire contrôler à temps.

Quelques offres de santé du Checkpoint Zurich s'adressent aussi à des gays non infectés:

- «Du-bist-Du»: dans ce projet, des

jeunes homosexuels soutiennent, selon l'approche «peer to peer», d'autres jeunes dans leur coming-out. Il s'agit de l'une des principales méthodes de prévention du suicide chez les jeunes gays.

- «Queer Quit»: ce projet de non-fumeurs a déjà aidé 60 gays à se libérer du tabac.

La plupart de ces offres ont un caractère nettement émancipateur. Cela signifie qu'elles transforment les personnes concernées en expertes pour elles-mêmes et pour d'autres. L'idée est que des participants au groupe «Queer Help» prennent la responsabilité du cours «Queer+» et l'organisent de A à Z de manière entièrement autonome. De même, les anciens fumeurs libérés du tabac grâce à «Queer Quit» devraient à leur tour diriger des cours de sevrage. L'expérience prouve que la confiance est plus grande entre pairs lorsqu'il s'agit de maîtriser des situations difficiles.

Contact: Martin Werner,
Section Prévention et promotion,
martin.werner@bag.admin.ch

Forum

Il faut travailler au changement des pressions sociales

Un homme, un «vrai», ne va pas chez le médecin «pour rien». Au-delà de la caricature, on observe que les hommes consultent moins que les femmes, ils le font lorsque leur problème de santé est déjà relativement avancé. Iront-ils consulter s'ils ont un problème d'alcool? Il faudrait pour cela qu'ils admettent que leur consommation d'alcool pourrait être problématique.

Dans les faits, les hommes consomment nettement plus souvent et plus d'alcool que les femmes, quel que soit le groupe d'âge. La proportion des hommes est même deux fois plus élevée que celle des femmes en ce qui concerne la consommation à risque élevé (plus de 60g/jour d'alcool pur pour un

homme, respectivement 40g/j pour une femme).

Les causes de la consommation problématique d'alcool sont multiples. On cite fréquemment le stress ainsi que l'acceptation, voire la valorisation par la société de la consommation d'alcool - renforcée par la publicité - comme facteurs de risques extérieurs à l'individu. Sur ce plan, femmes et hommes y semblent soumis de manière de plus en plus égale. Il faut donc chercher d'autres facteurs qui expliqueraient pourquoi les hommes non seulement boivent plus que les femmes, mais font moins souvent appel aux services médicaux sociaux pour les aider.

C'est que l'homme maîtrise, il a le contrôle, il gère, il n'a pas droit à l'erreur, pense-t-il. De même pour sa

consommation d'alcool, l'obligation de savoir boire est un credo de la virilité. Il doit ainsi être capable de boire beaucoup sans se soûler. Mais, en plus de devoir contrôler, l'homme doit aussi montrer qu'il sait dépasser ses limites, aller trop loin: il peut donc - certains d'entre eux penseront qu'il doit - boire trop et être ivre. C'est la propension masculine à prendre des risques, à rechercher des sensations. Voilà un facteur de risque typiquement masculin.

Mais finalement, le facteur de risque le plus élevé pour l'homme n'est-il pas la peur de se montrer fragile, d'accepter son stress ou sa fatigue? On sait la difficulté qu'il a à exprimer ses émotions. Alors, dans une société qui valorise à outrance la performance et le succès, a-t-il encore le droit de dire ses difficultés avec l'alcool? Rien n'est moins sûr.

Cela étant, la femme, soumise aux mêmes injonctions de réussite sociale, n'est pas mieux lotie! Ainsi, au-delà de l'importance de la question des genres, il faut davantage travailler à changer les pressions sociales qui pèsent sur chaque individu, qu'il soit homme ou femme.



Michel Graf, MPH,
directeur d'Addiction Info Suisse



En première ligne

En 2001, le Parlement créait un service Gender Health au sein de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). En 2008 paraissait le rapport d'approfondissement Genre et santé, avec des messages et des recommandations précis visant à renforcer davantage l'égalité des chances entre les sexes en matière de santé, ainsi qu'à améliorer la qualité des offres: les femmes, comme les hommes, devraient bénéficier d'offres de soins et de promotion de la santé adaptées à leur genre biologique et social. Il est vrai que la différence entre les besoins et les exigences en la matière fait quasiment l'unanimité après vingt ans de débats sur le genre.

L'enthousiasme manifesté à l'égard de Gender Health semble toutefois en perte de vitesse. Ainsi, la conciliation famille-travail (éventuellement carrière) est avant tout une affaire de femmes, pendant que les hommes rencontrent toujours plus d'obstacles dans ce domaine. Bien sûr, pour répondre à leurs propres attentes, mais aussi à l'air du temps, ils contribuent davantage aux tâches familiales que leurs ancêtres. Mais, sous la pression croissante de l'activité professionnelle, les moments de récupération se raréfient. Que tout ceci pourrait sembler noble, si des données brutales sous forme de taux de suicides et de durée de séjour psychiatrique des hommes ne venaient ternir le tableau.

Devant cette situation, les pouvoirs publics (Public Wealth en général et Public Health en particulier) sont appelés à réagir. Le volet «Public Wealth» s'y est attelé, à l'instar du Secrétariat d'Etat à l'économie (seco) et de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) qui ont créé, conjointement, une plate-forme d'information «Conciliation travail-famille» à l'intention des milieux économiques, politiques et du public en général. Qu'en est-il du volet «Public Health»? Dans la définition de sa propre identité qu'il nous donne, l'OFSP assume son engagement dans le domaine Gender Health: «L'OFSP fournit les impulsions nécessaires ... à une politique de santé suisse cohérente ... Ce faisant, il ne se laisse pas instrumentaliser par des groupes d'intérêts. Au contraire ... il défend une vision globale ...»; dans la liste des tâches de cette politique de santé, on trouve explicitement mentionné le mot-clé gender health («L'OFSP en bref», 2011).

Puissent ces mots être suivis de faits – en faveur des femmes et des hommes.

Les hommes au foot, les femmes aux fourneaux

Santé et différences sexospécifiques. Les hommes pratiquent davantage de sport et se sentent en meilleure santé psychique que les femmes. Leur comportement alimentaire révèle cependant certaines faiblesses et ils souffrent plus fréquemment de maladies liées à l'alimentation. Tels sont quelques-uns des derniers résultats du Système de monitorage alimentation et activité physique (MOSEB).

Les données révèlent certaines différences sexospécifiques en matière de comportement alimentaire et au niveau de l'activité physique. Les femmes et les hommes ne sont pas non plus égaux devant les maladies liées à l'alimentation. Selon une étude conduite par la ville de Genève pendant les années 1993 à 2007, les hommes souffrent plus souvent d'hypertension artérielle, de diabète et de cholestérol que les femmes. En 2005, année record, cette prévalence de taux de cholestérol élevé se montait à 38% chez les hommes et à 33% chez les femmes. En 2007, cette valeur était retombée à 27% chez les hommes et à 21% chez les femmes. Au cours des 15 années ayant fait l'objet du monitorage on a également observé une baisse, pour les deux sexes, de l'hypertension artérielle. Ici aussi, les valeurs concernant les hommes sont supérieures à celles des femmes malgré un certain rapprochement dans les années 2006 et 2007 (30% pour les hommes, 26% pour les femmes). La situation est similaire pour le traitement du diabète: avec une proportion de 3,5%, les hommes sont plus fortement touchés par cette maladie insulino-déficiente que les femmes (1,5%; 2007).

Les hommes: plutôt sport que cuisine

Les données ne permettent pas d'identifier clairement la nature et l'importance des facteurs responsables de la plus mauvaise santé des hommes. Une seule chose est claire: ils accordent moins d'attention et de temps à leur alimentation que les femmes. Les achats des den-

rées alimentaires et la préparation des repas est un aspect important de la culture culinaire. Ils ne sont pas uniquement liés à l'alimentation, mais peuvent aussi être un point de départ pour un changement du comportement alimentaire. Dans l'étude-pilote Etude nationale sur la nutrition (2009), 90% des femmes interrogées ont indiqué cuisiner elle-même «souvent» ou «presque toujours», contre 50% chez les hommes. 16% d'entre eux ont même répondu ne jamais faire la cuisine. Les questions portant sur les achats de produits alimentaires ont également révélé des différences entre les sexes au niveau de la conscience sanitaire: seuls 20% des hommes lisent les indications de valeurs nutritives sur les emballages, contre 35% chez les femmes.

La situation est différente en matière de sport. Ici, dès l'enfance, des différences sexospécifiques sont observables, en faveur des petits garçons. Sur les 700'000 jeunes qui ont fréquenté un cours «Jeunesse et sport» (J+S) en 2008, 415'000 étaient des garçons et 285'000 des filles. (J+S est le programme de promotion du sport de la Confédération pour les enfants et les jeunes de 10 à 20 ans.) Cette répartition se poursuit jusqu'à l'âge adulte. Selon les chiffres de l'Observatoire du sport datant de 2007, les associations sportives comptent nettement plus d'adhérents masculins que féminins. C'est ainsi que 30% des hommes de 35 à 44 ans sont membres d'une association sportive, contre 17% seulement des femmes du même âge. Les centres de fitness se partagent toutefois les faveurs des deux sexes presque à égalité (15% d'hommes et 16% de femmes). Ces chiffres ne doivent néanmoins pas faire oublier que la plus grande partie des sportifs suisses – comme les joggers, nageurs ou cyclistes – pratiquent leur sport en dehors de tout cadre formel.

Les problèmes psychiques: plutôt une affaire de femmes

Compte tenu de l'activité sportive plus intense des hommes, il n'est pas étonnant qu'ils jouissent d'une meilleure santé psychique que les femmes. Selon

l'Enquête suisse sur la santé (ESS) de 2007, il existe un lien entre l'activité physique et les problèmes psychiques. L'ESS montre que la part des hommes souffrant de problèmes psychiques moyens à forts, toutes classes d'âge confondues, est moins importante que chez les femmes. Les groupes d'âge extrêmes (c'est-à-dire les plus jeunes et les plus âgés) affichent les différences les plus marquées, même si les problèmes psychiques décroissent au cours de la vie (exception faite des valeurs relativement élevées enregistrées chez les femmes de plus de 75 ans). L'ESS indique également que les femmes sont comparativement, légèrement moins optimistes que les hommes. La différence est particulièrement sensible parmi les femmes faiblement à moyenement optimistes (30% contre 24% chez les hommes).

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

MOSEB

Le Système de monitorage alimentation et activité physique (MOSEB) permet la récolte systématique et suivie de données comparables et représentatives afin de déterminer les indicateurs sur la situation de l'alimentation et de l'activité physique en Suisse. Il utilise, si possible, les sources de données déjà établies. Les données récoltées par le MOSEB concernent les domaines suivants: culture sanitaire, comportement alimentaire, comportement en matière d'activité physique, poids corporel, état de santé, conditions-cadres et offres.



Martin Werner
Section Prévention et promotion
Office de la santé publique

«Le monde de vie masculin semble s'être imposé; or, il se réfère au trava

Entretien avec Marie-Louise Ernst et René Setz. Qu'est-ce qui préoccupe les hommes, comment vont-ils, quelles sont les plus grandes différences avec les femmes? L'experte en questions de genre dans le domaine des addictions et le pionnier de la santé des hommes répondent.

spectra: Pourquoi accorder une attention particulière à la santé des hommes? Ne suffit-il donc pas de parler de santé humaine?

Marie-Louise Ernst: Précisons d'emblée que cela fait longtemps que l'on parle de la santé des hommes, de manière plus ou moins explicite. Par exemple, la recherche sur les maladies cardio-vasculaires oubliait les femmes, au début, pour se consacrer exclusivement aux hommes. C'est pour cette raison que bien des résultats de la recherche sanitaire reposent sur des études purement masculines. Arrivées plus tard, les femmes se sont opposées à cette conception, ce qui a marqué le début de la recherche sur la santé des femmes. Actuellement, nous en sommes à la troisième étape. On s'est aperçu que les études masculines conduites dans les années 60, 70 et 80 n'avaient pas intégré la situation sociale ou que les résultats des études étaient en lien avec les stéréotypes masculins dominants.

René Setz: Pour moi, l'attention portée à la santé des hommes traduit une optique très particulière qui n'intègre pas seulement l'aspect médical mais aussi la situation de vie sociale des hommes comme c'est le cas depuis assez longtemps dans la recherche sur les femmes. A mon sens, c'est une question de «doing gender», de la manière dont ces deux sexes se déterminent réciproquement et comment ils interfèrent. Nous ne voulons pas de guerre des tranchées. La situation de vie des hommes et des femmes doit être un thème dans le contexte de l'égalité des chances.

Nos interlocuteurs

Marie-Louise Ernst, Kaufdorf, psychologue FSP, lic. phil. I et management dans le domaine non gouvernemental. Responsable de cours, maître de conférences, consultante en organisation et experte en prévention et promotion de la santé, elle est aussi auteure d'études et d'évaluations en sciences sociales et déléguée de l'Office fédéral de la santé publique pour les questions genre dans le domaine de la prévention et des dépendances.

René Setz, Berne, travailleur social dipl. HES et conseiller en promotion de la santé; il travaille comme consultant auprès du forum de la santé au masculin. Ses priorités sont le travail de base, le conseil dans des projets avec les jeunes et les hommes, et la formation sur la question Hommes et genre.

Dans une chanson, Herbert Grönemeyer parle de la vulnérabilité des hommes. Est-ce vraiment le cas? Comment le sexe «fort» va-t-il aujourd'hui, physiquement et psychiquement?

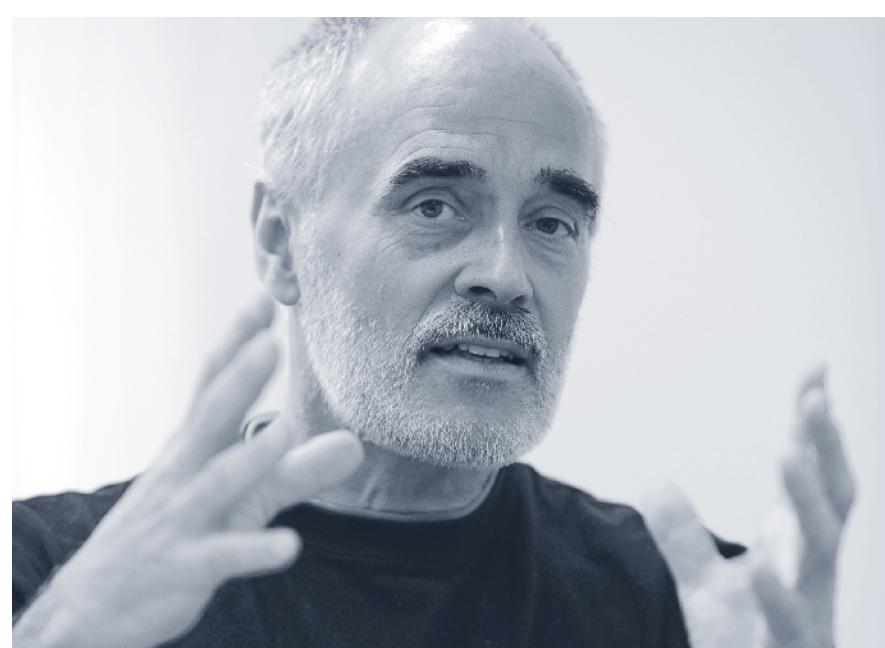
R. Setz: Si l'on écrivait aujourd'hui une chanson sur les hommes, il faudrait parler de «serrer les dents» et dire que «le travail fait l'homme». En effet, l'homme se réalise dans le travail. 62% des hommes interrogés dans le cadre de l'étude Männer in Bewegung ont confirmé cette assertion. Il y a dix ans, ils n'étaient que 42% à le penser. La même étude montre aussi qu'un nombre croissant d'hommes vont travailler même lorsqu'ils sont malades. C'est pourquoi les conditions de travail sont un volet essentiel de la santé des hommes, dont il faut absolument parler et qu'il faut éventuellement modifier.

M.-L. Ernst: Permettez-moi de préciser ici la différence qu'il y a lieu de faire entre «sexe» et «genre». Le terme «sexe» se réfère aux différences biologiques entre les hommes et les femmes. A l'opposé, le concept de «genre» comprend les aspects psychologiques, sociaux et culturels. Au niveau biologique, les hommes semblent être le sexe le plus vulnérable. Par exemple, la mortalité infantile est plus élevée chez les garçons que chez les filles et l'espérance de vie des hommes est inférieure à celle des femmes. Mais dans l'optique du «genre», les hommes sont considérés comme le sexe fort.

R. Setz: Je suis d'accord. Les faits sont là pour le prouver. Les hommes perdent deux fois plus d'années de vie potentielles que les femmes ce qui, soit dit en passant, suscite des réactions intéressantes de la part de nombreux hommes. Bon nombre d'entre eux affirment de manière lapidaire pouvoir facilement renoncer à ces quelques dernières années, compte tenu du fait que ce n'est, de toute manière, pas l'étape de vie la plus réjouissante. Par ailleurs, la perception de la santé est une affaire très subjective! Le rapport sur la santé des hommes publié par la ville de Vienne en est un bel exemple et offre, pour les spécialistes, un grand potentiel pour la prévention. On a vu tout à coup surgir toute une série de programmes de prévention: moins fumer, moins boire, moins de beaucoup de choses. Interrogés sur leurs besoins, les hommes ont répondu souhaiter du soutien au niveau du changement des conditions de travail. Ce type de réponse effraie toujours les spécialistes, car il est très difficile de changer le monde du travail. Il est en revanche beaucoup plus aisément de s'engager en faveur d'une meilleure alimentation ou d'une plus grande activité physique. Les symptômes sont plus abordables que le fond, l'environnement de vie et de travail.

Où le bât blesse-t-il chez les hommes? Et chez les femmes?

R. Setz: Dans le rapport allemand «Männer in Bewegung», 34% des hommes interrogés ont cité la santé comme leur plus grande inquiétude. On ne veut pas tomber



René Setz

malade. La deuxième crainte est, avec 25%, de perdre la maîtrise du quotidien. Un très grand nombre d'hommes avec qui je travaille se sentent acculés et ne savent plus comment gérer tout ce qu'ils doivent faire. Chez les femmes, la question de la santé est également, avec 54%, la principale préoccupation, suivie de la crainte de perdre son autonomie, avec 34%.

M.-L. Ernst: D'une manière générale, les femmes sont plus fortement axées sur les relations, et les hommes sur le travail. Pour eux, le travail est vraiment fondateur d'identité. Une grande part de leur moi repose sur le travail. La disparition de ce pivot s'accompagne très souvent et très vite de l'apparition de problèmes d'addiction. Nous le voyons bien chez les chômeurs. Le stress générée par la crainte de ne pas réussir dans le travail est actuellement encore plus important chez les hommes que chez les femmes. Les femmes se sentent davantage angoissées par des relations difficiles, que ce soit avec les enfants, le compagnon ou les collègues de travail.

R. Setz: Les femmes sont traditionnellement les gardiennes du travail relationnel, indépendamment de la modernité du couple et du fait que la femme travaille également. La question est de savoir où les hommes trouvent du sens. La réponse est qu'ils le trouvent le mieux dans le travail rémunéré. Je suis affligé de constater le retour d'un héritage du passé chez de nombreux hommes. Les mouvements sociaux et les initiatives les plus diverses ont déclenché parfois de véritables métamorphoses chez les femmes. Du côté des hommes, c'est un peu le calme plat. L'importance de l'activité lucrative en tant qu'élément central fondateur de sens a même encore augmenté. Il faut donc prendre un peu de distance et se demander pourquoi les choses en sont arrivées là. Quelles stratégies ont échoué, où avons-nous commis des erreurs? Il faut entamer le débat, avec les femmes aussi.

Y a-t-il des solutions, et si oui, lesquelles?

R. Setz: Il existe en Allemagne des initiatives beaucoup plus puissantes, à l'instar du programme «Neue Wege für Jungs». La Suisse aussi dispose de programmes de ce type, mais c'est un marché de niche. En Allemagne, ces stratégies sont réalisées par les services de l'État, ce qui envoie un signal plus fort et efficace que lorsque l'initiative revient à deux ou trois groupes d'hommes isolés. On trouve aussi, en Allemagne, un site Internet entièrement alimenté par des informations sur la santé des hommes. «Soziale Jungs und Männer» est un autre projet que je trouve vraiment intéressant. Cessons les jérémiades sur les réticences des hommes à s'engager dans le travail domestique ou le bénévolat, et mettons en place un bureau de services, lançons des projets et élaborons des bases solides.

Et pour vous Madame Ernst, y-a-t-il des solutions?

M.-L. Ernst: Certainement. Au niveau structurel d'abord, la volonté d'un office fédéral de changer les choses et soutenir, par exemple, un travail sexospécifique, confère à une idée un tout autre poids qu'une initiative privée. Même si, bien sûr, ce genre d'action est important, comme celle mise en place par le bureau UND qui se consacre à l'équilibre entre famille et emploi pour les hommes et les femmes. C'est là que l'on comprend que nous en sommes encore très éloignés. Un jour, un supérieur a dit à mon gendre être fier de n'avoir jamais changé une seule couche. Il voulait, par là, mettre sous pression mon gendre qui voulait consacrer davantage de temps à son enfant et souhaitait une réduction du temps de travail. Ce genre d'attitude face à la vie familiale est, bien entendu, rétrograde et plombe encore, si c'était nécessaire, un climat déjà affligeant dans le domaine de la conciliation famille-emploi. La garde des enfants, les possibilités intéressantes de carrière malgré un travail à temps partiel, le job sharing et les modèles de temps de travail modernes qui permettent de trouver



Marie-Louise Ernst

l'équilibre entre famille et travail font également partie de la question. Reste désormais... à changer les mentalités dans la société.

R. Setz: La santé des hommes devient assez vite un thème politiquement sensible parce qu'il touche souvent aux conditions de travail. Mais quelle organisation, quel parti s'engage véritablement pour changer les conditions de travail? Je comprends très bien la réticence des hommes face aux programmes de prévention et de promotion de la santé qui visent souvent le niveau comportemental personnel et évitent largement des thèmes aussi importants que les conditions de travail. Les hommes se sentent alors souvent désemparés. C'est là que nous, spécialistes, sommes appelés à trouver des moyens pour porter la question du travail et des conditions de travail sur la place publique et pour proposer des alternatives.

A votre avis, quels problèmes de santé sexospécifiques – exception faite des maladies très clairement imputables au caractère biologique – sont actuellement au centre des préoccupations?

M.-L. Ernst: D'abord, force est de constater que les hommes et les femmes se comportent de manière très différente face à la santé. Les hommes ont un comportement de risque marqué. Entre 18 ans et 50 ans environ, ils ont une vie extrêmement risquée. Vitesse au volant, alcool, drogues, violence et sports extrêmes sont des mots-clés qui collent à la réalité de cette période de leur vie. A l'opposé, les femmes ont une vie nettement moins risquée. Ces différences se retrouvent dans d'autres domaines, par exemple dans le comportement d'évitement chez les jeunes. Les réactions des filles sont plutôt du type dépressif, intériorisé. Les garçons extériorisent davantage, ce qui se répercute aussi dans les statistiques de criminalité. Le lien entre violence et santé est un autre

thème important. Le rapport d'approfondissement Genre et santé montre que les hommes sont plutôt touchés par des actes de violence extra-domestiques tandis que les femmes souffrent nettement plus souvent dans l'environnement social proche. C'est pourquoi les stratégies de réduction de ces problèmes méritent d'être différencierées.

R. Setz: Culturellement parlant, on peut dire que les femmes sont davantage dans les petits réseaux de relations et les hommes dans les grands. Ils veulent sortir, dépasser les limites. Les femmes font plus attention, ressentent moins le besoin de s'évader et acceptent plus facilement qu'il puisse exister des endroits encore inexplorés.

Dans mon travail, je constate qu'un grand nombre d'hommes ont beaucoup de difficultés à regarder vers leur intérieur. L'importance qu'ils accordent au regard extérieur est frappante. Ils se voient au travers des yeux du chef et lorsque ce dernier acquiesce, ils se sentent bien. Ou alors, ils se regardent au travers des yeux de leur compagne. Lorsqu'elle acquiesce, la mission est réussie. Je participe actuellement à un projet pour les hommes de plus de 60 ans ; pour eux aussi, l'importance du regard de leur compagne est extraordinaire, voire confine à la dépendance.

Comment les hommes, jeunes et moins jeunes, évaluent-ils leur santé? Et les femmes?

R. Setz: Pasqualina Perrig-Chiello, spécialiste en psychologie génétique, a mené une étude très intéressante sur la satisfaction des hommes et des femmes au cours de leur vie. Le milieu de la vie marque le creux de la vague en termes de satisfaction ce qui est compréhensible, en particulier pour les femmes. A ce moment de leur vie, elles se trouvent en effet souvent dans le champ de tension entre des adolescents en pleine puberté et des parents qui ont besoin de soins. Chez les hommes, la crise due à la forte orientation sur le travail survient souvent aussi vers les 50 ans. A cet

âge, on a l'impression de ne plus guère pouvoir progresser au niveau professionnel alors qu'il reste encore 15 ans avant la retraite. C'est l'époque des bilans : prise de conscience de la vie que l'on a vécue et de celle que l'on n'a pas vécue, prise de conscience de sa propre mortalité. A tout cela vient s'ajouter la pression des jeunes, et de toutes les évolutions techniques. Autant de défis pour de nombreux hommes qui se demandent s'ils sont capables de tenir le coup jusqu'à la retraite. De leur côté, les femmes sont moins orientées sur le travail et ont davantage l'expérience des changements. Elles sont entrées dans le monde du travail, en sont sorties à cause des enfants, et y sont peut-être revenues plus tard.

M.-L. Ernst: Dans le rapport Genre et santé, on trouve de nombreuses informations sur cette question. Selon ce rapport et l'Enquête suisse sur la santé, les femmes se sentent en moins bonne santé que les hommes.

Pourtant, de facto, les femmes sont en meilleure santé que les hommes

M.-L. Ernst: Oui, mais «être malade», comme «être victime», sont des notions compatibles uniquement avec un stéréotype féminin, et non masculin. La recherche sur les enfants et les adolescent-e-s nous enseigne que les filles sont nettement moins satisfaites de leur propre corps que les garçons. Les problèmes de santé des femmes entrent souvent dans le même cadre. Elles obéissent à un idéal de beauté et se soumettent très fortement au regard de l'extérieur, surtout celui des hommes. Elles s'évaluent en fonction de cet idéal. Cette lutte sans merci avec son corps s'exprime dans des tableaux cliniques typiquement féminins comme les troubles du comportement alimentaire, massivement plus fréquents chez les femmes que chez les hommes. Ces pathologies ont tendance toutefois à disparaître avec l'âge. Mais les idéaux de beauté résistent jusqu'à un âge avancé. Il suffit de penser à Jane Fonda, liftée et re-liftée, mais présentée de manière à faire croire à l'éternelle jeunesse – pour peu que l'on pratique suffisamment de yoga ou de pilates.

R. Setz: Exactement. C'est le «tout sauf l'âge». Tout le monde veut vieillir sans être vieux. Mais il y a autre chose encore : je regrette que notre société n'ait réservé qu'une portion congrue au style de vie des femmes. C'est manifestement le style de vie masculin qui s'est imposé et celui-ci s'oriente, comme dit, sur le travail rémunéré. Il est vrai que l'on observe une certaine ouverture à l'heure actuelle à condition, toutefois, que les femmes remplissent les prémisses et, avant tout, celles de la présence temporelle.

Il y a dix ans, on a assisté aux tentatives d'un certain monde masculin à s'ouvrir aussi au travail familial et domestique. II

n'en reste pas traces aujourd'hui, et rares sont les hommes qui se déclarent fièrement hommes au foyer.

R. Setz: Oui, c'est assez exotique. Il s'agit pour une grande part d'une question de valorisation. Pour les hommes, les tâches domestiques ont peu de valeur et sont peu attrayantes. Pour moi, la meilleure solution n'est pas non plus «l'un ou l'autre», mais plutôt «et pourquoi pas les deux». Les femmes et les hommes devraient être présents à égalité dans les tâches domestiques.

Vous avez souhaité que la Confédération s'engage très explicitement sur la question de la santé des hommes. Dans quels domaines souhaitez-vous un tel engagement?

R. Setz: Je rêve d'un projet comme «Neue Wege für Jungs» en Allemagne que j'élargirais simplement en «Neue Wege für Jungs und Männer». Je suis abasourdi de voir à quel point les idées peuvent rester figées. C'est pourquoi je souhaite un programme qui toucherait aussi les hommes adultes. Toutefois, s'il est exact qu'il faut insister auprès des jeunes et des hommes, je pense qu'il ne faut pas négliger non plus, en fonction du thème, la coopération avec des projets de femmes que ce soit au travers d'un bureau de services, de moyens financiers, etc. D'une manière générale, tous les domaines devraient s'ouvrir à l'autre sexe, quelle que soit leur orientation première.

Quels sont vos souhaits et espoirs Madame Ernst?

M.-L. Ernst: En ce moment, la conscience du genre est très restreinte au niveau politique et économique. Le travail de dépendance sexospécifique et la question du Gender health sont en perte de vitesse et de plus en plus négligés par l'Etat. Cette évolution helvétique est contraire à celle que l'on observe à l'étranger. En Allemagne, le Gender mainstreaming est de plus en plus demandé dans des domaines auxquels nous n'aurions même pas pensé, comme celui de la création d'emploi. C'est dire si la situation en Suisse me déçoit. Bien sûr, les choses ont bougé au niveau des professionnels qui font preuve d'une certaine conscience du genre. Mais dans les sphères les plus élevées, on ne peut que déplorer l'absence d'adhésion officielle et de reconnaissance des différences entre les situations problématiques des femmes et des hommes.

R. Setz: Des thèmes comme le genre et l'égalité des chances méritent davantage qu'un strapontin ou une mine condescendante. Si ces questions sont vraiment une aspiration, il faut leur donner de la force et y travailler durablement. Les questions de genre ne doivent pas se satisfaire d'un «nice to have», elles sont un must.

Le long parcours d'une loi moderne sur les stupéfiants

Article de fond. La loi révisée sur les stupéfiants (LStup) et les ordonnances qui s'y rapportent entrent en vigueur le 1^{er} juillet 2011. Le modèle des quatre piliers, pratiqué et expérimenté en Suisse depuis vingt ans en matière de drogue, trouve ainsi enfin une base légale.

La LStup actuelle, en vigueur depuis son édiction en 1951, a été révisée une seule fois, en 1975. A l'époque, l'objectif de la révision était d'élargir la politique en matière de drogue alors purement répressive aux domaines de la prévention et de la thérapie. Mais la misère des scènes de drogues ouvertes et l'apparition du VIH et du sida ont alors requis une nouvelle réorientation de la politique en matière de drogue. En pratique, cette situation a conduit au développement du modèle des quatre piliers internationalement reconnu et éprouvé. La réduction des risques s'ajoutait à la répression, à la prévention et à la thérapie. Cette réorientation a notamment contribué à réduire la délinquance d'apprévisionnement liée à la drogue, à faire baisser les coûts de la santé et à améliorer la santé des toxicomanes. Ce modèle a été décrit la première fois en 1991 par le Conseil fédéral dans son «premier programme de mesures de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue» (ProMeDro I) et confirmé dans le rapport d'une commission d'experts en 1996. La population suisse a réaffirmé son adhésion au modèle des

quatre piliers en rejetant nettement deux initiatives populaires préconisant une politique de drogue plus restrictive (1993, «Jeunesse sans drogue») ou plus libérale (1994 «Pour une politique raisonnable en matière de drogue – Droleg»).

Succès d'une deuxième tentative

La révision partielle de la LStup prévue pour 2001 poursuivait les objectifs suivants: ancrer dans la loi le modèle des quatre piliers et créer les bases légales d'un traitement avec prescription d'héroïne. Dans le domaine du cannabis, il s'agissait d'en dépénaliser la consommation et d'introduire une réglementation applicable à la culture, la fabrication et le commerce. En 2004, cette révision partielle échouait devant le Parlement qui refusait l'introduction de cette réglementation libérale. L'actuelle révision partielle de la LStup reprend les éléments essentiels du projet de 2001. Adopté le 20 mars 2008 par le Parlement, le projet a fait l'objet d'un référendum. La révision partielle a néanmoins été adoptée par plus de 68% des voix. Le 1^{er} juillet 2011, la LStup révisée et les ordonnances qui s'y rapportent entrent en vigueur.

Ancrage et conception de la politique des quatre piliers

La révision de la LStup est essentiellement axée sur l'ancrage du modèle des quatre piliers dans la loi. Les principales nouveautés de cette politique sont les suivantes:

- Les services de l'administration et les professionnel-le-s œuvrant dans le domaine des dépendances peuvent annoncer aux institutions ou aux services compétents les cas de personnes souffrant de troubles liés à l'addiction ou présentant des risques de troubles, notamment s'il s'agit d'enfants ou de jeunes, afin d'atteindre une détection et une intervention aussi précoce que possible (art. 3c).
- Le Conseil fédéral édicte des recommandations concernant les principes relatifs au financement du traitement de l'addiction et des mesures de réinsertion (art. 3d al. 5).
- La formation et la formation continue sont encouragées (art. 3k).
- Des recommandations relatives à l'assurance qualité dans les quatre piliers sont élaborées (art. 3l).
- Les traitements avec prescription d'héroïne (diacétylmorphine) doivent faire l'objet d'une autorisation fédérale (art. 3e al. 3).
- Les bases légales autorisant une application médicale limitée, utilisant le cannabis sont créées (art. 8 al. 5).
- Une obligation de notification est introduite pour les médecins qui remettent ou prescrivent des médicaments autorisés pour une indication autre que celle qui est admise (Off-Label-Use) (art. 11 al. 1bis et 2).

Le système de réglementation lié à la révision a lui aussi été remanié. Les six or-

donnances actuelles et les deux arrêtés du Conseil fédéral seront désormais regroupés dans deux ordonnances du Conseil fédéral (Ordonnance sur le contrôle des stupéfiants, OCStup, et Ordonnance sur les troubles de l'addiction, OAStup) et dans l'Ordonnance sur les tableaux des stupéfiants (OTStup-DFI).

L'OCStup régit avant tout les activités de Swissmedic, notamment dans le domaine de l'attribution d'autorisations dans le cadre de la gestion «léale» de substances soumises à contrôle. Les principaux destinataires sont les entreprises. La mise en œuvre de l'OAStup incombe essentiellement à l'Office fédéral de la santé publique et s'adresse notamment aux institutions du secteur de la santé. Elle concrétise les principes du modèle des quatre piliers ancrés dans la LStup et contient des dispositions sur les traitements utilisant des stupéfiants, notamment des dispositions particulières sur le traitement avec prescription d'héroïne (diacétylmorphine). L'OTStup-DFI contient la liste des substances soumises à contrôle et leur répartition dans les différentes tableaux a) à e). Le cannabis, par exemple, figure dans le tableau d), des substances prohibées soumises à contrôle.

Contact: Martin Büechi,
chef section Bases scientifiques
et juridiques,
martin.buechi@bag.admin.ch

Contact

Section, Service	Téléphone	Section, Service	Téléphone
Section Alcool	031 323 87 86	Section Bases scientifiques et juridiques	031 323 87 93
Section Tabac	031 323 20 43	Section Campagnes	031 323 87 79
Section Drogues	031 323 87 13	Section Nutrition et activité physique	031 323 87 55
Section Prévention et promotion	031 323 88 11	Programme national Migration et santé	031 323 30 15
Documentation Sida	031 323 26 64		

Abonnement gratuit

Veuillez me l'envoyer à l'adresse suivante:

Nom _____
Prénom _____
Adresse _____
Lieu _____

Veuillez m'envoyer «spectra»:

- 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

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

Impressum

spectra No 87, Juillet 2011

«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
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 Dörig-Moiroud
Photos: OFSP, Christoph Hoigné, iStockphoto
Graphisme: Lebrecht typ-o-grafik, 3006 Berne
Impression: Büttiger AG, 4562 Biberist
Tirage: 6 400 ex. allemands, 3 400 ex. français, 1 050 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 Septembre 2011

Médecine de l'addiction: outils en ligne pour médecins de premier recours

Une communauté d'intérêts met en réseau la médecine de l'addiction en Suisse. Le Collège romand de médecine de l'addiction (CoRoMA) et le réseau de Suisse orientale FOSUMOS (Forum Suchtmedizin Ostschweiz) apportent depuis des années leur soutien aux médecins de premier recours en matière de médecine de l'addiction. Cet engagement régional porte aujourd'hui des fruits nationaux: après la fondation de deux nouveaux réseaux régionaux, un portail Internet national est prévu, accompagné d'un guide en ligne.

Le réseau de Suisse orientale (Forum Suchtmedizin Ostschweiz, FOSUMOS) a été fondé en 2003 par des spécialistes des addictions issus de divers groupes professionnels (médecins de premier recours, travail social, psychologie). Il s'agit d'un projet de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), des cantons de Suisse orientale SG, GR, GL, TG, AR, AI et de la Principauté de Liechtenstein, reposant sur le modèle de CoRoMA (Collège romand de médecine de l'addiction), le réseau actif avec succès depuis 2000 en Suisse romande. L'objectif de ces réseaux est d'améliorer les compétences des médecins de premier recours en leur fournissant des connaissances

en matière de médecine de l'addiction et en optimisant la collaboration interprofessionnelle des médecins avec l'ensemble des intervenants concernés par les addictions. Conformément au contrat de prestations avec l'OFSP, le FOSUMOS s'est lui aussi engagé pour la création de réseaux similaires dans d'autres régions. C'est ainsi que fut fondé, en 2010, le FOSUMIS (Forum Suchtmedizin Innerschweiz, LU, ZG, SZ, UR, OW, NW) et qu'un réseau similaire vient d'être créé dans la région Suisse nord-ouest (BS, BL, AG, SO, BE).

Au fil des ans, FOSUMOS et l'organisation partenaire romande CoRoMA ont mis en place, dans leurs régions, divers canaux d'informations à l'intention des médecins praticiens et élaboré des outils et des contenus pédagogiques. Ce processus est également en marche dans la région du FOSUMIS. Souhaitant profiter des expériences acquises et créer des synergies dans l'élaboration et la diffusion des connaissances, les trois organisations se sont regroupées au sein d'une communauté d'intérêts en réseau «Praticien Addiction Suisse» et sont soutenues par un coordinateur.

Site Internet national en planification

FOSUMOS, CoRoMA et FOSUMIS ainsi

que le tout nouveau réseau en Suisse du nord-ouest occupent une place stratégique particulière qui leur permet de transmettre une position, des connaissances et des aptitudes dans le domaine des pathologies addictives. C'est pourquoi le réseau Praticien Addiction Suisse a pour objectif de fournir des moyens de transfert du savoir par le biais d'un portail Internet commun, trilingue. Avec son ambition nationale, www.praxis-suchtmedizin.ch s'adresse en priorité aux médecins de premier recours, mais aussi aux psychiatres, aux pharmaciens, aux urgentistes et aux services de santé de l'exécution des peines et des mesures qui ne sont que ponctuellement en contact avec des pathologies addictives. Estimant absurde que chaque réseau collecte, élabore et mette en ligne des informations et des instructions d'action similaires, FOSUMOS a pris l'initiative de ce projet. L'idée en est qu'une plate-forme nationale a, par nature, pour vocation d'atteindre une plus grande homogénéité et une meilleure cohérence dans le traitement des personnes touchées par un problème d'addiction.

Un guide sur Internet

Le nouveau site Internet repose sur le guide de FOSUMOS déjà en ligne. Il propose des indications d'action pratiques et cohérentes pour les addictions sui-

vantes: alcool, cannabis, drogues de synthèse, héroïne, cocaïne, médicaments et nicotine. Il s'agit de faciliter l'accès à la médecine de l'addiction pour les médecins de premier recours et de les soutenir dans le traitement des personnes présentant des conduites addictives. A titre d'exemple, il existe un algorithme sur la manière de lancer un traitement de substitution. Ces instruments de travail reposent sur des expériences pratiques et des connaissances scientifiques (p. ex. les recommandations de la SSAM, la Société Suisse de Médecine de l'Addiction dans le domaine de la substitution). Ce guide fait actuellement l'objet d'une mise à jour chapitre par chapitre pour le site suisse. Le premier chapitre, remanié est celui concernant l'héroïne. Il sera disponible en ligne à partir de l'été 2011 en allemand, en français et en italien. Une prochaine étape verra la mise à jour des chapitres sur l'alcool, le cannabis, les drogues de synthèse et le tabac.

Lien: www.praxis-suchtmedizin.ch

Contact: René Stamm,
Section Drogues,
rene.stamm@bag.admin.ch
Contact externe: Roger Mäder,
coordinateur,
roger.maeder@praxis-suchtmedizin.ch

Porter attention à son propre corps vs. tradition de la virilité

Cinq questions à Verena Hanselmann, responsable du projet Gender Health à l'Office fédéral de la santé publique. En tant que principe tenant compte de la spécificité des genres dans le domaine de la santé, la gender health (santé liée au genre) comprend toute forme de pratique sur les plans de la politique, de la science, de la promotion de la santé et des soins.



spectra: L'espérance de vie des hommes est inférieure de cinq bonnes années à celle des femmes. L'Enquête suisse sur la santé révèle toutefois que les hommes ont une meilleure appréciation de leur propre santé que les femmes. Comment expliquer cette contradiction?

Verena Hanselmann: L'évaluation subjective de sa propre santé tant au niveau physique que psychique est toujours étroitement liée aux expériences quotidiennes et au sentiment que l'on a de

comprendre sa propre vie et ses propres actes, d'en percevoir l'importance et de pouvoir les contrôler. Avoir une forte conviction de contrôle est une ressource importante pour la santé. Les hommes ont, en la matière, une meilleure appréciation.

N'y a-t-il pas aussi des hommes qui n'ont pas ce sentiment de contrôle et qui se sentent plutôt livrés à la vie?

Bien sûr qu'il y en a. La statistique montre que des personnes de niveau de formation élevé ont un meilleur sentiment de contrôle que celles qui ont quitté l'école après le cycle obligatoire. Cela vaut aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Mais toutes catégories d'âge confondues, les hommes ont, indépendamment de leur niveau de formation, généralement un meilleur sentiment de contrôle que les femmes. Bien sûr, il y a des nuances. Les hommes de 45 à 64 ans ayant le niveau du cycle obligatoire n'ont que très peu l'impression de pouvoir contrôler leur vie. Ils s'estiment également en moins bonne santé et indiquent souffrir d'une forte pression psychique. Ces hommes atteignent des valeurs nettement inférieures à celles des femmes du même âge et du même niveau de formation.

Est-ce la crise de la cinquantaine?

Je pense que c'est plutôt une question de métiers physiquement très fatigants et

socialement peu gratifiants. Le monde du travail «masculin» se caractérise par une fatigue corporelle élevée, du bruit, de la poussière, de la chaleur et du stress. Cet environnement présente un risque élevé pour la santé et conduit à ce que les hommes souffrent davantage que les femmes de risques sanitaires liés à leur activité professionnelle. De plus, les hommes définissent souvent leur image par le biais de leur travail. La crainte de perdre son emploi augmente à partir de 40 ans, et plus le niveau de formation est bas, plus cette crainte est élevée.

Comment les hommes réagissent-ils au stress?

Dans sa chanson sur «les hommes», Herbert Grönemeyer exprime avec justesse que la pression à la souffrance doit être très élevée chez les hommes avant qu'ils ne demandent de l'aide. Cela se confirme dans le domaine de la gestion du stress et de la santé psychique. Porter attention à son propre corps contre-dit les représentations traditionnelles de la virilité. Sur le terrain, on observe que les hommes se soumettent souvent (trop) tard à des examens de prévention (cardiaques, cardio-vasculaires notamment). En cas de maladie, une hospitalisation est souvent inévitable – y compris dans le domaine psychique. Les hommes psychiquement malades ont besoin de davantage de soins hospitaliers que les femmes.

Quelles devraient être les priorités pour la promotion de la santé des hommes?

- Des offres de prévention tenant compte des besoins spécifiques des hommes. Il manque en particulier des offres pour les hommes jeunes et pour les hommes socialement défavorisés. Ces derniers (niveau de formation modeste, statut professionnel bas et faible revenu) sont davantage malades et ont une espérance de vie inférieure à celle des personnes au statut social plus élevé. Ce gradient social apparaît nettement chez les hommes, notamment en matière de formation.
- Une prévention de la violence et du suicide mieux orientée sur les besoins spécifiques des hommes. Les hommes meurent deux fois plus souvent des suites d'un délit de violence que les femmes. Dans le domaine du suicide, il ne faut pas se contenter d'adapter les offres de prévention aux hommes jeunes, mais également intégrer les besoins des hommes plus âgés (qui ont le taux de suicide le plus élevé).
- Continuer à réduire les risques de santé spécifiques aux hommes (comportementaux) pour ainsi regagner les années de vie perdues en raison de décès prématuré par infarctus ou cancer.

Nouvelle plate-forme de promotion de la diversité dans le traitement des addictions

Aide en matière d'addictions.

Infodrog, la centrale nationale de coordination des addictions, offre une nouvelle plate-forme nationale d'échanges dédiée aux professionnel-le-s du domaine des addictions sur la question de la gestion de la diversité. Il s'agit d'une approche qui tient compte, lors de la conception des offres en matière d'addiction, non seulement de la migration et du genre, mais aussi de toutes les dimensions de la problématique des addictions.

Par gestion de la diversité (en anglais: «Diversity Management»), il faut entendre les aménagements qui doivent être faits pour favoriser le respect de la diversité de la clientèle. Cette notion, qui trouve son origine dans le mouvement de l'égalité des droits aux États-Unis, est aujourd'hui un concept largement répandu en gestion d'entreprise. Dans le domaine de la pédagogie, on parle depuis quelques années de «Diversity Education» ou de «pédagogie de la diversité» qui, outre le sexe et l'origine, prend également en considération des aspects tels que l'âge, le statut socio-économique ou la situation de revenu. Par analogie, la diversité dans le domaine des addictions se réfère à une vision globale du traitement de la diversité de la clientèle et de l'hétérogénéité des problèmes.

Professionnalisation et différenciation

Devenu plus professionnel, le domaine des addictions a augmenté son offre en matière d'aide aux dépendances en Suisse. Il existe des offres pour femmes, pour hommes, pour jeunes ou pour migrant-e-s ; des mesures préventives, de



réduction des risques, ambulatoires ou résidentielles ; des approches orientées sur l'abstinence et la substitution, ainsi que des méthodes médicales, de travail social et de thérapie sociale. Longtemps, ces catégories et ces approches sont restées clairement distinctes, lorsqu'elles n'étaient pas opposées. Ces dernières années, ces frontières rigides se sont assouplies pour céder la place à une acceptation globale des addictions, plus conforme à la réalité du domaine des addictions confronté à une multiplication des problèmes (p. ex. nouvelles addictions non liées à une substance, polydépendance) et des groupes de client-e-s (mineur-e-s, personnes bien intégrées, client-e-s vieillissant-e-s). De nombreux cas ne peuvent plus être abordés de manière monothématique. Enfin, des institutions se voient contraintes, pour des questions économiques, d'abandonner une offre spécifique à un groupe-cible en faveur d'un élargissement à des problématiques très diverses.

Diversité – au-delà du genre et de la migration

L'orientation sur les groupes-cibles telle qu'elle était pratiquée ces dernières années a fortement contribué au développement du domaine des addictions. L'Office fédéral de la santé publique et Infodrog ont, notamment dans les domaines Genre et Migration, mis en œuvre divers projets dans ce secteur. Parallèlement, les faiblesses du traitement monothématique apparaissaient. La focalisation sur un groupe-cible se fait aux dépens d'autres critères, tels que l'âge ou les ressources. Les institutions d'aide en matière d'addictions qui ont un contrat de soins global sont souvent dans l'incapacité de prioriser une offre orientée sur un groupe-cible. Au-delà, la prévalence est souvent trop faible pour pouvoir maintenir des offres spécifiques. Le fait n'en demeure pas moins que l'efficacité d'une intervention est d'autant plus élevée qu'elle est ciblée sur la situation particulière et les ressources de la personne concernée. C'est

pourquoi des interventions individualisées – y compris dans les institutions avec un contrat étendu – restent indispensables.

Pas de diversité sans collaboration

S'il est facilement réalisable dans les institutions ayant un contrat de soins global, le modèle de la diversité l'est beaucoup moins dans les établissements plus petits et plus spécialisés. Une collaboration régionale en lien avec les différents aspects de la diversité est donc indispensable. C'est dans cette intention qu'Infodrog a lancé la plateforme nationale «Diversité dans le domaine des addictions» qui permettra à des professionnel-le-s des addictions de tous les domaines et de toutes les régions linguistiques de se rencontrer deux fois par an pour échanger des expériences et des connaissances sur la question de la diversité. Après les manifestations introductives déjà organisées, la priorité réside désormais dans la présentation et la discussion d'exemples de bonne pratique. Il est en outre prévu d'élaborer des lignes directrices sur la question. L'objectif d'Infodrog est de faire connaître et d'ancrer la méthode de la diversité dans le domaine des addictions, sans pour autant négliger de poursuivre le développement de thèmes spécifiques. Il s'agit d'une contribution à l'égalité des chances et à l'augmentation de la qualité dans le suivi des personnes présentant des problèmes d'addiction.

Contact: René Stamm,
Section Drogues,
rene.stamm@bag.admin.ch
Contact externe: Infodrog,
Case postale 460, 3000 Berne 14,
office@infodrog.ch, tél. 031 376 04 01,
www.infodrog.ch

SmokeFree entre dans sa deuxième phase

Campagne de prévention du tabagisme 2011–2012. La campagne actuelle SmokeFree célèbre le fait de ne pas fumer au lieu de diaboliser celui qui fume. La seconde phase de la campagne qui se déroulera de début juin à début juillet tournera elle aussi autour des nombreux avantages d'une vie sans tabac et de la marque «SmokeFree» conçue pour les non-fumeurs amoureux de liberté.

Au travers de slogans tels que «Une liberté qui vous déride» ou «Une liberté qui donne un nouveau souffle à votre vie», des spots TV et cinéma, des annonces/affiches et une bannière en ligne célèbrent le goût de la vie sans fumée. Cette fois, la campagne emploie exactement la langue et les images publicitaires utilisées habituellement par l'industrie du tabac pour vanter ses produits. L'objectif n'est plus d'interdire

The screenshot shows the SmokeFree website homepage. At the top, there's a navigation bar with links for 'Campagne', 'Écouter la page', 'Michigan', 'Rechercher', and language options (Diverses, English, Français, Deutsch, Italiano, Português). Below the navigation, there's a main banner with a couple and the text 'Une liberté qui vous permet d'assurer jusqu'au bout.' To the left, there's a sidebar with a 'Ligne stop-tabac: 0848 000 181 (8 ct/min)' and a 'Faire une pause sans tabac et gagner' section. On the right, there's a 'Trucs et astuces' section and a 'Commander un paquet de SmokeFree' section with a calculator for savings.

ou de renoncer, mais de promouvoir le plaisir avec humour. Des notions telles que liberté, beauté, aventure, décontraction et succès deviennent indissociables du fait de ne pas fumer. La cam-

pagne fait partie du Programme national Tabac 2008–2012 dont le but est de réduire à 23% la proportion de fumeurs au sein de la population suisse (29% en 2007).

Site web interactif avec calculateur d'économies

Sur www.smokefree.ch, les internautes peuvent

trouver des trucs et astuces pour arrêter de fumer ou communiquer leurs propres conseils. Le site permet également de commander gratuitement des gadgets comme les balles anti-stress

(freeBalls) et les paquets SmokeFree accompagnés de conseils pour arrêter de fumer et d'une liste des avantages présentés par le fait de ne pas fumer. À partir de juin, un nouveau jeu SmokeFree sera mis en ligne, montrant aux internautes non seulement les économies générées par le fait de ne pas fumer, mais aussi tout ce que l'on peut s'offrir avec l'argent économisé.

Le site a été entièrement traduit en allemand, en français, en italien et en anglais. Il contient également une page avec les principales informations – comme le numéro de la ligne stop-tabac – en albanais, en espagnol, en portugais, en serbe, en croate, en bosniaque et en turc.

Contact: Valérie Maertens,
Section Campagnes,
valerie.maertens@bag.admin.ch