

spectra

96



Santé publique et éthique

2 Exercice d'équilibre éthique

D'un côté le bien commun, de l'autre le bien individuel: la santé publique se trouve en permanence dans le champ de tension entre ces deux pôles. Les décisions des acteurs de santé publique nécessitent une réflexion systématique et minutieuse sur la manière de pouvoir étendre le profit au niveau de la société, sans restreindre plus que nécessaire les droits de l'individu à la liberté et à l'autodétermination. spectra présente six critères utilisables pour l'évaluation éthique de mesures de prévention et de promotion de la santé.

4 Entretien avec Georg Kohler

«Du point de vue de la santé, la Suisse est un véritable paradis» nous dit Georg Kohler, professeur émérite de philosophie politique. Plus les possibilités techniques et financières d'influencer la santé et la maladie seront nombreuses, plus il faudra trancher avec, pour conséquence, une politisation croissante du secteur de la santé. Dans l'entretien avec spectra, Georg Kohler parle de la responsabilité individuelle et de la responsabilité de l'Etat, d'inégalités justes, de solidarité et de la mission de la philosophie consistant à rappeler à la seule chose non négociable: la mort.

8 Migration et santé

La guerre, l'exil, la torture ou le viol peuvent infliger des blessures morales que toute une vie ne suffira pas à guérir. Les migrantes et les migrants sont particulièrement touchés par ce genre d'événements ineffaçables. Ils souffrent de stress post-traumatique – souvent en silence et sans savoir ce qui les perturbe. spectra présente la nouvelle brochure «Lorsque le passé résiste à l'oubli» qui informe clairement sur les traumatismes et leurs séquelles. Egalement dans le présent numéro de spectra: une étude reconnaît des succès tangibles à l'interprétariat communautaire.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Check up éthique des mesures de santé publique

Éthique en santé publique. Les acteurs de la santé publique doivent avoir une vision supra-individuelle tout en portant attention à l'individu. En effet, ce qui sert la société peut desservir le particulier. Inversement, des comportements préjudiciables pour la santé peuvent à leur tour conduire à un surcroît de charge économique pour la société. Alors, quels principes retenir lorsque l'on met dans la balance profit et préjudice, bien commun et bien individuel? L'éthique en santé publique doit pouvoir répondre.

Si les interventions de santé publique visent le bien-être de l'ensemble de la société ou de groupes, elles concernent aussi l'individu et peuvent entrer en conflit avec sa liberté de décision. C'est pourquoi la santé publique se trouve en permanence dans le champ de tension entre bien commun et bien de la personne. Toute décision ne pourra être prise qu'après une réflexion approfondie sur le profit tiré au niveau collectif et le possible préjudice causé au niveau individuel. Dans leur ouvrage «Public Health Ethik», Daniel Strech et Georg Marckmann présentent six critères destinés à soutenir l'évaluation éthique de mesures de prévention et de promotion de la santé.

1. Potentiel de profit pour la population-cible

> *Principes éthiques de la maximisation du profit et de la bienfaisance*
Tout en respectant l'autonomie, les mesures de santé publique doivent apporter le plus grand profit possible en matière de santé pour une société.

L'évaluation éthique d'une intervention de prévention devra donc commencer par une évaluation du potentiel de profit. Avant de lancer une mesure, des études scientifiques doivent avoir suffisamment démontré qu'elle sera efficace selon toute vraisemblance et ce, dans une mesure suffisamment élevée. En matière de dépistage précoce, il est en particulier important que ces mesures ne conduisent pas à prolonger la phase de maladie.

2. Potentiel de préjudice pour les participants

> *Principes éthiques de la non-malfaisance et de la bienfaisance*

Les interventions de santé publique s'accompagnent généralement d'effets négatifs inévitables: les résultats de tests positifs par erreur (p.ex. dans le dépistage du cancer) peuvent conduire à des thérapies inutiles; des campagnes d'information risquent de stigmatiser les groupes concernés (p.ex. les enfants en surpoids). Tout l'enjeu consiste à mettre en balance le profit et le préjudice potentiel et à obtenir une confirmation scientifique.

3. Droit à l'autodétermination

> *Principes éthiques du respect de l'autonomie et de la bienfaisance*

Dans les sociétés libérales, la valeur accordée à l'autonomie d'un individu a fortement augmenté ces dernières années, avec pour conséquence de reporter sur l'individu la responsabilité fondamentale de la santé et de la prévention des maladies. Ce principe de l'autonomie permet de déduire deux critères éthiques pour les acteurs de santé publique: d'une part, les interventions de santé publique devraient renforcer la



La liberté individuelle – y compris celle de se mettre soi-même en danger – doit toujours être remise en balance avec le bien collectif.

culture sanitaire des individus, de sorte qu'ils puissent assumer correctement la responsabilité de leur propre santé. La culture sanitaire est la capacité de prendre une décision de santé sur la base de toutes les informations pertinentes et disponibles. D'autre part, la participation à une intervention devrait être librement consentie dans la mesure du possible. Certains cas, par exemple des mesures de quarantaine, entraînent inévitablement une restriction de la liberté de décision. En règle générale, le principe de proportionnalité s'applique: avoir exploité et épuisé toutes les mesures moins restrictives, comme les systèmes d'incitation, avant d'en venir à des moyens légaux (voir encadré «Echelle d'intervention»).

4. Justice

> *Principe éthique de justice*
Tous les pays industrialisés connaissent

actuellement une hausse des inégalités sociales qui, à son tour, recèle le risque d'une augmentation des inégalités en matière de santé. En Suisse aussi, les personnes défavorisées en matière de formation, de statut professionnel ou de revenu décèdent beaucoup plus tôt que le reste de la population. Elles souffrent en outre, plus souvent, d'atteintes dans leur santé. C'est pourquoi toute évaluation de mesures de santé publique reposera sur le critère central de leur contribution à réduire les inégalités en matière de santé. Chaque être humain doit bénéficier des mêmes chances et des mêmes ressources pour exploiter son potentiel de santé. Les mesures adaptées aux groupes défavorisés en matière de santé sont particulièrement précieuses, à condition de prendre garde aux potentiels de préjudices tels que la stigmatisation. Le principe de justice signifie également qu'une mesure doit être

Forum

L'éthique, parent pauvre de la promotion de la santé ?

La promotion de la santé soulève des questions d'éthique à deux niveaux. Au premier niveau, les mesures concrètes de promotion de la santé sont étudiées sous l'angle de leur recevabilité morale. Au second niveau, l'objectif visé est envisagé d'un point de vue moral. Jusqu'ici, l'éthique en santé publique s'est concentrée essentiellement sur le premier niveau. S'il est possible, il est vrai, que les questions éthiques soient négligées dans certains cas particuliers, d'une manière générale, la question de la recevabilité morale d'une mesure est toutefois débattue de manière appropriée. Il en va différemment au second niveau. Il peut paraître étonnant de devoir justifier moralement la promotion de la santé. Pourtant, apporter de l'aide à une personne malade ou exigeant des soins, ou prévenir quelqu'un de dangers aigus pour son intégrité physique ou vouloir l'inciter à changer son mode de vie pour améliorer son bien-être (à long terme) sont deux choses différentes d'un

point de vue éthique. Les mesures et les activités visant à préserver et à renforcer la santé d'autrui entrent dans la dernière rubrique.

De l'avis général, il existe une obligation de bienfaisance dans certains rapports humains, notamment au sein de la famille ou dans la relation médecin-patient. Cette obligation existe-t-elle aussi entre personnes étrangères? La question reste posée. Très peu parmi nous apprécieraient que des vendeurs ou des tiers leur recommandent, après avoir étudié le contenu de leur chariot à provisions, d'éviter les denrées alimentaires riches en graisses. Si l'intention est bonne, ces avertissements sont du pur paternalisme.

Fondations et associations privées de promotion de la santé participent à un débat public libre dans lequel il est possible d'inciter autrui à modifier son mode de vie. Les organisations étatiques ne peuvent se contenter d'invoquer cette liberté. Financées par les contribuables, les mesures officielles de prévention et de promotion de la santé nécessitent

une légitimation particulière et des objectifs justifiables.

Lorsqu'il s'agit de profit économique apporté par des personnes en bonne santé, certaines variantes de l'utilitarisme peuvent fournir un argument pour la promotion de la santé. Mais pour la majorité des autres théories éthiques, le profit économique n'est même pas un argument.

Même si elle est souvent invoquée comme justification, on peut tout autant se demander si l'on est en droit de mentionner la préservation durable des systèmes d'assurance. Rester plus longtemps en bonne santé ne se traduit pas nécessairement par une réduction des coûts de santé, mais par leur report sur des périodes futures de la vie. A ce jour, l'amélioration de l'état de santé de la population n'a en tout cas pas généré de baisse des dépenses de santé. En outre, le débat devrait porter sur la pertinence d'accorder un rôle prioritaire aux réflexions financières. Si, pour une question de dignité humaine, les citoyens ont un droit absolu à certaines prestations

de santé, l'Etat a le devoir de mettre lesdites prestations à leur disposition. Mais, si nous avons un droit inconditionnel au traitement, il devient difficile de parler d'une obligation de solidarité à la santé.

Lorsque l'on s'interroge en quoi l'éthique est le parent pauvre de la promotion de la santé, la réponse est à ce niveau: la justification de l'objectif.



Prof. Klaus Peter Rippe, professeur en Philosophie pratique à la Haute école pédagogique de Karlsruhe/Codirecteur du bureau ethik im diskurs gmbH.

accessible à toutes les personnes qui peuvent en profiter, ce qui suppose l'élimination aussi réelle que possible des obstacles financiers, géographiques, linguistiques ou culturels.

5. Efficience
> *Principes éthiques de la maximisation des bénéfices et de la justice*
Compte tenu des ressources publiques, l'efficience d'une mesure de santé publique doit être soigneusement clarifiée, et notamment faire l'objet d'une analyse du rapport incrémental coûts-bénéfices. Cette analyse permet de comparer le rapport entre les coûts supplémentaires et les bénéfices supplémentaires à des mesures alternatives – s'il en existe. L'efficience fait aussi intervenir le principe de proportionnalité et, donc, requiert de clarifier si un objectif déterminé ne peut pas être atteint plus facilement, par des mesures moins restrictives et avec un potentiel de préjudices moins important. (Voir encadré «Echelle d'intervention»)

6. Légitimité
> *Principes éthiques de la justice et du respect de l'autonomie*
Les réflexions morales complexes

trouvent rarement une réponse unique et définitive. Faute de «superprincipe» éthique et d'impératif de pondération, il est difficile de résoudre les divergences d'opinions éthiques en matière de santé publique. Il faut alors évaluer la légitimité non seulement de l'instance de décision mais aussi du processus décisionnel. Les critères applicables à un processus décisionnel légitime et équitable sont la transparence des bases normatives et empiriques, la cohérence des différentes décisions, la rationalité des justifications, la participation des groupes concernés, la minimisation des conflits d'intérêts, la disposition à pouvoir réviser une décision en cas de nouvelle situation et une réglementation officielle ou volontaire qui garantit le respect effectif de ces principes. Dans le discours politique, l'expérience montre que d'autres critères entrent en jeu, portant sur les bénéfices et les préjudices économiques ou fédéralistes.

Que doit faire l'Etat?
La responsabilité de la santé incombe, de manière irréfutable, non seulement à l'individu mais aussi à l'Etat, tout comme celle de la sécurité sociale ou de la formation, domaines dans lesquels

les inégalités ne devraient pas avoir de place. Le rééquilibrage ne peut se faire que de bas en haut, c'est-à-dire en améliorant la situation des personnes défavorisées sans péjorer celle des personnes mieux loties. Dans quelle mesure ce rééquilibrage est-il une obligation sociale, et comment placer l'Etat et la société civile devant leur responsabilité au-delà de l'autonomie, tel sera l'objet de la prochaine génération de mesures de santé publique.

Contact: Regula Ricka,
Politique de santé,
regula.ricka@bag.admin.ch

Livre: Strech Daniel, Marckmann Georg (Ed.). Public Health Ethik. Lit Verlag, 2010: Berlin.

L'échelle d'intervention médicale

L'échelle d'intervention médicale est un modèle qui soutient le choix de mesures de prévention et de promotion de la santé adéquates et proportionnées: le passage au niveau supérieur ne se fait que si une intervention ne montre (plus) aucun effet. La règle est la suivante: plus le niveau est élevé, plus il faut apporter de preuves de l'adéquation de la mesure prévue, de son efficacité, de sa nécessité et de sa tolérabilité pour les personnes concernées. Pratiquement toutes

les mesures légales prises dans le domaine de la santé publique visent à protéger contre des objets et des tiers mettant la santé en péril (mise en danger d'autrui). La loi sur les stupéfiants est l'un des rares règlements au niveau fédéral qui contient des interdictions de consommation et veut ainsi protéger des adultes capables de discernement d'une mise en danger de leur propre personne.

Niveau	Mesure	Exemples
1	Ne rien faire (sauf observer l'évolution épidémiologique)	– Surveillance des norovirus (responsables de gastro-entérites aiguës)
2	Informer	– Campagnes «LOVE LIFE – STOP SIDA» – Pyramide alimentaire, roue alimentaire pour les enfants – Campagne «5 par jour» pour encourager la consommation de fruits et de légumes
3	Permettre des choix sains	– Construire des pistes cyclables ou des places de jeux dans des agglomérations densément peuplées – Améliorer les liaisons de transports publics vers les zones de détente de proximité et les installations sportives – Offrir gratuitement des fruits dans l'entreprise
4	Proposer le choix par défaut	– Réduire la teneur en sel dans les plats préparés avec l'option individuelle du «resaler» – Améliorer la «qualité des graisses» des plats préparés – Réduire la teneur en sucre sans influencer les propriétés sensorielles du produit
5	Lier le choix sain à des incitations (financières ou matérielles)	– Réductions sur les abonnements en studio de fitness par les assureurs privés (assurance complémentaire) – Remise gratuite de vaccins par la Confédération et/ou les cantons
6	Lier le choix malsain à des désavantages	– Impôts sur l'alcool et le tabac – Réduction des prestations de l'assurance accidents en cas de non-respect de l'obligation de porter la ceinture de sécurité – Amendes en cas de conduite en état d'ivresse
7	Réduire les choix	– Restrictions liées à l'âge pour la remise d'alcool (LDAI) ou de tabac (cantons) – Interdiction de fumer dans les lieux publics (protection contre le tabagisme passif)
8	Exclure des choix	– Interdiction de l'absinthe (levée) – Quarantaine imposée aux personnes souffrant d'une maladie hautement contagieuse – Interdiction de stupéfiants illégaux

Echelle d'intervention à 8 niveaux (Nuffield Council on Bioethics, www.nuffieldbioethics.org)

En première ligne

Alors que l'éthique médicale se penche sur les conflits éthiques en lien avec le traitement des patients pris individuellement, l'éthique en santé publique concerne le secteur de la santé dans sa globalité. En d'autres termes, son but n'est pas de porter un jugement moral sur l'action d'individus tels que les médecins ou les soignants, mais d'évaluer des mesures prises par les autorités de la santé ou des organisations de santé privées.

Les mêmes quatre principes moraux fondent le cadre général de l'éthique en santé publique et de l'éthique médicale. Le principe de l'autonomie exige que des individus doivent donner leur consentement à certaines mesures (p. ex. vaccinations). Il vise notamment à renforcer l'autoresponsabilité (p. ex. dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé) et l'autodétermination informationnelle (p. ex. dans le traitement de ses propres données de patient). Le principe de non-malfaisance nous contraint à mettre systématiquement dans la balance, dans le cas de mesures en faveur de la population (p. ex. vaccinations), le risque de préjudice pour des individus isolés. Le principe de bienfaisance est diversement interprété: une acception part du principe que l'Etat n'est tenu que partiellement à la bienfaisance et ne doit intervenir que s'il existe un risque tiers (p. ex. interdiction de fumer pour protéger contre le tabagisme passif). Une autre requiert une plus forte obligation de bienfaisance de l'Etat qui doit créer les conditions-cadres permettant aux individus d'assumer la responsabilité de leur santé. Enfin, le principe de justice constitue souvent un grand défi mais peut, néanmoins, selon le bien à distribuer, tenir compte d'une répartition équitable ou inéquitable. Le principe de justice soutenu par John Rawls peut servir ici de guide pour distribuer les biens de manière à améliorer la situation des plus défavorisés, par exemple en orientant les activités d'information non pas sur les personnes déjà bien informées, mais sur celles dont il faut encore renforcer la culture sanitaire.

Nous sommes donc, nous aussi, responsables de l'évaluation de nos actes et de nos absences d'actes, non seulement d'un point de vue de santé, mais aussi dans une perspective éthique.



Salome von Greyerz,
Cheffe de la division Stratégies de santé,
Office fédéral de la santé publique

«L'État ne peut pas faire le bonheur de tous. Il peut tout au plus créer les co

Entretien avec Georg Kohler. La santé est un bien: quel est son rôle dans notre société et est-elle équitablement répartie? Quelle est la responsabilité de l'État, quelle est celle de l'individu? Quelle est la différence entre égalité et équité? Où se situent les limites de ce qui est souhaitable, faisable ou finançable et quand la solidarité entre-t-elle en ligne de compte? spectra s'est entretenu avec le professeur émérite en philosophie politique.

spectra: De quelle quantité de santé l'homme a-t-il besoin?

Prof. G. Kohler: Cela dépend de ce que l'on entend par santé, ou par maladie. D'aucuns diront que nous avons besoin d'autant de santé que possible. Pour eux, la notion de santé est fortement associée à l'idéal de perfection; il faut écarter toutes les imperfections et les handicaps naturels, c'est une sorte de déni de la finitude de l'être humain. Pour d'autres, la réponse sera: «en tout cas, suffisamment». Reste à savoir ce qu'est suffisamment et qui décide de ce qui est suffisant. Ce que je sais, c'est que plus nous disposerons de moyens techniques, scientifiques et financiers pour intervenir sur la nature, plus nous serons amenés à prendre de décisions et

«Plus nous disposerons de moyens techniques, scientifiques et financiers pour intervenir sur la nature, plus nous serons amenés à prendre de décisions et plus le secteur de la santé se politisera.»

plus le secteur de la santé se politisera. A qui appartient cette décision? En premier lieu, j'espère, à la raison et à la compassion. Mais en fait, les décisions sont prises au niveau politique – ou sur le libre marché. De toute manière on ne se soustrait pas à la décision lorsqu'il y a des options.

Notre interlocuteur

Georg Kohler, 1945, est professeur émérite de philosophie politique à l'Université de Zurich. Il a étudié la philosophie, les lettres et le droit public aux universités de Zurich et de Bâle. Il a axé ses recherches sur la philosophie politique, sur l'esthétique philosophique et sur la philosophie de la culture ainsi que sur la culture politique et sur l'identité de la Suisse. A côté de son activité universitaire, Georg Kohler a travaillé, de 1984 à 1991, au sein de la direction d'une entreprise familiale à Vienne. Il écrit régulièrement pour la Neue Zürcher Zeitung et pour d'autres journaux suisses.

Une fois le «suffisamment» défini, il y a aussi des limites. Comment ressentez-vous le débat sur ces limites dans notre société?

A vrai dire assez mal. Il existe d'innombrables groupes d'intérêt, tous différents, et la situation des intérêts est très confuse. Nous avons les patients, les médecins, les caisses-maladie, les caisses de pensions, les hôpitaux, les partis politiques, l'industrie pharmaceutique et d'autres acteurs de l'économie, tous ayant un intérêt à ce que les personnes consomment du bien 'santé'. Et il y a des organes de l'État, comme l'Office fédéral de la santé publique, pour ainsi dire le pouvoir administratif officiel. Les administrations ont, elles aussi, du pouvoir et des intérêts propres; une bureaucratie veut toujours se préserver. La complexité des intérêts rend difficile le simple fait de poser la question. Elle est tout simplement trop philosophique et abstraite. Et si l'on se réfère aux faits concrets, le litige est rapide et tout s'embrouille. Je pense néanmoins qu'il est essentiel de poser la question des limites entre souhaitable et faisable.

Quelle peut être la contribution de la philosophie politique?

Elle peut rappeler que de nombreux problèmes sociaux sont liés au flou qui entoure les notions. Qu'est-ce que la santé? La maladie? Qui définit les termes et à partir de quels intérêts? Il est pratiquement inévitable d'inclure un certain intérêt dans la définition de notions de référence comme la santé. Ce qui est faux, c'est de ne pas refléter ces intérêts. La philosophie politique le fait. Elle peut, en outre, maintenir éveillés des thèmes de fond; donc non seulement l'aspiration de l'homme au bonheur et à la santé, mais tout autant le fait de la mort, de notre finitude. Il faut vraiment s'interroger sur le sens des mesures qui prolongent, peut-être, une vie de quelques semaines, seulement. Aujourd'hui, on comprend mieux ces choses qu'autrefois, et la médecine palliative est davantage considérée. De tout temps, la philosophie a eu pour mission de rappeler le souvenir de la mort et de réfléchir sur le bien mourir. La philosophie doit donc refléter les notions de référence, ensuite réfléchir sur ce qui constitue l'être humain et, enfin, créer des liens concrets avec les problèmes actuels.

Les limites entre techniquement et financièrement faisable sont assez souples en Suisse. Ce qui n'est pas le cas dans les pays en développement.

Oui, nous avons une vie très privilégiée en Suisse. En matière de santé, c'est même le paradis, y compris en comparaison européenne. Pour être un peu plus incisif, on peut dire que notre bonheur dépend aussi, hélas, de notre capacité à oublier la souffrance des plus démunis. Quoi qu'il en soit, il est important

de comparer. Par exemple, le système de santé des États-Unis coûte, toute proportion gardée, autant que le sys-

«On peut dire que notre bonheur dépend aussi, hélas, de notre capacité à oublier la souffrance des plus démunis.»

tème suisse, mais il est beaucoup moins efficient. C'est son orientation sur le marché et sur les bénéfices qui le rend si cher. En matière de santé, le marché n'est donc pas automatiquement synonyme d'efficacité, et les postulats de justice ne doivent pas le rendre plus cher que les impératifs économiques.

Plus la richesse croît, plus l'aspiration aux prestations médicales augmente. Ce qui encourage l'inégalité en matière de santé.

La devise du secteur de la santé suisse consiste à tout proposer à tous et, surtout, toujours ce qu'il y a de mieux. Cela ne peut continuer indéfiniment. Il faut accepter certaines différences. Dans d'autres domaines, notre société est bien prête à accepter une certaine dose d'inégalité – pour de bonnes et de mauvaises raisons. Confondre simplement équité et égalité est une erreur. Une des missions fondamentales de toute théorie de l'équité consiste à trouver la juste mesure rendant une inégalité équitable.

La population suisse vieillit toujours plus, de nombreuses personnes partent en retraite en pleine santé. La bonne santé de la population suisse indique que le système de santé – c'est-à-dire la conjonction de l'intervention et de la prévention publique et de la responsabilité individuelle – a bien fonctionné jusqu'ici.

Oui, en insistant sur 'jusqu'ici'. La grande conquête de la Suisse – la démocratie directe – est finalement liée à une certaine culture politique de la solidarité, donc notamment à des mesures de compensation de l'État social. La pensée solidaire nécessaire pour y parvenir me semble aujourd'hui moins marquée que dans le passé. Ne pensez pas que je critique ici uniquement l'égoïsme des privilégiés! Après la fin de mes études, j'ai dû attendre un an avant de pouvoir prendre mon poste d'assistant. Mais jamais je n'aurais eu l'idée de m'inscrire au chômage pour cette période. Aujourd'hui, c'est monnaie courante. On observe une tendance générale à considérer les offres de l'État non plus d'un point de vue de la solidarité mais de celui du pur intérêt personnel. L'attitude dominante est celle du «je paye des assurances, alors j'en profite aussi». Nous devrions veiller à ne pas surexploiter les offres de l'État.



Georg Kohler

Dans la prévention et la promotion de la santé, on parle de droits de l'individu mais aussi de certains devoirs. Dans quelle mesure l'esprit de solidarité intervient-il ici?

La prévention est orientée sur l'égalité et tente d'aider la population à atteindre un meilleur niveau de santé. D'un point de vue normatif et analytique, la balance penche largement en faveur de la prévention. Pour m'être entretenu avec le professeur Felix

«L'échec de la loi sur la prévention ne doit toutefois pas signifier qu'il faille renoncer à la prévention.»

Gutzwiller, je sais à quel point la santé est liée au statut social, au revenu et au niveau de formation. En conséquence, les mesures sociales étatiques sont justifiées. Par ailleurs, je comprends aussi la frustration qu'il y a à se sentir en permanence sous tutelle qui est, à mon avis, l'origine de l'échec de la loi sur la prévention. Mais il s'agit aussi d'une attitude fondamentale. L'État ne peut pas faire le bonheur de tous. Il peut tout au plus créer les conditions-cadres pour y parvenir. Ensuite, comme je l'ai déjà dit, le pouvoir administratif public a ses propres intérêts qui ne coïncident pas toujours avec ceux de la population. En d'autres termes, même bien intentionné, l'esprit paternaliste ou 'mater-

Conditions-cadres pour y parvenir. Éventuellement aussi par la prévention.»



naliste' de l'administration en agace plus d'un, non sans raison. Pour autant, l'échec de la loi sur la prévention ne doit pas signifier qu'il faille renoncer à la prévention.

Quelle est l'importance de la responsabilité de l'individu et de celle de l'État en matière de santé?

Avant toute chose, chacun est responsable de lui-même. C'est le principe libéral de l'autonomie positive et négative. Chacun doit savoir combien il boit et fume, pour citer un exemple. Il existe aussi un droit à se détruire soi-même. Mais alors surgit immédiatement la question de savoir dans quelle mesure cette autodestruction ou cette mise en danger de soi-même nuit à la société. Pensons aux sportifs de l'extrême qui veulent tout de même être sauvés s'ils ont un accident. La société entre donc très vite en jeu lorsqu'il s'agit de supporter les conséquences de la mise en danger de soi-même. Il s'agit bien sûr à nouveau de solidarité. Mais attention, il existe des visions très différentes de la solidarité. Comme chacun sait, les Suédois ont un esprit de solidarité marqué qu'ils financent par des impôts élevés. Les choses sont différentes aux États-Unis où près de 50% de la population cautionnent une ingérence aussi faible que possible de l'État. Chez nous, l'État a toujours été la 'res publica', la chose publique qui nous concerne tous. Bien sûr qu'il existe aussi une solidarité aux États-Unis, mais sur base privée (des

nombreuses communautés). En Suisse, on considère plutôt que l'État est habilité à traiter des questions comme la prévention, qui touchent à la vie privée.

Ce qui peut aussi conduire à des situations scabreuses. Par exemple, la Suisse verse d'un côté près de 15 millions de francs de subventions aux cultivateurs de tabac et dépense, de l'autre, près de 15 millions de francs pour la prévention du tabagisme.

Oui, cela semble curieux au premier abord. Mais, premièrement, les États agissent toujours dans des situations complexes dans lesquelles les oppositions sont inévitables. Deuxièmement, ces oppositions ne produisent que rarement de véritables contradictions. La situation que vous décrivez n'est en fait pas une contradiction mais un rapport d'oppositions. En effet, les subsides accordés aux tabaculteurs tout comme les dépenses en matière de prévention du tabagisme sont légitimes et ne s'excluent pas. Pourquoi? Parce que la politique de prévention libérale ne peut pas simplement consister à veiller à ce qu'il ne soit plus autorisé de fumer.

Il existe 26 systèmes de santé différents en Suisse. N'est-ce pas inconvenant à vos yeux?

C'est le prix du fédéralisme helvétique. Et ce prix est justifié, même si on peut discuter. Il y a dix ans environ, Avenir Suisse avait sorti une étude sur l'esprit

de clocher, le fameux «Kantönligeist», dont le message principal était que le fédéralisme helvétique conduit à une mauvaise politique. C'est parfois vrai, notamment lorsqu'il produit des formes de concurrence fiscale que le Tribunal fédéral doit rectifier pour des raisons constitutionnelles. Mais nous ne devons jamais oublier notre tradition et notre histoire. En Suisse, c'est toujours au canton que l'on pense lorsque l'on dit «État». Et le principe de subsidiarité fait profondément partie de notre culture politique. La Confédération ne doit intervenir qu'en cas de nécessité absolue. Ce qui ne doit pas signifier pour autant qu'il ne faille pas réfléchir, dans la politique de santé actuelle, sur ce qui, bien que lié à un thème spécifique, doit tout de même être traité au niveau fédéral.

Qui doit aborder ces situations? L'État n'a aucun intérêt à changer le statu quo.

Par «État» vous entendez certainement «canton». Le Conseiller fédéral Alain Berset devrait prendre l'initiative et présenter ses idées d'harmonisation au Parlement. Quoi qu'il en soit, de nouvelles institutions sont toujours liées à l'évolution de la société. Et il est évident que la Confédération et ses autorités exécutives devront évoquer d'éventuels déficits institutionnels du fédéralisme. Sans oublier que les solutions imposées sont rarement de bonnes solutions.

«Le Conseiller fédéral Alain Berset devrait prendre l'initiative et présenter ses idées d'harmonisation au Parlement.»

Enfin, il est indéniable que l'évolution actuelle de la population conduit de nombreuses réglementations existantes

à défavoriser les cantons fortement peuplés. Le canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures et ses 16'000 habitants à peine, devraient être conscients de leur privilège face au canton de Zurich et à ses 1,4 million d'habitants, et penser parfois aux intérêts de la majorité.

«Le canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures et ses 16'000 habitants à peine, devraient être conscients de leur privilège face au canton de Zurich et à ses 1,4 million d'habitants, et penser parfois aux intérêts de la majorité.»

Le fédéralisme est donc précieux, mais c'est également un chantier éternel. Rien n'est juste ici, une bonne fois pour toutes. On peut s'interroger, par exemple, sur la nécessité d'avoir un centre hospitalier à Saint-Gall et un à Herisau. La politique exige toujours des décisions, et parfois il est bon aussi que la majorité passe outre la minorité.

La médecine dans le miroir du progrès

Pour Georg Kohler, le progrès médical change aussi la définition de la santé ou de la maladie. Plus il y a de possibilités médicales, plus les souffrances sont perçues comme maladie potentiellement curable. En matière de progrès, Kohler différencie trois univers médicaux:

- Le «monde de la rougeole» accorde la priorité au rétablissement de patients en phase de maladie aiguë ou blessés – «santé» est ici synonyme de soulagement de la souffrance. Dans les pays industrialisés, cette médecine appartient au passé.
- Dans le «monde de la Maserati» (qui ne concerne évidemment que les pays industrialisés), les souffrances sont guéries aussi, comme dans le «monde de la rougeole», mais exclusivement grâce aux moyens et aux technologies les plus modernes utilisés, il est vrai, également pour exploiter chaque possibilité d'amélioration supposée (p. ex. les liporéducteurs). Ces «soins, les meilleurs de tous les soins médicaux» sont accessibles à tous à égalité dans le «monde de la Maserati».
- Dans le «monde de Madonna» la médecine étend systématiquement son champ d'action: ce qui est techniquement possible et économiquement intéressant est fait; l'homme imparfait est toujours digne d'amélioration. Conformément à la devise «mort à la mort», même le vieillissement est déclaré maladie et Madonna, l'éternelle jeune pop star devient l'icône de cette vision du monde assez in-humaine.

La prévention du tabagisme, un droit de l'homme fondamental

Prévention du tabagisme. Margaret Chan, directrice générale de l'OMS, appelle à invoquer davantage les droits de l'homme dans la lutte contre l'Industrie du tabac.

Lors de la 15^e Conférence mondiale sur le tabac ou la santé (mars 2012 à Singapour), Margaret Chan a prié instamment les participants de se servir de l'argument des droits de l'homme et des enfants contre les activités de l'Industrie du tabac et à imposer des interdictions. La culture du tabac et la consommation de tabac violent souvent les droits de l'homme. Le nombre élevé d'enfants travaillant dans les plantations de tabac (infraction à la loi sur l'interdiction du travail des enfants dans les travaux dangereux) ou le manque de protection des non-fumeurs (violation de leur droit à la santé) en sont deux exemples.

Appliquer la Convention

En 2011 déjà, lors du WHO Global Forum, Margaret Chan avait attiré l'attention sur la propagation de maladies chroniques non transmissibles, telles que le cancer ou les maladies cardiovasculaires, fortement favorisées par le fait de fumer. Ces maladies sont un énorme défi pour tous les pays. La lutte contre les maladies non transmissibles n'est pas comparable à celle contre des maladies infectieuses comme le VIH ou le sida. La première est avant tout une lutte contre des acteurs économiques puissants qui poursuivent des intérêts purement commerciaux et en aucun cas sanitaires. Une coopération avec l'Industrie du tabac n'est pas envisageable pour Chan. Dans la lutte contre le tabagisme, seuls des moyens de pression légaux sont efficaces. Dans son appel, Margaret Chan soutient notamment l'engagement de l'organisation internationale «Human Rights and Tobacco Control Network» (HRTCN). Ce réseau mondial promeut la mise en place de

restrictions du tabagisme sur la base des droits de l'homme. Pour y parvenir, il s'appuie sur des accords internationaux tels que la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac, la Convention des droits de l'enfant, la Convention du droit des femmes et le Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels (pacte social).

Six millions de morts par an – tendance en hausse

D'après de «Tobacco Atlas», près de six millions de personnes ont perdu la vie en 2011 à cause de la consommation de tabac. Un fumeur sur deux meurt de la consommation du tabac, la moitié d'entre eux vers la cinquantaine. L'OMS s'attend à ce que le nombre de fumeurs continue d'augmenter dans les 20 prochaines années et, avec lui, les problèmes connexes. La stratégie mondiale de marketing du tabac vise actuellement avant tout les femmes dans les pays émergents et en développe-

ment.

L'Industrie du tabac ne sème pas seulement la maladie et la mort, elle provoque aussi des problèmes économiques, sociaux et écologiques: la consommation de tabac prive de nombreuses familles de leur principal soutien par décès prématuré; de nombreuses plantations de tabac emploient des enfants, les spoliant ainsi non seulement de leur santé mais aussi d'une formation et d'une perspective d'avenir; les plantations de tabac, gourmandes en pesticides et responsables de déboisements, causent enfin de graves dommages à l'environnement et à la santé.

Liens:

Human Rights and Tobacco Control Network: www.hrtcn.net

World Conference on Tobacco or Health 2012: www.wctoh2012.org

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

Vade-mecum pour une meilleure santé en milieu carcéral

Service de santé en milieu carcéral. Lancé en 2008, le projet BIG (Lutte contre les maladies infectieuses en milieu carcéral) veut harmoniser les soins de base en milieu carcéral à ceux dispensés à l'extérieur. Pour réussir, il faut resserrer la collaboration entre le secteur de la santé et le système judiciaire. Un vade-mecum élaboré en commun est un premier pas dans cette direction.

Des études réalisées dans les prisons de différents pays européens révèlent que la morbidité y est plus élevée qu'en milieu libre. En Suisse aussi, la prévalence de maladies infectieuses telles que le VIH ou la tuberculose est bien plus élevée dans les établissements pénitentiaires que dans le monde extérieur. Pour résoudre ce problème, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), l'Office fédéral de la justice (OFJ) et la Conférence des directrices et directeurs des départements cantonaux de justice et police (CCDJP) ont lancé le projet BIG en 2008. L'objectif est d'appliquer le principe d'équivalence, en donnant aux personnes incarcérées le même accès aux offres de prévention et de thérapie qu'aux personnes en liberté.

Peu de programmes d'échange de seringues

Le projet BIG est utile, ainsi qu'en attestent les mesures de réduction des risques dans le domaine des drogues. L'épidémie de VIH parmi les consommateurs de drogue par voie intraveineuse (IDU) à la fin des années 80 a souligné la nécessité d'accorder la priorité à la réduction des risques face à la mise en danger immédiate de la santé des IDU. Des programmes d'échange de seringues, des locaux d'injection, des pro-

grammes de méthadone et, plus tard, même des programmes de remise d'héroïne sont devenus la norme en Suisse. Avec de bons résultats: en 2011, le nombre de nouvelles infections au VIH parmi les IDU était inférieur à 30 – en 1990, ce nombre dépassait 1000. Quelques établissements pénitentiaires ont eux aussi adopté des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues. Le projet-pilote, lancé en 1994 dans la prison pour femmes de Hindelbank, est considéré, à l'international, comme LA référence en matière de réduction des risques dans l'exécution des peines. Pourtant, aujourd'hui, seules 13 des 113 prisons en Suisse proposent des offres comparables.

En prison, la santé est l'affaire de la justice

Cette situation est due en partie à la structure fédérale de la Suisse. Les cantons sont compétents pour la justice et pour les institutions de privation de liberté. La responsabilité de la santé en milieu carcéral leur incombe aussi. Dans 24 cantons, c'est la direction de la justice qui est responsable des services de santé en prison. Dans deux cantons seulement, ces services dépendent de la direction de la santé. Si les services de santé en milieu carcéral font partie de l'exécution des peines, leur indépendance médicale ne peut être garantie. La majorité des médecins et du personnel soignant se trouvent ainsi dans un conflit de loyauté. Les principes du consentement éclairé et du secret médical sont souvent enfreints.

Un vade-mecum pour harmoniser la situation

Le projet BIG se situe dans ce champ de tension entre les soins de santé et l'exécution des peines: les autorités judi-

ciaires et sanitaires doivent créer, ensemble, des instruments durables pour lutter contre la transmission de maladies infectieuses dans la privation de liberté, en appliquant les mêmes méthodes que dans le monde extérieur. La direction de cette collaboration incombe aux autorités sanitaires. Les différences nettes qui existent aujourd'hui entre les établissements pénitentiaires en matière de dépistage, de prévention et de traitement des maladies transmissibles, seront atténuées à l'avenir, grâce à des standards minimaux harmonisés à l'échelle nationale en matière de prévention, de conseil, de test et de thérapie. Les modules de formation en vue de la prévention des maladies infectieuses seront également développés pour les collaborateurs des prisons, à tous les niveaux et dans toutes les professions, et mis en œuvre par ces derniers.

Un vade-mecum contenant des recommandations, des standards et des checklists sur la question des maladies infectieuses et des thèmes paramédicaux (p. ex. Questionnaires d'admission et transmission d'information) a été rédigé pour les y aider. Le document, qui porte sur des situations concrètes, a été vérifié par des spécialistes. Son contenu repose sur des données empiriques et s'appuie sur des preuves issues de la littérature spécialisée.

Le vade-mecum peut être téléchargé au format PDF ou commandé en version imprimée sous: www.bag.admin.ch > Thèmes > VIH et sida > Personnes incarcérées

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

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

Impressum • spectra No 96, Janvier 2013

«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, BMP Translations AG

Photos: OFSP, Stéphane Etter (Pardon madame), Christoph Hoigné, iStockphoto

Graphisme: Lebrecht typ-o-grafik, 3006 Berne

Impression: Bütiger 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 mars 2013

Rencontre internationale d'experts en matière de substitution à Genève

Conférences sur la dépendance aux opiacés. Les 18 et 19 octobre 2012, deux conférences ont eu lieu conjointement au Centre International des congrès de Genève sur le traitement de la dépendance aux opiacés: le 3^{ème} Colloque international francophone sur le traitement de la dépendance aux opioïdes (TDO) ainsi que la 3^{ème} Conférence nationale sur la substitution (NaSuKo). Ces deux manifestations ont réuni plus de 450 spécialistes venus de Suisse et d'autres pays francophones.

La Conférence nationale sur la substitution (NaSuKo), qui a lieu tous les cinq ans, permet de dresser à chaque fois un bilan de la situation en la matière et de discuter des possibilités de développement dans ce domaine. Par traitement de substitution il faut entendre le remplacement, sur prescription médicale, d'un opioïde illégal (généralement l'héroïne) par un médicament légal (produit de substitution). Les principaux produits de substitution sont actuellement la méthadone, la buprénorphine et la diacétylmorphine (héroïne pure). De premières recommandations rudimentaires en matière de traitements de substitution ont été définies à l'occasion de la première NaSuKo, en 2002. Elles servent de référence principalement aux médecins de famille qui soignent plus de la moitié des patients bénéficiant de traitements médicaux pour dépendance aux opiacés en Suisse. Cette année, la SSAM (Société suisse de médecine de l'addiction) a présenté une nouvelle version des recommandations cliniques, basées sur les données scientifiques actuelles. Pascal Strupler, directeur de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a souligné, dans son allocution de bienvenue, l'importance de poursuivre ces développements. Ces efforts ont permis de réaliser l'une des plus anciennes aspirations de l'OFSP en matière de politique de drogues, à savoir faire reposer les méthodes de traitement sur une recherche clinique et empirique. Ce qui est évident pour toute autre maladie se révèle particulièrement ardu avec le traitement basé sur la

substitution. Comme en Suisse durant de longues années, ces traitements suscitent encore en maints endroits dans le monde de fortes réticences d'ordre moral et une méfiance à l'égard des connaissances scientifiques qui en étayaient pourtant leurs résultats.

Fil rouge: la législation et son impact

Les cadres légaux régissant les traitements de substitution et leurs contextes politiques nationaux ont constitué l'un des fils rouges du 3^{ème} Colloque international francophone sur le traitement de la dépendance aux opioïdes (TDO). Le TDO, organisé pour la première fois à Montréal en 2008, a lieu tous les deux ans. Il permet d'échanger sur les progrès réalisés dans les traitements de substitution et sur leur utilité. Étaient présents, pour la première fois, des représentants du Maroc, de l'Algérie, de la Tunisie, de l'Égypte, du Liban et du Cameroun, où les traitements de substitution commencent à s'établir ou à être considérés comme une option envisageable. Certaines contributions traitant du thème-clé du TDO ont été présentées conjointement aux deux conférences, comme par exemple l'exposé de Ruth Dreifuss, ancienne conseillère fédérale et membre de la Global Commission on Drug Policy, qui s'est exprimée sur la criminalisation des personnes dépendantes et ses effets sur leur santé. Elle a ensuite plaidé en faveur d'une démarche politique pragmatique et de projets concrets innovants. Le professeur Olivier Guillod de l'Université de Neuchâtel a présenté une étude comparative, sur mandat de l'OFSP, des législations en vigueur en France, en Belgique, au Canada, en Tunisie et en Suisse, concernant les traitements de substitution. La Suisse, où des médecins spécialisés peuvent prescrire de la diacétylmorphine, selon des modalités légales strictes, se situe ici parmi les pays les plus avancés. En France, par exemple, la méthadone ne peut être prescrite que par des médecins dans des cliniques spécialisées, les médecins de famille ne pouvant prescrire que de la buprénorphine. Au Liban, seuls les psychiatres peuvent prescrire des produits



Le professeur Olivier Guillod, l'ancienne Conseillère fédérale Ruth Dreifuss et le professeur Jacques Besson à l'ouverture des conférences.

de substitution. Ces réglementations restrictives peuvent être considérées comme une motion de défiance du législateur envers les traitements de substitution et les patients dépendants. Elles ne contribuent pas à les rendre attractifs, alors que tous les pays connaissent une pénurie de médecins prêts à accepter des patients dépendants aux opiacés et à leurs prescrire les médicaments de substitution. La charge administrative importante liée à de tels traitements et le contact parfois difficile avec les patients dépendants aux opiacés découragent de nombreux médecins. Pour soutenir les médecins de famille dans cette tâche, le Collège romand de médecine de l'addiction (COROMA), le Forum Suchtmedizin Ostschweiz (FOSUMOS), le Forum Suchtmedizin Inner-schweiz (FOSUMIS) et Ticino Addiction ont lancé la plate-forme www.praticien-addiction.ch. Les médecins y trouvent des informations détaillées sur les modalités de traitement de toutes les substances addictives.

La Suisse, un modèle

Qui peut prescrire quels produits de substitution, à qui et dans quelles conditions? Comment créer un accès large aux traitements de substitution? Quels sont les besoins en soutien des médecins en la matière? Autant de questions qui préoccupent actuellement tous les États. Les spécialistes des drogues de

nombreux pays envient la Suisse et sa grande marge de manœuvre qui lui a permis, au début des années 1990, d'expérimenter de nouvelles mesures, et de développer des réponses efficaces aux problèmes de l'époque. Une liberté que les experts, rassemblés à Genève, exigent aussi de leurs décideurs politiques. Or, dans certains pays, c'est la tendance inverse qui se dessine. Au Québec par exemple, le gouvernement a décidé de ne pas introduire le traitement avec prescription d'héroïne – malgré les résultats positifs d'une étude-pilote accompagnée scientifiquement. En Suisse aussi, des voix répressives regagnent en importance – face aux difficultés de certaines villes à contrôler le commerce de drogue dans les rues. En France et en Belgique en revanche, la pression des grandes villes en faveur d'un assouplissement des possibilités de prescription fortement restrictives, crée un espoir. À l'issue des deux conférences, le message principal des spécialistes est clair: abandonner des positions rigides, retenir et adapter les mesures pertinentes et efficaces.

Liens:
www.tdo3.org
www.nasuko3.ch

Contact: René Stamm,
Section Drogues,
rene.stamm@bag.admin.ch



Pascal Strupler, directeur de l'Office fédéral de la santé publique, a exprimé sa satisfaction de voir le traitement de substitution en Suisse reposer désormais sur des études cliniques et empiriques.



Plus de 450 spécialistes venus de divers pays francophones se sont rencontrés en octobre, à Genève, pour échanger leurs connaissances et leurs expériences sur le traitement de substitution.

L'interprétariat communautaire est efficace



Interprétariat communautaire. Une étude s'est penchée sur l'intervention et l'impact des interprètes communautaires dans les hôpitaux et les cliniques suisses.

L'étude du Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale (BASS) s'inscrit dans le cadre de la Stratégie fé-

dérale Migration et santé et confirme l'impact positif avéré de l'interprétariat communautaire. Selon les résultats, le recours aux interprètes communautaires produit un effet positif sur le processus de guérison, sur l'état de santé futur et sur le comportement en matière de prévention des patients allophones. Cette étude confirme ainsi les résultats

de l'étude préliminaire «Coûts et utilité de l'interprétariat communautaire dans le domaine de la santé»: le recours à l'interprétariat communautaire accroît temporairement les frais de santé mais, à plus long terme, il économise des frais sanitaires, économiques et sociaux.

Professionnalisation croissante

On estime que la moitié environ des interventions d'interprétariat est encore fournie par le personnel des services hospitaliers ayant des connaissances linguistiques et non via les services subventionnés de l'Office fédéral des migrations. Dans l'ensemble toutefois, on a assisté à un remplacement net des interprètes internes à l'hôpital par des interprètes communautaires externes et, donc, à une professionnalisation de l'interprétariat dans les hôpitaux. Le volume de ces interventions organisées par les services d'interprétariat en Suisse dans le secteur de la santé a augmenté de 47% entre 2006 et 2010, passant de 49'037 à 72'044 heures par an. Dans plus d'un tiers des cas, les interventions concernent le domaine Psy-

chiatry et dans un cas sur cinq les interventions ont lieu dans les domaines Gynécologie et naissance, et Enfants et adolescents. Les autres interventions ont eu lieu dans divers services somatiques. Plus l'état de santé et la culture sanitaire des patients allophones sont mauvais, plus il faut recourir à l'interprétariat communautaire. Le choix de solliciter un interprète externe ou un membre du personnel interne ayant des connaissances linguistiques dépend fortement de la langue des patients ou de la disponibilité de collaborateurs connaissant cette langue.

Le résumé de l'étude «Interprètes communautaires: intervention et impact dans les hôpitaux et les cliniques» peut être téléchargé sur www.miges.admin.ch
> Interprétariat communautaire

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

Quand le passé résiste à l'oubli

Stress post-traumatique. Une nouvelle brochure de la Croix-Rouge suisse (CRS) contient des informations claires sur les traumatismes et leurs séquelles.

Guerre, exil, torture ou viol: il existe de nombreux événements susceptibles de traumatiser des individus. Les séismes et les accidents de la route peuvent aussi conduire à un traumatisme, mais la violence humaine inflige des blessures morales plus profondes que les catastrophes naturelles ou les accidents. Les migrants et les réfugiés sont particulièrement touchés par des traumatismes. D'après Thomas Hofer, collaborateur du Service ambulatoire pour victimes de la torture et de la guerre de la CRS et auteur de la nouvelle brochure «Quand le passé résiste à l'oubli», on estime qu'un quart des migrants Suisses est traumatisé en. Le financement de la brochure a été assuré par l'OFSP dans le cadre du Pro-

gramme national Migration et santé. Elle s'adresse aux personnes traumatisées, notamment aux migrantes et aux migrants ainsi qu'à leurs proches et les informe, de manière claire, sur l'apparition, les symptômes, les séquelles et le traitement des traumatismes et du stress post-traumatique chez les adultes et les enfants. Thomas Hofer précise: «L'objectif est d'amener les individus traumatisés à reconnaître leur état et à demander de l'aide».

Stress permanent et troubles du sommeil

Un stress post-traumatique se manifeste par le souvenir récurrent d'un événement grave. En même temps, les personnes concernées tentent de refouler le vécu et d'anesthésier leur ressenti afin de moins souffrir. Elles se retrouvent ainsi en situation de stress durable et en état d'alerte permanent. Avec pour conséquences possibles des troubles du

sommeil, des dépressions, des crises d'anxiété, voire le suicide. Les symptômes psychiques s'accompagnent souvent de troubles physiques tels que douleurs dorsales, maux de ventre ou maux de tête.

Traitement et espoir

En règle générale, il est possible de soigner le stress post-traumatique. Selon Hofer, «la psychothérapie a le meilleur effet pour traiter le vécu et le mettre en perspective». Les médicaments sont là aussi pour soulager certains symptômes, mais ne remplacent pas une psychothérapie. La brochure fournit un aperçu des interlocuteurs appropriés et une liste de services dédiés particulièrement aux migrants et aux réfugiés.

Contact: Martin Wälchli,
Programme national Migration et santé,
martin.waelchli@bag.admin.ch



Brochure en 5 langues

«Quand le passé résiste à l'oubli – Nul n'est à l'abri d'un traumatisme psychique». Ed. Croix-Rouge suisse CRS, 32 pages, disponible en allemand, albanais, français, turc, croate/serbe/bosnien. Téléchargement gratuit ou commande sous www.migesplus.ch

Swiss Quality Award: les inscriptions sont ouvertes

Le Swiss Quality Award distingue, chaque année, des projets qui permettent d'améliorer durablement la qualité dans le domaine de la santé. Ce prix permet de faire connaître ces innovations à un large public et de soutenir l'engagement des pionnières et des pionniers pour une meilleure gestion de la qualité. Il donne également des impulsions novatrices aux discussions spécialisées et permet à toutes les personnes impliquées dans le domaine de la santé – patientes et patients, professionnels de la santé, institutions et col-

lectivité – de tirer profit de ces nouvelles découvertes. Qu'il s'agisse du domaine ambulatoire ou des soins à domicile, que cela concerne les hôpitaux ou les homes médicalisés, un petit ou un grand nombre de collaborateurs, les innovations peuvent germer et porter leurs fruits partout. C'est pourquoi le Swiss Quality Award récompense quatre catégories différentes: le management, la sécurité des patients, la technologie et l'empowerment. Chaque catégorie est dotée d'un prix de 10'000 francs.

Le Swiss Quality Award est attribué conjointement par la Fédération des médecins suisses (FMH), l'Institut de recherche évaluative en médecine (IEFM) de l'Université de Berne et la Société suisse pour le management de qualité dans la santé (SQMH). Envoyez vos projets dès maintenant! Vous avez mis en œuvre un projet novateur en matière de gestion de la qualité dans votre clinique, votre cabinet médical ou votre entreprise et vous aimeriez le faire connaître à un large public? Alors n'hésitez pas à vous inscrire au



Swiss Quality Award 2013. Ce n'est pas la taille du projet qui est déterminante mais son efficacité! Le délai d'inscription est fixé au 28 février 2013. Le Swiss Quality Award sera remis le 12 juin 2013 à Bâle, à l'occasion du Symposium national pour la gestion de la qualité dans le domaine de la santé. Vous trouverez de plus amples informations à ce sujet sous: www.swissqualityaward.ch.