

Schweizerische Gesellschaft für  
Prävention und Gesundheitswesen  
Société suisse de santé publique  
Società svizzera di salute pubblica  
Swiss Society for Public Health

## Buts pour la santé en Suisse

La santé pour tous  
au 21<sup>ème</sup> siècle  
(OMS Europe)

Avec le soutien de:

Office fédéral de la santé publique  
Projet Politique nationale suisse de la santé  
Conférence des directeurs cantonaux  
des affaires sanitaires  
Promotion santé suisse



# Buts pour la santé en Suisse

La santé pour tous  
au 21ème siècle  
(OMS Europe)

Edité par  
la Société suisse de santé publique

Comité de rédaction  
Ursula Ackermann-Liebrich, Fred Paccaud,  
Felix Gutzwiller, Therese Stutz Steiger

Avec le soutien de:  
Office fédéral de la santé publique  
Projet Politique nationale suisse de la santé  
Conférence des directeurs cantonaux  
des affaires sanitaires  
Promotion santé suisse



Impressum:

Editeur: Société suisse de santé publique (SSSP)  
Case postale 8172  
Tel. +41 (0)31 389 9286  
Fax +41 (0)31 389 9288  
[www.sssp.ch](http://www.sssp.ch)

Graphique: Luca Bertolotti, Locarno  
Impression: Tipografia Poncioni SA, Losone  
© 2002, Société suisse de santé publique (SSSP)

Langues disponibles: français, allemand

ISBN: 3-9522564-1-2

## La santé pour tous au 21ème siècle - OMS Europe

Notre système de santé souffre d'un profond malaise. Il a de la peine à nous convaincre que la relation entre son coût et ses performances pour la santé de la population est encore équilibrée et favorable.

L'impact de la technologie de l'information a globalisé notre planète et nous oblige constamment à redéfinir les valeurs de notre vie quotidienne, pour retrouver notre identité et la confiance dans le futur. Un futur qui doit encore être dessiné et qui peine à trouver un équilibre entre les impératifs de la compétitivité économique et ceux d'un développement approprié pour l'être humain.

Sur ce chemin encore peu tracé, nous retrouvons aujourd'hui une santé publique fragile et souvent négligée par le développement économique et par le changement social. Les problèmes de vie des individus deviennent alors problème de santé et pèsent sur le bilan du système de santé. Le manque d'investissements pour la santé, à tous les niveaux du monde productif, risque de générer une société malade, dont le coût socialisé deviendra un jour insupportable. Promouvoir la santé signifie donc agir sur tous ses déterminants socio-économiques!

Mais le clivage entre théorie et pratique est encore très profond et toute bonne intention reste virtuelle si les instruments pour sa mise en pratique ne sont pas connus. Pour combler cette lacune, l'Organisation mondiale de la santé (région Europe) a élaboré un «Agenda 21» qui définit – pour le XXI<sup>ème</sup> siècle – un cadre conceptuel et des pistes concrètes pour placer la santé au centre du développement de notre société. Un développement dont le but ultime est de créer le bien-être des individus et non de produire déséquilibres et souffrances.

La *Société suisse de santé publique* (SSSP) a pris l'initiative d'adapter l'ouvrage européen à la Suisse, en tenant compte des résultats déjà atteints et des progrès encore à réaliser. Soutenue par l'*Office fédéral de la santé publique* (OFSP) et par le projet *Politique nationale suisse de la santé* (PNS), elle a exploité le savoir de ses membres pour formuler les buts pour la santé en Suisse, afin de traduire en pratique le désir de chacun et de tous de vivre bien.

Ces buts pour la santé en Suisse constituent un cadre de référence, aussi bien pour les autorités fédérales et cantonales en charge de la santé que pour les professionnels et les institutions spécialisées dans le champ de la santé. Certes, en raison de la décentralisation du système de santé liée au fédéralisme, ces buts et les mesures qui visent à les atteindre ne peuvent pas être souscrits en bloc et de manière contraignante par les autorités sanitaires. Leur rôle est plutôt de guider les réflexions, de soutenir la fixation des priorités, de donner des repères communs pour tous les acteurs du système de santé. Sur cette base, les objectifs et les stratégies adoptés par les différentes institutions peuvent s'inscrire dans une vision d'ensemble, dont on pourra mesurer les résultats par les progrès atteints en termes de santé de la population en Suisse.

Il s'agit d'un défi pour le monde économique, pour le monde politique et pour la société civile. De la capacité à le reconnaître et à en assumer la responsabilité dépendra en définitive le futur de la santé des citoyens en Suisse et, donc, le futur de la Suisse.

Président de la Société suisse  
de santé publique (SSSP)

Ignazio Cassis



Directeur de l'Office fédéral  
de la santé publique (OFSP)

Thomas Zeltner



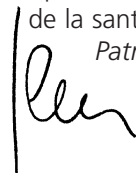
Présidente de la Conférence des  
Directeurs cantonaux des affaires  
Sanitaires (CDS)

Alice Scherrer



Présidente du groupe de pilotage  
du projet Politique nationale suisse  
de la santé (PNS-CH)

Patrizia Pesenti



## Sommaire

# Sommaire

SGPG  
Schweizerische Gesellschaft für  
Prävention und Gesundheitswesen  
Effingerstrasse 40  
Postfach 8172  
CH-3001 Bern

Tel. +41 (0)31 389 9286  
Fax +41 (0)31 389 9288  
e-mail: [sgpg@sgpg.ch](mailto:sgpg@sgpg.ch)  
[www.sgpg.ch](http://www.sgpg.ch)

SSSP  
Société suisse de santé publique  
Effingerstrasse 40  
Case postale 8172  
CH-3001 Berne

Tél. +41 (0)31 389 9286  
Fax +41 (0)31 389 9288  
e-mail: [sgpg@sgpg.ch](mailto:sgpg@sgpg.ch)  
[www.sssp.ch](http://www.sssp.ch)

SSSP  
Società svizzera di salute pubblica  
Effingerstrasse 40  
casella postale 8172  
CH-3001 Berna

Tel. +41 (0)31 389 9286  
Fax +41 (0)31 389 9288  
e-mail: [sgpg@sgpg.ch](mailto:sgpg@sgpg.ch)  
[www.sssp.ch](http://www.sssp.ch)

Préface .....	7
But 1 Solidarité en faveur de la santé dans la région européenne .....	9
But 2 Équité en matière de santé .....	10
But 3 Démarrer dans la vie en bonne santé .....	12
But 4 Santé des jeunes .....	16
But 5 Vieillir en bonne santé .....	18
But 6 Améliorer la santé mentale .....	20
But 7 Faire reculer les maladies transmissibles .....	23
But 8 Faire reculer les maladies non transmissibles .....	26
But 9 Diminuer le nombre de blessures dues aux actes de violence et aux accidents .....	29
But 10 Un environnement physique sain et sûr .....	32
But 11 Adopter des modes de vie plus sains .....	35
But 12 Réduire les dommages causés par l'alcoolisme, la toxicomanie et le tabagisme .....	37
But 13 Cadres favorables à la santé .....	40
But 14 Responsabilité multisectorielle pour la santé .....	43
But 15 Secteur de santé intégré .....	46
But 16 Gestion axée sur la qualité des soins .....	48
But 17 Financement des services de santé et allocation des ressources ...	51
But 18 Amélioration des ressources humaines pour la santé .....	54
But 19 Recherche et utilisation des connaissances pour la santé .....	57
But 20 Recruter des partenaires pour la santé .....	59
But 21 Politiques et stratégies de la santé pour tous .....	62
Références .....	65
Auteurs .....	68

# Préface

Le présent document constitue une tentative indépendante d'élaborer les bases d'une stratégie globale de promotion de la santé en Suisse et de mettre en évidence les domaines où il faut agir. La définition des buts et les stratégies à développer sont le résultat d'un processus : des professionnels de toute la Suisse ont participé à un travail de fond, auquel les responsables de la Société suisse de santé publique (SSSP) ont donné forme. Vous trouvez en annexe la liste des auteurs de ces différentes contributions de même qu'une liste des ouvrages de référence utilisés.

Avec ce document, la SSSP entend stimuler la réflexion et indiquer des pistes d'action possibles à toutes les personnes actives dans le domaine de la santé. Nous espérons que ce document saura intéresser de nombreux lecteurs et qu'une partie au moins des mesures mentionnées seront prises dans les délais fixés. Nous avons à cœur d'améliorer encore la santé des Suissesses et des Suisses. La Suisse occupe déjà maintenant une position enviable en Europe pour la plupart des indicateurs de santé. Une politique de la santé qui s'appuie sur les buts de la "santé pour tous" doit parvenir à combler les lacunes là où elles existent; cette politique doit faire en sorte que les différences existantes ne s'accroissent pas mais diminuent et que la Suisse se sente solidaire, en Europe et dans le monde, avec ceux qui connaissent des conditions défavorables.

Nous espérons que ce document et ses 21 buts visant la "santé pour tous", trouvent une large diffusion. Et nous espérons surtout qu'il déploie les effets que les auteurs appellent de leurs vœux. Nous souhaitons remercier ici l'Office fédéral de la santé publique de son soutien financier, ainsi que le projet *Politique nationale suisse* de la santé et *Promotion Santé Suisse* de leur aide et suggestions précieuses.

Le Comité de rédaction:

Prof. Dr méd. Ursula Ackermann-Liebrich  
Prof. Dr méd. Fred Paccaud  
Prof. Dr méd. Felix Gutzwiller  
Dr méd. Therese Stutz Steiger

# SOLIDARITÉ EN FAVEUR DE LA SANTÉ DANS LA RÉGION EUROPÉENNE

D'ici 2020, l'écart actuel de santé entre les Etats membres de la région européenne devrait être réduit d'au moins un tiers.

En particulier:

- 1.1. il faudrait réduire d'au moins 30% l'écart en matière d'espérance de vie entre le tiers des Etats membres ayant l'espérance de vie la plus élevée et le tiers des Etats membres ayant l'espérance de vie la plus faible;
- 1.2. il faudrait réduire la fourchette des valeurs des principaux indicateurs de morbidité, d'invalidité et de mortalité entre les différents groupes de pays en améliorant plus rapidement la situation des personnes défavorisées.

## Exposé du problème

La Suisse occupe une position de pointe en ce qui concerne de nombreux indicateurs de "Santé pour tous." A-t-elle pour cette raison plus de responsabilités quant aux conditions sanitaires prévalant dans d'autres pays? Si la Suisse veut prendre au sérieux le but 1 "Solidarité en faveur de la santé dans la région européenne", il faut répondre à cette question par l'affirmative. Il serait urgent de soutenir aussi la cause de la santé. La Suisse a créé de bons contacts avec différents pays de la région européenne, surtout avec les petits Etats de l'ancien bloc des pays de l'Est. Elle a par exemple fortement soutenu l'assainissement de l'environnement en Albanie et des projets analogues en Lituanie, en Bosnie et en Russie blanche. En matière d'environnement et de santé, il existe d'autres exemples semblables. Les moyens mis à disposition pour ce type d'interventions sont-ils suffisants? Il faut répondre à cette question par la négative au vu des disparités extrêmement élevées des indicateurs de santé entre la Suisse et, par exemple, les pays de l'ancien bloc de l'Est.

- Dans le domaine de la prévention de l'infection VIH, la Suisse a donné un exemple au niveau international. En la matière, elle peut conseiller les pays pauvres d'Europe de manière compétente.
- La Suisse exporte des cigarettes en grandes quantités. Pour les responsa-

bles de la santé publique, une collaboration européenne (et mondiale) s'impose dans la lutte contre le tabagisme.

- La Suisse a développé un programme de lutte contre les abus de drogue d'importance internationale; dans ce domaine aussi, elle peut apporter son soutien à d'autres pays.

## Objectifs nationaux

- La Suisse s'engage à améliorer l'état de santé de la population dans le tiers des pays européens qui ont l'espérance de vie la plus faible. En particulier, elle soutient activement la formation continue des responsables de santé publique de ces pays et les projets qui ont pour objectif l'amélioration de la santé des personnes défavorisées. La Suisse apporte son soutien technique et financier en matière de santé publique dans les pays les plus pauvres d'Europe.
- Dans le cadre de la politique de la santé dans la région européenne, la Suisse s'engage à améliorer la situation des pays pauvres d'Europe.
- Prévention de l'infection VIH: la Suisse fournit une aide active visant à mettre sur pied des programmes de prévention VIH dans les pays pauvres d'Europe.
- La Suisse participe aux efforts inter-

nationaux visant à réduire la consommation de tabac. Elle multiplie par dix les moyens investis à cet effet dans les 5 prochaines années.

- La Suisse soutient activement les autres pays d'Europe, et plus particulièrement les pays pauvres, dans leur lutte contre les drogues dures.

## Mesures

Les scientifiques suisses continuent de recevoir une aide ciblée leur permettant de collaborer avec les pays les plus pauvres d'Europe, en particulier lorsqu'il s'agit de créer des structures visant à améliorer la santé des groupes de population défavorisés.

La Suisse apporte un soutien actif à la promotion de la santé et à des programmes de prévention en collaboration avec les pays pauvres d'Europe; en particulier, elle accorde son aide aux autres pays dans la prévention de l'infection VIH et la lutte contre les drogues. Elle soutient et développe avec d'autres pays pauvres des programmes visant à réduire la consommation de tabac.

Les programmes en vigueur dans ces domaines de collaboration avec les pays pauvres d'Europe sont reconduits pour une durée de 15 ans et leurs résultats sont évalués.

## ÉQUITÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ

**D'ici 2020, l'écart de santé entre groupes socioéconomiques dans les pays devrait être réduit d'au moins un quart dans tous les états membres en améliorant nettement le niveau de santé des groupes défavorisés.**

**En particulier :**

- 2.1 il faudrait réduire d'au moins 25% l'écart d'espérance de vie entre groupes socioéconomiques;**
- 2.2 les valeurs des principaux indicateurs de morbidité, d'invalidité et de mortalité devraient être plus équitablement réparties entre les différents groupes socioéconomiques;**
- 2.3 il faudrait sensiblement améliorer les conditions socioéconomiques qui influent sur la santé, notamment les disparités en matière de revenus, de niveau d'instruction et d'accès au marché du travail;**
- 2.4 il faudrait fortement réduire la proportion de personnes vivant dans la pauvreté;**
- 2.5 il faudrait protéger de l'exclusion les individus ayant des besoins particuliers en raison de leur état de santé ou de leur situation économique ou sociale et leur permettre d'accéder facilement à des soins appropriés.**

### Exposé du problème

L'article 2 de la Constitution fédérale précise, dans l'alinéa 3, que la Confédération „veille à garantir une égalité des chances aussi grande que possible.“ L'article 8 stipule que „nul ne doit subir de discrimination du fait notamment de son origine, de sa race, de son sexe, de son âge, de sa langue, de sa situation sociale, de son mode de vie, de ses convictions religieuses, philosophiques ou politiques, ni du fait d'une déficience corporelle, mentale ou psychique.“ Et pourtant, les inéquités en matière de santé existent en Suisse: il suffit de se rapporter aux indicateurs mentionnés dans les buts. Toutefois, il n'existe pas toujours des preuves chiffrées.

L'espérance de vie selon les groupes socioéconomiques n'est pas démontrée. Toutefois, la mortalité entre groupes socioéconomiques en Suisse est comparable à celle d'autres pays. La Suisse connaît aussi de grandes disparités de revenus. La part de la population qui vit dans la pauvreté a augmenté ces trente dernières années. 710'000 personnes sont touchées par la pauvreté en Suisse, dont 60% sont des familles avec enfants. Les familles monoparentales, les jeunes familles et les grandes familles sont plus fréquemment touchées que les autres types de famille.

### Pauvreté

La définition et les indicateurs de pauvreté varient beaucoup. On peut estimer qu'en Suisse, 5 à 10 % de la population vit dans la pauvreté (Leu et al., 1997, p.163). La pauvreté dépend de plusieurs facteurs. C'est un processus dynamique, dont un élément central est le chômage de longue durée, mais aussi la maladie (toxicomanie), les handicaps et les problèmes de vie (divorce, décès de proche). Les personnes vivant dans la pauvreté voient généralement leurs chances de vie en bonne santé réduites, à cause du stress et de comportements inappropriés en matière de santé.

### Sexe

Le sexe est - avec le rang social - un déterminant majeur de l'inégalité en matière de santé. Les femmes ont un statut social et un salaire moins importants que les hommes. Dans la dernière décennie, les femmes étaient plus fortement touchées par la pauvreté que les hommes (Suter Hrsg., 2000). Malgré une plus grande espérance de vie (la différence d'espérance de vie à la naissance est d'environ 7 ans au

profit des femmes), les femmes se sentent en plus mauvaise santé, déclarant souffrir de maladies et de symptômes plus fréquemment que les hommes (Zemp et al., 1996). En revanche, les hommes présentent davantage de comportements à risque et de tendances auto-agressives.

### Groupes d'âge

Sept à douze pour-cent des jeunes grandissent dans la pauvreté (Commission fédérale de coordination pour les questions de famille (CFCQF), 1998). La CFCQF conclut que la pauvreté conduit à " un sentiment d'estime de soi diminué, des craintes et des dépressions ". L'évolution sociale actuelle induit des problèmes particulièrement lourds chez les adolescents et les jeunes adultes.

Ces dernières années, l'analyse de la mortalité a permis de constater que le niveau de la santé a progressé dans tous les groupes d'âge, sauf chez les 15-20 ans, pour qui la mortalité n'a que peu diminué, et l'état de santé dans son ensemble empiré (Michaud, 1993).



## Parties de pays et régions linguistiques en Suisse

Il existe des différences substantielles entre les régions suisses. Elles sont en partie conditionnées par des situations économiques différentes, et certainement aussi par des facteurs culturels (Office fédéral de la statistique, 1998).

## Migration et intégration

Les étrangers forment un groupe spécialement touché par le chômage (Suter (Hrsg.) 2000). Dans les dernières années, l'intégration sociale a été plus précaire et plus controversée qu'auparavant. La capacité d'accueil et d'intégration de l'Etat et de la société a en outre été sollicitée par de nouveaux courants migratoires, en relation avec les guerres en Europe. Plusieurs autres raisons limitent les chances des émigrés en matière de santé, par exemple l'exposition professionnelle, la formation, la langue, des événements biographiques, des problèmes d'intégration, de revenu et de recours aux soins. En revanche, les immigrés possédant une bonne formation sont bien intégrés.

L'inégalité des chances en matière de santé est liée à la répartition des ressources et du pouvoir dans une société. Celle-ci est en principe difficilement modifiable. Une politique qui voudrait promouvoir des changements de répartition doit bénéficier de l'appui de toute la société. Dans ce domaine, les objectifs sont les suivants:

1. Dans le domaine de la recherche, la recherche en matière de santé et le développement d'interventions devraient être renforcés. En particulier, la recherche sur les indicateurs d'inégalités des chances en matière de santé entre groupes socio-économiques doit faire l'objet d'études plus poussées et un programme national de recherche devrait être mis sur pied.
2. Des activités et programmes de promotion de la santé devraient en particulier tenir compte des conditions des groupes défavorisés de la population. Il faut par exem-

ple renforcer les activités de promotion de la santé dans les quartiers défavorisés, améliorer la promotion de la santé chez les chômeurs. La Fondation „Promotion Santé Suisse“ devrait, dans ses objectifs, accorder une importance particulière à l'inégalité des chances en matière de santé.

## Objectifs nationaux

- D'ici 2020, des données doivent être disponibles, pour mettre en évidence d'éventuelles différences de mortalité entre les groupes socio-économiques.
- D'ici 2020, les écarts des indicateurs d'invalidité et de mortalité entre les groupes sociaux en Suisse seront réduits de 25%.
- D'ici 2020, la part de la population qui vit au-dessous du seuil de pauvreté sera réduite de 10 à 5%.
- D'ici 2020, la population migrante dispose de réseaux de soins particuliers et des projets d'intégration seront sur pied dans tous les cantons.

## Mesures

L'égalité des chances entre les groupes sociaux est un objectif ambitieux. Elle doit être abordée sur différents niveaux. Sur le plan social, il faut élaborer un cadre d'intégration, de liberté et de paix, à l'intérieur duquel des cultures différentes et des groupes sociaux (rangs, classes, positions sociales, milieux) cohabitent dans un climat de tolérance et de solidarité et luttent contre la marginalisation et la dévalorisation. Des programmes correspondants de la Confédération sont mis en œuvre avec succès.

Sur le plan socio-économique, il faut procurer à tous un travail productif, et des conditions de vie décentes même pour ceux qui, quelles qu'en soient les raisons, en sont exclus. Les buts de l'OMS de lutte contre la pauvreté, proposant la réduction des différences salariales, du niveau d'éducation et de l'accès au marché du travail sont les principaux éléments qui contribuent à atteindre le but de l'égalité des chances.

De même l'environnement écologique représente un facteur de santé de première priorité. Il s'agit de faire en sorte que l'environnement soit amélioré pour tous, que l'exposition de certains groupes soit évitée (par exemple, exposition à des facteurs écologiques négatifs tels que la pollution sonore ou la pollution de l'air). Le développement social et économique devrait se réaliser avec le plus de ménagement possible pour les ressources naturelles et les conditions de l'environnement. Les générations à venir devraient pouvoir profiter d'un environnement intact et d'un accès équitable à la santé.

Le système de santé fait partie des conditions sociales et joue un rôle crucial pour la santé et le bien-être (but 17). Il doit être conçu pour être accessible à tous, il ne doit pas augmenter les inégalités en matière de santé, mais au contraire contribuer à les réduire.

Obtenir l'égalité des chances concerne fortement le système politique, qui doit garantir les conditions - cadres de cette égalité.

L'égalité des chances en matière de santé s'obtient par un grand nombre de petites et grandes décisions, par la réalisation de conditions sociales à tous les niveaux (micro, moyen, macro) et grâce à la mise en place de structures. Pour être réalisé, un tel but nécessite avant tout un processus démocratique et un soutien de la base, de l'opinion publique, du système politique à tous les niveaux et de la société. L'égalité des chances en matière de santé doit donc devenir pour tous un objectif prioritaire, au sein et en dehors de la santé publique.

### DÉMARRER DANS LA VIE EN BONNE SANTÉ

**D'ici 2020, tous les nouveau-nés, nourrissons et enfants d'âge préscolaire de la région devraient être en meilleure santé et démarrer ainsi dans la vie dans de bonnes conditions.**

**En particulier:**

- 3.1 tous les États membres devraient améliorer l'accès à des services de santé reproductive, à des services anténatals et périnatals et à des services de santé infantile appropriés;**
- 3.2 dans aucun pays le taux de mortalité infantile ne devrait dépasser 20 pour 1000 naissances vivantes; les pays où ce taux est actuellement inférieur à 20 pour 1000 devraient s'efforcer de le ramener à 10, voire en dessous;**
- 3.3 les pays où ce taux est actuellement inférieur à 10 pour 1000 devraient accroître la proportion de nouveau-nés ne souffrant pas de maladies congénitales ou d'invalidité;**
- 3.4 il faudrait réduire d'au moins 50% la mortalité et la morbidité par accidents et actes de violence chez les enfants de moins de 5 ans;**
- 3.5 il faudrait réduire d'au moins 20% la proportion d'enfants pesant moins de 2500 g à la naissance et réduire sensiblement les écarts entre pays.**

#### Exposé du problème

En Suisse, les problèmes liés au démarrage dans la vie concernent essentiellement la procréation, la grossesse, les rôles multiples auprès de la famille que doivent remplir les femmes et parallèlement – cela a changé durant ces 20 dernières années – la nécessité ou le désir d'une activité professionnelle rémunérée qui les placent devant un difficile conflit de rôles. L'apport maternel lié au développement de l'enfant est considérable: il ne réside pas seulement dans le patrimoine génétique, mais aussi dans les soins postnatals, et dans l'environnement social et physique durant les premières années de l'existence. Une assurance maternité a cependant jusqu'ici été refusée en Suisse. Néanmoins, le Conseil national a récemment approuvé un nouveau modèle.

#### Définitions

Période prénatale: période avant la naissance

Période néonatale et infantile: période de la naissance à 12 mois

Petite enfance: enfants de 0-5 ans non encore soumis à l'obligation scolaire.

#### Période prénatale

#### Contraception

La contraception est largement diffusée en Suisse. En 1998, près de 90% des femmes âgées de 20 à 24 ans n'é-

taient pas enceintes et ayant déjà eu des rapports sexuels avaient utilisé un moyen de contraception. Pour ces dernières, la pilule est de loin la méthode la plus utilisée (65%), suivie par le préservatif (22,5%).

#### Planning familial

Il vise à rendre possibles, par une action psychosociale et médicale, la compréhension, la discussion et le choix face à la procréation. L'International Parenthood Planification Federation (IPPF) a identifié huit catégories de préoccupations majeures dans ce domaine:

- 1) la grossesse non désirée et l'avortement à risque
- 2) la mortalité maternelle
- 3) les maladies sexuellement transmissibles
- 4) la grossesse à risque
- 5) la stérilité
- 6) la violence à l'encontre des femmes
- 7) les mutilations génitales féminines
- 8) les déviances sexuelles

En Suisse romande, les centres de planning familial sont en principe à la fois informateurs et prescripteurs de contraceptifs sûrs, dans un environnement agréable pour les femmes.

En Suisse alémanique, il n'existe guère d'offres correspondantes qui soient à disposition de toutes les femmes. Ce sont souvent les gynécologues qui assument cette activité. Les risques liés à la pilule ne sont pas suffisamment pris en compte, notamment chez les femmes plus âgées. Il faudrait faire mieux connaître le fait que prendre la pilule et simultanément fumer augmente le risque chez les femmes. (Dans l'enquête sur la santé de 1997, 5,2 pour cent des femmes entre 35 et 45 ans prenaient la pilule et fumaient; parmi toutes les femmes qui prenaient la pilule, 1/3 étaient fumeuses).

#### Avortement

Ce sont actuellement les articles 118-121 du Code pénal suisse datant de 1942 qui garantissent l'impunité de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) si la vie de la mère est en danger. L'IVG est considérée comme illégale si cette condition n'est pas respectée. Elle est alors punissable et passible d'emprisonnement ou de réclusion. Malgré cette loi restrictive, l'indication est traitée de manière relativement généreuse. Aujourd'hui,

presque toute femme qui souhaite interrompre une grossesse non désirée peut en principe faire pratiquer l'intervention en toute légalité dans un centre spécialisé. Toutefois, le nombre des avortements est en diminution constante et en 1998 on en a enregistré 13'000. La Suisse fait partie des pays où le taux d'avortement est le plus bas. La plupart d'entre eux concernent des femmes moins de 25 ans, dont la moitié sont des femmes migrantes.

### **Accès aux soins prénataux**

Un manque d'équité persiste en ce qui concerne la qualité et l'accès aux services prénatals, périnatals et postnatals. Des études locales montrent de grosses inégalités quant à l'accès des femmes de différentes origines à la prise en charge médicale prénatale et périnatale en fonction de caractéristiques socio-économiques, en particulier en ce qui concerne les prestations de prévention.

### **Préparation à la naissance**

En Suisse, la préparation à la naissance repose sur l'initiative personnelle du couple. L'assurance-maladie sociale participe aux frais de cette préparation par une contribution de CHF 100 pour un cours collectif de préparation à l'accouchement dispensé par une sage-femme. Cette contribution ne couvre pas les frais de cours et ils sont utilisés de manière très variable selon le niveau social et de compréhension des femmes.

### **Tabagisme et facteurs psychosociaux**

En 1999, 33% de la population suisse fumaient, 27% des femmes et 38% des hommes. La consommation est en hausse depuis 1992, surtout chez les personnes de 15 à 24 ans (femmes: de 26% à 40%; hommes: de 36% à 46%). Des données vaudoises indiquent qu'un cinquième environ des femmes enceintes ont fumé au cours des trois derniers mois de leur grossesse. Le lien entre le tabagisme et le milieu socio-économique est bien connu. Un autre lien existe entre le ta-

bagisme de la mère et le poids de naissance de l'enfant. En Suisse, la part des nouveau-nés pesant moins de 2500g est de 5% environ. L'importance du poids à la naissance pour les chances de survie et de qualité de vie d'un nouveau-né est connue depuis longtemps. Un faible poids à la naissance représente un risque majeur de mauvaise santé physique et de troubles psychologiques à l'âge adulte. Les effets du tabagisme de la mère sur le poids à la naissance et les maladies chroniques ultérieures sont bien connus.

### **Alimentation**

Une alimentation saine et équilibrée reste le privilège de ceux qui sont assez aisés pour investir une grande partie de leur salaire et de leur temps dans une bonne nutrition. Pendant la grossesse et le temps de l'allaitement, l'importance d'une alimentation équilibrée est encore accrue. Les conseils diététiques font partie intégrante de la préparation à la naissance. Dans certains cas particuliers, l'assuré(e) peut bénéficier d'un conseil nutritionnel dispensé par un diététicien, pris en charge par l'assurance-maladie sociale.

### **Mortalité infantile**

Le but de ramener la mortalité infantile (1re année de la vie) en dessous de 10 pour 1000 naissances vivantes est largement atteint en Suisse avec un taux de 4,8 pour 1000 en 1997. La mortalité périnatale enregistrée en 1999 s'établit à 6,9 pour 1000 naissances. La mortalité a pu être freinée avant tout dans les catégories de poids inférieurs à 2500g. Elle reste néanmoins bien plus élevée chez les garçons, toutes catégories de poids confondues. Les très jeunes mères et les mères célibataires forment un groupe à risques particulier chez qui la mortalité infantile est considérablement plus élevée, notamment pour les mères de moins de 20 ans. Elle est presque deux fois plus élevée, que la mère soit célibataire ou mariée.

### **Lieu de naissance**

En Suisse presque toutes les naissances

(98,6%) ont encore et toujours lieu dans les hôpitaux. Les autres lieux de naissance restent l'exception.

### **Allaitement maternel**

En Suisse un groupe de travail s'emploie activement depuis 1992 à mettre en œuvre l'initiative „baby friendly hospital” de l'UNICEF et de l'OMS. Les 10 points préconisés par l'OMS sont remplis par 34 hôpitaux concernant la fréquence de l'allaitement à la sortie de la maternité : 88 % des nouveau-nés quittent l'hôpital en étant complètement allaités, ce qui est un très bon résultat. Les autres points sont moins bien respectés. Trop de nourrissons reçoivent encore des compléments, sous la forme de solution à base de maltose/dextrose et de thé; les compléments diminuent les chances du nourrisson d'être allaité longtemps.

### **Prévention de la mort subite du nourrisson**

57 enfants suisses sont décédés de la mort subite en 1995, 39 enfants en 1996. Le recul observé au cours des dernières années est généralement attribué au message relatif au positionnement des nourrissons durant le sommeil.

### **Petite enfance**

#### **Congé maternité, travail maternel et crèches**

La protection de la maternité comprend aussi la couverture de prestations de prévention, la garantie du revenu durant le congé de maternité et la protection contre les licenciements ainsi qu'un soutien financier aux mères sans activité lucrative. Pour toute la population (y compris les femmes enceintes), la Loi fédérale sur l'assurance-maladie prévoit la couverture des soins de santé à titre obligatoire. La prévention, pendant la grossesse et la maternité fait également partie des prestations obligatoirement à charge des assureurs-maladie. Sur le plan social, la Confédération a reçu en 1945 le mandat impératif d'introduire une assurance-maternité. Elle ne l'a cependant pas concrétisé à ce

jour. C'est encore et toujours l'employeur qui détermine combien de temps il garantit le salaire. Le Code des Obligations ne prévoit que 8 semaines, beaucoup de cantons augmentent cette durée à 16 semaines. Les femmes ont certes l'interdiction de travailler, mais le salaire ne leur est pas forcément garanti durant cette période. Un grand nombre de femmes sont donc dépourvues de toute prestation sociale après l'accouchement.

Il est assez fréquent que les employeurs incitent les femmes à donner leur congé pour la date de la naissance. Les femmes au foyer ne bénéficient d'aucune prestation en espèces fondée sur le droit fédéral. De ce fait, un certain nombre de cantons ont adopté des législations garantissant le droit à une allocation de maternité. La proportion des femmes ayant une activité lucrative en Suisse a augmenté durant les dernières années et le taux d'activité des femmes en 1999 était de 74,5%. La Loi fédérale sur le travail protège les femmes enceintes et les mères qui allaitent dans la mesure où cela est compatible avec leur travail et convenu avec l'employeur. La loi prévoit aussi que les mères qui allaitent doivent disposer du temps nécessaire à l'allaitement mais cette disposition n'est en général pas respectée.

Les parents qui exercent une activité professionnelle devraient théoriquement pouvoir compter sur les services d'une crèche ou d'une garderie. Même s'il existe une Ordonnance fédérale de 1977 sur le placement extra-familial des jeunes enfants, une politique sociale cohérente fait défaut, ce qui se traduit par une organisation et un financement très diversifiés de ces institutions: certaines sont publiques, d'autres subventionnées, d'autres encore totalement privées. De surcroît, de fortes disparités régionales existent quant au taux d'équipement en la matière. Crèches et garderies ont à faire face à une augmentation de la demande au vu de l'évolution de la situation professionnelle des jeunes couples. En 1996, les cantons romands comp- taient 108'000 enfants âgés de 0 à 4

ans. On estime que durant les jours de semaine, les parents arrivent, en moyenne, à assumer eux-mêmes 50 à 60% de la garde de leur enfant. Cela signifie que pour chaque enfant qui naît en Suisse romande, le besoin est évalué, au minimum, à deux journées de garde par semaine. Il est difficile de donner des chiffres précis, mais on admet qu'ensemble les garderies et les réseaux de mamans de jour ne couvrent que la moitié de ce besoin. En outre, l'aspect financier n'est pas à négliger: les crèches sont plus avantageuses pour les petits revenus; si le revenu mensuel net est inférieur à 4000 francs, la garderie coûtera moins cher que le recours au réseau de mamans de jour. Paradoxalement, le coût de la garde en crèche augmentant avec le revenu, les crèches constituent une solution chère précisément pour les femmes professionnellement actives qui, par leur travail, augmentent le revenu du ménage.

### Détection de situations à risque psychosocial

La politique familiale doit prendre en considération la multiplicité des types de familles modernes qui sont devenues plus petites. Il existe aussi plus de familles monoparentales, recomposées, consensuelles, ou des groupes familiaux composés d'enfants adultes ou s'occupant de parents âgés. En comparaison européenne, la politique familiale que mène la Suisse est plutôt modeste.

### Objectifs nationaux

- D'ici 2020, il existe en Suisse une structure d'accueil à bas seuil couvrant tout le territoire suisse concernant la médecine reproductive, qui soit particulièrement attractive pour les jeunes femmes et les étrangères également.
- D'ici 2020, moins de 5 % des femmes fument durant leur grossesse en Suisse et toutes les femmes connaissent les effets néfastes du tabagisme durant la grossesse sur la santé des enfants.
- D'ici 2010, 95 % des enfants viennent au monde dans des „baby

friendly hospitals.”

- D'ici 2010, tous les cantons et les communes offrent aux jeunes parents des conseils d'un niveau qualitatif élevé.

### Mesures

Compte tenu de la bonne couverture médicale proprement dite, les points faibles se situent en Suisse dans la garde des enfants en bas âge et surtout dans le secteur de la prévention et de la protection sociale.

1. Le planning familial reste un organe essentiel de prévention. Des programmes d'information sur la contraception devraient viser avant tout les adolescents et les jeunes femmes d'autres cultures. Par ailleurs, l'évolution de l'IVG doit être surveillée de près, afin de prévenir le risque de retour en arrière vers des anciennes et mauvaises méthodes.
2. Un autre lieu important de prévention est la préparation à la naissance. Des conseils d'hygiène de vie, en particulier dans le domaine du tabagisme et de l'hygiène alimentaire peuvent avoir un grand impact sur la santé de toute la famille. L'influence néfaste du tabac sur le poids de l'enfant à naître, sur la fréquence de la mort subite ainsi que sur la santé en général de l'enfant devraient être des arguments assez frappants pour que les mères (et les pères) cessent de fumer. Il serait nécessaire d'améliorer la prise en charge des fumeuses et fumeurs tout comme d'autoriser le remboursement par l'assurance-maladie des produits remplaçant la nicotine.
3. La politique de l'emploi devrait favoriser les jeunes familles en matière de travail: la mise en place de possibilités de congé parental, l'assurance-maternité, des structures de garde d'enfants accessibles à tous. Le travail à temps partiel et le partage des tâches devraient être facilités dans notre société.
4. A l'avenir, la politique familiale devra mieux tenir compte des grands défis de notre société: évo-

lution démographique caractérisée par une baisse de la fécondité, une diminution de la nuptialité, une augmentation du nombre des divorces. Des unions libres et des familles recomposées peuvent conduire à une nouvelle pauvreté et à l'exclusion qui en résulte.

5. Il est important de prendre garde aux modes de vie et au bien-être psychosocial des parents: un foyer sûr, offrant des relations sociales stables est un bon fondement pour le développement psychique et physique harmonieux de l'enfant.
6. D'ici 2008, il existe en Suisse une assurance-maternité qui permet un développement sain et sans stress de la mère et de l'enfant.
7. D'ici 2010, il existe des structures de garde d'enfants en suffisance qui permettent aux parents de rester intégrés au monde du travail.





**SANTÉ DES JEUNES (6)**

**D'ici 2020, les jeunes de la région devraient être en meilleure santé et mieux en mesure d'assumer leur rôle dans la société.**

**En particulier:**

- 4.1 les enfants et les adolescents devraient mieux maîtriser les aptitudes utiles pour la vie et être en mesure d'opérer des choix sains;**
- 4.2 il faudrait réduire d'au moins 50% la mortalité et l'invalidité dues aux actes de violence et aux accidents (7) chez les jeunes;**
- 4.3 il faudrait fortement réduire la proportion de jeunes qui adoptent des comportements dangereux (8) tels que la consommation de drogue et de tabac et la consommation d'alcool;**
- 4.4 il faudrait réduire d'au moins un tiers l'incidence des grossesses chez les adolescentes.**

**Exposé du problème**

Bien que présentant en termes de mortalité un groupe de population particulièrement sain, les jeunes sont touchés par de nombreux problèmes de santé. Ce ne sont plus les maladies infectieuses aiguës mais les maladies chroniques et les troubles de comportement qui influencent négativement leur état de santé. Il convient de mettre en évidence cinq types de problèmes:

**Accidents et morts violentes**

En 1998, 5'597 accidents de la circulation ont touché des enfants et des adolescents, dont 71 ont abouti à un décès. Les accidents de la circulation, ceux qui ont lieu durant les loisirs ou au domicile représentent les causes les plus fréquentes de décès. A l'adolescence, les garçons sont beaucoup plus souvent victimes d'accidents que les filles, ce qui s'explique entre autres par leur mode de vie plus dangereux, même dans les jeunes années, et par un degré de mobilité plus élevé. A partir de la 14<sup>ème</sup> année, le suicide et les tentatives de suicide deviennent une des causes principales de décès : la Suisse connaît, avec environ 50 décès annuels, l'un des taux de suicide les plus élevés d'Europe dans le groupe d'âge des 15 à 19 ans.

**Maladies chroniques**

L'asthme et les allergies représentent

6 Jusqu'à l'âge de 18 ans

7 Voir aussi but 9 : „Diminuer le nombre de blessures dues aux actes de violence et aux accidents“

8 Voir aussi but 12 : „Réduire les dommages causés par l'alcoolisme, la toxicomanie et le tabagisme“

les affections chroniques les plus courantes à l'âge de l'enfance et de l'adolescence. On estime qu'environ 5 à 10% de tous les enfants et adolescents des pays industriels occidentaux souffrent d'asthme et jusqu'à 10% d'eczéma atopique. De plus, 10 à 15% souffrent d'une allergie et/ou du rhume des foins (rhinite allergique). Les causes en sont nombreuses et doivent être recherchées aussi bien au niveau biologique, psychologique et social que dans l'environnement naturel.

**Maladies infectieuses**

L'infection VIH et le sida représentent toujours un problème de santé important en Suisse même si le taux d'infection a diminué grâce à des campagnes de prévention efficaces.

**Troubles de la santé**

Des rapports sur les atteintes à la santé se fondent sur des enquêtes, par ex. l'étude comparative internationale „Health Behavior in School-aged Children“ (HBSC). Il ressort des rapports sur l'enquête de 1997/98 qu'environ un/e jeune sur six souffre une fois par

semaine de douleurs au ventre. Un/e jeune sur cinq a des douleurs dorsales et un/e sur quatre souffre de maux de tête. Les recherches épidémiologiques attestent que les filles se plaignent plus que les garçons d'avoir des douleurs. Les causes de ces taux de prévalence assez élevés sont à rechercher dans un déséquilibre entre les facteurs de risques et les antécédents ainsi que dans les ressources personnelles et sociales. Les douleurs sont souvent interprétées comme la „rançon d'un mode de vie moderne“, qui reflète les risques et les chances d'une société industrielle moderne.

**Comportement à risque en matière de santé**

C'est à l'adolescence que l'on consolide les comportements importants en matière de santé. Malgré tous les efforts de prévention, on a enregistré durant ces dernières années une augmentation de la consommation d'alcool et de tabac. 17% des jeunes de 15 ans disent fumer tous les jours, 25% fument au moins une fois par semaine (aucune différence entre les sexes); 9% des jeunes filles de 15 ans

et 19% des garçons du même âge indiquent qu'ils boivent de l'alcool au moins une fois par semaine. Les causes de cette consommation nuisible se recoupent souvent avec celles à l'origine des troubles de la santé. En ce qui concerne l'alimentation, les comportements à risques représentent de plus en plus souvent un problème de santé, d'autant plus que des diètes fréquentes peuvent constituer un facteur de risque pour la boulimie.

### Objectifs nationaux

- D'ici 2010, le nombre des enfants et adolescents victimes d'accidents de la route est réduit à moins de 2000
- D'ici 2020, le nombre de suicides et de tentatives de suicide chez les jeunes est réduit de moitié
- D'ici 2010, la proportion d'enfants et de jeunes souffrant d'asthme et d'allergies se stabilise et d'ici 2020, elle s'établit à 60% du niveau actuel
- Moins de 1% des adolescents font des expériences avec des drogues illégales
- D'ici à 2010, toutes les écoles ont introduit des programmes de promotion de la santé
- D'ici 2010, la consommation d'alcool par les jeunes tombe sous le niveau de 1990
- D'ici 2010, l'âge auquel les jeunes commencent à fumer remonte à 18 ans et le taux des nouveaux fumeurs tombe au-dessous du niveau de 1990
- Les jeunes reconnaissent la nécessité de se protéger dans leur vie sexuelle et utilisent à 95% des préservatifs en cas de rapports sexuels

### Mesures

Les mesures doivent concerner aussi bien celles qui réduisent les risques que celles qui augmentent les ressources, tout comme les interventions axées sur le comportement. Elles doivent être complétées par des interventions agissant sur les conditions extérieures. Selon la nature du problème, il faut fixer des priorités différentes.

### Prévention des accidents

- Amélioration du matériel sécuritaire
- Adaptation des conditions de circulation dans les localités (aménagement de pistes cyclables)
- Abaissement des vitesses de circulation dans les localités et création de zones à vitesse limitée
- Abaissement du taux d'alcoolémie à 0,0 pour mille
- Port du casque obligatoire pour les cyclistes
- Entraînement obligatoire à la sécurité du trafic pour les nouveaux conducteurs
- Introduction d'un „permis de conduire à l'essai“
- Education à la circulation dans le cadre de l'école
- Prévention des accidents domestiques par une information aux parents

### Allergies et asthme

- Promotion de l'allaitement (voir aussi but 3)
- Explication du lien entre style de vie et santé
- Programmes de sevrage du tabac pour les (futurs) mères et pères (problème du tabagisme passif)
- Programmes de formation des enfants et de leurs parents concernant l'asthme et l'eczéma atopique

### Troubles de la santé et comportement à risque en matière de santé

- Mobilisation systématique des ressources personnelles (par ex. estime de soi, confiance en soi, sentiment de cohérence, compétences sociales) par des programmes de promotion de la santé orientés sur les aptitudes utiles pour la vie dans les écoles, sur le lieu de travail/de formation, au cours des activités de loisirs. Les programmes doivent être spécifiques par rapport au sexe, à l'âge, à l'appartenance ethnique et au rang social
- Etablissement de programmes de prévention modernes (toxicomanie, maladies sexuellement transmissibles, violence) à l'école
- Création de cadres de vie favora-

bles à la santé (par ex. en incitant les écoles à être actives dans le réseau des „écoles en santé“)

- Soutien des familles
- Participation et empowerment (par ex. en instituant des parlements de jeunes et d'enfants)
- Amélioration de la formation et donc de la situation des individus sur le marché du travail, en particulier dans la perspective d'aider les groupes défavorisés
- Soutien de plans d'avenir réalistes pour les jeunes
- Soutien de la création de réseaux de jeunes (par ex. ouverture de locaux sociaux)
- Mesures structurelles concernant la prévention du tabac et de l'alcool : augmentation des prix, barrières à l'accessibilité (des alcopops également), interdiction d'automates délivrant des cigarettes
- Etablissement de programmes de désaccoutumance au tabac spécifiques aux jeunes
- Amélioration de l'accès à une aide psychosociale

### Mesures interdisciplinaires spécifiques aux troubles de la santé à concevoir:

- Amélioration de rapports sur la santé concernant les enfants et les jeunes
- Etudes des effets sur la santé à tous les niveaux du système politique
- Création d'un réseau/lobby chargé de défendre les intérêts des enfants et des jeunes en matière de santé

## VIEILLIR EN BONNE SANTÉ

**D'ici 2020, les personnes âgées de plus de 65 ans devraient avoir la possibilité de jouir de tout leur potentiel de santé et de jouer un rôle actif dans la société.**

**En particulier:**

- 5.1 il faudrait augmenter d'au moins 20% l'espérance de vie des personnes âgées de 65 ans – avec et sans invalidité;**
- 5.2 il faudrait augmenter d'au moins 50% la proportion de personnes jouissant, à l'âge de 80 ans, d'un niveau de santé leur permettant de conserver, dans un cadre domestique, leur autonomie, leur estime de soi et leur place dans la société.**

### Exposé du problème

L'un des buts politiques du système de santé doit être de préparer les individus à vieillir en bonne santé. Ceci implique une promotion et une protection de la santé systématiques à tous les âges de la vie. Les opportunités doivent être saisies dans les domaines sociaux, de l'éducation et de la profession; les possibilités d'activité physique doivent être exploitées pour permettre aux personnes âgées d'atteindre un bon niveau de santé, d'estime de soi et d'autonomie, de les conserver et de contribuer activement à la vie sociale. Une importance particulière doit être accordée aux programmes novateurs visant le maintien de la robustesse physique et la correction précoce du déclin de la vue, de l'ouïe et de la mobilité, pour prévenir l'apparition chez la personne âgée d'une dépendance fonctionnelle.

Les soins et les prestations sociales communautaires devraient être dispensés aux personnes vieillissantes en sorte de les épauler dans leur vie quotidienne. Leurs besoins et souhaits quant aux facteurs influençant leur autonomie et leur productivité sociale, tels que le logement et le revenu, doivent être pris en considération de façon croissante.

### Espérance de vie

La Suisse se caractérise déjà, en comparaison internationale, par une

espérance de vie très élevée. En 120 ans, l'espérance de vie à la naissance a passé de moins de 50 ans à 72,6 ans pour les hommes et 82,3 ans pour les femmes; en 1997, les hommes de 65 ans avaient une espérance de vie de 16,6 ans, et les femmes de 20,6 ans. Une grande majorité des adultes parvient à l'âge de la retraite professionnelle en bonne santé, si bien que le but prioritaire paraît être "d'ajouter de la vie aux années". Cependant il faut aussi poursuivre en Suisse l'objectif d'appliquer intensivement les mesures connues de prévention des maladies chroniques dites de civilisation dans les régions ou les groupes de population pour lesquels on enregistre une mortalité précoce plus élevée que la moyenne.

### Objectifs nationaux

- D'ici 2020, 80% des personnes âgées de 65 à 80 ans et 50% des personnes âgées de 80 à 85 ans vivent dans leur cadre domestique et jouissent d'un niveau de santé leur permettant de conserver leur autonomie, leur estime de soi et leur place dans la société

- D'ici 2020, aucune personne âgée sans invalidité cognitive ne devrait vivre dans un établissement pour personnes âgées sans l'avoir choisi librement
- D'ici 2010, les logements pour les personnes âgées seront également équipés de moyens auxiliaires simples telles que mains-courantes, barres et poignées dans les salles de bain/WC et des senseurs automatiques de lumière
- D'ici 2010, la proportion des personnes âgées souffrant d'infirmités de la vue et de l'ouïe et qui ne reçoivent aucune aide doit diminuer pour atteindre 2%
- D'ici 2010, toutes les communes ont institué des programmes de repas en commun pour les personnes âgées
- D'ici 2010, tous les établissements pour personnes âgées mettent des lits de court séjour à disposition afin de soulager les proches parents et leur permettre de se reposer
- D'ici 2010, un projet de visites préventives à domicile (structure et financement) est disponible



## Mesures

### Cadre domestique

Le but énoncé sous 5,2, à savoir que d'ici 2020 „il faudrait augmenter d'au moins 50% la proportion de personnes jouissant, à l'âge de 80 ans, d'un niveau de santé leur permettant de conserver, dans un cadre domestique, leur autonomie, leur estime de soi et leur place dans la société“ vaut également pour la Suisse. Dans une étude conduite à la fin des années septante, portant à la fois sur la population vivant à domicile et celle vivant en institution, on a trouvé que ces conditions sont réunies dans 63% des cas à l'âge de 66-75 ans, 33% chez les 76-85 ans, et 12% chez le plus de 85 ans. Parmi les personnes ne nécessitant aucune aide, 97,4% vivaient à leur domicile privé. Depuis lors il manque un recensement incluant les personnes vivant en institution; pour ce motif il n'est pas possible d'établir dans quelle mesure le but fixé d'une proportion de 50% sera atteint d'ici 2020.

### Besoin d'aide

L'Enquête suisse sur la santé ainsi que d'autres recherches antérieures ont montré que pour certaines personnes âgées, en particulier celles vivant dans des conditions économiques difficiles, tous les besoins de santé ne sont pas couverts. Ainsi, surtout dans les milieux défavorisés, manquent souvent dans les logements des équipements simples tels que des rampes d'escalier ou un éclairage suffisant, et les personnes très âgées handicapées de l'ouïe, vivant à la campagne ou dont le niveau de scolarité est faible, restent souvent non appareillées en Suisse romande. Enfin, selon les résultats de l'Enquête suisse sur la santé de 1992/93, parmi les femmes, les personnes vivant seules ou celles dont la formation scolaire est élémentaire, près de 8% des personnes âgées qui auraient besoin d'aide n'en reçoivent pas ou insuffisamment. De tels résultats devraient susciter une surveillance régulière afin de vérifier la mesure dans laquelle le degré de couverture sanitaire s'améliore au cours du

temps; en raison de modifications intervenues dans la formulation des questions de l'Enquête suisse sur la santé entre 1992/93 et 1997, ces tendances n'ont pas pu être étudiées.

### Relations sociales

Indépendamment de telles interventions s'adressant systématiquement aux personnes âgées et prenant appui sur le conseil de professionnels, d'autres possibilités de maintenir et améliorer la qualité de vie au grand âge sont encore très insuffisamment exploitées en Suisse. Souvent des personnes âgées encore robustes voient se dissoudre leur environnement social et devraient trouver la possibilité de recréer de nouveaux liens sociaux. Ceci peut être favorisé par des organisations actives dans le domaine du soutien aux personnes âgées, que ce soit en allant à la rencontre de personnes âgées isolées dans le cadre de programmes de visites ou en proposant des repas en commun dans des foyers ou lieux d'accueil qui peuvent être liés à des programmes de loisirs. Des stratégies analogues devraient être développées au niveau des cantons et des communes, intégrant des personnes âgées motivées et leurs associations. Le rôle de la famille comme réseau de soutien primaire doit être préservé, bien qu'il ne puisse plus être assumé de nos jours sans prestations de soutien. Ainsi, des lits de court séjour en établissement pour personnes âgées sont indispensables pour permettre aux proches de se reposer parfois et de répondre à leurs propres besoins.

### Visites préventives à domicile

Le recul des groupes de population concernés par la mortalité précoce a placé le maintien de l'intégrité physique et la qualité de vie des personnes âgées au premier plan. Une recherche conduite en Suisse a montré que des placements en institution peuvent être évités par des visites préventives périodiques au domicile, effectuées par des infirmières, permettant une évaluation systématique de l'état de santé, de l'environnement domestique et des besoins. Les per-

sonnes âgées peuvent rester à leur domicile et conserver leur indépendance plus longtemps. Certes, un programme intensif de visites par du personnel formé spécialisé requiert beaucoup de ressources financières et humaines, cependant les travaux actuels visent à obtenir des résultats équivalents à un moindre coût. La loi suisse sur l'assurance maladie (LAMal) permet, par son article 26, le financement de programmes de prévention dont l'efficacité au niveau des coûts est démontrée, et sa mise en oeuvre devrait pouvoir intervenir à moyen terme en cohérence avec le développement des possibilités de prévention dans la population âgée. Afin de pouvoir atteindre la totalité de la population vieillissante, certaines conditions structurelles doivent cependant être réunies telles qu'une préparation suffisante des médecins de première ligne et des collaborateurs des services d'aide et de soins à domicile, ce qui présuppose la création d'une organisation dépassant les frontières cantonales.

En résumé, on constate que le maintien de la santé de la population âgée présente plusieurs facettes. Si la prévention primaire des maladies chroniques est indispensable dès le plus jeune âge, les possibilités de prévenir l'évolution vers la perte d'autonomie au grand âge doivent être reconnues et exploitées systématiquement. Des interventions destinées en particulier aux groupes de population cumulant un handicap économique et social (femmes, milieux ruraux, niveau d'éducation élémentaire) peuvent améliorer la qualité de vie par une reconnaissance précoce de déficits susceptibles d'entraîner une dépendance fonctionnelle chronique. En outre, des structures de soutien doivent être développées pour permettre aux personnes âgées de vivre dans la communauté et soulager leur entourage souvent fortement mis à contribution.

## AMÉLIORER LA SANTÉ MENTALE

**D'ici 2020, il faudrait améliorer le bien-être psychosocial de toute la population et offrir des services complets et plus efficaces aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale.**

**En particulier:**

- 6.1 il faudrait réduire sensiblement la prévalence des troubles mentaux et leur impact néfaste sur la santé, et accroître la capacité des individus à faire face aux événements stressants de la vie;**
- 6.2 il faudrait réduire d'au moins un tiers le taux de suicide et que cette réduction soit la plus importante dans les pays et les groupes de population où les taux de suicide sont actuellement élevés.**

### Exposé du problème

En Suisse aussi, les troubles psychiques ont une importance considérable au sein du système de santé. Bien que l'on ne dispose chez nous d'aucune étude de terrain représentative, on peut admettre, en se fondant sur des études internationales menées dans les pays industrialisés, que chaque année 25% à 30% de la population générale a besoin d'un traitement pour des troubles psychiques. De nombreux troubles psychiques évoluent vers la chronicité, de sorte que le taux de handicaps dont s'accompagnent ces troubles est élevé. L'impression, nourrie par les médias, d'une forte augmentation des troubles psychiques est surtout liée à la „psychologisation“ des problèmes quotidiens. Néanmoins, pour différentes raisons, les données disponibles ne reflètent pas de façon exhaustive les besoins réels de la population en soins psychiatriques:

1. La classification psychiatrique repose sur des définitions catégorielles, sans qu'un substrat organique évident ne sous-tende les différents tableaux cliniques. Des changements dans les critères diagnostiques peuvent donc conduire à des taux de prévalence différents.
2. Afin d'accroître l'objectivité et la standardisation des diagnostics, les catégories de maladies sont toujours plus étroitement définies, avec comme conséquence l'exclusion de troubles subconscients.

3. Le diagnostic par catégorie des troubles ne permet pas une différenciation suffisante du degré de gravité. En particulier, les répercussions fonctionnelles dans la sphère psychosociale ne sont guère prises en compte.

### Offre et recours aux soins

Il est clairement démontré que des conditions de vie socio-économiques difficiles et un manque de soutien social augmentent la densité des hospitalisations.

Il existe une étroite corrélation entre l'offre en équipements psychiatriques et le recours à celle-ci. Dès lors, le recours aux soins dépend surtout de l'éloignement par rapport aux institutions psychiatriques. Les personnes souffrant de troubles psychiques s'accrochent mal de longs trajets pour accéder aux soins.

Certaines variables du côté des prestataires influencent également le recours aux soins et ne sont pas à négliger non plus. Par exemple, le nombre des journées en clinique psychiatrique pour 1000 habitants peut varier considérablement d'un canton à l'autre.

Ces disparités ne peuvent guère s'expliquer par des taux de prévalence plus ou moins élevés, ou par des facteurs favorisant ou défavorisant significativement le recours aux soins. On doit admettre qu'elles sont dues, en partie du moins, à des conceptions thérapeutiques différentes.

Quoique la Suisse ait une densité élevée d'institutions psychiatriques, les services hospitaliers ont à faire face à des afflux d'admissions de plus en plus importants. Il est probable que cette pression croissante tient moins à une possible augmentation des troubles psychiques au sein de la population qu'à un changement de pratique des institutions concernées lorsqu'il s'agit de décider de garder ou, au contraire, d'adresser ailleurs ou de faire transférer un/e patient/e. Si, pour telle ou telle raison – par exemple une réduction politiquement imposée de la durée des séjours dans les hôpitaux généraux ou un coût trop élevé des médicaments dans les soins ambulatoires – des changements interviennent dans la politique en matière d'admission et de sortie ou dans les critères utilisés pour orienter les patientes et patients, ceci peut entraîner

ner une hausse notable de la fréquentation des cliniques psychiatriques. Ces dernières, de leur côté, ont souvent des difficultés à trouver une solution satisfaisante pour le suivi post-institutionnel des patientes et patients, étant donné que les psychiatres installés, bien que nombreux, préfèrent traiter des malades légers conscients de ce dont ils souffrent et fortement motivés à se faire soigner.

Une autre interprétation du nombre croissant de patientes et patients dans les établissements hospitaliers est un possible changement d'attitude de la population à l'égard de la psychiatrie et des malades psychiques.

### **Problèmes à l'école: suicide chez les jeunes**

La prévention du suicide apparaît aujourd'hui comme un thème majeur de santé publique et, comme l'ont montré différentes études épidémiologiques, le suicide représente la deuxième cause de mortalité à l'adolescence en Suisse comme dans de nombreux pays développés.

Pour les adultes, les drogues et l'alcool représentent, outre les psychoses, les raisons les plus fréquentes d'une hospitalisation en clinique psychiatrique.

### **Objectifs nationaux**

- D'ici 2020, le taux d'hospitalisation psychiatrique en Suisse est analogue dans tous les cantons et l'hospitalisation due à l'alcoolisme a considérablement diminué
- D'ici 2020, le taux de suicide des jeunes est réduit de moitié
- D'ici 2020, tous les médecins généralistes détectent les symptômes précoces des troubles psychotiques et il existe une structure d'intervention couvrant l'ensemble du territoire pour les jeunes affectés de tels troubles
- D'ici 2010, la formation continue systématique des médecins de famille permet une prise en charge psychiatrique plus large et compé-

tente; un réseau de psychiatres travaillant davantage en tant que conciliateurs les soutient dans cette tâche.

### **Mesures**

#### **Programme de prévention des psychoses débutantes**

L'âge de début de la plupart des troubles psychiatriques apparaît plus précoce que ce que l'on pensait. Dans le cas des psychoses, il est maintenant largement admis qu'il s'écoule une période de plusieurs mois, voire de plusieurs années avant qu'un diagnostic ne soit posé et qu'un traitement ne soit instauré.

En Suisse, plusieurs centres proposent aux médecins généralistes et à toutes les personnes concernées une évaluation des patients présentant des syndromes prodromiques. L'un des objectifs des programmes consiste à réduire la phase active non traitée. En effet, les conséquences d'un retard de traitement peuvent être extrêmement graves et mener en particulier à la chronicité ou à une rémission lente et partielle accompagnée de dépression et de suicide. Les adolescents ou les jeunes adultes se marginalisent et échouent dans leur intégration sociale comme dans leurs projets de formation tout en ne parvenant pas à s'insérer dans un réseau relationnel. De plus, ils représentent souvent une lourde charge pour la famille.

On connaît également la forte comorbidité avec les abus de drogue et le risque de passages à l'acte parfois violents.

Le projet „Swiss Early Psychosis“ (SWEPP) a mis en place une série de programmes de formation dans l'ensemble du pays dans le but de dispenser les meilleures connaissances possibles concernant la prévention, la détection précoce et le traitement précoce des psychoses schizo-

#### *Objectifs du programme SWEPP:*

- Etablissement de „guide-lines“ cliniques
- Mise en place d'un programme de formation pour les médecins généralistes, les psychologues scolaires, les psychiatres d'enfants et d'adolescents et les psychiatres d'adultes
- Campagne d'information
- Mise en place de structures d'interventions spécialisées
- Evaluation précise des coûts de la schizophrénie en Suisse
- Développement d'une étude d'intervention contrôlée.

#### **Programme de prévention du suicide chez les jeunes**

Promotion Santé Suisse a pris la responsabilité des actions de prévention et s'est fixé comme but prioritaire la prévention dans le domaine de la santé des jeunes, y compris la prévention du suicide.

Il n'est cependant pas facile de définir avec précision les objectifs et par conséquent de trouver un accord sur les moyens à mettre en oeuvre. A titre d'exemple, et comme le souligne F. Ladame, „prévenir le suicide chez les jeunes, est-ce prévenir le nombre de décès par suicide ou prévenir les tentatives de suicide et leurs récurrences? Ne s'agit-il pas également de prévenir une détérioration des conditions de vie et de l'estime de soi? L'essentiel des efforts doivent-ils se concentrer sur la mise en place d'un traitement approprié après un premier geste suicidaire ou ne pourrait-on pas trouver moyen d'agir auparavant?“

Les réponses à ces différentes questions pourront plus facilement être trouvées si l'on intègre différentes approches thérapeutiques et si l'on parvient à impliquer tous les partenaires concernés, que ce soit dans le domaine clinique, de la santé publique, de l'éducation, des médias, des groupes d'entraide, de la famille, des amis, etc.

#### **Objectifs du programme:**

- Améliorer les capacités de reconnaître les adolescents qui présen-

tent un risque de suicide grâce à une meilleure connaissance des signaux d'alarme

- Améliorer la communication entre tous les membres du réseau entourant les adolescents à risque
- Faciliter l'organisation du traitement en cas de besoin grâce à une meilleure information sur les possibilités thérapeutiques existantes

### **L'avenir de la psychiatrie en Suisse**

L'exposé qui précède autorise quelques réflexions dans la perspective des développements futurs de la psychiatrie en Suisse:

- Compte tenu de l'ampleur de la demande de soins, la grande majorité des personnes souffrant de troubles psychiques continueront d'être traitées par des médecins de famille. Même si ceux-ci sont très bien acceptés par les patientes et patients, cela ne veut pas forcément dire qu'ils disposent des compétences thérapeutiques nécessaires.
- Si l'on veut que les psychiatres travaillent davantage en tant que conciliateurs, ils vont avoir besoin d'une compétence psycho-pharmacologique plus étendue.
- A l'avenir également, de nombreux malades psychiques seront soignés dans des hôpitaux généraux. A côté des problèmes d'alcool et des dépressions, ce sont avant tout des troubles de somatisation qui occupent les médecins de ces hôpitaux. Une compétence psychosomatique interdisciplinaire pourrait être fournie par un service de liaison et de conciliation psychiatrique, à même également d'orienter la suite des traitements.
- Restent, pour les services socio-psychiatriques, les services ambulatoires et les polycliniques, une série de tâches spéciales. Il s'agit essentiellement, à l'heure actuelle, de soins de longue durée apportés à des malades psychiques chroniques et à des personnes souffrant d'une dépendance.
- En interface avec les centres hospitaliers psychiatriques, les centres d'intervention en cas de crise gagneront en importance. Le but est d'opérer un tri uniquement en ce

qui concerne les traitements hospitaliers à court terme, de plusieurs jours. Les équipements hospitaliers traditionnels, en revanche, subiront un changement structurel considérable.

En l'espace des deux ou trois dernières décennies, la psychiatrie, de discipline de soins qu'elle était, est indéniablement devenue une discipline thérapeutique à part entière. Souvent, l'adaptation des structures d'organisation n'a pas suivi cette évolution. Eu égard à la multiplicité des groupes d'intérêts, ce processus de modernisation sera de longue haleine en Suisse.

## FAIRE RECULER LES MALADIES TRANSMISSIBLES

D'ici 2020, il faudrait réduire considérablement l'impact négatif sur la santé des maladies transmissibles, grâce à des programmes systématiques visant à éradiquer ou endiguer certaines maladies infectieuses ayant une incidence importante sur la santé publique.

En particulier:

### Élimination des maladies transmissibles

- 7.1 il faudrait éliminer la poliomyélite de la région d'ici 2000, et cette éradication devrait être certifiée dans chaque pays d'ici 2005, voire même plus tôt;
- 7.2 il faudrait éliminer le tétanos néonatal de la région d'ici 2005, voire même plus tôt;
- 7.3 il faudrait éliminer la rougeole autochtone de la région d'ici 2007, voire même plus tôt, et cette élimination devrait être certifiée dans chaque pays d'ici 2010;

### Endiguement des maladies transmissibles

7.4 d'ici 2010, voire même plus tôt, tous les pays devraient avoir:

- réduit l'incidence de la diphtérie au-dessous de 0,1 pour 100'000 habitants;
- réduit d'au moins 80% l'incidence des nouveaux porteurs de virus de l'hépatite B en intégrant la vaccination contre l'hépatite B au programme de vaccination infantile;
- réduit l'incidence de la coqueluche, des oreillons et des maladies invasives causées par *Haemophilus influenzae* type b au-dessous de 1 pour 100'000 habitants;
- réduit l'incidence de la syphilis congénitale au-dessous de 0,01 pour 1000 naissances vivantes;
- réduit l'incidence de la rubéole congénitale au-dessous de 0,01 pour 1000 naissances vivantes;

7.5 d'ici 2015, voire même plus tôt:

- il faudrait avoir réduit, dans tous les pays, l'incidence du paludisme à un niveau inférieur à 5 pour 100'000 habitants et l'on ne devrait plus relever aucun décès lié au paludisme autochtone dans la région;
- chaque pays devrait faire baisser de façon durable et continue l'incidence, la mortalité et les effets néfastes sur la santé de l'infection à VIH et du sida, d'autres maladies sexuellement transmissibles, de la tuberculose, des infections respiratoires aiguës et des maladies diarrhéiques infantiles.

### Exposé du problème

L'incidence et la gravité des maladies transmissibles (MT) dans notre pays ne sont pas précisément chiffrées mais on sait qu'elles ont massivement reculé au cours du 20ème siècle sous l'effet conjoint des antibiotiques, des vaccins et des mesures d'hygiène. Il est réjouissant qu'un bon nombre de maladies transmissibles soient sous contrôle sans pour autant qu'elles aient disparu. Le spectre et l'importance des maladies transmissibles varient selon qu'on les examine dans une perspective mondiale, régionale (Europe par exemple), voire à l'intérieur même d'un pays. On dispose à cet égard d'indicateurs qui permettent de mesurer le fardeau de la maladie (burden of disease, BoD) en totalisant les années de mort prématurée ou d'invalidité. On les nomme par exemple disability adjusted life years ou DALYs ou YLLs (years of life lost). Les maladies transmissibles figurent dans le paquet de tête du fardeau mondial des maladies. Le tableau 1 illustre les disparités entre les régions développées et en développement.

Cause	Niveau économique bien établi %	Niveau économique en développement %	Niveau mondial moyen %
Maladie infectieuses, néonatales et carences nutritionnelles	7,8	48,7	43,9
<i>dont infections</i>	2,7	25,6	22,9
Maladie non infectieuses	77,7	36,1	40,9
Accidents	14,5	15,2	15,1

**Tableau 1**  
Distribution (%) des DALYs par catégories causales, exprimée en fonction du niveau économique des régions



## Problèmes particuliers en Suisse

Est-ce dire qu'on est tiré d'affaire? La saison grippale, annuelle et presque rituelle, avec son cortège d'altitudes et de victimes, suffit à nous rappeler le fragile équilibre que nous entretenons avec un monde microbien aux ressources adaptatives infiniment variées.

Les maladies transmissibles peuvent être diversement classées selon le degré de contrôle qu'on opère sur elles: celles qui sont maîtrisées et celles qui ne le sont pas. Les premières sont réputées éradiquées lorsque le germe n'est plus en circulation, et ceci à l'échelon planétaire. A cette catégorie appartiennent la variole et bientôt la poliomyélite, grâce aux efforts conjugués de tous les Etats et au prix d'investissements gigantesques avant tout dans des campagnes de vaccination. Cette situation idéale n'est possible que lorsque l'être humain est l'hôte unique du germe, cas de figure trop rare. Ce qui est préoccupant, c'est simplement le fait que la variole, par exemple, pourrait à nouveau être répandue au moyen du bio-terrorisme.

Les maladies conditionnellement maîtrisées nécessitent une surveillance soutenue et durable. On pense notamment au tétanos, affection devenue très rare, grâce à la vaccination, mais dont le germe causal est largement répandu dans l'environnement, jusque dans notre propre tube digestif. Les MT ainsi conditionnellement contrôlées requièrent une vigilance permanente. Elles dépendent de l'immunité acquise et menacent toute rupture du programme d'acquisition et d'entretien de cette immunité.

Dans la catégorie des maladies transmissibles non maîtrisées, on trouve également deux cas d'espèces: les maladies maîtrisables à terme et celles qui ont peu de chance de l'être. Dans le premier cas, on peut raisonnablement espérer l'éradication de la rougeole par exemple, grâce à une couverture vaccinale suffisante. Les paramètres du second groupe sont

		Avant n/année	Aujourd'hui n/année	Différence
Diphthérie	Cas	3000	0	-100%
	Décès	130	0	-100%
Poliomyélite	Cas	700	0	100%
	Décès	80	0	100%
Tétanos	Décès	50	0,4	-99%
Coqueluche	Décès	90	0-1	-100%
Hemophilos	Cas	200	12	-94%
Rougeole	Cas	70'000	2'300	-97%

**Tableau 2:**  
**Fréquence des maladies évitables par des vaccinations en Suisse, avant l'introduction des vaccinations et aujourd'hui**

divers: absence de vaccin ou de prévention efficace, à l'exemple de certaines intoxications alimentaires; affections imputables au comportement personnel à risque comme l'infection VIH ou l'hépatite B ou encore à la négligence, comme dans le cas de l'influenza où la couverture vaccinale des groupes cibles est inférieure à 50%, etc. L'extrême biodiversité de la nature nous réserve en tout temps des surprises comme les maladies émergentes dont on recense en moyenne un exemplaire par année. Il faut encore compter avec les aléas des manipulations génétiques, malveillantes ou non. La nouvelle vague terroriste nous en a donné un exemple.

L'exposé du problème est incomplet si l'on n'aborde pas d'autres aspects des voies de contamination. Les concentrations d'individus fragilisés et de germes (multi)résistants sont un problème croissant (infections nosocomiales). L'utilisation exagérée des antibiotiques est aussi le fait d'un emploi parfois inadéquat par les prescripteurs ou par les bénéficiaires. Les viroses banales, les bronchites, les gastro-entérites, les otites de l'oreille moyenne, les infections urinaires et les méningites, etc., sont autant de maladies infectieuses transmissibles génératrices d'une morbidité cumulée considérable et difficilement évitable.

## Objectifs nationaux

- D'ici 2005, la Suisse dispose d'un système uniforme fiable de mesure de la couverture vaccinale de la population et développe des stratégies ciblées pour combler les lacunes décelées
- D'ici 2007, la rougeole est éradiquée en Suisse
- D'ici 2008, 70 % des personnes âgées de plus de 60 ans et des personnes fragilisées sont vaccinées contre la grippe. D'ici 2010, 80 % d'entre elles le sont
- D'ici 2005, le problème des infections nosocomiales est étudié de manière approfondie et, sur la base des résultats obtenus, un système de prévention et de surveillance est établi
- D'ici 2020, les nouvelles infections à VIH et au virus de l'hépatite B reculent, la population connaît les mesures de protection nécessaires et les applique

## Mesures prioritaires:

1. Etablir et consolider en Suisse un système fiable et durable de mesure de la couverture vaccinale. Un tel système a démarré dans

quelques cantons. Il est embryonnaire dans d'autres. Ce système doit être coordonné pour l'ensemble de la Suisse et devenir un instrument de routine qui devrait dépasser le cadre des enfants en âge de scolarité.

2. Aucun cas de poliomyélite sauvage n'est déclaré en Suisse depuis 1982. Il reste à en certifier l'éradication selon les critères OMS: surveillance active de la paralysie flasque aiguë, recherche du virus polio dans ces cas et surveillance dans l'environnement. Le dispositif de surveillance est en place et le laboratoire national de référence désigné.
3. Dans la perspective OMS 2007, l'élimination de la rougeole est un défi pour notre pays. La couverture vaccinale en monodose est insuffisante pour interrompre la circulation du virus. Une deuxième dose est nécessaire pour rattraper les oubliés et offrir une seconde chance aux échecs de la primovaccination.
4. L'influenza est un autre défi majeur. Un vaccin de bonne qualité est disponible. Un effort considérable est à consentir pour améliorer la couverture vaccinale des populations menacées. Le but est d'endiguer l'épidémie annuelle et de contrer ainsi le danger d'une pandémie toujours possible. Un plan d'action national est élaboré, accompagné d'une législation appropriée. Il reste à promouvoir des campagnes nationales de vaccination.
5. La résistance aux antibiotiques fait l'objet d'un programme national de recherche par lequel de nouvelles stratégies de surveillance et de contrôle doivent être élaborées, axées entre autres sur l'interaction entre environnement animal et humain. Leur mise en place aura lieu durant les cinq années à venir.
6. L'infection VIH, le sida et les maladies sexuellement transmissibles

demeurent autant de défis d'importance nationale. La prévention des comportements à risque est la clé de voûte de la lutte contre ces maladies, même si l'on attend beaucoup des nouvelles thérapies antivirales et d'un éventuel vaccin contre le sida. Il s'agit au moins de conserver l'acquis, tout en progressant dans les secteurs pharmacologiques mentionnés.

### Stratégies

Chaque maladie nécessite une stratégie adaptée aux mesures qu'il convient d'adopter et plusieurs sont déjà mentionnées ci-dessus. S'agissant des maladies transmissibles évitables par les vaccinations, il faut procéder selon des règles stratégiques communes:

1. Prendre conscience du problème de société en cours (vulnérabilité, solidarité, responsabilité)
2. Harmoniser la doctrine quant aux indications (plans de vaccination) et au monitoring (mesure de la couverture vaccinale; recensement des effets indésirables)
3. Faciliter l'accès à la vaccination (gratuité, médecine scolaire plus médecine individuelle)
4. Faire face aux risques réels et perçus (sécurité d'emploi et effets indésirables des vaccins, rumeurs)
5. Améliorer la communication avec la population, la familiariser avec l'action préventive.

## FAIRE RECULER LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

**D'ici 2020, il faudrait réduire le plus possible la morbidité, l'invalidité et la mortalité prématurée dues aux principales maladies chroniques dans la région.**

**En particulier:**

- 8.1 il faudrait réduire d'au moins 40% en moyenne la mortalité due aux maladies cardio-vasculaires chez les personnes de moins de 65 ans, en particulier dans les pays où la mortalité est actuellement élevée;**
- 8.2 il faudrait réduire d'au moins 15% en moyenne la mortalité due au cancer quelle que soit sa localisation, et notamment de 25% la mortalité due au cancer du poumon;**
- 8.3 il faudrait réduire d'un tiers l'incidence des amputations, de la cécité, de l'insuffisance rénale, des complications de la grossesse et d'autres graves problèmes de santé liés au diabète;**
- 8.4 il faudrait réduire de façon continue et durable la morbidité, l'invalidité et la mortalité dues aux maladies respiratoires chroniques, aux troubles de l'appareil locomoteur et à d'autres maladies chroniques fréquentes;**
- 8.5 au moins 80% des enfants âgés de 6 ans devraient n'avoir aucune carie et les enfants âgés de 12 ans devraient avoir, en moyenne, un maximum de 1,5 dent cariée, absente ou obturée.**

### Exposé du problème

En Suisse les maladies non transmissibles les plus importantes sont les maladies cardio-vasculaires et le cancer. En 1997, 298 hommes et 183 femmes pour 1000'000 habitants sont décédés de maladies cardio-vasculaires (MCV). En comparaison à 1950, la mortalité due aux MCV a diminué environ de moitié pour les deux sexes et nous avons en Suisse, par rapport à l'Europe, un des taux les plus bas pour les deux sexes. La mortalité due aux cardiopathies ischémiques (entre autres l'infarctus) s'élève par ex. en 1990-92 en Suisse, chez les femmes âgées de 45 à 74 ans, à 64 pour 100'000. En Angleterre/Pays de Galles, le chiffre est trois fois plus élevé (190 pour 100'000) et en Ukraine il est même cinq fois supérieur (342 pour 100'000).

La mortalité due au cancer s'élevait en 1997 pour les hommes à 219 et pour les femmes à 128 pour 100'000 habitants. L'homme est avant tout atteint du cancer du poumon (53 pour 100'000) et la femme du cancer du sein (29 pour 100'000). Durant ces quarante dernières années, la mortalité a évolué de manière différente selon la localisation du cancer. Chez les hommes, le taux de mortalité due au cancer du poumon a fortement augmenté de 1950 à 1980 et depuis cette date, a considérablement diminué. En revanche, chez les femmes, la mortalité due au cancer du sein a continuellement augmenté depuis 1950. Sur une

série de 39 pays répartis dans le monde entier, la Suisse occupe une position médiane pour la plupart des localisations du cancer (exceptions : le cancer du sein chez les femmes et le cancer de la bouche/gorge chez les hommes). Pour les deux sexes, le cancer du colon représente, avec une proportion de 12 % des tumeurs, une localisation importante. Depuis plusieurs décennies, la mortalité diminue en Suisse.

Outre les maladies non transmissibles qui viennent d'être évoquées (maladies cardio-vasculaires et cancers), il ne faut pas négliger l'incidence des maladies chroniques qui ne conduisent certes pas au décès mais peuvent entraîner une atteinte à la qualité de vie, des handicaps dans les activités quotidiennes, voire l'invalidité.

Selon l'Enquête suisse sur la santé de 1997 réalisée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), 12% des personnes interrogées (16% des femmes et 8% des hommes) étaient en traitement dès l'âge de 25 ans pour cause de rhumatisme (prévalence de 12 mois). 15% souffraient de tension artérielle trop élevée, une personne sur dix de rhume des foins/allergies et une personne sur vingt de bronchite/emphysème. Les femmes sont atteintes plus

fréquemment que les hommes par toutes les maladies susmentionnées. Mais les écarts les plus importants entre hommes et femmes s'observent pour le rhumatisme: les femmes (16%) en souffrent deux fois plus que les hommes (8%). A l'exception des allergies, l'incidence de ces maladies augmente fortement avec l'âge: un homme sur trois et quatre femmes sur dix ont une pression sanguine trop élevée dès l'âge de 65 ans. Une femme sur trois et un homme sur cinq étaient en traitement pour cause de rhumatisme à l'âge de la retraite.

Des disparités selon les indicateurs démographiques, sociaux et culturels donnent des indications – outre l'évolution de la mortalité et la fréquence des diagnostics – sur un possible potentiel de prévention en matière de maladies non transmissibles. Viennent au premier rang les disparités selon le rang social et la région, en plus de celles dues au sexe et à l'âge.

A la fin du 19ème siècle, la mortalité de l'ensemble des hommes actifs dans une profession non manuelle, par exemple dans le service d'exécution des peines ou la police, s'élevait à 193 pour 10'000 habitants. Pour une profession manuelle, tonnelier par exem-



ple, elle était de 321 pour 10'000, un chiffre bien plus élevé. La forte diminution de mortalité enregistrée au 20ème siècle n'a pas pour autant gommé ces disparités. Aujourd'hui encore, la mortalité due aux maladies non transmissibles varie selon le rang social, mais dans une proportion moindre. La part des années potentielles de vie perdues en raison de cardiopathies ischémiques par exemple était en 1979-82 environ deux fois plus grande (ratio 1,8) pour les hommes actifs dans les professions manuelles que pour les hommes travaillant dans des professions non manuelles hautement qualifiées. Pour les maladies vasculaires cérébrales (entre autres l'accident vasculaire cérébral), le rapport correspondant se situe à 2,0, pour le cancer des poumons à 3,5 et pour les maladies des voies respiratoires à 4,6. Ces disparités selon le rang social se retrouvent aussi en cas de maladies chroniques non mortelles comme le rhumatisme par exemple. Les hommes et les femmes qui n'ont que la formation scolaire obligatoire ont un risque relatif de souffrir de rhumatisme presque deux fois plus élevé que les personnes jouissant d'une formation supérieure. Les risques relatifs (OR) estimés, corrigés en fonction de l'âge, de la nationalité et de la région linguistique, s'élèvent en 1997 à 1,72 (95%-CI : 1,23-2,41) pour les hommes et à 1,82 (95%-CI : 1,21-2,73) pour les femmes.

La mortalité due aux maladies non transmissibles varie aussi – comme c'était déjà le cas au début du siècle dernier – d'après les régions d'habitation. Les taux de mortalité dus aux cardiopathies ischémiques sont en 1989-92, pour les femmes, dans les cantons de Berne (quotient standardisé de mortalité QSM=107\*\*\*), Bâle-Ville (QSM=114\*\*\*), Lucerne (QSM=117\*\*\*) et Zoug (QSM=132\*\*\*) statistiquement élevés par rapport à la moyenne suisse (QSM=100). En revanche, dans les cantons de Vaud (QSM=76\*\*\*), Genève (QSM=59\*\*\*), Valais (QSM=78\*\*\*) et Fribourg (QSM=88\*\*), les quotients standardisés de mortalité sont bien au-dessous de la moyenne suisse. Ce qui frappe, c'est que ces disparités sont parfaitement stables. Elles ont déjà été obser-

vées dans les cantons mentionnés au cours des périodes précédentes (en 1970, 1980 et 1985).

En fixant les objectifs et les mesures visant à réduire l'incidence des maladies non transmissibles, il faut donc tenir compte de ces différences démographiques et socio-culturelles.

## Objectifs nationaux

### Les objectifs supérieurs principaux sont :

- Diminution des taux d'incidence et augmentation des taux de survie en cas de maladies cardio-vasculaires et de cancer, en particulier les infarctus du myocarde, les accidents vasculaires cérébraux, le cancer des poumons et du sein
- Diminution de la prévalence des maladies chroniques qui ne conduisent pas au décès mais peuvent néanmoins porter fortement atteinte à la qualité de vie (par ex. rhumatisme, allergies)
- Diminution des disparités de l'état de santé selon des indicateurs socio-démographiques et socio-culturels (par ex. sexe, rang social, conditions d'existence, nationalité, région d'habitation)
- Amélioration des données concernant l'incidence et la prévalence des maladies non transmissibles

L'incidence des maladies non transmissibles et leur évolution est fortement conditionnée par les facteurs suivants :

- Comportement en matière de santé (facteurs classiques de risques)
- Contrôles préventifs
- Qualité du diagnostic et de la thérapie
- Qualité de la réadaptation; compliance des patientes et patients

### Les objectifs partiels sont:

- Diminution des facteurs de risque les plus importants (tabac, mauvaise hygiène alimentaire, manque d'exercice physique)
- Amélioration de l'information de la population sur les facteurs de risque et la prévention des maladies tout comme sur la nécessité, la nature et la périodicité des contrôles préventifs
- Amélioration de l'information des

prestataires de soins sur les facteurs déterminants socio-économiques, culturels et structurels de la santé de la population

- Promotion de mesures visant à assurer l'efficacité et l'économicité des prestations (contrôles préventifs, diagnostics, interventions thérapeutiques)
- Augmentation de la qualité de vie des malades chroniques

## Mesures

Les mesures visant à atteindre ces buts doivent intervenir sur deux niveaux, individuel et structurel.

### Mesures au niveau individuel

- Campagnes de prévention dans l'ensemble de la population. Information sur les points suivants :
  - facteurs de risque des principales maladies chroniques
  - Importance et fréquence des examens préventifs
  - Symptômes et comportement en cas d'apparition de maladies non transmissibles aiguës et importantes (par ex. infarctus, accident vasculaire cérébral)
- Information du corps médical et du personnel soignant :
  - Perfectionnement basé sur des documents consensuels relatifs aux prestations médicales importantes en cas de maladies chroniques (examens préventifs, diagnostics, interventions thérapeutiques)
  - Information sur les facteurs déterminants sociaux et culturels de la santé
- Promotion des conseils spécifiques aux groupes à risque, dispensés par du personnel médical
  - Mise à disposition de matériel d'information (brochures destinées aux patientes et patients) par des organisations spécialisées

### Mesures au niveau structurel

- Réduction de la consommation de tabac et du tabagisme passif: création de zones non-fumeurs; interdiction d'automates distributeurs de ci-

- garetttes dans les lieux publics; augmentation du prix des cigarettes
- Promotion d'une alimentation saine: perfectionnement des restaurateurs/cuisiniers dans les lieux de restauration collective (restaurants d'administrations publiques, d'entreprises et de cantines scolaires, restauration dans les homes et les hôpitaux)
- Promotion de l'activité physique:
  - Création de pistes cyclables, de chemins pour piétons et de parcours fitness dans les agglomérations urbaines
  - Encouragement financier de la part des assureurs-maladie (cours ; contribution à des abonnements de fitness)
  - Création d'opportunités de fitness dans le cadre de l'école et du travail
- Promotion de techniques de détente, de stratégies visant à faire face au stress:
  - Création d'un environnement scolaire et de travail favorable au bien-être
  - Offres de cours de la part des écoles, des employeurs
- Promotion de la médecine fondée sur des données probantes:
  - Accroissement des activités de recherche
  - Mise à disposition de documents consensuels relatifs aux prestations médicales importantes dans le domaine des maladies chroniques (examens préventifs, diagnostic, interventions thérapeutiques) à l'intention du corps médical et du personnel soignant
- Promotion de la qualité de vie des malades chroniques:
  - Mise à disposition, au niveau régional mais aussi local, de thérapies visant à la réadaptation sociale, psychique et professionnelle des malades chroniques
  - Offre de conseils ciblés pour les patientes et les patients et le personnel soignant
  - Soutien de la création de groupes d'entraide
- Diminution des disparités sociales et régionales en matière de santé:
  - Information et prévention spécifiques aux groupes à risque (en tenant compte des particularités sociales et culturelles)
- Mesures structurelles générales visant à améliorer les facteurs de risque environnementaux (bruit, pollution de l'air) et du marché du travail (conditions de travail; chômage) qui touchent plus fortement les personnes socialement défavorisées
- Amélioration des données relatives à l'incidence et à la prévalence des maladies non transmissibles:
  - Création et développement des banques de données fédérales existantes (par ex. statistique médicale de l'Office fédéral de la statistique (OFS); élargissement des thèmes de l'Enquête suisse sur la santé réalisée par l'OFS)
  - Création d'un "Observatoire de la santé" à l'échelle suisse (entré en fonction à fin 2001).

CI: Confidence interval; intervalle de confiance

OR: Odds ratio; estimation du risque relatif

Risque relatif: rapport entre le risque des personnes exposées au facteur étudié et le risque de celles qui ne le sont pas.

## DIMINUER LE NOMBRE DE BLESSURES DUES AUX ACTES DE VIOLENCE ET AUX ACCIDENTS

D'ici 2020, il faudrait réduire de façon importante et durable le nombre des blessures, d'invalidités et de décès imputables aux accidents et aux actes de violence dans la région.

En particulier:

**9.1 il faudrait réduire d'au moins 30% la mortalité et l'invalidité imputables aux accidents de la circulation;**

**9.2 il faudrait réduire d'au moins 50% la mortalité et l'invalidité imputables aux accidents du travail, domestiques, de sport et de loisirs, la réduction la plus importante devant s'opérer dans les pays où les taux de mortalité imputables aux accidents sont actuellement élevés;**

**9.3 il faudrait réduire d'au moins 25% l'incidence des actes de violence domestique, sexuelle, et organisée, leurs conséquences sur la santé et la mortalité qui en découle.**

### Exposé du problème

D'après les statistiques de mortalité (OFS) de 1997, 3,2% de l'ensemble des décès sont dus à des accidents. Cette cause est nettement plus fréquente dans les catégories d'âge jeune : pour les filles 27% et pour les garçons 32% ont perdu la vie par suite d'accident dans la catégorie d'âge 1 à 14 ans. En 1996, les accidents ont été responsables de 28'000 années potentielles de vie perdues (avant l'âge de 70 ans). Ceci représente, pour les hommes, 13,5% (N = 22'000) et pour les femmes, 7,3% (N = 6'000) de l'ensemble des années de vie perdues. La mortalité par accident concerne ainsi davantage les hommes que les femmes. En 1999, 583 personnes ont perdu la vie dans des accidents de circulation.

Les victimes par accident de la route comptaient 73% d'hommes. Le groupe d'âge de 15 à 44 ans est particulièrement menacé puisque 46% de ces décès concernent cette catégorie. L'alcool et les excès de vitesse sont d'importants facteurs d'accidents.

Concernant la morbidité, les statistiques 1999 des accidents pris en charge au titre LAA et couvrant 3,2 millions de personnes actives, font état de 702'833 accidents annoncés, dont 61% sont d'origine non professionnelle. Dans les statistiques LAA de 1998, les accidents de la route, avec

leurs 61'312 victimes, représentent 15% de tous les accidents non professionnels.

### Accidents dans l'habitat

Si l'on considère les accidents survenant dans l'habitat et les loisirs, le Bureau de prévention des accidents (BPA) estime que chaque année 561'000 personnes en sont victimes, ces événements coûtant la vie à quelque 1'080 d'entre elles, dont 1'000 environ ont plus de 65 ans. Près de 45% de ces accidents ont lieu lorsque les personnes se déplacent, notamment sur des surfaces planes ou des escaliers, 30% ont lieu lors de la manipulation de machines ou d'outils, 12% résultent d'un déplacement d'objets et 12% d'accidents passifs (par exemple morsure de chien). Les défauts techniques d'appareils ne jouent pas un grand rôle. Environ 10% des accidents résultent d'erreurs d'utilisation. Pour les assurés LAA, en 1999, 97'698 accidents se sont produits à domicile, ce qui représente 24% des accidents non professionnels. Dans cette même statistique, on relève 134'963 accidents de sport, soit un tiers de tous les accidents non

professionnels (dont un tiers sont dus au football et 19% au ski).

Une forme particulière d'accidents est représentée par les intoxications, pour lesquelles le Centre suisse d'information toxicologique tient une statistique. Ce centre reçoit environ 30'000 appels par année, chiffre stable depuis six ans. Les intoxications aiguës concernent la majorité des appels et sont liées à des circonstances accidentelles domestiques dans 61% des cas en 1999. 37% des cas concernent la prise de médicaments et 24% l'ingestion de produits domestiques/produits de nettoyage. Dans 11% des cas il s'agit de contacts avec des plantes. Les enfants sont largement impliqués dans ces trois situations, majoritairement dans les intoxications avec les produits de nettoyage et les plantes. En 1999, 19 intoxications ont abouti à un décès, dont celui d'un enfant.

### Accidents du travail

Les accidents du travail sont des indicateurs de défaillance du système de prévention sur le lieu de travail. En Suisse, selon les statistiques 1998 des

assureurs LAA, le taux d'accidents professionnels a été de 8,4 pour cent personnes actives et le taux de mortalité de 7 pour 100'000 personnes actives. Le fait de se piquer, de se couper, de glisser ou de faire un faux pas sont les principales causes de morbidité et représente des milliers de journées de travail perdues ainsi que des dépenses de santé importantes (présentations d'assurances s'élevant au total à 1,25 milliards de francs en 1998). Les accidents professionnels sont aussi une cause importante d'invalidité. En 1998, 1'624 rentes d'invalidité ont été fixées dans ce secteur d'assurance. S'il y a eu un recul des accidents professionnels de 30% entre 1988 et 1997, la fréquence des accidents non professionnels n'a pas varié durant cette période.

### Maladies professionnelles

Le travail peut avoir d'autres répercussions sur la santé que les accidents professionnels. En 1998, les assureurs LAA ont reconnu 3'966 maladies professionnelles, dont les trois quarts se répartissent en parties égales entre atteintes de l'appareil locomoteur, problèmes cutanés et problèmes liés à des nuisances physiques, plus particulièrement le bruit. Il convient de relever que ces statistiques de maladies professionnelles ne permettent de mesurer qu'une partie très restreinte de l'impact du travail sur la santé. Alors que le recensement des accidents de travail est relativement facile et complet, il n'en est pas de même pour les maladies professionnelles. En effet, celles-ci peuvent apparaître après des années de travail et se confondre avec une pathologie courante. L'origine professionnelle peut ainsi échapper et le cas ne pas être annoncé à l'assurance LAA par le médecin traitant. En outre, seuls sont recensés les cas reconnus en vertu de la loi, qui exige une relation causale prépondérante. Ni les problèmes partiellement liés à l'activité professionnelle ni les nuisances qui n'aboutissent pas à une maladie mais simplement à une gêne ne sont inclus dans cette statistique. A titre d'exemple, on n'y trouvera pas les atteintes de nature psycho-physiologique: effets du tra-

vail à l'écran, problèmes de dos, problèmes liés à l'organisation du travail (horaire, rythme, travail de nuit). Une étude publiée en 2000 par le seco (Secrétariat d'Etat à l'économie) sur les coûts du stress a mis en évidence que plus du quart des personnes interrogées se sentent stressées, souvent ou très souvent.

### Violence au quotidien

Concernant les actes de violence, l'Enquête suisse sur la santé de 1997 a pour la première fois demandé aux personnes interrogées (env. 13'000 personnes) si elles avaient été victimes de violence au cours des douze mois précédant l'enquête. Cela concernait la violence verbale (injures ou menaces directes ou indirectes), la violence corporelle (coups, blessures, harcèlement sexuel, contrainte à des actes sexuels) et les délits contre la propriété (vol, cambriolage, agressions). Au total, 9% des personnes interrogées (10% des hommes et 8% des femmes) ont dit avoir subi au moins l'une des formes de violence précitées au cours des douze mois écoulés. Le risque d'être touché par la violence dépend fortement de l'âge. Il est plus élevé chez les adolescents et les jeunes adultes (15 à 24 ans), dont 1 sur 5 a été confronté à la violence dans les douze mois précédant l'enquête. Concernant la violence corporelle, il apparaît de nettes différences dans le domaine de la violence sexuelle: cette forme de violence touche beaucoup plus fréquemment les femmes que les hommes. Comme il s'agit d'expériences traumatisantes, qui se produisent en partie dans le contexte domestique, il faut supposer que ces résultats présentent des distorsions systématiques. En ce qui concerne les mauvais traitements envers les enfants et les adolescents, malgré l'absence de statistiques précises, les actes de maltraitance comptent pour beaucoup dans l'augmentation globale des dossiers traités par les services spécialisés. Ce phénomène est observable partout en Europe. Une étude publiée en Suisse en 1998, portant sur près de 10'000 adolescentes (15 à 20 ans) révèle que 18,6% d'entre elles ont vécu une expérience d'abus sexuel.

### Objectifs nationaux

D'ici 2020, il faudrait réduire de façon importante et durable le nombre des blessures, d'invalidités et décès imputables aux accidents et aux actes de violence dans la région.

- La fréquence des décès résultant d'accidents continue de diminuer. D'ici 2009, elle atteint pour les accidents de la route les mêmes proportions que la Suède (64/1milliard personnes km)
- D'ici 2010, les années de vie perdues imputables aux accidents diminuent de 30%, d'ici 2020, de 50% (de 28'000 à 14'000)
- D'ici 2010, les accidents de sport (football) diminuent de moitié (de 40'000 à 20'000), de même que les accidents de ski
- D'ici 2010, les accidents survenant à domicile, particulièrement aux personnes âgées, et les accidents de loisir diminuent de 30% (voir aussi but 5)
- D'ici 2007, les actes de violence domestique et sexuelle deviennent un problème identifié et diminuent d'au moins 25%. Une attention particulière est accordée à la violence durant la grossesse et à la violence envers les enfants.

### Mesures

- Les accidents constituent un ensemble complexe de problèmes impliquant de multiples secteurs de la société. La prévention des accidents et la réduction des traumatismes exigent des efforts conjoints dans de nombreux domaines, notamment la santé, l'éducation, les transports, l'urbanisme et divers secteurs de l'industrie.
- Lors de la conception de la modification des cadres de vie et de travail, il faut veiller particulièrement à éliminer ou réduire les dangers. Il faudrait donner la priorité à la recherche portant sur la sécurité des produits et concrétiser l'application de normes et le recours à des incitations économiques.
- De nombreuses initiatives ont été prises pour améliorer la sécurité des moyens de transports: amélioration

des réseaux routiers, harmonisation de la taille des véhicules, installation sur ces derniers de nouveaux dispositifs de sécurité, éducation et application de la loi pour améliorer le comportement des conducteurs. Des mesures énergiques destinées à interdire l'alcool au volant sont particulièrement importantes (contrôle systématique d'alcoolémie par la police) et doivent être renforcées. Conduire en état d'ébriété ne constitue pas un délit mineur.

- Les accidents dans l'habitat peuvent, dans la plupart des cas, être prévenus par des mesures simples, mais il est nécessaire de sensibiliser davantage la population sur les dangers des accidents domestiques. Des campagnes d'éducation et d'information, axées principalement sur les besoins des enfants et des personnes âgées, pourront y contribuer. La participation sans danger à des sports et à des activités de loisir doit être encouragée par le renforcement et l'application des règles existantes ainsi que par une amélioration de la sûreté des équipements sportifs.
- Dans les entreprises, conformément à la législation renforcée récemment (médecine du travail), il conviendra de mettre en place des programmes de promotion de la santé au travail mettant l'accent sur l'ensemble des facteurs professionnels susceptibles de nuire à la santé.
- Du fait des inégalités sociales apparaissant dans la statistique des accidents, des campagnes s'adressant à certains groupes s'avèreront utiles, notamment les enfants, les étrangers ne comprenant pas la langue parlée là où ils habitent et les personnes âgées. Les programmes éducatifs portant sur la prévention des accidents doivent commencer tôt, par exemple chez des couples attendant un enfant et dans les établissements pré-scolaires. Parents, enfants et urbanistes doivent se sentir concernés.
- Il conviendra d'entreprendre des travaux de recherche sur les types, les déterminants et les effets des actes de violence, des traumatismes, dans le cadre de l'amélioration

constante des stratégies de prévention, de soins et de réadaptation. Les structures adéquates doivent être mises en place pour obtenir un meilleur recensement des actes de violence.

- Un effort particulier doit être consacré à la prise en charge psychologique des victimes de violence familiale qui, sinon, pourraient devenir la prochaine génération d'auteurs d'actes de violence.



## UN ENVIRONNEMENT PHYSIQUE SAIN ET SÛR

**D'ici 2015, la population de chaque région devrait vivre dans un environnement physique plus sûr et l'exposition à des contaminants dangereux pour la santé devrait être ramenée à des niveaux ne dépassant pas les normes internationales.**

### En particulier:

**10.1 il faudrait réduire sensiblement l'exposition de la population aux contaminants physiques, microbiens et chimiques de l'eau, de l'air, des déchets et des sols, dangereux pour la santé, conformément au calendrier et aux taux de réduction fixés dans des plans d'action nationaux pour l'environnement et la santé;**

**10.2 il faudrait que toute la population ait accès en quantité suffisante à une eau potable de qualité satisfaisante.**

### Exposé du problème

La population suisse bénéficie d'une espérance de vie élevée, mais elle est souvent atteinte de maladies chroniques comme les bronchites ou les maladies cardiovasculaires. Nombreuses sont les personnes dont le bien-être est altéré par des facteurs extérieurs. Malgré les progrès réalisés dans le domaine de la promotion de la santé en relation avec les facteurs de l'environnement, des progrès restent à faire en Suisse.

### Eau potable

L'approvisionnement en eau potable de qualité irréprochable est assuré et presque 100% de la population est connectée à une installation d'épuration des eaux. Pourtant, pour maintenir cette performance toutes les mesures nécessaires doivent être prises. Les facteurs anthropogènes ont une influence négative sur la ressource „eau”. Ainsi, depuis les années 70, la température des eaux est en constante augmentation, entraînant des conséquences négatives pour les organismes aquatiques. La charge des eaux en matières comme les nitrates, les phosphates ou les pesticides est aujourd'hui la conséquence d'une agriculture intensive. Au début des années 90, le nombre d'entreprises produisant selon un mode biologique augmentait fortement. Cependant, depuis 1998, leur proportion s'accroît à peine. Les consommateurs sont en-

core trop peu informés sur les liens entre l'alimentation, l'agriculture et l'environnement. Les critères écologiques comme la saison, l'origine et la manière de cultiver ne sont pas pris en considération lors de l'achat par près de la moitié d'entre eux. Par conséquent, les possibilités d'écoulement dans le marché pour les denrées alimentaires biologiques ne sont pas encore atteintes.

### Elimination des déchets

La récolte des déchets et leur traitement sont réalisés en Suisse selon des standards techniques très exigeants. Bien que le taux de recyclage soit comparativement élevé, les possibilités de diminution de déchets à la source ne sont pas encore assez exploitées. Pour près de 50'000 sites potentiellement contaminés, il convient de vérifier si leur affectation en tant qu'ancienne décharge ou exploitation industrielle constitue un danger pour l'environnement.

### Catastrophes naturelles et accidents

En ce qui concerne les catastrophes

naturelles ainsi que les risques d'accident industriel ou nucléaire, les bases légales nécessaires ont été mises en place. Néanmoins, les catastrophes naturelles sont devenues plus nombreuses en Suisse et la densité de la population augmente le potentiel de dommages de façon considérable.

### Trafic motorisé

Le trafic motorisé est un problème important en Suisse et contribue par exemple de manière décisive à la pollution atmosphérique. La Suisse dispose d'objectifs clairement définis en matière de qualité de l'air et, en appliquant des programmes d'assainissement, beaucoup des progrès ont été faits au niveau des entreprises industrielles. Pourtant, les normes admises sont régulièrement dépassées en ce qui concerne le dioxyde d'azote, les fines particules de poussières et l'ozone. Cela conduit, d'une part, à une détérioration d'écosystèmes, par exemple par les pluies acides ou des dommages directs sur les membranes de plantes; d'autre part, à une augmentation des maladies des voies respiratoires et une plus grande sensibilité aux infections et aux allergies

provoquant plus de 2000 décès par année, ainsi que les études épidémiologiques l'ont démontré.

La surface routières, particulièrement dans la campagne et les régions alpines, a augmenté ces 15 dernières années, ce qui conduit au morcellement du terrain. Par ailleurs, le développement de l'offre en infrastructures routières accentue la pratique de loisirs motorisés, ce qui fait que d'ores et déjà plus de la moitié des kilomètres parcourus en Suisse peuvent être attribués à cette activité. En même temps, les 2/3 de la population font trop peu d'efforts physiques, ce qui favorise par exemple l'apparition des maladies cardiovasculaires, du diabète ou de la surcharge pondérale.

## Bruit

Le trafic est aussi la plus grande source du bruit, particulièrement dans les agglomérations et les villes. Environ 30% des habitants se sentent régulièrement dérangés à domicile à cause du bruit du trafic. En plus, un bon quart de la population est exposé à des valeurs de bruit qui dépassent la limite autorisée pour les zones d'habitation (60 dBA). Par ailleurs, des études récentes ont montré que de nombreux jeunes présentent des atteintes auditives suite à une exposition inconsiderée au bruit dans les discothèques et autres manifestations de ce type. Une réglementation à ce sujet existe depuis 1996 mais elle est appliquée de façons diverses.

## Air intérieur

La santé et le bien-être de la population dépendent aussi fortement de la qualité de l'air intérieur. Nombre de polluants peuvent agir sur l'homme du fait des divers produits chimiques utilisés dans les matériaux de construction, les produits de nettoyage et de bricolage. L'air intérieur contient aussi des micro-organismes et des toxines d'origine biologique. Toutefois, la fumée passive reste le principal polluant de l'air intérieur. Presque la moitié des écoliers et un tiers des adultes non-fumeurs sont régulièrement exposés à la fumée passive. Plus

de la moitié des travailleurs non-fumeurs sont exposés à la fumée sur leur lieu de travail. Pour la protection contre l'exposition au lieu de travail, il existe des dispositions légales mais les employés n'ont pas encore pris l'habitude de les exploiter suffisamment. La nouvelle législation sur les substances chimiques donne la possibilité au gouvernement d'effectuer des recherches et de faire des recommandations au niveau de la pollution de l'air intérieur. Concernant le radon, qui est responsable de presque 10% des cancers des poumons en Suisse, il existe des directives sur les valeurs limites et l'assainissement.

## Plan d'action pour l'environnement et la santé

C'est dans ce contexte que le plan d'action suisse pour l'environnement et la santé a été élaboré entre 1996 et 1997. Ce plan d'action approfondit le thème santé et environnement dans le cadre de la stratégie nationale pour un développement durable. Le fil conducteur en est la promotion de la santé et du bien-être de tous dans un environnement sain. Pendant les dix premières années, le plan d'action se limite aux trois domaines suivants:

1. La nature et le bien-être
2. La mobilité et le bien-être
3. L'habitation et le bien-être

Des groupes de travail interdisciplinaires ont formulé pour chaque thème des objectifs concrets, qui sont conçus pour avoir des effets positifs tant sur la santé que sur l'environnement.

## Objectifs nationaux

### Nature et bien-être

Le groupe de travail consacré au thème "nature et bien-être" a établi les liens entre l'alimentation, l'agriculture et l'environnement et a fixé pour objectif principal que, d'ici l'an 2007, les trois quarts des habitants de la Suisse seront en mesure d'appliquer les principes d'une alimentation saine, équilibrée et savoureuse, contri-

buant ainsi à une agriculture durable. Les objectifs partiels suivants doivent être atteints:

- D'ici l'an 2002, 80% de la population saura comment se nourrir sainement et en harmonie avec les saisons. Elle saura aussi que son comportement alimentaire influe sur le mode de production agricole et sur le paysage.
- D'ici l'an 2007, près de 100% des surfaces cultivées seront utilisées selon les principes de la production (PI) ou de la culture biologique (Bio) et la part de la production biologique sera supérieure à 30%.
- D'ici l'an 2007, le 70% de la viande proposée à la vente proviendra d'un élevage adapté à l'espèce et respectueux de l'animal.
- D'ici l'an 2007, la teneur en nitrates de 99% des captages d'eau potable en Suisse ne dépassera pas 40 mg/l.
- D'ici l'an 2007, 90% des exploitations agricoles et des entreprises en aval disposeront de systèmes normalisés d'assurance qualité; la déclaration positive avec traçabilité sera la règle.

## Mobilité et bien-être

Dans le domaine "mobilité et bien-être", d'ici l'an 2007, les répercussions négatives qu'engendre aujourd'hui la mobilité motorisée seront réduites grâce à une baisse significative des émissions nocives pour la santé et pour l'environnement et à l'augmentation de la part de la mobilité non motorisée.

Les objectifs partiels suivants doivent être atteints:

- D'ici l'an 2002, 80% de la population connaîtra les interdépendances entre le trafic motorisé, les conséquences et les atteintes à la santé de l'homme.
- D'ici l'an 2002, les émissions du trafic motorisé seront réduites de manière telle que les valeurs maximales des conséquences fixées par l'ordonnance sur la protection de l'air seront respectées.
- D'ici l'an 2007, la part des déplace-

ments pendulaires (1995 : 7%), des déplacements pour les achats (1995 : 5%) et pour les loisirs (1995 : 7%), effectuée à bicyclette aura doublé.

### Habitat et bien-être

Comme objectif principal dans le domaine "habitat et bien-être", il a été fixé que dans 90% des zones habitées en Suisse, un habitat favorable à la santé et à l'environnement sera assuré d'ici l'an 2007.

Les objectifs partiels suivants doivent être atteints :

- D'ici l'an 2002, 80% de la population sera informée sur les nuisances à l'intérieur des locaux et pourra adopter le comportement qui convient.
- D'ici l'an 2002, la vitesse sera limitée à 30 km/h dans 70% des quartiers d'habitation des agglomérations et des villes.
- D'ici l'an 2000, plus personne ne sera exposé contre son gré au tabagisme passif sur les lieux de travail, dans les lieux publics et les transports en commun.
- D'ici l'an 2007, toutes les zones d'habitation disposeront de structures favorisant une vie de quartier active. Des mesures de planification doivent créer les conditions afin que les zones d'habitation puissent être également ouvertes, de manière ciblée et contrôlée, pour de petites entreprises artisanales, pour des postes de travail (surtout pour l'approvisionnement), pour la détente et les loisirs, et pour les services.

### Mesures

Dans le plan d'action une importance particulière est également donnée à l'intensification de la collaboration intersectorielle entre les différents domaines politiques concernés (p. ex. la santé, l'environnement, les transports, l'énergie, l'agriculture, l'aménagement du territoire), les niveaux administratifs, les groupes d'intérêts et les organisations internationales.

Ce plan d'action a été transmis, en 1997, par le Conseil fédéral au Parle-

ment, qui en a pris connaissance. Depuis 1998, c'est sous la direction de l'Office fédéral de la santé publique que sa mise en œuvre est effectuée.

Les mesures suivantes sont prévues pour atteindre les objectifs du plan d'action :

- Information et formation de l'ensemble de la population concernant une alimentation saine et ménageant l'environnement
- Développement de contacts entre consommateurs et agriculteurs
- Réalisation de la réforme agricole
- Établissement d'un système d'étiquetage (label) et d'un système d'assurance qualité pour les produits agricoles et leur fabrication en vue d'améliorer l'authenticité du produit pour le consommateur
- Information et sensibilisation de l'ensemble de la population aux problèmes que pose la mobilité en termes de sécurité et de santé
- Nouvelle répartition des zones de circulation et optimisation de la gestion du trafic en vue de promouvoir la circulation à bicyclette ou à pied
- Mise en œuvre d'incitations à utiliser les transports publics et la bicyclette pour aller au travail, faire des achats ou dans les loisirs
- Protection de l'arc alpin par la réduction du trafic motorisé
- Réduction des émissions produites par le trafic motorisé
- Information et sensibilisation de la population sur le thème de la pollution intérieure
- Promotion de la limitation de la vitesse à 30 km/h
- Prévention des nuisances causées par le tabagisme passif
- Augmentation de l'attractivité de l'environnement résidentiel
- Revalorisation des zones de détente de proximité et des espaces verts dans les zones d'habitation

Afin de renforcer la mise en réseau des différentes politiques sectorielles, des rencontres régulières entre les services concernés de la Confédération et des cantons ont lieu. De même, les progrès réalisés et le degré d'atteinte des objectifs sont évalués par une institution indépendante.



## ADOPTER DES MODES DE VIE PLUS SAINS

D'ici 2015, tous les groupes de la population devraient avoir adopté des modes de vie plus sains.

En particulier:

**11.1 un comportement plus sain dans des domaines tels que la nutrition, l'activité physique et la sexualité devrait être beaucoup plus répandu;**

**11.2 il faudrait augmenter nettement la disponibilité, le caractère économiquement abordable et l'accessibilité à des aliments sûrs et sains.**

### Adoption d'un mode de vie sain

L'adoption d'un mode de vie sain permet de maintenir, ou d'améliorer le cas échéant, son bien-être et son capital de santé. Cette attitude agit autant sur les facteurs de risque (prévention primaire des maladies) que sur la promotion de la santé, dans la mesure où celle-ci requiert une modification du comportement et la participation active des intéressés. De très nombreuses atteintes à la santé sont en effet directement ou indirectement liées à un comportement ou une attitude causant ou prédisposant aux maladies, en particulier les affections cardio-vasculaires, certains cancers et les maladies dégénératives. Deux situations sont décrites ci-dessous – l'alimentation et l'activité physique – alors que d'autres comportements dommageables à la santé sont traités dans le cadre du but 12 (tabagisme, alcoolisme, toxicomanie)

### Exposé du problème

#### Alimentation

Si l'alimentation est variée et disponible en grandes quantités, la qualité des aliments devient de plus en plus importante pour les consommateurs. De manière générale, on observe en Suisse des différences sociales importantes en ce qui concerne l'attention portée à l'alimentation et les habitudes alimentaires: en effet, que ce soit pour les

hommes ou pour les femmes, l'attention à l'alimentation augmente avec le niveau de formation. Si 46% des hommes ayant fini la scolarité obligatoire disent faire attention à ce qu'ils mangent, ils sont 70% parmi les personnes ayant achevé le degré tertiaire. Chez les femmes, la tendance est la même, mais celles-ci sont plus nombreuses en règle générale à porter une attention particulière à leur alimentation que les hommes (69% des femmes ayant fini la scolarité obligatoire et 85% de celles ayant atteint le degré tertiaire disent avoir un tel comportement). Des différences existent aussi selon le niveau de formation en ce qui concerne la consommation de viande et/ou de saucisses: les personnes qui ont suivi une scolarité plus longue sont celles qui mangent le moins de viande au quotidien, que ce soit pour les hommes ou les femmes (pour les hommes: 35% de ceux qui ont achevé la scolarité obligatoire mangent de la viande tous les jours contre 26% des hommes qui ont atteint le degré tertiaire; pour les femmes, les pourcentages s'élèvent à 19% et 10%). On retrouve la même tendance pour la consommation de poisson.

Le niveau de scolarité n'a par contre

pas d'influence sur la fréquence de la consommation de fruits.

#### Activité physique

L'initiation ou le maintien d'une activité physique régulière représente un facteur protecteur contre de nombreuses affections: maladies cardio-vasculaires, ostéoporose, surcharge pondérale et obésité. Malheureusement, dans nos sociétés de type occidental, l'activité physique est devenue rare à cause de la tertiarisation de l'activité professionnelle, de la mécanisation de la vie domestique et des transports. Le corollaire de l'inactivité et d'une alimentation déséquilibrée est l'excès pondéral et l'obésité.

Dans l'ensemble, un peu moins des trois quarts de la population suisse (71% des hommes et des femmes) exercent régulièrement une des activités physiques suivantes: marcher ou faire du vélo chaque jour pendant au moins 20 minutes, exercer au moins trois fois par semaine une activité physique faisant transpirer pendant les loisirs, faire du sport de manière assez intensive ou transpirer souvent en effectuant des tâches ménagères, au travail ou au jardin. Si la fréquence de l'activi-

té physique diminue avec l'âge, elle se situe tout de même à un niveau relativement élevé parmi les personnes de plus de 64 ans, puisque 66% pratiquent toujours une activité physique en comparaison de 80% parmi les jeunes de 15 à 24 ans. Il existe de nombreuses différences sociales dans le comportement face à l'activité physique. Les hommes font plus souvent du sport que les femmes, les Suisses sont plus actifs que les résidents étrangers, les personnes dotées d'une formation supérieure sont plus actives physiquement, la fréquence de l'activité physique croît avec le revenu, et les Suisses alémaniques font plus d'exercice que les Romands et les Tessinois. De plus, les personnes ayant un poids normal ou inférieur à la normale font davantage d'exercice que les autres; les personnes qui ont une consommation modérée d'alcool sont celles qui sont les plus actives physiquement, les non-fumeurs sont plus actifs que les fumeurs. En résumé, les personnes qui pratiquent une activité physique ont moins de troubles physiques et se sentent mieux sur le plan psychique, et ce pour toutes les classes d'âge.

## Objectifs nationaux

### Alimentation

- D'ici 2008, 90% de la population suisse connaît les éléments principaux composant une alimentation saine et équilibrée, adaptée à la dépense énergétique liée à l'activité, limitée quant à la part des matières grasses par rapport à la consommation totale et modérée quant à l'utilisation du sel
- D'ici 2008, 90% de la population suisse consomme trois à cinq fois par jour des fruits et légumes
- D'ici 2008, 90% des Suissesses et Suisses boivent au mois 1,5 l d'eau par jour (en particulier aussi les personnes âgées)
- D'ici 2010, il n'y a plus de différences entre les groupes sociaux concernant l'approvisionnement en oligo-éléments et 95% de la population dispose des apports minéraux supérieurs aux besoins minimaux
- D'ici 2010, le nombre des personnes

âgées qui doivent être hospitalisées suite à des carences ou erreurs d'alimentation diminue de moitié

- D'ici 2010, toutes les cuisines collectives (cantines et institutions) offrent une alimentation qui correspond aux critères énumérés ci-dessus

### Activité physique

- D'ici 2008, 95% de la population suisse connaît les bénéfices d'une activité physique régulière
- D'ici 2010, 90% des jeunes entre 15 et 24 ans et 75% des personnes âgées de plus de 64 ans ont intégré de manière suffisante l'exercice physique au quotidien
- D'ici 2010, 80% des communes suisses disposent de structures d'accueil de bas niveau qui facilitent aux personnes physiquement inactives et aux personnes âgées l'accès à une activité physique régulière ou au sport
- D'ici 2010, un examen des mesures de sécurité de toutes les installations sportives est réalisé et la pratique correcte des sports est enseignée régulièrement au cours de manifestations s'adressant à un large public (bas seuil)

### Mesures

#### Alimentation

L'adoption d'une alimentation équilibrée doit être renforcée par une sensibilisation de la population à l'équilibre alimentaire, et cela dès le jeune âge dans le cadre pré-scolaire et de l'école, puis par des campagnes d'informations et des conseils par les différents professionnels de la santé.

Le rôle central de coordination des actions par des acteurs nationaux comme Promotion Santé Suisse, l'Office fédéral de la santé publique, la Ligue suisse contre le cancer, la Société suisse de recherche sur la nutrition, etc. devrait encore être accentué pour renforcer la cohérence des messages délivrés à la population. De même, la récolte et l'analyse en continu d'indicateurs relatifs aux comportements et aux habitudes alimentaires de la population suisse devraient être améliorées

et coordonnées par l'Observatoire national de la santé. Une attention particulière sera apportée au suivi des différences sociales constatées dans les récentes enquêtes de population, afin de développer des programmes visant de manière prioritaire ces publics-cibles.

### Activité physique

Il est primordial de favoriser l'adoption d'activités physiques de loisirs (sports, marche) au sein de la population, et ceci pour tous les groupes socio-démographiques. La généralisation des lieux publics de détente et de sports, l'encouragement à l'activité physique à l'école et sur le lieu de travail, l'ouverture des places de sports et de gymnastique à l'ensemble de la population doivent contribuer à favoriser l'adoption d'une attitude favorable à une activité physique régulière. Comme pour l'alimentation, une coordination des actions doit être renforcée tant au niveau national, que régional et cantonal. Le suivi d'indicateurs pertinents servira également à adapter au mieux les programmes en place ou en voie de développement.

## RÉDUIRE LES DOMMAGES CAUSÉS PAR L'ALCOOLISME, LA TOXICOMANIE ET LE TABAGISME

D'ici 2015, les effets négatifs sur la santé résultant de la consommation de substances engendrant une dépendance, telles que le tabac, l'alcool et les médicaments et drogues psychotropes, devraient avoir été sensiblement réduits dans tous les Etats membres.

### En particulier:

- 12.1 dans tous les pays, la proportion de non-fumeurs devrait être d'au moins 80% parmi les personnes âgées de plus de 15 ans et proche de 100% parmi les moins de 15 ans;
- 12.2 dans tous les pays, la consommation d'alcool par habitant ne devrait pas augmenter ou dépasser 6 litres par an et devrait être proche de zéro parmi les moins de 15 ans;
- 12.3 dans tous les pays, la prévalence de la consommation de drogues psychotropes illicites devrait être réduite d'au moins 25% et la mortalité correspondante d'au moins 50%.

### Exposé du problème

#### Tabagisme

Le tabagisme (la consommation de tabac en général) est en Suisse un problème majeur de santé publique. La Suisse compte parmi les pays avec la plus forte consommation de cigarettes en Europe. La prévalence du tabagisme est très élevée puisque 33% de la population adulte fume régulièrement (hommes: 38%; femmes: 27%) en 1999, ce qui représente environ 1,7 millions de personnes. On assiste depuis plusieurs années à un début de plus en plus précoce du tabagisme par exemple, la moitié des écoliers vaudois de 11-16 ans ont déjà fumé et 8% d'entre eux fument quotidiennement.

#### Consommation de tabac

Une causalité est clairement établie entre le tabac et de multiples affections, notamment les maladies cardiaques, vasculaires, pulmonaires et de nombreux cancers dont celui du poumon. Le tabagisme favorise également d'autres affections, notamment la pneumonie, l'ulcère peptique, la cataracte, la dégénérescence maculaire sénile, l'ostéoporose et les fractures vertébrales et de la hanche. Le tabac est nocif pour le fœtus et le nouveau-né d'une mère fumeuse car de nombreux toxiques passent la barrière placentaire. Le tabagisme maternel augmente le risque de fausse-couche, de retard de croissance intra-utérin du fœtus ainsi que de la

mort subite du nourrisson.

Globalement, le tabac est à l'origine de la moitié des décès par cancers et d'environ 30% des décès par cardiopathie ischémique et accident vasculaire cérébral. Les fumeurs ont une probabilité de 50% de mourir d'une maladie due au tabac et de 25% que le décès survienne avant 70 ans. Le tabac réduit l'espérance de vie puisque les fumeurs vivent en moyenne 7,5 ans de

moins que les non-fumeurs ; 80% des non-fumeurs sont encore en vie à 70 ans mais seulement 60% des fumeurs atteignent cet âge. Sur les 64'000 décès en Suisse en 1990, environ 15%, soit plus de 10'000, étaient attribuables au tabagisme, dont plus de 8'000 chez les hommes et environ 2'500 chez les femmes avant 65 ans. Le concept "années de vie perdues" permet de mettre en perspective l'impact

	Hommes		Femmes			
	Nombre total de décès	% lié au tabac	Nombre de décès liés au tabac	Nombre total de décès	% lié au tabac	Nombre de décès liés au tabac
1 Cancers du poumon	2'242	90,6	2'032	491	66,6	327
2 Autres cancers	1'691	58,7	992	1'078	25,5	275
3 Maladies cardiaques et circulatoires, sans les maladies cardiaques ischémiques	7'128	30,4	2'167	9'866	8,1	797
4 Maladies cardiaques ischémiques	5'657	27,5	1'558	4'569	10,5	479
5 Pneumonies	1'180	33,3	392	1'708	14,3	245
6 Bronchites	1'113	85,0	947	353	65,9	233
7 Autres	239	33,1	79	170	17,1	29
Total	19'250		8'167	18'235		2'385

**Tableau :**  
**Mortalité attribuable au tabac selon les diagnostics**

du tabagisme et illustre la mortalité précoce. Il représente la somme du nombre de décès survenant avant un âge limite (en l'occurrence 65 ans), chaque décès étant multiplié par la différence en années entre l'âge au décès et l'âge limite. Jusqu'à 65 ans, 21'000 années de vie sont ainsi "perdues" chaque année à cause du tabagisme.

La fumée de cigarettes comprend plusieurs milliers de substances toxiques, dont de nombreuses cancérigènes tels que le benz(a)pyrène et les nitrosamines. Le tabac favorise l'apparition des maladies cardio-vasculaires par une accélération de l'artériosclérose, la promotion des phénomènes thrombotiques, l'hypoxie cellulaire liée au monoxyde de carbone (CO) et à l'augmentation du taux de HbCO, la survenue de spasmes artériels et la génération d'arythmies ventriculaires.

### Arrêter de fumer

Fort heureusement, arrêter de fumer réduit significativement les risques de décès prématuré ou d'atteinte à la santé, quel que soit l'âge de l'arrêt et qu'il y ait ou non une maladie liée au tabac. Cependant, le bénéfice est d'autant plus grand que l'arrêt est précoce et qu'il n'y a pas d'atteinte à la santé. Par conséquent, les 2 adages „le plus tôt sera le mieux“ et „mieux vaut tard que jamais“ sont vérifiés pour l'arrêt de la consommation de tabac.

La durée d'abstinence des ex-fumeurs permettant d'atteindre le taux de mortalité des non-fumeurs diffère d'une étude à l'autre (de 15 ans à plus de 20 ans). Cependant, toutes les études montrent que le risque général de mortalité diminue progressivement en fonction de la durée d'abstinence et de l'importance de la consommation. La réduction de la mortalité est plus rapide chez les fumeurs à moins de 20 cigarettes/jour, dont le risque rejoint celui des non-fumeurs en 10-15 ans; cette réduction se fait plus lentement chez les gros fumeurs (plus de 20 cigarettes/jour), qui gardent même après 15 ans d'abstinence un risque légèrement supérieur aux non-fumeurs. En termes de probabilité de décès, cela si-

gnifie par exemple que, pour un ex-fumeur âgé de 55 à 59 ans et ayant fumé plus de 20 cigarettes/jour, le risque de décès dans les 15 ans à venir passe de 46% à 33% s'il arrête de fumer. Pour un ex-fumeur de moins de 50 ans, ce risque diminue de moitié. L'effet bénéfique général de l'abstinence et de l'arrêt du tabac est le fruit de l'effet spécifique sur les trois grandes catégories d'affections liées à sa consommation: maladies cardio-vasculaires, cancer pulmonaire et maladies pulmonaires chroniques. L'abstinence du tabac est rendue très difficile par la dépendance physique et psychologique induite par la nicotine, qui a toutes les caractéristiques pharmacologiques d'une drogue:

- Tolérance
- Symptômes de sevrage et besoin d'augmenter les doses pour obtenir l'effet désiré
- Désir persistant de fumer avec des efforts infructueux pour réduire ou stopper la consommation
- Beaucoup de temps consacré à fumer ou se procurer du tabac
- Abandon ou réduction des activités (sociales, professionnelles, loisirs) à cause du tabac
- Poursuite du tabagisme malgré la connaissance des risques pour la santé

### Objectifs nationaux

- D'ici 2007, les écoles suisses sont sans fumée et moins de 10% des jeunes entre 15 et 20 ans fument
- D'ici 2005, tous les hôpitaux suisses sont sans fumée et offrent aux malades et aux collaborateurs des cours de désaccoutumance du tabac
- D'ici 2007, le prix des cigarettes a doublé et la publicité incitant à ne pas fumer est au moins aussi visible que la publicité incitant à fumer
- D'ici 2007, la part des alcooliques dans la population suisse a diminué de 5% à 4% (3% en 2020) et celle des consommations à risque à 15% (10% en 2020)
- La politique de la drogue, qui repose sur 4 piliers (prévention, répression, thérapie et réadaptation) est pour-

suivie et d'ici 2007, il existe un réseau de soins national commençant par un seuil bas pour les toxicomanes hautement dépendants

- D'ici 2015, la mortalité imputable à la consommation d'alcool, de tabac et de drogues illégales est réduite de 50%

### Mesures

Des programmes nationaux de lutte contre l'abus de tabac et d'alcool sont développés. Dans une perspective de santé publique, des stratégies visant à diminuer les habitudes de consommation nuisibles sont nécessaires. L'OFSP (Office fédéral de la santé publique) et Promotion Santé Suisse poursuivent et renforcent les programmes déjà lancés en collaboration avec d'autres organisations nationales et cantonales. Le but est de créer dans l'opinion publique un courant favorable à des comportements sains.

### Perspectives: vers une médecine de l'addiction

Le concept d'addiction permet de recouvrir tous les aspects liés aux comportements de recherche des substances psycho-actives (tabac, alcool, drogues illégales). La médecine de l'addiction regroupe de manière multidisciplinaire des compétences venant tant du monde des neurosciences, que de l'épidémiologie, de la prévention, de la médecine de premier recours ou de la psychiatrie. Le champ des neurosciences apparaît prometteur par une meilleure compréhension des mécanismes de la dépendance dans le cerveau, pour la création de nouveaux médicaments utiles au traitement des addictions (à l'image de l'acamprosate, un médicament qui diminue l'envie de boire de l'alcool chez l'alcoolique sévré). L'approche clinique des addictions devra tenir compte des dimensions somatiques, psychiatriques, motivationnelles et contextuelles des patients dépendants du tabac, de l'alcool et des drogues. L'immensité du champ des addictions et la très grande hétérogénéité de la population concernée oblige à diversifier l'offre thérapeutique en définissant des groupes cibles

et des niveaux de soins. Cette coordination ne peut se faire que dans un réseau intégrant toutes les dimensions et tous les acteurs concernés, dans un projet de santé publique communautaire.

### **Tabagisme**

La grande majorité des fumeurs savent que le tabac est nuisible à la santé. En Suisse, deux tiers des fumeurs désirent à des degrés divers cesser de fumer, un tiers des fumeurs tentent d'arrêter chaque année et 2-3% y parviennent, ce qui représente en Suisse entre 20'000 à 30'000 fumeurs sur 1 million. Si plus de 90% des ex-fumeurs déclarent avoir arrêté sans aide extérieure, le taux de succès d'une tentative spontanée oscille entre 0.5 et 3% . En effet, pour la majorité des fumeurs, l'abstinence du tabac est un long et difficile processus en raison de la dépendance physique et psychologique induite par la nicotine. Cependant, le conseil individuel ou en groupe, ainsi que l'aide pharmacologique sous forme de substitution nicotinique se sont révélés efficaces dans la désaccoutumance tabagique. Complémentaire à cette approche individuelle, des mesures ayant un impact sur la population devraient être prises, à savoir l'augmentation du prix du paquet de cigarettes par la taxation, l'interdiction de la publicité des produits liés au tabac et des avertissements sanitaires sur les paquets de cigarettes.

### **Alcoolisme (dépendance à l'alcool)**

Les dégâts causés par la consommation excessive d'alcool constituent également un problème majeur de santé publique en Suisse. La définition du concept d'alcoolisme a été l'objet de clarifications ces dernières années, par la distinction du syndrome de dépendance à l'alcool (cf. ci-dessus pour le tabac) correspondant à la représentation sociale de "l'alcoolisme" et concernant environ 5% de la population générale, à ne pas confondre avec la notion d'abus d'alcool ou de consommation à risque ou d'utilisation nocive pour la santé, passant beaucoup plus inaperçue aux yeux du public, mais qui concerne environ 20%

de la population générale. Les consommations à risque commencent au-delà de deux boissons alcoolisées standard par jour (3dl de bière, 1,5 dl de vin et 3 cl d'alcool fort p.ex.).

Les données épidémiologiques récentes ont montré que la population avec des problèmes d'abus ou de dépendance à l'alcool présente fréquemment (45%) un deuxième diagnostic psychiatrique, qu'il soit primaire ou secondaire. Une meilleure connaissance de ces co-morbidités psychiatriques comme les troubles de l'humeur et les troubles anxieux chez les patients avec problématique alcoolique permettrait de mieux cibler la prise en charge, notamment l'usage des médicaments psychotropes.

### **Dépistage de l'alcoolisme**

Le dépistage des consommations à risque peut se faire facilement à l'aide de questionnaires standardisés et validés comme l'AUDIT. L'intérêt de ce dépistage est évident en termes de santé publique, s'adressant à une population en amont des dégâts somatiques irréversibles liés à l'alcool. Les stratégies thérapeutiques seront différentes selon le type de consommateurs: les consommateurs à problèmes et les abuseurs d'alcool bénéficieront d'interventions brèves visant à modifier les comportements à risque, alors que les consommateurs dépendants de l'alcool devront recevoir un traitement spécialisé.

Une des difficultés majeures de la prise en charge des patients avec des problèmes d'alcool réside dans le déni alcoolique: or, ces dernières années une nouvelle approche permet de mieux affronter cette difficulté, il s'agit de l'approche motivationnelle, qui permet d'évaluer le stade de motivation au changement du patient et d'adapter l'intervention à ce que le patient peut entendre et accepter d'envisager.

### **Toxicomanie**

La population abusant ou dépendant de drogues illégales constitue un groupe très hétérogène, tant par le type de substances psycho-actives consommées que par les co-morbidités somatiques, psychiatriques ou sociales asso-

ciées. Entre un adolescent fumeur de joints (cannabis) et un poly-toxicomane par injection de la rue s'étend un vaste continuum, dans lequel il faut inclure l'usage détourné ou illégal de médicaments légaux (p.ex. injections de benzodiazépines). On assiste à la prolifération de nouvelles drogues (GHB, pilules thaï, dérivés d'extasy) ou à la modification de consommation des drogues classiques (p.ex. héroïne fumée, injection de cocaïne). La tendance évolue vers une consommation augmentée des drogues stimulantes (amphétamines et cocaïne) au détriment des drogues sédatives (héroïne principalement). Le plus souvent on assiste à une situation de poly-toxicomanie, avec une consommation parallèle de 5-6 substances psycho-actives, souvent dans un contexte de co-morbidité psychiatrique (72% des cas) et somatique (VIH, hépatites). Ce cumul de pathologies produit une dynamique d'exclusion sociale rendant difficile le retour dans le réseau socio-sanitaire et la réhabilitation psychosociale. C'est pourquoi il est justifié de développer une approche adaptée aux besoins de cette population particulière par des réseaux de soins commençant par un seuil bas (réduction des risques, substitution) pour viser à plus longue échéance des objectifs d'abstinence et de réinsertion dans la communauté (seuil haut).



## CADRES FAVORABLES À LA SANTÉ

**D'ici 2015, les habitants de la région devraient avoir des possibilités accrues de vivre dans un cadre physique et social favorable à la santé, chez eux, à l'école, sur leur lieu de travail et dans leur localité.**

**En particulier:**

**13.1 il faudrait améliorer la sécurité et la qualité de l'environnement domestique, en apprenant mieux aux individus et aux familles à promouvoir et à protéger la santé, et réduire les risques pour la santé liés au cadre de vie domestique;**

**13.2 les personnes atteintes d'une invalidité devraient disposer de possibilités nettement meilleures d'accès au logement, au travail et à la vie publique et sociale conformément aux règles de l'O-NU pour l'égalité des chances des handicapés (Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities);**

**13.3 il faudrait réduire le nombre d'accidents domestiques et du travail au niveau indiqué dans le but 10;**

**13.4 au moins 50% des enfants devraient avoir la possibilité d'être instruits dans une maternelle-santé et 95% d'entre eux dans une école-santé;**

**13.5 au moins 50% des villes, zones urbaines et localités devraient être membres actifs d'un réseau de Villes-santé;**

**13.6 au moins 10% des entreprises grandes et moyennes devraient s'engager à appliquer les principes de l'entreprise-santé .**

### Exposé du problème

Les cadres de vie décrivent les lieux où les gens vivent, travaillent, jouent, apprennent, se côtoient et s'aiment. Nous entendons par lieu de vie, une organisation ou une unité sociale, qui est coordonnée, clairement délimitée et qui s'est dotée de règles.

L'expérience montre que les messages de promotion de la santé ne touchent souvent que les personnes déjà sensibilisées aux questions de santé. Une des raisons pour expliquer ce paradoxe réside dans le fait que dans un cadre de vie mal structuré les questions de prévention ne sont pas prioritaires. Les messages ont peu de chance d'être entendus. Il faut donc plutôt créer les bases structurelles favorables à la santé dans les différents lieux de vie avec des actions de promotion de la santé pour que les individus puissent être touchés et reconnaissent l'importance de ces messages spécifiques. L'expérience montre que la meilleure manière de motiver les individus, les groupes et les sociétés à adopter un style de vie plus sain consiste à soutenir les efforts visant à ce qu'ils agissent par eux-mêmes.

### Domicile

Le domicile est le cadre de vie où les individus passent le plus clair de leur temps, seuls ou en compagnie, et pratiquent des styles de vie individuels. Les habitations et les quartiers en Suisse sont de qualités différentes

quant à leur équipement et à la pollution. Les habitations peuvent être étroites, bruyantes, le long de routes dangereuses et les quartiers n'offrent que peu d'espaces au jeu et au contact social. Dans un tel cadre, l'intégration des différents groupes y est difficile par manque de contacts sociaux spontanés. La liberté de mouvement des jeunes enfants mais aussi des personnes âgées y est limitée. L'anonymat et l'isolation se généralisent. Les communes et les villes, et leurs responsables politiques et administratifs, jouent un rôle important dans leurs secteurs respectifs pour les questions de santé, d'environnement et de qualité de vie dans les quartiers.

### Famille

La „famille“ dans toutes ses formes imaginables constitue le cadre de vie primordial pour ses membres. Les familles ou des communautés analogues constituent la structure de base de la société et peuvent renforcer les ressources de leurs membres, à tous les âges, en leur procurant la sécurité. Les résultats de recherches démontrent

l'importance cruciale des premiers pas dans la vie (grossesse, naissance, période de la petite enfance jusqu'à la maternelle) pour le développement de l'enfant. Se concentrer sur les besoins des nourrissons ou des petits enfants entraîne de grandes exigences pour les mères et les pères, mais celles-ci ne sont guère reconnues ni soutenues dans la société actuelle.

Les jardins d'enfants et les écoles sont des lieux d'apprentissage dans une communauté structurée. Il s'agit d'abord d'apprendre à développer ses aptitudes sociales dans un groupe ; ensuite, l'acquisition de connaissances techniques vient au premier plan. Les enfants apportent de leur cadre extérieur à l'école des potentiels de développement aussi bien que des handicaps existants. Les enseignants doivent concilier les objectifs scolaires, les besoins des enfants, les attentes des parents et de la société et leurs capacités et forces personnelles. La nécessité croissante de faire des économies dans l'enseignement exerce une influence sur les effectifs des

classes et sur les plages de temps octroyées et va à l'encontre de la réalisation de tous les objectifs cités. La collaboration avec les parents n'est pas toujours possible dans la mesure souhaitée car, lorsque les deux parents sont contraints de travailler, ils n'ont pas la disponibilité nécessaire à cet effet.

Les individus passent une grande partie de leur temps au travail. La vie professionnelle est un des cadres qui donne un sens à la vie. Durant l'apprentissage, sur le lieu de travail, des conditions psychiquement et physiquement pénibles peuvent compromettre la santé. Des atteintes psychiques se manifestent entre autres en cas de conflits entre personnes, de manque de reconnaissance du travail fourni, de mobbing et de communication lacunaire mais aussi en cas de travaux monotones, dépourvus de sens et qu'on ne peut influencer ou lorsque l'individu a peur de perdre sa place. Font partie des risques physiques les dangers d'accidents, le bruit, l'utilisation de substances chimiques dangereuses ainsi que le fait d'être longtemps assis ou de porter des charges lourdes.

## Objectifs nationaux

### *Objectif général*

Les différents lieux de vie sont conçus ou aménagés de telle façon que les personnes s'y sentent à l'aise et acceptées dans leur particularité. Ces cadres de vie servent de base pour formuler et réaliser des messages de santé, ainsi que pour la mise en place d'actions.

### *Objectifs partiels*

Tous les groupes de la population disposent des conditions d'habitation dans un quartier et dans une ville qui leur fournissent l'espace et des contacts sociaux variés. Les nuisances causées par le bruit et la pollution se situent en dessous de la limite admissible. D'ici 2010, les valeurs limites de la protection de l'air sont respectées dans toutes les villes de notre pays et

moins de 10% de la population est exposée, à son domicile, aux valeurs limites d'émissions prévues pour les zones d'habitation (60 dBp). Dans les localités et les villes, des aménagements au niveau des transports publics, des voies et places publiques et des bâtiments facilitent l'accès des handicapés à une vie sociale.

Les familles dans leurs formes variées jouissent de la reconnaissance de leur importance pour la société et profitent d'un soutien social et économique correspondant (voir but 3).

Les structures des écoles de tous les degrés permettent d'assurer les trois volets, apprentissage spécifique et apprentissage social ainsi que perception et promotion des compétences individuelles de chaque enfant. Le réseau „école-santé“ englobe, d'ici 2010, 50% de toutes les écoles en Suisse.

Toutes les entreprises sont conscientes de l'importance de la santé psychique et physique de leurs collaborateurs et s'y investissent largement à tous les échelons. Sur le lieu de travail, les efforts pour la diminution des risques d'accidents de travail et de maladies professionnelles sont intensifiés (voir but 9). D'ici 2010, 10% de toutes les grandes entreprises (20% d'ici 2020) ont une politique d'entreprise qui favorise la santé.

## Mesures

Remarques générales préalables  
La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, la déclaration de Rio pour le développement durable, la résolution de Jakarta, le plan national de santé et environnement et les différentes lois livrent la base conceptuelle des mesures à prendre. Les programmes portés par l'OMS, par l'Office fédéral de la santé publique, par Promotion Santé Suisse, par le Bureau de prévention des accidents, la SUVA et par d'autres institutions font preuve de cette approche globale du cadre de vie. La création des réseaux „villes-santé“, „écoles-santé“, „hôpitaux-santé“, „entreprises-santé“ et d'aut-

res encore facilitent aux intéressés la réalisation des actions par le soutien et l'échange d'expériences entre différentes disciplines, même en dehors du secteur de la santé. Le défi consiste à faire prendre conscience à la population et aux faiseurs d'opinion que la santé des individus ne dépend pas seulement du comportement adopté, mais avant tout des cadres offerts. Il faut promouvoir la santé des personnes dans leurs cadres de vie par des mesures appropriées et développées en commun, qui respectent leurs besoins et leurs possibilités, afin d'augmenter leurs connaissances et leurs compétences permettant des choix de styles de vie sains.

L'évaluation de l'impact sur la santé doit être appliquée à toute politique et programme social ou économique, environnemental ou éducatif. Le fait de renoncer à de telles mesures doit également être évalué.

### Actions spécifiques

En matière d'urbanisme, tous les cantons et communes doivent appliquer les mesures qui s'imposent depuis longtemps concernant la protection de l'air, ceci afin d'améliorer les conditions d'habitation de l'ensemble des groupes de population. Les nouveaux plans de zone et les plans révisés doivent démontrer qu'ils tiennent compte, pour tous les groupes d'âge, d'espaces de vie sains et sans danger, où les gens peuvent se rencontrer, se déplacer et s'y réfugier.

Le soutien économique de la jeune famille s'opère notamment par la création d'une assurance maternité. Un réseau social compétent est à leur disposition: accompagnement, décharge, soutien et information sont accessibles sans formalité. Les conditions de logement doivent permettre la cohabitation de différentes générations et soulager les proches qui maintiennent à domicile un membre de la famille.

A tous les degrés de l'école, la valeur d'une formation et éducation complètes – et la responsabilité partagée de l'école et des parents – est reconstruite. Pour permettre la réalisation des

objectifs du programme „écoles-santé”, l’effectif des classes est limité à 20 enfants. Dans tous les cantons et dans toutes les écoles, y compris les écoles professionnelles, l’enseignement de la gymnastique comporte au minimum trois leçons hebdomadaires. Des plages de temps sont aménagées par les écoles et par les parents, plus exactement par leurs employeurs, pour favoriser la collaboration entre écoles et parents.

Les entreprises sont encouragées à développer une culture d’entreprise en matière de promotion de la santé, qui intègre différents niveaux de la hiérarchie et reconnaît dans ces mesures un capital de ressources pour la prospérité à long terme de l’entreprise. Les mesures de promotion de la santé respectent les besoins des travailleurs qui ont participé à leur élaboration. Les entreprises investissent dans la formation continue de leurs collaborateurs. Grâce à des mesures appropriées relatives à la sécurité du travail, à l’aménagement du poste et à une formation optimale, les risques d’accidents et de maladies professionnelles sont diminués.



## RESPONSABILITÉ MULTISECTORIELLE POUR LA SANTÉ

D'ici 2020, tous les secteurs devraient avoir reconnu et accepté leur responsabilité en matière de santé.

En particulier:

- 14.1 les décideurs de tous les secteurs devraient prendre en considération les avantages qu'il est possible de retirer de l'investissement pour la santé dans leur secteur et orienter les politiques et les actions en conséquence;**
- 14.2 les Etats membres devraient avoir mis en place des mécanismes d'évaluation des effets sur la santé et fait en sorte que tous les secteurs deviennent responsables des effets de leurs politiques et actions sur la santé.**

### Exposé du problème

Toutes les actions politiques d'un pays (environnement, transports, énergie, tourisme, agriculture, etc.) ont des répercussions sur la santé d'une population. La Suisse en est de plus en plus consciente et cherche à intégrer la notion „santé” dans les différents secteurs politiques et économiques. Dans une première phase, ce sont surtout des mesures de protection de la santé qui ont été mises en place: des valeurs limites ont été prévues par différentes lois dans plusieurs domaines (notamment les denrées alimentaires, l'énergie, la construction, la protection contre le bruit).

Cependant, une vue d'ensemble intersectorielle tenant compte, à côté de la protection de la santé, de la promotion de la santé, fait encore défaut. On pense ici à une politique globale qui permettrait une évaluation de l'amélioration de l'état de santé de la population induit par la politique mise en oeuvre.

### Notion de santé

La définition, au sens large du terme, établie par l'OMS („état de complet de bien-être physique, psychique et social”) semble créer des attentes irréalistes, étant donné que le potentiel de santé est très variable et individuel. La santé comme état de bien-être subjectif, résultant d'un comportement individuel raisonnable, mais aussi d'un environnement sain, devrait être l'objet

de préoccupation non seulement du système sanitaire mais de tous les secteurs de la société.

### Fédéralisme

En l'absence d'une politique nationale de santé, il incombe aux cantons de promouvoir une approche intersectorielle de la santé. Celle-ci demeure donc très diversifiée. Des petits pas ont néanmoins été faits dans quelques cantons, par exemple au Tessin qui a entrepris une évaluation des effets sur la santé de quelques projets de loi.

Un autre problème est la fragmentation des informations et des statistiques qui pourraient donner une vue d'ensemble de l'état de santé de la population et permettre des comparaisons intercantionales et internationales. Le projet paritaire des cantons et de la Confédération de mettre sur pied un „Observatoire national de la santé”, actuellement en cours de réalisation et s'inscrivant dans le cadre du projet Politique nationale de santé, devrait aider à résoudre le problème de la collecte des informations. En effet il ne sera possible de convaincre les partenaires des secteurs non sanitaires qu'à partir du moment où ils pourront me-

surer les bénéfices de leur investissement en matière de santé (avantages au niveau de l'individu, de l'entreprise et de la société).

### Objectifs nationaux

- D'ici 2010, la Confédération et les cantons ont développé un instrument au service d'une politique globale commune de promotion de la santé
- D'ici 2005, les premiers résultats de l'Observatoire national de la santé sont publiés et les bases de son extension sont créées
- D'ici 2020, l'évaluation des effets sur la santé des projets de loi est devenue la règle pour la Confédération et les cantons

### Mesures et stratégies d'action

#### Environnement et santé

Sur la base du Plan d'action „Environnement et santé pour l'Europe”, le „Plan d'action environnement et santé (PAES)” a été élaboré en Suisse par un groupe de travail composé de repré-

sentants de la Confédération, des cantons, des communes et d'ONG. Dans le but de fixer des priorités et d'optimiser les synergies avec d'autres sphères d'activités, ce plan d'action „PAES” se limite aux domaines suivants : nature et bien-être, mobilité et bien-être, habitat et bien-être.

A l'échelle de la Confédération, le plan d'action soutient le principe de mise en réseau des différents offices fédéraux. Ainsi, les questions de santé sont prises en compte par d'autres secteurs politiques, ce qui les sensibilise à la problématique de la santé (voir aussi but 10).

### Transports et santé

Le Département fédéral de l'environnement, des transports, de l'énergie et de la communication (DETEC) a développé une stratégie intégrée de promotion d'un développement cohérent, incluant les trois éléments fondamentaux du développement durable (écologie, économie et société) et adoptant une approche intersectorielle des problèmes.

En matière de politique des transports, le DETEC se donne pour objectif de garantir une mobilité durable, impliquant de :

- gérer les déplacements compte tenu des impératifs écologiques afin que, grâce à l'internalisation des coûts externes, ils n'augmentent pas de manière démesurée au détriment de l'environnement. Le but est que les différents modes de transport couvrent eux-mêmes tant leurs frais d'exploitation que les coûts externes qu'ils occasionnent;
- réduire les atteintes à l'air, au climat et à l'espace, par exemple par la promotion du trafic combiné non accompagné (TCNA) ou par le péage routier (road pricing) dans les villes;
- satisfaire les besoins en matière de mobilité de la manière la plus rentable possible pour l'économie nationale, de sorte que les coûts financiers restent supportables pour l'Etat;
- garantir à tous les groupes de population et toutes les régions un accès facile aux infrastructures de transport.

### Energie et santé

En 1990 l'article sur l'énergie a été intégré dans la Constitution fédérale. Ce changement symbolise la réforme en matière de politique suisse de l'énergie et de l'environnement : il s'agit de passer d'une politique basée sur les obligations et les interdictions à une politique centrée sur la coopération et la subsidiarité. Le plan d'action „Energie 2000” en est un exemple concret. La coopération avec l'économie vise à l'efficacité et au respect de l'environnement. La révision de la loi sur la protection de l'environnement en 1995 s'insère dans la même perspective.

L'industrie suisse a augmenté sa rentabilité énergétique de 22% entre 1980 et 2000. En mai 2000, une nouvelle loi, qui a déclaré la guerre au CO<sub>2</sub> (effet de serre ≠ réchauffement climatique) s'ajoute aux multiples mesures visant à rendre la consommation de l'énergie compatible avec le respect de l'environnement.

On procède actuellement en Suisse à la libéralisation du marché de l'électricité qui est couplée avec l'introduction d'impôts écologiques. Ceux-ci ont pour but de taxer les énergies non renouvelables (énergie nucléaire, charbon, gaz, produits pétroliers) au profit de l'énergie solaire. La loi prévoit le financement d'assainissements d'installations de chauffage de bâtiments et une réduction des atteintes à l'environnement par l'industrie et les ménages.

### Agriculture et santé

Agriculture biologique

L'agriculture biologique est plus respectueuse de l'environnement, ce qui pourrait avoir des répercussions positives sur la santé de la population. La Suisse soutient – par son Office fédéral de l'agriculture – une stratégie d'action en deux volets :

- Subventions directes pour promouvoir une agriculture écologique durable respectueuse de l'environnement.
- Protection légale du consommateur et de l'agriculteur sur le terme „bio” par voie d'ordonnance (outil commun de l'Office fédéral de l'agriculture) et de l'Office fédéral de la santé publique (Loi sur les denrées alimentaires).

### Hygiène des denrées alimentaires et qualité des élevages

L'utilisation d'hormones de croissance n'a jamais été autorisée en Suisse. Quant aux antibiotiques stimulateurs de croissance, ils sont interdits en Suisse depuis le 1er janvier 1999, selon le „principe de précaution” qui découle de la problématique de la résistance bactérienne aux antibiotiques propagée par certaines denrées alimentaires. Actuellement en Suisse, la résistance aux antibiotiques ne représente pas un réel problème d'hygiène alimentaire, mais de nombreuses lacunes en matière de monitoring et recherche subsistent encore. Suite à ce constat, un programme national de recherche, intitulé „la résistance aux antibiotiques”, a été lancé et poursuit les objectifs suivants :

- obtenir rapidement une vision globale de la résistance en Suisse dans tous les secteurs concernés (hommes, animaux, agriculture, environnement, denrées alimentaires) et contribuer à l'établissement d'un système continu de surveillance dynamique de la résistance,
- déterminer l'importance de la mobilité des bactéries résistantes ou des gènes de résistance, en particulier dans la chaîne de transmission animale – denrée alimentaire – homme,
- initier des études sur la résistance des bactéries pour encourager le développement de nouvelles molécules d'antibiotiques.

Les résultats de ces recherches auront un impact dans les domaines suivants : santé publique, agronomie, technologie alimentaire, recherche fondamentale sur les bactéries, industrie pharmaceutique, économie.

### Tourisme et santé

En Suisse, les incidences du tourisme sur l'environnement sont plus ou moins bien analysées et répertoriées. On se préoccupe avant tout de limiter les répercussions nuisibles des activités humaines sur la nature et le paysage. Ainsi, le „Rapport sur la politique du tourisme de la Confédération”, adopté en 1996 par le Conseil fédéral, défi-

nit un plan d'action destiné à promouvoir un développement durable du tourisme. Le tourisme "wellness" illustre les interfaces du tourisme et de la promotion de la santé.

### **Logement et santé**

Il n'existe pas de stratégie fédérale se rapportant à la relation logement et santé. Cependant, il est à noter que l'Office fédéral du logement, en collaboration avec l'Office fédéral de la santé publique, la SIA, l'EPFL et d'autres offices fédéraux ont produit récemment un CD-ROM se rapportant à la thématique durabilité-logement. Les trois dimensions abordées sont l'environnement, l'économie et la société.

### **Sécurité sociale et santé**

La croissance économique, qui a caractérisé les années cinquante à quatre-vingts a indéniablement apporté une certaine prospérité aux citoyens suisses. Parallèlement, le développement d'un Etat social généreux a permis de lutter contre l'exclusion sociale et, par conséquent, de réduire le niveau de pauvreté et de souffrance. La crise structurelle des années quatre-vingt-dix – liée au processus de globalisation des marchés - a néanmoins entraîné une crise sociale que les assurances sociales ont pu difficilement corriger.

Les besoins financiers des assurances sociales – dans un monde où le vieillissement de la population et la compétition exercent leur pression - vont vraisemblablement continuer de croître. La politique de croissance socialement supportable de ces dernières années peut en partie compenser les effets pervers d'une compétition face à laquelle une partie de la population semble néanmoins être démunie. Force est de constater que malgré, les dépenses consenties au titre de la sécurité sociale, l'intégration des divers groupes de population, compte tenu des flux migratoires, n'est plus assurée.

Par ailleurs, la lenteur du système politique ne permet pas toujours une correction efficace et en temps utile des mesures de sécurité sociale, parfois trop généreuses, parfois trop restreintes. Le secteur de la protection sociale a une influence importante sur l'état

de santé d'une population: les déterminants sociaux de la santé sont de plus en plus prioritaires, même si la recherche dans ce domaine est encore embryonnaire à ce jour.

Sous la houlette des Offices fédéraux des assurances sociales (OFAS) et de la statistique (OFS), un programme national de recherche a été lancé (PNR 45) dans le but de stimuler la recherche interdisciplinaire dans ce domaine. Les quatre thèmes prioritaires sont:

- 1 Fondements et nouvelles orientations de la sécurité sociale.
- 2 Personnes handicapées et politique sociale.
- 3 Chômage et politique sociale.
- 4 Le système de santé.

On rejoint ici l'idée de l'„Observatoire suisse de la santé" mentionné précédemment. En ce qui concerne le point 4, il s'agit d'analyser l'évolution du système de santé pour établir dans quelle mesure elle contribue à réaliser les objectifs de la Loi sur l'assurance-maladie (solidarité, réduction des coûts et accès de tous les citoyens à des prestations médicales de qualité).

#### **Evaluation et politiques de santé**

Puisque les déterminants de l'état de santé d'une population sont davantage influencés par les politiques publiques et l'économie que par les politiques sanitaires, il devient impératif d'explorer la possibilité de mesurer le lien entre activité politique et santé. L'absence de techniques éprouvées dans ce secteur incite les responsables à élaborer des concepts et à lancer des projets pilotes.

L'initiative de Vérone de l'OMS - une démarche qui s'inscrit dans cette perspective – compte aussi sur la collaboration d'une partie de la Suisse, en fait le canton du Tessin qui a mené dès l'an 2000 des réflexions à ce sujet.

#### **Autres mesures possibles**

Tous les secteurs de la société devraient évaluer les conséquences des activités de l'Etat sur la santé et être responsables de leurs propres politiques ou programmes. L'économie privée porte aussi sa part de responsabilité en matière de santé et devrait considérer les dépenses de santé comme un investissement.

De même, les pouvoirs publics devraient intégrer la dimension „santé" dans chaque démarche législative et prévoir la possibilité d'un monitoring de l'impact des actions de l'Etat (formation, culture, défense, économie, tourisme, énergie, sécurité sociale) sur la santé.

Mesurer l'impact d'une politique sur la santé nécessite la définition d'un modèle multicausal permettant de déterminer l'impact d'une décision politique sur les ressources essentielles de vie (travail, revenu, alimentation, logement, environnement, intégration sociale, sécurité sociale), pour étudier ensuite le lien entre les ressources de vie et la santé. Dans ce but, et en s'appuyant sur des recherches, on pourrait élaborer les bases nécessaires permettant de dresser un „bilan économique global" des différents paramètres de la santé.

Pour atteindre ces objectifs stratégiques, entrent en jeu non seulement les règles normatives mais aussi le type de financement (collectif ou individuel) des différentes mesures nécessaires. Il apparaît dès lors nécessaire d'élaborer des modèles de financement qui soient, d'une part, des incitatifs pour une utilisation efficace et économe des ressources et qui, d'autre part, permettent d'atteindre de manière optimale les objectifs fixés.

Une double démarche semble donc nécessaire: d'une part, les décideurs politiques et économiques doivent être convaincus, par la population et par les groupes d'intérêts, du bien-fondé et de l'intérêt à défendre la cause de la santé; d'autre part, il faut mettre sur pied une législation qui facilite cette évolution.

Etant donné l'éclatement des activités et la fragmentation des responsabilités, il semble judicieux de rassembler et de canaliser les synergies vers un objectif commun à définir. Le projet Politique nationale de santé constitue à cet égard un pas dans la bonne direction. Au niveau fédéral, la création d'une plate-forme (par ex. un groupe de travail interdépartemental) concentrée sur la santé constituerait un autre pas important.

## SECTEUR DE SANTÉ INTÉGRÉ

**D'ici 2010, la population de la région devrait avoir un meilleur accès à des soins de santé primaires axés sur la famille et le cadre local, soutenus par un système hospitalier souple et apte à faire face à diverses situations**

**En particulier:**

**15.1 au moins 90% des pays devraient avoir mis en place des services de soins de santé primaires complets, qui assurent la continuité des soins en utilisant des systèmes d'orientation des patients - garantissant une bonne utilisation des ressources et efficaces sur le plan des coûts - vers des services de soins hospitaliers secondaires et tertiaires, et qui effectuent le renvoi de l'information depuis ceux-ci;**

**15.2 dans au moins 90% des pays, les médecins et les infirmières de santé familiale devraient former le noyau dur de ces services intégrés de soins de santé primaires, qui devraient faire appel à des équipes pluridisciplinaires regroupant des professionnels des secteurs de la santé et de l'action sociale et d'autres secteurs, et devraient bénéficier de la participation de la population locale;**

**15.3 au moins 90% des pays devraient avoir mis en place des services de santé reconnus et soutenus dans leur tâche, qui permettent à toute la population de bénéficier des meilleurs soins.**

### Exposé du problème

Les réseaux de santé suscitent en Suisse un intérêt croissant en raison de l'augmentation des coûts de la santé. La création de réseaux permet en effet de contrôler le nombre et la qualité (voire l'activité) des prestataires de soins dans un environnement où l'offre est pléthorique, et c'est en particulier à ce titre principal que les réseaux intéressent tant les gestionnaires du système de santé que ceux qui participent au financement des prestations. Des arguments relatifs à l'amélioration de la qualité des soins par la mise en réseau des prestataires viennent souvent légitimer la démarche. Il faut cependant relever qu'avant la crise économique des années quatre-vingt-dix et l'explosion des coûts de la santé, le souci de qualité des soins n'a jamais réellement motivé les responsables de l'organisation et du financement des prestations à investir dans l'observation critique des pratiques de soins, ni dans la recherche de modes de distribution capables de promouvoir la qualité des soins. En témoignent la faiblesse actuelle du système suisse d'information sanitaire, comme l'absence d'indicateurs de performance du système de santé.

Pourtant, l'intégration des services de santé est un enjeu majeur pour la qualité des soins, en particulier dans un pays qui, comme la Suisse mais également d'autres pays industrialisés, connaît un formidable accroissement

de la durée de vie et un vieillissement démographique permettant aux maladies chroniques de dominer la scène de la santé publique. Les maladies chroniques exigent une continuité des soins médicaux dont la pierre angulaire est le médecin de famille, d'une part entre médecine de premier recours et médecine spécialisée, d'autre part entre soins ambulatoires, soins hospitaliers et parfois soins de réadaptation dans des structures intermédiaires. La qualité de la prise en charge des maladies chroniques nécessite en outre un degré élevé de coordination entre les interventions médicales et celles d'autres acteurs du réseau médico-social. Les problèmes fonctionnels découlant des maladies chroniques requièrent des soins infirmiers, des soins de base, des aides à domicile, et parfois des prestations d'assistance sociale. Pour tous ces motifs, les systèmes de santé doivent évoluer naturellement vers l'intégration de ces prestations, et la création de réseaux s'impose comme une nécessité en dehors de toute considération d'ordre économique.

En Suisse, la constitution de réseaux de soins est promue par la LAMal. Les premiers réseaux de soins ont été créés

en 1990 par des caisses d'assurance-maladie soucieuses de limiter les prestataires avec lesquels elles contractent. Ce modèle peine cependant à recruter une clientèle qui restait limitée en 1998 à 98'400 personnes. Les réseaux "médecin de famille", certains créés par des médecins, se sont développés dès 1994; ils couvraient en 1998 351'000 assurés. D'autres réseaux plus larges se constituent actuellement, parfois à l'initiative de cantons qui voient l'occasion d'introduire une enveloppe budgétaire contrôlée.

L'intégration des services de santé est un moyen d'améliorer la prise en charge de problèmes de santé complexes qui s'impose dans une population vieillissante. En outre, il est théoriquement possible d'en attendre une meilleure efficacité d'un point de vue économique.

Pour atteindre leur but de promotion de la qualité des soins, les réseaux doivent intégrer les services rendus à la population dans trois axes:

- sur un plan hiérarchique (intégration verticale): les services de santé doivent être régionalisés, ce qui suppo-

se l'existence en suffisance de ressources de santé primaire (médecins et infirmières de premier recours), de structures spécialisées (hôpitaux de soins aigus, médecins et hôpitaux spécialisés), et de structures intermédiaires (vouées à la réadaptation, aux soins subaigus et au support des soins primaires), mais aussi l'existence de mécanismes d'orientation et de coordination entre ces différents niveaux de soins;

- sur un plan interprofessionnel (intégration horizontale): la coordination des interventions des médecins et des autres professionnels de la santé doit être renforcée;
- sur un plan intersectoriel: les domaines de la santé et du social ne peuvent plus être considérés comme distincts, en particulier dans la prise en charge de personnes présentant des problèmes de santé chroniques. L'impact sur la santé de besoins sociaux non couverts ne peut pas être négligé, de même que l'impact sur les besoins sociaux de besoins de santé occultés.

### Objectifs nationaux

- D'ici 2010, des modèles de réseaux de santé ont été testés dans au moins deux tiers des cantons. Ces modèles garantissent la continuité des soins et des services de santé intégrés
- Les assureurs-maladie et les autorités cantonales sanitaires renforcent la formation de réseaux de santé par des mesures appropriées et accompagnent ce processus d'évaluations rigoureuses
- En intégrant les différents professionnels de la santé dans un réseau, il faut avant tout prendre garde à ce que les services rendus à la population soient intégrés sur un plan hiérarchique, interprofessionnel et intersectoriel

### Mesures

Des évaluations rigoureuses doivent cependant accompagner toute réorga-

nisation des services de santé, afin de quantifier les coûts liés aux activités de coordination, d'en mesurer les effets et de définir ainsi les mécanismes de collaboration les plus favorables tenant compte des points de vue sanitaires, économiques, et de satisfaction des usagers.

Parmi les facteurs fortement susceptibles de compromettre la mise en place de réseaux de soins performants, il est urgent de reconnaître le risque d'une dévalorisation des professions soignantes. Des ressources considérables, tant médicales qu'infirmières, seront nécessaires au cours des trente prochaines années pour assurer le fonctionnement de réseaux dont une grande partie des prestations, et en particulier des prestations exigeantes en temps de contact, seront consommées par une population vieillissante. Faute de ressources suffisantes et de mesures incitatives adéquates, des professionnels devenus rares orienteront sélectivement leur pratique vers certains niveaux de soins, déséquilibrant les réseaux et mettant en échec toute tentative d'orientation rationnelle de patients dont certains besoins resteront insatisfaits.

### Protection des données

La création de systèmes de santé aux services intégrés demandera également que soient résolues des questions relatives à la confidentialité des données personnelles. Le partage d'informations nécessaires à la coordination des interventions de multiples professionnels crée l'opportunité de constituer des bases de données importantes, qu'il s'agit de protéger strictement. Des modalités restent à trouver pour assurer cette protection sans compromettre la capacité des pouvoirs publics à surveiller la qualité des prestations des réseaux, et celle des chercheurs à investiguer de nouveaux modes d'organisation permettant d'améliorer leurs performances.

### Autonomie des patients

La mise en réseau des prestataires comporte enfin un risque pour l'autonomie des patients. Il est plus aisé

d'exercer ses choix lorsqu'il existe une possibilité de second avis professionnel réellement indépendante du premier. Par ailleurs, le risque de voir se substituer le choix d'équipes pluridisciplinaires légitimées par le réseau au choix personnel du patient ne saurait être écarté. Des mécanismes de protection des usagers sont indispensables à cet égard.

Les prochaines années seront sans doute marquées par un développement "spontané" des réseaux sous la pression des coûts de la santé. L'objectif prioritaire, d'un point de vue de santé publique, doit être d'accompagner ce développement d'une analyse critique des activités et d'une évaluation systématique des effets sur la qualité de la réponse sanitaire. L'égalité des chances en matière d'accès à des prestations sanitaires efficaces et de haut niveau ne doit pas être compromise par un bouleversement profond du rapport de force entre prestataires et gestionnaires du système de santé.



## GESTION AXÉE SUR LA QUALITÉ DES SOINS

**D'ici 2010, les Etats membres devraient faire en sorte que la gestion du secteur sanitaire, depuis les programmes orientés vers l'ensemble de la population jusqu'aux soins aux patients au niveau clinique, soit axée sur les résultats en matière de santé.**

**En particulier :**

**16.1 l'efficacité des grandes stratégies de santé publique devrait être évaluée en fonction des résultats en matière de santé et il faudrait de plus en plus prendre des décisions concernant les différentes stratégies possibles pour faire face aux divers problèmes de santé sur la base d' une comparaison des résultats en matière de santé et du rapport coût-efficacité obtenu grâce à ces stratégies;**

**16.2 tous les pays devraient avoir mis en place, à l' échelon national, un mécanisme de surveillance et d' amélioration constante de la qualité des soins pour au moins dix maladies graves, qui mesure les effets sur la santé, le rapport coût-efficacité et la satisfaction des patients;**

**16.3 pour au moins cinq des maladies graves susvisées, les résultats en matière de santé devraient faire ressortir une amélioration sensible et des enquêtes devraient mettre en évidence une satisfaction accrue des patients à l' égard de la qualité des services reçus et un plus grand respect des droits des patients.**

### Exposé du problème

Un problème majeur de l'organisation du système suisse de santé est l'absence de mesures systématiques de l'impact des interventions sanitaires. Il en résulte un manque d'information quant à l'efficacité et au coût des interventions médicales destinées à prévenir, diagnostiquer et traiter des affections telles que les cardiopathies, la dépression ou les allergies, par exemple. De plus ce déficit d'information contribue au maintien de doutes quant aux bénéfices réels des interventions sanitaires. En effet, bien que l'on dispose de données concernant l'efficacité de certaines interventions médicales ou de santé publique, en nombres et proportions insuffisantes d'ailleurs, les études ont souvent été réalisées dans des conditions expérimentales, différentes de la pratique quotidienne. Ainsi, par exemple, l'effort de la collaboration internationale Cochrane, à laquelle la Suisse n'a contribué que marginalement pour l'instant, a permis de rassembler un nombre important d'études expérimentales examinant l'efficacité d'interventions sanitaires. Les revues systématiques produites contribuent souvent à mieux pouvoir déterminer quelles sont les interventions supposées être efficaces. Néanmoins, la mesure réelle de l'impact des interventions effectuées dans la pratique indique fréquemment que, alors qu'elles sont considérées comme efficaces lorsque appliquées dans

des conditions idéales, elle ne le sont pas forcément dans des conditions réelles de terrain. L'obtention d'informations de routine de l'impact des interventions clés, utilisées pour des problèmes sanitaires fréquents ayant des conséquences importantes pour la santé de la population, fournirait des informations cruciales à l'amélioration de la qualité des soins et aux décisions de politique sanitaire appropriées.

L'existence d'un concept clair de gestion des institutions et des ressources sanitaires permettrait d'assurer au meilleur prix une qualité des soins élevée. Dans un tel cadre, les innovations en matière d'organisation du système sanitaire et des interventions devraient être à la fois vivement encouragées et strictement contrôlées. Un nombre restreint d'études ou de registres (registre du cancer) ont été mis en place en Suisse afin d'évaluer l'utilisation et parfois l'utilité de technologies médicales généralement avancées et coûteuses. Ces initiatives devraient être multipliées afin de fournir des données utiles pour assurer la performance accrue du système sanitaire.

### Indicateurs de santé

Le développement d'un tel concept de gestion des institutions et des ressources sanitaires requiert l'existence d'un système d'information sanitaire performant, incluant des indicateurs sanitaires populationnels reconnus et utilisés par l'ensemble des pays européens. Ces indicateurs permettraient d'évaluer les avantages et les inconvénients des programmes de promotion de la santé, de prévention, ainsi que des prestations diagnostiques, thérapeutiques et de réadaptation.

Les indicateurs et la base de données Santé pour tous sont des instruments utiles destinés à évaluer et comparer les succès obtenus par chacun des 51 pays européens dans l'amélioration de la qualité des soins pour atteindre les buts régionaux de la Santé pour tous. Ces indicateurs devraient être intégrés au système de relevé de chacun des Etats membres. En Suisse, les partenaires du système de soins ont développé de nombreux indicateurs sanitaires, notamment dans le cadre des articles 58 de la LA-Mal et 77 de l'OAMal. Bien que l'utilisation de ces indicateurs se généra-



lise, il convient de s'assurer que leur choix et leurs conditions de mesure permettent réellement d'améliorer la performance du système sanitaire et la qualité des soins, par exemple d'effectuer des comparaisons valides entre établissements sanitaires qui puissent se placer dans le cadre d'une approche proactive de l'amélioration des soins et non dans un contexte de défiance vis-à-vis d'organes de contrôle des institutions de santé.

Parmi les indicateurs que l'on peut souhaiter disposer de routine figurent des indicateurs de l'état de santé des populations. Les enquêtes effectuées au plan national ou cantonal (Enquête suisse sur la santé, analyses cantonales, enquêtes sur la santé des enfants ou des adolescents, enquêtes relatives à certains comportements – abus de tabac, d'alcool ou d'autres substances, alimentation, exercice physique) fournissent des éléments utiles, mais méritent d'être complétées. D'autres indicateurs concernant l'activité hospitalière (mortalité liée à l'activité hospitalière, réadmissions „inappropriées“, erreurs médicales, infections acquises à l'hôpital, opinion et satisfaction des patients, etc.) existent en partie, et doivent être améliorés et validés. Une partie des ces indicateurs peuvent être déterminés à partir du résumé de sortie des hôpitaux centralisé par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Enfin, il convient de rappeler le rôle de l'Observatoire suisse de la santé qui devra être renforcé et soutenu afin que les indicateurs nécessaires à l'amélioration de la qualité et aux décisions de politique sanitaire puissent être régulièrement disponibles et actualisés.

### **Programmes d'amélioration de la qualité des soins**

Plusieurs projets et programmes d'amélioration de la qualité des soins ont également vu le jour, principalement dans le domaine hospitalier, avec les modifications de gestion des organisations sanitaires.

L'introduction de systèmes de management de la qualité dans diverses institutions de soins (hôpitaux de soins aigus et chroniques, établissements

médico-sociaux) en est un exemple. Les systèmes importés d'autres secteurs de l'activité industrielle ou des services doivent cependant être adaptés au contexte sanitaire. De même, la certification de secteurs du système sanitaire (laboratoires, alimentation, etc.), souvent pour répondre à des exigences de la législation suisse, voire de services ou d'établissements, peuvent contribuer, si ces mesures sont adéquatement utilisées, à l'amélioration de la qualité. Néanmoins, en Suisse comme ailleurs, un important effort reste à faire pour fonder l'amélioration de la qualité des soins sur des indicateurs valides et adaptés aux besoins locaux.

### **Indicateurs de la qualité des soins**

Un problème fondamental est la forte variation de pratique constatée entre les pays, les régions, les hôpitaux et les autres dispensateurs de soins. Cette constatation n'est pas nouvelle. Mais il est frappant que cette variation persiste en dépit de l'uniformisation de la disponibilité des ressources matérielles, financières et humaines accessibles. Il convient aussi de noter que cette variation a été décrite par des études ad hoc, mais que les variations spécifiques dans la plupart des domaines des soins ne sont pas connues.

La mesure des résultats obtenus en clinique est indispensable pour améliorer les soins aux patients. Les données devraient être recueillies dans des bases de données permettant un suivi à long terme et des comparaisons entre dispensateurs, hôpitaux, régions, pays. Mesurer l'impact des soins est une première étape pour appliquer une médecine factuelle, fondée sur les preuves d'efficacité, et pour évaluer les technologies médicales. Cela permettra de choisir les interventions sanitaires qui répondent efficacement aux besoins de santé de la population et qui peuvent être réalisées dans le cadre des ressources disponibles. En particulier, cela permettra de réduire la sur-utilisation de soins inappropriés et, simultanément, d'augmenter l'emploi

de soins nécessaires actuellement sous-utilisés. Cette utilisation plus rationnelle des ressources pourrait permettre de répondre aux demandes croissantes dans le secteur sanitaire, du fait du vieillissement de la population et surtout de l'introduction régulière de nouvelles technologies complexes et coûteuses.

Les indicateurs de la qualité des soins se basent principalement sur la mesure des résultats. Cette mesure est souvent difficile et coûteuse. Une alternative est de mesurer les processus de soins : ceci ne remplace pas la mesure des résultats, mais permet d'orienter directement l'amélioration des processus de soins.

### **Objectifs nationaux**

- D'ici 2010, la Suisse dispose d'indicateurs et de résultats qui permettent d'établir des priorités en matière de santé, intégrant aussi bien des programmes orientés vers l'ensemble de la population que les soins cliniques
- L'efficacité des stratégies de santé publique est évaluée en fonction de l'impact sanitaire durable, aussi bien en termes d'efficacité que de rapport coût-efficacité
- D'ici 2010, la Suisse dispose, à l'échelon national, d'un mécanisme de surveillance et d'amélioration de la qualité des soins pour au moins dix maladies importantes. Ce système de monitoring devrait mesurer les effets sur la santé, le rapport coût-efficacité et la satisfaction des patients
- Pour au moins cinq des maladies importantes susmentionnées, les résultats devraient montrer une amélioration sensible, y compris une augmentation de la satisfaction des patients pour les services reçus et du respect des droits des patients

### **Mesures**

Ces buts peuvent être atteints :

- si toutes les institutions adoptent

des pratiques fondées sur des connaissances scientifiquement validées, tant pour les soins courants que pour les actes nouveaux, si des indicateurs de la qualité des soins sont définis au niveau clinique, et si la surveillance de la qualité des soins devient partie intégrante des tâches de chaque service de soins;

- si la Suisse conçoit des politiques et des mécanismes garantissant les droits des patients, y compris celui du respect de leurs valeurs morales, culturelles, religieuses et philosophiques. Un débat public devrait avoir lieu sur les aspects éthiques de la politique sanitaire et l'équité dans l'accès aux soins de santé;
- si la formation et le perfectionnement des professionnels de la santé inclut l'acquisition des compétences pour adopter les bonnes pratiques et pour se responsabiliser sur les résultats de leur travail;
- si l'utilisation des technologies nouvelles et anciennes, y compris la distribution de médicaments, sont surveillées et évaluées en ce qui concerne leur impact sur la santé, en termes d'efficacité et de rapport coût-efficacité;
- si est mis en place un système permettant d'enregistrer, de surveiller et d'améliorer les résultats des soins et si ces informations sont diffusées aux dispensateurs de soins;
- si les dispensateurs de soins de santé peuvent obtenir facilement des informations sur des pratiques factuelles, fondées sur des données probantes.

## FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ ET ALLOCATION DES RESSOURCES

**D'ici 2010, les Etats membres devraient s'être dotés de mécanismes viables de financement des systèmes de santé et d'allocation des ressources à ces derniers, reposant sur les principes d'égalité d'accès aux soins, d'efficacité en regard des coûts, de solidarité et de qualité optimale.**

**En particulier :**

- 17.1 les dépenses consacrées aux services de santé devraient être suffisantes, tout en correspondant aux besoins sanitaires de la population;**
- 17.2 les ressources devraient être affectées à la promotion et à la protection de la santé, aux traitements et aux soins, compte tenu des effets sur la santé, du rapport coût-efficacité et des données scientifiques disponibles;**
- 17.3 les systèmes de financement des soins de santé devraient garantir une couverture universelle, la solidarité et la viabilité.**

### Exposé du problème

La prospérité économique des dernières décennies a permis d'augmenter considérablement les moyens mis à disposition du secteur de la santé. En 1998, d'après l'Office fédéral de la statistique, les coûts de la santé ont atteint 39,77 milliards de francs, soit environ 10,5% du produit intérieur brut. Dans ce domaine, la Suisse appartient au peloton de tête en comparaison internationale et avec les pays européens développés.

### Financement du système de santé

Le financement du système de santé s'effectue selon un système hybride, partagé entre les ménages privés (dépenses directes, primes de l'assurance-maladie obligatoire depuis 1996, franchises et participation aux prestations, et assurances complémentaires contractées volontairement), les cantons (comme payeurs partiels des hôpitaux, activités de santé publique, participation à la réduction des primes), le secteur économique (primes de l'assurance-accidents) et la Confédération (participation à la réduction des primes, activités spécifiques en santé publique). Chacun de ces partenaires (du ménage privé à la Confédération) a atteint ses limites pour dégager les moyens financiers nécessaires. Il s'agit donc de fixer des priorités et de trouver différents procédés pour satisfaire des besoins théoriquement

illimités avec des moyens financiers limités.

### Loi sur l'assurance-maladie

La Loi fédérale sur l'assurance maladie du 18 mars 1994 (LAMal) a redéfini les structures et les responsabilités en matière de santé publique. Cette loi consolide une évolution récente, sans toutefois changer radicalement de système, comme certains le souhaiteraient. La LAMal régule directement (en définissant les prestations remboursées par les caisses-maladie) et indirectement (en définissant le cofinancement des frais d'hôpitaux par les cantons) la plus grande partie des coûts de la santé. L'assurance maladie est financée par des primes indépendantes du revenu. Un système de subvention individuelle aux primes allège la charge des assurés de condition modeste.

Les prestataires ambulatoires sont les médecins indépendants et les membres des autres professions de la santé en libre pratique. Les prestataires du secteur d'hébergement sont les hôpitaux publics ou privés dont le financement est partagé (les frais d'exploitation sont pour moitié à charge des cantons et pour moitié à charge des assurés). La

LAMal impose aux cantons de planifier le secteur hospitalier.

L'innovation la plus substantielle de la LAMal est l'obligation de s'assurer, ainsi que les dispositions qui garantissent l'égalité d'accès aux soins et la solidarité entre assurés. Ainsi, les assurés choisissent librement leurs caisses et les assureurs doivent les admettre sans émettre aucune réserve à leur rencontre. Le catalogue des prestations de l'assurance maladie est exhaustif et contraignant pour tous les assureurs: ils ne peuvent ni le restreindre ni l'augmenter. Les assureurs ont la possibilité d'offrir des contrats prévoyant un choix limité des prestataires de soins assorti de primes réduites. La compensation des risques entre assureurs égalise, sur le plan cantonal, les différences d'âge et de sexe de leurs assurés. La compensation de ces deux facteurs est censée garantir une concurrence entre les caisses, avec des effets positifs sur l'innovation des soins et sans effets négatifs quant à la sélection des risques.

### Effets de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)

Les effets de la nouvelle loi font l'objet d'une évaluation dont les résultats

permettent déjà de tirer quelques conclusions.

L'assurance-maladie obligatoire couvre largement les prestations essentielles. Les exceptions les plus importantes sont les soins dentaires et l'aide ménagère, prestations partiellement financées solidairement à l'étranger mais pas en Suisse. Le manque de moyens financiers qu'éprouvent la plupart des cantons et la tendance à l'augmentation des dépenses de l'assurance-maladie interdisent aujourd'hui un accroissement substantiel du catalogue des prestations. Toutefois, des adaptations sont toujours possibles, à savoir la prise en charge d'innovations médicales dont le caractère approprié, efficace et économique est prouvé, et la suppression de prestations qui ne remplissent pas ces critères. De telles adaptations sont courantes.

Les assurés ayant la possibilité de choisir entre plusieurs assureurs pour une couverture identique, les caisses sont contraintes d'offrir, outre un service de qualité aux assurés, des primes pas trop élevées si elles veulent se maintenir sur le marché. Ces primes peuvent être maintenues à un niveau acceptable par plusieurs moyens: la sélection cachée des risques, le contrôle rigoureux des coûts des prestations, les innovations comme l'offre de modèles de „managed care“ (où les caisses sont autorisées à répercuter aux assurés sous forme de rabais de primes les économies de coûts). Les assureurs semblent pour l'instant privilégier la sélection des risques alors même que de bons modèles de „managed care“ permettent d'économiser 20 à 30% des frais.

La LAMal n'impose aucune obligation concernant le type de financement des prestations médicales mais prévoit l'indemnisation individuelle de la prestation, les tarifs horaires ou les forfaits individuels ou de groupe. Dans le secteur ambulatoire, l'indemnisation à la prestation ou le tarif horaire sont presque exclusivement de règle, alors que les forfaits globaux sont limités aux systèmes de type

HMO („Health Maintenance Organisation“). Pour les prestations médicales, un tarif médical à la prestation, applicable à l'ensemble de la Suisse, et fondé sur les principes de l'économie d'entreprise, a nécessité des années de travail. Il est à prévoir que ce tarif réglera pour de nombreuses années l'indemnisation des prestations médicales ambulatoires.

### Hôpitaux

Dans le secteur d'hébergement, financé pour moitié par les cantons, on observe les tendances suivantes: la plupart des hôpitaux sont financés par le système de couverture des déficits, plus exactement par des contributions aux frais d'exploitation; quelques cantons ont déjà introduit, au moins sous forme de projets-pilote, de nouveaux modèles de financement (mandats de prestations pour des groupes de prestations définies; forfaits par cas; forfaits par division).

Les cantons remplissent plus ou moins bien et de manières différentes leur tâche de la planification hospitalière. Certains ont fermé des secteurs et/ou des hôpitaux entiers. Les premiers essais de planification intercantonale commencent à porter leurs fruits (hôpitaux universitaires de Lausanne et de Genève). Quelques cantons pratiquent le système du budget global ou appliquent des dispositions similaires. Plusieurs commentateurs arrivent néanmoins à la conclusion que la planification hospitalière cantonale n'a pas atteint ses objectifs. Ils proposent la création de régions hospitalières comportant 1 à 1,5 millions de résidents, assortie d'une planification centralisée des technologies de pointe. De l'avis des médecins, du personnel soignant et d'autres membres de professions médicales, les coupes budgétaires et la planification hospitalière ont conduit, dans certains domaines, à ce que tous les patients ne reçoivent plus les traitements et les soins nécessaires, ce qui constitue un rationnement implicite. Ces impressions ne sont toutefois jusqu'ici ni vérifiées ni réfutées par des études empiriques.

### Objectifs nationaux

Le financement de la santé publique se répercute sur l'organisation des services et – point décisif – sur l'efficacité et l'équité des prestations accomplies. Dans cette perspective, l'objectif suivant est proposé:

- D'ici 2010, la Suisse développe un modèle de financement permettant l'égalité d'accès aux soins, l'efficacité en regard des coûts, la solidarité entre assurés et la qualité optimale des soins.
- Les objectifs partiels ci-dessous devraient être atteints:

Les dépenses consacrées aux services de santé devraient être suffisantes, tout en correspondant aux besoins sanitaires de la population.

Les ressources devraient être affectées à la promotion et à la protection de la santé, aux traitements et aux soins, compte tenu des effets sur la santé, du rapport coût-efficacité et des données scientifiques disponibles.

Les systèmes de financement des soins de santé devraient garantir une couverture universelle, la solidarité et la viabilité.

Les modèles de financement et d'allocation des ressources existants sont examinés et adaptés en fonction des principes suivants, lesquels assurent un financement durable et équitable de la santé tout en stimulant une utilisation efficace des ressources dans le but d'atteindre un bénéfice maximal pour la santé de la population:

- Le niveau de financement est maintenu à long terme à 12% du produit intérieur brut, avec une part croissante des ressources consacrées à la prévention et aux soins de santé primaire.
- Les mécanismes du marché, qui stimulent l'efficacité et la qualité, ne doivent pas saper la solidarité ni compromettre l'accès équitable aux soins. D'ici 2010, des enquêtes ont été réalisées, qui permettent de vérifier que cet objectif a été réalisé.
- La fixation des priorités et l'allocation

tion des ressources doivent se faire en accord avec les populations concernées.

L'observation des expériences internationales et européennes récentes suggère que certains systèmes de remboursement permettent de faire mieux correspondre le système de soins aux besoins de la population. Dans le domaine des soins primaires, il s'agit de systèmes mixtes, combinant le remboursement à la prestation individuelle et une part prospective basée sur un forfait par individu.

### Mesures

Il est à prévoir, et il sera même nécessaire de prendre à l'avenir des décisions qui affecteront l'organisation des soins et les investissements. Ce sont là de véritables décisions d'allocation. Afin que ces dernières n'aient pas de retombées négatives sur les objectifs de l'OMS, il faut que certaines conditions de base soient remplies, ce qui n'est actuellement que partiellement le cas.

Statistiques en matière de santé: il manque en particulier une statistique des prestations de soins et des systèmes d'indicateurs intégrés qui permette d'évaluer les effets des mesures prises sur la santé.

Recherche: il faut encourager de manière ciblée la recherche sur les systèmes de santé et sur les soins. Une attention particulière doit être portée aux différences sociales observées dans l'utilisation des soins ou plutôt dans l'accès aux soins. Par ailleurs, les assureurs-maladie doivent s'investir davantage dans le développement de nouveaux modèles de soins.

Evaluation des nouvelles technologies: les responsables qui prennent les décisions d'allocation des ressources doivent être formés à l'évaluation des technologies médicales compte tenu de leur utilité, de leurs risques et de leurs coûts. De plus, ils doivent avoir accès aux informations utiles à l'évaluation et lorsqu'elles font défaut, ils doivent veiller à ce qu'elles soient fournies.

Comptabilité analytique des hôpitaux: tous les hôpitaux n'en disposent pas alors qu'il s'agit d'une condition essentielle pour passer du financement des frais d'exploitation au financement des prestations. Pour cette raison, il n'est guère possible d'élaborer des modèles de financement prospectifs.

Tarif médical: l'introduction d'un tarif médical (tarif à la prestation individuelle) applicable dans toute la Suisse n'empêche pas a priori l'introduction de forfaits (partiel ou total) dans le secteur ambulatoire. Il existe des données valables, basées sur l'économie d'entreprise, qui permettent, en les combinant avec les guidelines, de calculer des forfaits de manière réaliste. Dès l'introduction du nouveau tarif médical, il s'agira d'initier des études.

Globalement, le système actuel de financement en Suisse est largement, sinon complètement, conforme au concept préconisé par l'OMS. Le problème majeur réside dans le fait qu'une grosse part des ressources affectées à la santé est financée par les primes individuelles, et non par des primes d'assurance proportionnelles aux salaires ou par un impôt progressif. Il existe certes un système de réduction individuelle des primes (financé par l'impôt) pour les assurés de condition modeste mais il présente d'importantes différences régionales. Le système actuellement en vigueur peut néanmoins être développé en respectant les autres points du concept cadre de l'OMS, et c'est le but de l'actuelle révision partielle de la Loi sur l'assurance-maladie. Aujourd'hui, des propositions radicales de changement émergent (financement du système de santé basé sur un prélèvement en pourcentage du salaire, assurance obligatoire ne couvrant que les soins hospitaliers, etc.). Dans tous les cas, une réforme du système de financement – dans le cadre de l'actuelle loi ou par un bouleversement total du système actuel – doit être élaborée en fonction des principes d'égalité d'accès aux soins, d'efficacité en regard des coûts, de solidarité et de qualité optimale.



## AMÉLIORATION DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ

**D'ici 2010, tous les Etats membres devraient avoir fait en sorte que les professionnels de la santé et les professionnels d'autres secteurs aient les connaissances, l'état d'esprit et les compétences qui leur permettent de protéger et de promouvoir la santé.**

**En particulier:**

**18.1 la formation des professionnels de santé devrait reposer sur les principes de la politique de la Santé pour tous, les préparer à offrir des services de promotion de la santé, de prévention, de traitement et de réadaptation de bonne qualité et les aider à établir une passerelle entre la pratique clinique et l' action en matière de santé publique;**

**18.2 des systèmes de planification devraient faire en sorte que le nombre de professionnels de la santé formés et la répartition entre les différentes disciplines répondent aux besoins actuels et futurs;**

**18.3 tous les Etats membres devraient posséder les capacités appropriées pour donner une formation spécialisée concernant la direction, la gestion et la pratique de la santé publique;**

**18.4 la formation de professionnels d'autres secteurs devrait leur inculquer les principes fondamentaux de la politique de la Santé pour tous et, plus précisément, transmettre des connaissances sur la façon dont leurs activités peuvent influencer sur les déterminants de la santé.**

### Exposé du problème

En Suisse, la compétence en matière de réglementation et de surveillance de la formation professionnelle non universitaire dans le domaine de la santé relève des cantons, et cela jusqu'à l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur la formation professionnelle. La Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS) tient lieu d'organe de coordination politique aux vingt-six membres responsables de la santé publique des gouvernements cantonaux. En matière de formation professionnelle dans le domaine de la santé, elle édicte des normes juridiques obligatoires, alors que, dans ses autres champs d'activité, ses décisions ont simplement valeur de recommandations. La CDS a délégué l'application des décisions de politique de formation à la Croix-Rouge suisse (CRS). Mise à part l'élaboration de prescriptions de formation, le Département de la formation professionnelle de la CRS a pour tâches principales la surveillance centralisée des programmes de formation, la reconnaissance des diplômes étrangers ainsi que l'information sur les professions de la santé.

De par l'acceptation de la nouvelle Constitution fédérale, il a été décidé qu'à l'avenir la Confédération sera responsable des formations de la santé. Jusqu'à maintenant, elle ne réglementait que la formation des médecins, des vétérinaires et des pharmaciens. Pour préparer le transfert des

compétences, la Confédération et les cantons ont mis en place une organisation commune. L'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie (OFFT) est le principal partenaire de la CDS durant cette phase de transition. Dans de nombreux cantons, la compétence en matière de professions de la santé passe du Département de la santé au Département de l'instruction publique. Cela conduira à un renforcement des contacts déjà très étroits qui se sont instaurés entre le Domaine de la formation professionnelle de la CDS et la Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique (CDIP).

### Nouvelles prescriptions de formation

La décision concernant les nouvelles prescriptions de formation de 1992 a constitué un jalon important dans le domaine de la formation professionnelle. Elle a mis un point final à la vaste réforme qui avait été engagée dans les années quatre-vingts dans le do-

main des professions soignantes. Ces prescriptions reflètent une nouvelle conception de la formation qui s'oriente vers une „offre globale des soins“. Cinq fonctions qui se complètent mutuellement décrivent de manière complète et compréhensible la profession de soignant. Des activités de soins importantes sont explicitement mentionnées par les fonctions 4 et 5 dont beaucoup de membres de la profession n'étaient guère conscients auparavant. En conséquence, les compétences nécessaires à ces activités n'étaient pratiquement pas encouragées de manière ciblée avant la réforme. Font partie de celles-ci les connaissances et aptitudes visant à prévenir les maladies et accidents et à promouvoir la santé (fonction 4) et la santé publique, y compris la participation à des projets de recherche (fonction 5).

Les modifications introduites par les nouvelles prescriptions de formation de 1992 étaient de nature structurelle et pédagogique. Les filières de formation spécialisées (soins psychiatriques,



hygiène maternelle et pédiatrie ou soins généraux) ont été supprimées au profit d'une formation généraliste. Ainsi, il a été créé deux niveaux de diplôme, soit le niveau de diplôme I (durée: 3 ans) et le niveau de diplôme II (durée: 4 ans), tous deux dès l'âge de 18 ans. Les prescriptions de formation correspondantes sont entrées en vigueur en 1992 moyennant une période transitoire de dix ans. Elles ont pour particularité, suivant en cela de nouvelles tendances pédagogiques, qu'elles s'assignent des objectifs à atteindre et ne comportent qu'un minimum d'exigences d'ordre structurel. Grâce à cette nouvelle philosophie de la formation, les conditions d'une réforme durable des contenus de formation dans un processus " de bas en haut " ont été créées. Aujourd'hui, le promotion de la santé et la qualité de la gestion ont une importance beaucoup plus grande dans la profession de soignant qu'avant 1992.

### Nouveau système de formation

Un deuxième jalon a été posé en mai 1999 lorsque l'assemblée plénière de la CDS a entériné une décision que l'on peut qualifier d'historique pour les professions de la santé, à savoir l'adoption du nouveau système national de formation assorti des conditions-cadres suivantes:

- Toutes les formations de diplôme sont désormais positionnées au niveau tertiaire.
- Au niveau secondaire II, il est dorénavant prévu une filière de formation professionnelle (apprentissage / école professionnelle spécialisée menant à un certificat de capacité). Il est ainsi créé un degré inférieur qualifié qui, en même temps, permet un accès direct aux formations de diplôme dès la scolarité obligatoire achevée pour tous ceux qui, jusqu'à présent, ont dû combler à l'aide de diverses variantes la période précédant l'entrée en formation. Outre la voie professionnelle, il est prévu, comme ce fut le cas jusqu'ici, d'accéder à une formation de diplôme par la voie scolaire (Ecole de degré diplôme EDD, maturité).
- Les diplômes actuels conservent leur validité.

De surcroît, le nouveau profil HES „Sant“ (Haute école spécialisée) a été adopté en novembre 2000; il est adapté aux exigences de la CDIP et conforme aux normes fédérales (deux filières d'études, soit l'une avec formation au diplôme professionnel intégrée et l'autre avec formation au diplôme professionnel déjà effectuée).

Les travaux de la CDS et de la CRS, auxquels sont associés l'OFFT et la CDIP, visant à concrétiser le système de formation et à adapter les formations existantes battent leur plein et sont actuellement en phase de consultation. Ces restructurations ont comme conséquences principales une meilleure intégration dans le système de formation de la Suisse, l'eurocompatibilité et le maintien voire l'augmentation de la qualité de la formation.

### Situation du personnel

Ces dernières années, on a beaucoup entendu parler du peu d'attractivité des professions de la santé. La CDS a fait plusieurs interventions pour améliorer l'image de ces professions dans la population. Ces démarches ont abouti et l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie (OFFT) soutient la CDS dans une campagne de promotion des professions de la santé auprès de la population. La situation est alarmante dans certains domaines et une enquête menée auprès des cantons a montré qu'il existe une pénurie aiguë de personnel dans les unités de soins intensifs et dans les salles d'opération notamment.

Depuis de longues années et de façon récurrente, le recrutement de professionnels de la santé pose problème en Suisse. Ce problème n'est pas spécifique à notre pays. En effet, il se retrouve aussi au niveau de l'Europe et même du monde. Les raisons de cette pénurie sont diverses et complexes, déterminées par un ensemble de facteurs tels que représentations sociales et valeurs de ces professions, reconnaissance des professionnels de la santé par d'autres professionnels et par un large public, conditions de tra-

vail, répartition des rôles en fonction des sexes, etc. Il n'existe pas une image homogène des différentes professions de la santé, image d'ailleurs peu documentée en tant que telle. Cependant, différentes enquêtes font état du constat suivant: les professions de la santé ainsi que les filières de formation bénéficient d'une image plutôt positive auprès du public et des jeunes qui n'ont pas encore choisi de formation professionnelle, mais elle a tendance à se dégrader au fil des ans. En effet, les problèmes concernant les conditions de travail notamment sont les mêmes depuis 25 ans :

- professions essentiellement féminines
- durée de vie professionnelle plutôt courte
- manque d'infrastructures pour concilier travail et vie de famille
- peu de reconnaissance sociale et salariale
- horaires irréguliers
- peu d'autonomie dans l'exercice de la profession

S'y ajoutent, à l'heure actuelle, les facteurs aggravants suivants :

- précarisation des conditions financières de formation et assèchement des bassins de recrutement étrangers
- évolution des nouveaux programmes de formation (niveau I et II, Haute école spécialisée)
- augmentation de la complexité des cas
- inversion de la pyramide des âges et faible taux de natalité
- diminution du temps d'hospitalisation
- évolution économique des systèmes de soins
- modification des modalités de rémunération durant la formation

### Objectifs nationaux

A long terme, le but à atteindre est une meilleure reconnaissance des professions de la santé afin de garantir un nombre suffisant de professionnels permettant d'assurer, d'une part, des soins de qualité à toute la population

et, d'autre part, de disposer de gens bien formés à tous les niveaux du système de santé.

- D'ici 2010, les réformes dans les écoles professionnelles et les hautes écoles spécialisées en matière de santé sont achevées et toutes les filières d'apprentissage et d'étude sont attractives pour les jeunes
- D'ici 2010, le nombre des candidatures augmente dans les écoles et les hautes écoles spécialisées en matière de santé de manière à ce que suffisamment de jeunes soient formés pour couvrir les besoins
- D'ici à 2010, les opportunités de mobilité professionnelle, de formation continue et de perfectionnement sont telles que les jeunes reconnaissent qu'ils peuvent faire carrière dans les professions de la santé
- D'ici 2010, la moyenne d'années d'exercice dans les professions de la santé a doublé par rapport à l'année 2000

### Mesures

- Meilleure rémunération pour le personnel soignant
- Reconnaissance et promotion des aspects positifs de cette formation auprès des professionnels
- Valorisation des professions de la santé auprès de la population
- Création de crèches dans les grands hôpitaux pour les enfants en bas âge
- Développement de stratégies d'emploi pour les adultes, spécialement pour les plus de 50 ans
- Amélioration des conditions de travail

### Formation continue et perfectionnement

Outre les réformes susmentionnées touchant la formation générale du personnel soignant, il faut créer des opportunités de formation continue et de perfectionnement qui incluent les domaines de la santé publique, de la direction, de la gestion et qui s'orientent en fonction des objectifs de Santé pour tous. Celles-ci seront en

partie offertes par les hautes écoles spécialisées pour les personnes venant des professions de la santé. Grâce aux réformes prévues, la formation continue sera plus perméable. Les diplômes universitaires post-grades existant déjà (mastère en santé publique à Genève, Zurich, Bâle et Berne) ne sont pas uniquement réservés à des universitaires mais aussi à un nombre restreint de non universitaires qui disposent des qualifications requises. Le système est construit de manière modulaire, les diplômes acquis sont reconnus internationalement.

Un rapport sur la "Formation continue dans le domaine de la santé" a été publié en novembre 1999. Il prévoit trois domaines de formation continue (approfondissement des connaissances générales, de la formation et de la gestion). Pour l'instant, il manque encore une formation en santé publique qui devrait être intégrée dans les programmes existants. La commission " formation continue " de la CDS s'est prononcée pour une solution de compromis, classant la formation continue au niveau quaternaire (soit au même niveau que la formation continue post HES). Ainsi, un seul niveau de formation continue serait créé, ce qui correspond aux travaux précédents. Il s'agit là d'une solution globale qui prend en compte tous les acteurs concernés et qui garantit la qualité et la surveillance de la formation, comme cela a déjà été prévu aux niveaux secondaire II et tertiaire. Il y aura deux autorités de reconnaissance (toutes deux fédérales), soit l'une post ESS (Ecole supérieure spécialisée) et l'autre post HES (Haute école spécialisée), mais un seul niveau est réglementé. Cette solution est pragmatique, évolutive et conforme aux prescriptions fédérales puisqu'elle prévoit également d'élaborer une formation continue après le niveau secondaire II. Dans la phase intermédiaire, il s'agira d'élaborer une formation continue post diplôme (études et cours) conforme à la réglementation fédérale et européenne.

### Conclusions

Les trois volets mentionnés précédemment, à savoir l'introduction du nouveau système de formation, l'intégration de la promotion de la santé et l'amélioration de l'image des professions de la santé tout comme de la qualité des soins grâce à la formation continue permettent d'envisager l'avenir d'une manière sereine. En effet, ces travaux ont permis de garantir la perméabilité tant horizontale que verticale et ouvert des possibilités de carrière illimitées, notamment par l'introduction modules de formation continue. De nouveaux outils de qualification et de certification ont également été élaborés, tels que le „programme suisse de qualification pour le parcours professionnel" ainsi que les instruments permettant la valorisation des acquis. L'ensemble de ces progrès permet de penser que les buts formulés par l'OMS en matière de politique de la santé seront atteints dans ce domaine.

## RECHERCHE ET UTILISATION DES CONNAISSANCES POUR LA SANTÉ

D'ici 2005, tous les Etats membres devraient avoir mis en place des systèmes de recherche, d'information et de communication qui facilitent davantage l'acquisition des connaissances, leur utilisation effective et leur diffusion pour concourir à la santé pour tous.

En particulier:

- 19.1 tous les pays devraient avoir adopté des politiques de recherche axées sur les priorités de leurs politiques à long terme de la Santé pour tous;
- 19.2 tous les pays devraient avoir mis en place des mécanismes qui permettent la prestation et le développement de services de santé reposant sur des données scientifiques;
- 19.3 l'information sanitaire devrait être utile et facilement accessible aux responsables politiques, aux gestionnaires, aux professionnels de la santé et à d'autres secteurs, ainsi qu'au grand public;
- 19.4 tous les pays devraient avoir instauré des politiques et programmes de communication sanitaire appuyant la politique de la Santé pour tous et facilitant l'accès à ce type d'informations.

### Exposé du problème

#### Recherche

Il n'existe pas en Suisse une autorité indépendante ou une institution qui serait chargée de promouvoir la recherche en matière de santé. Les projets de recherche sont évalués et, le cas échéant, financés par le Département 3 (biologie et médecine) du Fonds national de la recherche scientifique. En l'an 2000, sur 113 millions de francs que le Département 3 a attribués, 180'000 francs l'ont été pour " La santé et son infrastructure ". Pour les domaines de la médecine sociale et préventive, y compris l'épidémiologie, le dépistage précoce et la prévention, 5,6 millions de francs au total ont été accordés, soit 4,9 % des contributions allouées. L'objectif d'un „rapport équilibré entre la recherche fondamentale et la recherche appliquée“ est donc encore bien loin d'être atteint.

#### Statistiques sur la santé en Suisse

L'Enquête suisse sur la santé aura lieu pour la troisième fois en 2002 et a acquis ses lettres de noblesse. Mais tous les cantons ne comprennent pas l'importance de ces données, ce qui explique que l'Observatoire suisse de la santé se limite à quelques domaines.

La statistique des hôpitaux est devenue obligatoire en Suisse en 1998. Les données ont été publiées pour la

première fois en 2001. Elles révèlent la qualité très hétérogène de la collecte des données et de grandes disparités entre les cantons alémaniques et romands. Néanmoins, on constate une rapide amélioration de la qualité des données relevées.

#### Communication et coopération entre la science et les décideurs

La Suisse ne dispose d'aucun centre de recherche national sur la santé. Cependant, il existe quelques programmes bien soutenus comme par exemple celui de la recherche sur le sida, effectué à l'échelle suisse. La recherche interdisciplinaire portant sur l'étude des facteurs qui influencent la santé et sur la protection de l'environnement est soutenue par le programme de recherche 26. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'effectuer des études détaillées, les fonds manquent cruellement.

Les mécanismes permettant la présentation systématique des résultats de recherches nationales et internationales relatives à de nouvelles méthodes efficaces n'existent pas encore dans notre pays. Il faudrait impéra-

tivement viser ces prochaines années une collaboration Cochrane à l'échelle suisse (regroupement des centres existants).

#### Systèmes d'information sanitaire

Les systèmes d'information sanitaire sont peu développés en Suisse. Nous avons mentionné plus haut les statistiques des hôpitaux et l'Enquête suisse sur la santé. De tels systèmes sont une condition essentielle à la mise en place, au contrôle du suivi et à l'évaluation d'une politique de santé efficace et équitable. Il faut développer ces instruments en Suisse. L'objectif est de soutenir politiquement et d'évaluer les propositions contenues dans ce document. Dans la plupart des cas, il manque actuellement un monitoring qui s'inscrit dans la continuité et permettrait d'établir si le but recherché est atteint. Dans les projets de promotion de la santé, la transparence et l'obligation de rendre des comptes font encore largement défaut. Les offices fédéraux et avant tout les cantons devraient combler ces lacunes. La Confédération donne des mandats d'évaluation de tous les grands programmes mais il manque

souvent les données de base qui permettraient de satisfaire pleinement aux exigences de ces mandats.

### **Objectifs nationaux**

1 D'ici 2010, la Suisse dispose d'un système de monitoring de la santé qui englobe aussi bien le secteur stationnaire qu'ambulatoire. Les maladies importantes particulièrement fréquentes ou menaçantes (notamment le sida, le cancer, les allergies, l'asthme et l'infarctus) sont surveillées à l'aide de programmes spéciaux et leur évolution est observée. De tels programmes sont garantis sur le long terme (registre du cancer) et ancrés dans toute la Suisse.

2 D'ici 2010, la Suisse dispose d'un centre national qui se consacre à l'évaluation de nouvelles méthodes et politiques de la santé. Ce centre est financé par les assureurs-maladie et les fabricants et les mandats qu'il donne reposent sur des critères scientifiques.

3 D'ici 2020, la Suisse dispose d'un système d'information sanitaire intercantonal et national qui permet et facilite à tous les participants l'évaluation des politiques de la santé.

## RECRUTER DES PARTENAIRES POUR LA SANTÉ

D'ici 2005, des alliances et des partenariats pour la santé, incluant les individus, les groupes et les organisations des secteurs public et privé, et la société civile, devraient avoir été constitués pour mettre en oeuvre des politiques de la santé pour tous.

### En particulier:

**20.1 le secteur de la santé devrait promouvoir activement la santé et défendre la cause de la santé, encourager d'autres secteurs à participer à des activités multisectorielles et mettre en commun des objectifs et des ressources;**

**20.2 il faudrait mettre en place des structures et des mécanismes aux niveaux national, régional et local pour faciliter une coopération coordonnée entre tous les acteurs et secteurs participant au développement sanitaire.**

### Exposé du problème

#### Absence d'une politique nationale de santé (PNS)

Le fait que la Suisse ne dispose pas encore d'une politique nationale de santé ne permet pas de relayer efficacement auprès des acteurs locaux / régionaux ainsi qu'auprès de la population les initiatives internationales telles que la stratégie „Santé pour tous” de l'OMS et les directives correspondantes de l'Union Européenne. Jusqu'à présent, ces initiatives ont été très mal communiquées.

La base nécessaire à la réalisation du but 20 fait donc défaut: le manque de sensibilisation, une prise de conscience trop peu développée et des connaissances lacunaires ne permettent pas d'assurer qu'une politique nationale de santé se composera aussi d'éléments intégrant la base.

#### Communication du mot-concept „santé”

Le terme-concept de santé se fait de l'ombre à lui même et empêche l'éclosion de représentations modernes de santé publique et de promotion de la santé. Des définitions de la santé, certes bien intentionnées telles que celle de l'OMS de 1948, ont cependant favorisé l'émergence de fausses représentations, du type "est en bonne santé celui qui est exempt de symptômes/plaintes et de tout problème". Une telle manière de voir

oriente fortement la santé publique vers l'idée de l'éradication de la maladie et des (conséquences d'accidents). Les paramètres officiels de mesure de la santé se focalisent en premier lieu sur la mortalité et la morbidité et ne donnent pas une image réaliste et fiable de la manière dont la santé est perçue par l'individu. Même lorsque l'on dispose de données concrètes, elles ne sont pas représentatives en raison de la médicalisation systématique du concept de santé.

De plus, la santé est essentiellement perçue au plan individuel et non en relation avec les déterminants de la santé, c'est-à-dire les contextes de la vie quotidienne de chacun. Chacun sait et comprend que la santé subjective puisse être influencée favorablement de manière prépondérante par ces facteurs environnementaux, mais ce savoir ne se traduit pas dans les faits / actes ni n'est intégré de manière opérationnelle. En résumé, on peut donc constater que la compréhension fondamentale de la notion de santé, dans un sens global et en tant que concept positif (par ex. bien vivre le présent et préparer l'avenir, en harmonie avec soi-même et avec le groupe social (cf.

Dubos)) n'est pas encore intégrée, alors que c'est une exigence fondamentale pour atteindre le but 20.

#### Pensée systémique: politiquement pas attractive

A l'évidence, la santé en tant que concept global relève du domaine politique, mais pas de la politique des partis. La création de contextes adéquats, adaptés et dignes /respectueux de l'être humain est comprise par le politique comme un devoir prioritaire, lorsqu'il se donne par exemple pour but de renforcer la cohésion sociale. Or on est trop peu conscient du fait qu'une action de ce genre représente en réalité une part essentielle de l'activité politique qui a trait à la santé.

La mise en avant de l'importance des déterminants et des interactions qui en découlent nous met face à la complexité de la santé; cela peut avoir un effet dissuasif, voire effrayant. La pensée systémique se pose ici en concurrente d'intérêts particuliers et des lobbys qui influencent fortement la politique courante. Les objectifs de santé publique et de promotion de la santé doivent donc être d'abord tra-

duits en langage politique pour être entendus.

Si on ne réussit pas à promouvoir une compréhension moderne de la santé, afin qu'elle soit considérée et reconnue comme un thème central et transversal de la politique générale, on peut alors douter de la volonté politique de réaliser une stratégie de type Santé pour tous. Ceci serait également une condition préalable requise pour le but 20.

### **Secteur de la santé: difficile à convaincre**

La mobilisation du secteur de la santé est la condition nécessaire à la réalisation de la stratégie SANTE-21, particulièrement pour atteindre le but 20 (voir but partiel 20.1). Or, ce secteur est encore peu sensible au changement de paradigme exigé/requis (mettre l'accent sur la santé plutôt que sur maladie et l'accident). L'attention est fortement mobilisée par les intérêts particuliers des acteurs de la santé, qui ne ressentent pas la nécessité de remettre fondamentalement le système en question, car leurs motivations ne sont pas orientées vers la santé mais vers la maladie (professionnels de la santé ou professionnels de la maladie?).

Dans un tel contexte, les représentants et promoteurs d'une pensée nouvelle se heurtent à bien des difficultés. Ils sont d'ailleurs souvent considérés comme des outsiders perturbateurs, et ne pèsent pas lourd quand on parle de politique de santé.

Vu que la vision SANTE-21 est portée par un petit groupe considéré comme peu influent, comment faire en sorte que le secteur de la santé rayonne vers tous les autres domaines de la société et influe sur eux comme le but 20 le demande ? Comment cette minorité peut-elle transmettre cette vision ?

On ne peut s'attendre à un vrai changement que si l'on arrive à orienter les motivations sur la santé (une tâche du politique). Ainsi les différents acteurs seront amenés à réfléchir à leur contribution à la promotion de cette vision de la santé publique réformée. Qu'ils fassent le pas et ils constateront, à leur grande surprise,

qu'ils vivront - certes autrement - mais tout aussi bien.

### **Santé publique et promotion de la santé: pas une entité opérationnelle**

On pourrait penser que les institutions ou personnes engagées en santé publique (public health) et en promotion de la santé (health promotion) tirent toutes à la même corde. Or, la concurrence empêche fréquemment que les visions et buts soient harmonisés. Si le but 20 veut être atteint, il faut s'attaquer rapidement à ce problème. Ce n'est qu'en développant un langage et une détermination communs que l'on réussira à ouvrir et élargir le cercle d'une manière décisive.

### **Objectif nationaux**

Les réflexions développées ci-dessus conduisent à la conclusion que les objectifs de l'OMS, trop ambitieux, ne sauraient être repris tels quels en Suisse.

- D'ici 2005, il s'agit au moins de créer les conditions qui rendraient le but 20 atteignable
- D'ici 2005, les forces du secteur de la santé se sont unies et ont mis en place des structures interdisciplinaires fonctionnelles
- Une initiative de communication a (im-)posé la santé comme thème permanent et transversal dans les milieux politiques et dans la population
- D'ici 2010, il existe en Suisse une volonté politique d'orienter la santé publique vers une politique de santé

### **Stratégies de réalisation**

On peut atteindre ces objectifs de trois manières différentes:

- Dans un processus top-down, c'est une politique nationale de santé d'inspiration moderne qui doit être définie. Les niveaux successifs en tirent les conséquences et œuvrent à son expansion extensive.
- Dans le cadre d'un processus d'uni-

fication, on cherchera à réunir le plus possible de personnes et institutions de tous les domaines intéressés au changement ainsi défini, et ce dans un réseau indépendant et souple. Ce networking peut réussir sans acte législatif ni pression de la base.

- Dans un sens de „people centered health promotion“ un mouvement de masse verra le jour. Pour qu'une telle initiative bottom-up se concrétise, il faut une pression ferme voire douloureuse et des structures adéquates afin que ce délicat processus ne déraille pas.

En pesant les avantages et inconvénients de ces diverses variantes, la mise en place d'un véritable travail en réseau (networking) semble la voie la plus prometteuse de succès. On construira ainsi une interface apte à s'amarrer aux courants et tendances vers les diverses variantes.

### **Mesures possibles**

#### **Un centre d'impulsion neutre**

Des ressources additionnelles seront nécessaires, par ex. sous la forme d'une personne/centre/institution indépendante, qui soit acceptée par tous et qui ait les moyens et la volonté de fédérer les réseaux existants et d'animer le processus. Le projet Politique nationale de santé a donné cette impulsion (voir but 21).

#### **Promouvoir une vision globale**

Réunir et contacter les réseaux existants et mettre en réseau les personnes / institutions intéressées à l'intérieur et au dehors du secteur de la santé. Rassembler les arguments pour et contre la fédération des réseaux à un niveau supérieur.

#### **Mise en place d'un concept win-win**

Sur la base de ces réflexions, on créera et diffusera un concept de réseau qui sera, de manière convaincante, utile aussi bien aux participants qu'au système lui-même.



## **Conférence de réseau**

Sur la base du concept élaboré, les partenaires concernés seront invités à participer à une conférence commune. Son but est de trouver un accord sur une base / plate-forme commune et de formuler des objectifs.

## **Développer et réaliser un plan d'action**

Sur la base des résultats de la conférence, un plan d'action sera élaboré de manière participative, et mis en œuvre avec le soutien de tous les participants.

## **Des structures en réseau durable**

Le résultat du plan d'action doit être animé et développé par la création d'une structure fonctionnelle adaptée, en intégrant de manière optimale ce qui existe.

## **Les structures du réseau comme interface**

L'amarrage évoqué en fin de „Stratégies de réalisation“ permettra la fédération globale et efficace de toutes les forces sociales pour „Santé 21 CH„. Dès lors, le but 20 de l'OMS deviendra réalisable.

## POLITIQUES ET STRATÉGIES DE LA SANTÉ POUR TOUS

**D'ici 2010, tous les Etats membres devraient avoir adopté et mis en oeuvre des politiques de la santé pour tous aux niveaux national, régional et local, soutenues par des infrastructures institutionnelles et des mécanismes de gestion appropriés et par une action novatrice de la part des dirigeants.**

### En particulier:

**21.1 des politiques de la Santé pour tous à l'échelon national devraient être motivantes et offrir un cadre stimulant tourné vers l'avenir pour les politiques et mesures adoptées dans les régions, les villes et les localités et dans des cadres de vie tels que l'école, le lieu de travail et le foyer;**

**21.2 il faudrait mettre en place, à l'échelon national et aux autres échelons, des structures et des mécanismes d'élaboration de politiques de santé associant des partenaires clés très divers, issus des secteurs public et privé, dûment mandatés pour élaborer, mettre en oeuvre, suivre et évaluer les politiques;**

**21.3 il faudrait concevoir des objectifs, des indicateurs et des priorités à court, moyen et long termes, ainsi que les stratégies permettant de les atteindre, sur la base des valeurs de la Santé pour tous, et il faudrait suivre et évaluer régulièrement les progrès accomplis vers leur réalisation.**

### Exposé du problème

La Confédération et les cantons sont conjointement responsables de la politique de la santé, et plus spécialement des soins à la population. En Suisse, la population est en bonne santé et les prestations du système de santé d'une qualité élevée. Très performant, ce dernier revêt un caractère décentralisé et fortement fédéraliste.

La Confédération a les compétences qui lui sont attribuées par la Constitution fédérale, parmi lesquelles les compétences définies par la loi fédérale concernant l'exercice des professions de médecin, de pharmacien et de vétérinaire dans la Confédération suisse (1877), la loi sur les toxiques (1969), la loi sur les épidémies (1970) et bien d'autres encore.

Les cantons, quant à eux, jouissent d'une grande autonomie et responsabilité dans le domaine de la santé. Leurs compétences s'articulent, en substance, autour de quatre axes:

Réglementation des affaires sanitaires (délivrance des autorisations aux fournisseurs de prestations, Convention intercantonale du 3 juin 1971 sur le contrôle des médicaments);

Organisation et planification des soins de santé (planification hospitalière, affectation des subsides pour réduire les primes de l'assurance-maladie, urgences, formation continue des professions médicales universitaires);  
Promotion de la santé et prévention;

application des lois fédérales. Etant donné l'ampleur et la portée de ces tâches, la ligne de partage des compétences entre Confédération et cantons s'est déplacée avec le temps. En effet, au cours des dix dernières années, la Confédération s'est vu confier une multitude de nouvelles tâches, notamment en rapport avec le génie génétique et la procréation médicalement assistée (1992), l'arrêté fédéral sur le contrôle du sang, des produits sanguins et des transplants (1996), la réglementation des dispositifs médicaux (1998), la médecine de transplantation (1999), la formation des professions médicales non universitaires (2000), les produits thérapeutiques ainsi que la formation continue des professions médicales universitaires (à partir de 2001).

Sous ses aspects très divers, la politique de la santé tient une grande place dans la vie publique, notamment en ce qui concerne l'organisation du système de santé et sa planification. La multitude des interventions parlementaires et des initiatives témoigne de l'actualité et de l'urgence du problème que posent la planification et le financement à long terme

du système de santé (initiative pour le libre choix du médecin et de l'établissement hospitalier déposée le 23.6.1997, initiative-santé déposée le 21.4.1999, initiative pour des coûts hospitaliers moins élevés déposée le 14.10.1998, pour n'en citer que quelques-unes). En outre, tout ce qui tourne autour de la politique actuelle de la santé est largement couvert par les médias. C'est surtout la question du financement du système de santé qui donne régulièrement matière à discussion. A titre d'exemple, le Conseil fédéral a adopté le 17 septembre 2000 le projet de la deuxième révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), qui avait pour objet principal la réforme du financement des hôpitaux. D'après ce projet, l'assurance-maladie sociale et les cantons doivent dorénavant supporter à parts égales le remboursement des prestations prises en charge selon la LAMal en cas de séjour hospitalier. A court terme, il résulte de cette réforme des surcoûts importants pour les cantons.

Pour les responsables politiques, les enjeux seront de taille - on le voit - dans les années à venir. Répartition

des prestations médicales, financement et organisation du système de santé, mais aussi gestion des bouleversements démographiques, économiques et sociaux sont autant de questions qui appelleront des réponses de la part de la Confédération et des cantons aussi bien que des acteurs de la santé.

## **Stratégies**

Pour y voir plus clair dans ce dédale d'incertitudes et de contradictions où l'on manque bien souvent de données nationales pour décider en connaissance de cause, la Confédération a posé en 1998, conjointement avec les cantons, les jalons d'une politique nationale de la santé, et en particulier d'un Observatoire de la santé.

## **Action concertée de la Confédération et des cantons**

Les structures fédéralistes de la Suisse impliquent une concertation politique entre la Confédération et les cantons. Résolument axée sur les besoins, la politique nationale de la santé se donne pour but de tout mettre en œuvre pour non seulement maintenir, mais encore améliorer l'état de santé de la population. L'important, c'est de recueillir un large consensus sur les principes, les objectifs et autres données clés, sans oublier bien sûr les priorités. Pour pouvoir trouver des solutions aux problèmes sanitaires et des réponses aux questions politiques, il faut d'abord, en d'autres termes, que la Confédération et les cantons établissent d'un commun accord le cadre général de l'action sanitaire ainsi que les bases de décision.

## **Mise en place du cadre général de la politique nationale de la santé**

A l'issue d'une discussion entre responsables politiques, la Confédération et les cantons ont conclu à la nécessité de créer une plate-forme commune qui leur permette un échange constant d'informations. Dans le souci de soutenir le processus d'élaboration d'une politique natio-

nale de la santé, il s'agira donc de mettre en place des structures et des procédures qui facilitent la collaboration de tous les partenaires.

## **Soutien informationnel**

Une politique nationale de la santé suppose une connaissance exacte de la situation sanitaire et de son évolution. Sachant que sur le plan national, la santé n'est pas encore assez documentée du point de vue statistique, la Confédération et les cantons ont décidé de créer - c'est une première étape vers une politique nationale de la santé - un Observatoire de la santé. Par des données nationales, ce réseau d'information sanitaire doit permettre aux responsables politiques de la Confédération, des cantons et des communes de prendre des décisions en connaissance de cause. Par ailleurs destiné à informer le public, l'Observatoire de la santé sera également ouvert aux institutions et organisations privées.

## **Choix des sujets d'actualité**

Conscients des aspects de la politique de la santé qui nécessiteront à l'avenir une bonne coordination et une étroite collaboration entre la Confédération, les cantons et les acteurs de la santé, les responsables politiques ont retenu pour commencer trois sujets d'actualité. Leur but est de concrétiser ces sujets, puis de définir des objectifs pour chacun d'entre eux en concertation avec tous les partenaires. C'est là un moyen efficace pour préciser les données politiques, mesurer les progrès et inciter les partenaires à soutenir activement le développement sanitaire.

## **Empowerment de la population**

„Empowerment“ représente l'élargissement des compétences de l'individu, des professionnels de santé et de la société dans son ensemble en vue de relever les défis qui se posent dans différents domaines de la vie. Une politique nationale de la santé appliquant le concept „Empowerment“ encourage la population à s'employer elle-même à assurer des conditions de

vie, d'apprentissage et de travail, dans le contexte individuel et social.

## **Santé mentale**

La santé mentale est entendue d'une manière générale au sens de "bien-être psychique et mental". Dans une première phase, il s'agit d'établir une vue d'ensemble théorique présentant les principaux aspects de la santé mentale et donnant un aperçu selon les conditions spécifiquement suisses. Sur la base de cette enquête, on pourra ensuite déterminer les mesures à prendre dans le domaine de la santé mentale.

## **Planification de l'offre, planification et coordination de la médecine hautement spécialisée**

Deux groupes de travail de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS) traitent actuellement de la „planification hospitalière“ et de la "médecine de pointe". Un groupe de coordination travaille en parallèle pour l'élaboration de critères nationaux de la planification de l'offre en tenant compte des enjeux actuels de la politique en matière universitaire et professionnelle.

## **Qualité de la vie**

Promotion Santé Suisse a mis sur pied un projet pour en savoir plus sur la manière dont la qualité de vie et la promotion de la santé sont perçues en Suisse. Il s'agira de définir d'éventuels champs d'action et de formuler des stratégies concrètes susceptibles d'être intégrées à une politique de santé régionale, voire nationale.

## **Nouvelle orientation de la médecine**

Il y a un peu plus d'un an, l'Académie suisse des sciences médicales a lancé le projet "Nouvelle orientation de la médecine" dans le but d'identifier les problèmes de la médecine actuelle et de concevoir dans les grandes lignes son évolution future.

## Objectifs nationaux

- D'ici 2008, le projet "politique nationale de la santé" a créé le cadre dans lequel les objectifs présentés dans ce document peuvent être réalisés.
- D'ici 2005, l'Observatoire national de la santé est opérationnel et les données de routine permettant de mesurer les progrès réalisés dans la réalisation des objectifs résumés dans ce document sont disponibles et accessibles.
- D'ici 2010, tous les acteurs du système de santé élaborent sur cette base une stratégie globale de „Santé pour tous“.

## Autres mesures

Dans ce débat sur la teneur et le cadrage d'une politique nationale de la santé, il faut prendre en ligne de compte divers autres points, qui doivent être décidés d'un commun accord et par étapes.

## Sensibilisation

L'important, c'est que le processus d'élaboration d'une politique nationale de la santé débouche sur une meilleure connaissance et donc compréhension des facteurs de santé, des expériences et des inégalités de niveau de santé. La chose est faisable, à condition de concevoir les tâches de la politique de la santé, et plus particulièrement de l'Observatoire de la santé, de telle sorte qu'elles soient bien comprises par les responsables politiques, les acteurs de la santé, les milieux scientifiques et l'opinion publique.

## Conjugaison des efforts

Le processus d'élaboration d'une politique nationale de la santé doit être transparent pour les intéressés et mobiliser autour de ce projet collectif un large cercle de partenaires, dans tous les secteurs et à tous les niveaux. Il est bien naturel d'associer ceux qui sont censés appliquer la politique de la santé à la conception et à l'évaluation de celle-ci.

## Légitimation du processus

Le processus d'élaboration d'une politique nationale de la santé doit être soutenu par un programme de communication axé sur la transparence. Dans cette optique, il s'agira d'utiliser de manière ciblée des moyens de communication tels qu'internet ou les services de presse et d'information. L'évaluation du processus, du degré de réalisation des objectifs et de l'obtention d'un large consensus sont autant d'éléments qui méritent d'être pris en considération si l'on veut pouvoir tirer des enseignements de ce processus et s'adapter aux circonstances nouvelles.

## Conclusion de nouvelles alliances

L'élaboration et la mise en œuvre d'une telle politique impliquent un certain nombre d'alliances dans de nombreux secteurs et avec de nombreux partenaires tant publics que privés. Pour travailler de concert à la fixation et à la réalisation d'objectifs communs, il faut se donner, en bonne logique, de nouvelles structures qui intègrent tous les partenaires, avec lesquels la discussion doit se faire d'une façon ouverte et bien documentée. Il est souhaitable que la Confédération et les cantons assument ensemble leur fonction de direction en matière de politique de la santé; quant à son contenu et à son cadrage, cette politique requiert qu'ils s'entendent plus avant sur les responsabilités, les procédures et les budgets.

## Mise en œuvre de la politique de la santé

Les mesures susceptibles d'être mises en œuvre revêtent une importance plus ou moins grande selon la sphère de compétence. Si l'on veut que les partenaires fassent tous leurs efforts pour réaliser les objectifs et appliquer les mesures dans leur sphère de compétence, il faut les associer étroitement à ce projet. Un raisonnement qui vaut également pour l'opinion publique, car c'est là que l'engagement et l'initiative sont le plus marqués.

Autant de conditions nécessaires et suffisantes pour que la Suisse puisse

relever à moyen et à long termes, par des solutions appropriées, les défis qui l'attendent en matière de santé.

- Burri S. Sozio-ökonomische Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz. (Beilage zum Gesundheitsmagazin). Bern: Haupt, 1997.
- Eidgenössische Koordinationskommission für Familienfragen. Auswirkungen von Armut und Erwerbslosigkeit auf Familien. Ein Überblick über die Forschungslage in der Schweiz. Bern: EDMZ, 1997.
- Eidgenössische Koordinationskommission für Familienfragen. Auswirkungen von Armut und Erwerbslosigkeit auf Familien. Empfehlungen der Eidgenössischen Koordinationskommission für Familienfragen. Bern: EDMZ, 1998.
- Lehmann P, Mamboury C., Minder C. Health and social inequities in Switzerland (Review). Soc Sci Med 1990; 31 369-386.
- Leu R., Burri S. & Aregger P. Lebensqualität und Armut in der Schweiz. Bern: Haupt, 1997.
- Levi F., Negri E., La Vecchia C., Te VC. Socioeconomic groups and cancer risk at death in the Swiss canton of Vaud. Int. J. Epidemiol 1988; 17: 711-717.
- Mielck A. Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Hans Huber Verlag, 2000.
- Minder CE. Socio-economic factors and mortality in Switzerland. Soz. Präventivmed. 1993; 38: 313-328.
- Minder CE, Beer V, Rehmann R. Sterblichkeitsunterschiede nach sozio-ökonomischen Gruppen in der Schweiz 1980: 15- bis 74-jährige Männer. Soz Präventivmed 1986; 31: 105-111.
- Office fédéral de la statistique. Première expérience sexuelle et contraception. OFS, Recensements fédéraux de la population. L'enquête suisse sur la famille. Neuchâtel; 1998.
- Riolo C. Planning familial. [cited in: Dictionnaire suisse de politique sociale]. Available from: Socialinfo. [cited 2000 Aug 15]. URL: <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dico-posito/show.cfm?id=826>.
- Dondénaz M. Avortement, Interruption de grossesse: le cas de la Suisse. Réalités sociales, Lausanne; 1987.
- Dondénaz M, et al. Interruption de grossesse en Suisse 1966-1996. Une baisse des chiffres liée à la contraception. Méd et Hyg 1998;56:961-8.
- Bachelard O, Santos-Eggimann B, Paccaud F. Le suivi prénatal des femmes accouchant dans le canton de Vaud: Etude rétrospective de 854 cas. Soz Präventivmed 1996; 41: 270-279
- OPAS, Art. 14.
- Office fédéral de la santé publique et Service de centralisation des statistiques de l'assurance-accidents. Drogues illégales, alcool et tabac 1997. Neuchâtel; 1999.
- Santos-Eggimann B, Paccaud F, Calame A, et al. Mortalité infantile en Suisse: tendance toujours à la baisse. 11 septembre 1998, communiqué de presse n° 77/1998.
- Addor V, Fawer C-L, Santos-Eggimann B, Paccaud F, Calame A, et al. Incidence et prévalence des affections chroniques à l'âge de 18 mois dans une cohorte d'enfants vaudois. Rapport EDEN N° 2. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1998. Lausanne: Raisons de santé 15; 1998.
- Chiffres obtenus par M. Erwin Wüest, Service de renseignements dans le domaine de la santé, Office suisse de la statistique, Neuchâtel.
- Aebi A, Dessoulavy D, Scenini R. La politique familiale et son arlésienne: L'assurance-maternité. Genève: Editions I.E.S.; 1994.
- Office Fédéral de la Statistique. L'enquête suisse sur la population active (ESPA). Résultats commentés et tableaux 1999. Série Statistique de la Suisse / Emploi et vie active N°3. Neuchâtel; 1994.
- Loi fédérale sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce. IV. Dispositions spéciales de protection. 2. Femmes enceintes et mères qui allaitent. Art. 35a Occupation durant la maternité. Available from: Confoederatio Helvetica. [cited 2000 Aug 15]. URL: <http://www.ad->



- min.ch/ch/fr/rs/822\_11/a35a.html
- Richard-De Paolis P, Troutot P-Y, Gaberel P-E, Kaiser C, Meyer G, Pavillard S, et al. Petite enfance en Suisse romande. Enquête sur les institutions, les politiques et les pratiques de la prime éducation. Lausanne: Réalités sociales; 1995.
- La politique familiale en Suisse, rapport présenté au chef du DFI. Berne; 1982. Rapport sur la situation de la famille en Suisse. OFAS, Berne; 1978.
- Idem.

### But 5

- Health 21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series; No. 5. Copenhagen, 1998.
- Office fédéral de la statistique. Annuaire statistique de la Suisse 2000. Chapitre 14: Santé, p. 356. Neuchâtel, 2000
- Stuck A E, Minder C E, Peter-Wüest I, Gillmann G, Egli C, Kesselring A, Leu R E, Beck J C. A Randomized Trial of In-Home Visits for Disability Prevention in Community Dwelling Older People at Low and High Risk for Nursing Home Admission. Arch Int Med 160: 977-986, 2000.
- Abelin T, Beer V, Gurtner F (Hrsg.). Gesundheit der Betagten in der Schweiz. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1992/93. Paul Haupt, Bern 1998.
- Abelin T, Schlettwein-Gsell D. Behinderungen und Bedürfnisse Betagter - eine multifaktorielle epidemiologische Studie unter städtischen Verhältnissen. Schweiz. med. Wschr. 116: 1524-42, 1986.
- Abelin T. Gesundheit, soziale Situation und Hilfsbedarf der Betagten. In: Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997. Statistik in der Schweiz, Reihe 14, Gesundheit. Bundesamt für Statistik, Neuchâtel, 2000.

### But 6

- Häfner H., Maurer K., Löffler W., et al. (1993). The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia. Br J. psychiatry, 162, 80-86.
- Häfner H., Maurer K., Löffler W.,

Bustamante S., van der Heiden W., Riecher-Rössler A., Nowotny B., (1995). Onset and early course of schizophrenia. In: Häfner H. & Gataz WF: Search for the causes of schizophrenia, Vol. III. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.

- Johannessen JO (1998). Early intervention and prevention in schizophrenia. Experiences from a study in Sta-vanger, Norway. Psychiatria et Neurlogia Japonica 100: 511-522.
- McGlashan Th., Johannessen JO (1996). Early Detection and intervention with schizophrenia: rationale. Schizophr Bull 22, 201-222.
- McGlashan Th (1999). Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: marker or determinant of course? Biol Psychiatry 46; 899-907.
- McGorry PD, Jackson HJ. The recognition and management of early psychosis: a preventive approach. Cambridge, Cambridge University Press, 1999.
- McGorry PD, McKenzie D, Jackson HJ, Waddell F, Curry C. Can we improve the diagnostic efficiency and predictive power of prodromal symptoms for schizophrenia? Schizophr Res 2000; 42 : 91-100.
- Simon AE, Berger GE, Merlo MCG. Ferrero F. (1999). Diagnose und Behandlung der Frühphase schizophrener Erkrankungen. Teil: Die Bedeutung der Früherkennung. Schweiz. Aerztezeitung 32/33; 1973-1975.
- Yung AR, McGorry PD. The prodrome phase of first-episode psychosis: past and current conceptualisations. Schizophr Bull 1996; 22: 353-70.
- Yung AR, Philips LJ, Drew LT (1999). Promoting access to care in early psychosis. In: The recognition and management of early psychosis: a preventive approach McGorry PD. Jackson JH (eds.). Cambridge University Press, Cambridge/UK, 81-114.

### But 7

- Murray JL, Lopez AD, The Global Burden of Disease. A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk factors in 1990 and Projected to 2020. Harvard University

Press, 1996.

### But 8

- BFS. Statistisches Jahrbuch der Schweiz 2000. Zürich: NZZ Verlag; 1999.
- Gutzwiller F, Bopp M, Paccaud F. Herz-Kreislauf-Krankheiten. In: Gutzwiller F, Jeanneret O, eds. Sozial- und Präventivmedizin. Public Health. Brn: Hans Huber; 1996.
- Sans S, Kesteloot H, Kromhout D. The burden of cardiovascular diseases mortality in Europe. Eur Heart J. 1997; 18:1231-48.
- Schüler G, Levi F. Krebserkrankungen. In: Gutzwiller F, Jeanneret O, eds. Sozial- und Präventivmedizin. Public Health. Bern: Hans Huber; 1996.
- Minder CE. Socio-economic factors and mortality in Switzerland. Soz Präventivmed 1993; 38: 313-328.
- Levi, F, Negri E, La Vecchia C, Te VC. Socioeconomic groups and cancer risk at death in the Swiss canton of Vaud. Int J Epidemiol 1988; 17: 711-717.
- Lehmann P, Mamboury C, Minder C. Health and social inequities in Switzerland (Review). Soc Sci Med 1990; 31 369-386.
- Beer V, Bisig B, Gutzwiller F. Social class gradients in years of potential life lost in Switzerland. Soc Sci Med. 1993;39(8):1011-18.
- Bisig B, Gutzwiller F. Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Kanton Zürich. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin Uni Zürich; 1999.
- Bisig B, Bopp M, Minder CM. Sozioökonomische Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz. In: Mielck A, Bloomfield K, eds. Sozial-Epidemiologie. Weinheim, München: Juventa.2001;p.60-70.
- Witschi A, Junker C, Minder CE. Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung SGB 1992/93. Interner Bericht. Bern: ISPM Bern:2000.
- Bisig B, Paccaud F. Geographische Verteilung wichtiger Todesursachen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Statistik; 1987.
- Schüler G, Bopp M. Atlas der Krebsmortalität in der Schweiz 1970-



1990: Krebssterblichkeit, Band C. Basel: Birkhäuser Verlag: 1997.

- Wanner P, Peng F, Cotter S. Mortalité par âge et cause de décès en Suisse: Une analyse des disparités cantonales durant la période 1978/83 à 1988/93. Eur J of Population. 1997;13:381-99.

### But 9

- Commission des statistiques de l'assurance-accidents LAA (CSSA): Statistique des accidents LAA, éd. 2000, Lucerne
- Tschumper A., Narring F., Meier C., Michaud PA: Sexual victimization in adolescent girls (age 15-20 years) enrolled in post-mandatory schools of professional training programmes in Switzerland. Acta Paediatrica 1998, 87:212-7
- Office fédéral de la statistique: Annuaire statistique de la Suisse 2000. NZZ Verlag

### But 10

- Bundesamt für Statistik, Bundesamt für Umwelt, Wald und Landschaft (Hrsg.). Umwelt in der Schweiz 1997: Daten, Fakten, Perspektiven. Bern. 1997
- Bundesamt für Statistik (Hrsg.). Umweltstatistik Schweiz: Gesundheit (Nr. 10). Bern. 1999
- Bundesamt für Gesundheit, Bundesamt für Umwelt, Wald und Landschaft. Nachhaltige Entwicklung: Aktionsplan Umwelt und Gesundheit. Bern. 1997
- Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel. Aktionsplan Umwelt und Gesundheit: Die Ausgangslage. Berichte zu den Teilbereichen „Natur und Wohlbefinden“, „Mobilität und Wohlbefinden“ und „Wohnen und Wohlbefinden“. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Basel. 2000

### But 13

- Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21. November 1986, WHO/HPR/HEP/95.1
- Rio Declaration on Environment and Development. The United Nations Conference on Environment and Development, Rio de Janeiro, 1992

- The Jakarta Declaration on leading Health Promotion into the 21st Century, Fourth International Conference on Health Promotion, Jakarta 21—25 July 1997, WHO/HPR/HEP/41CHP/BR/97.4

### But 14

- Koordinationsgruppe antibiotikaresistente Mikroorganismen. Antibiorésistance des bactéries dans le domaine de la médecine humaine, vétérinaire et alimentaire. Bern, BAG, Dezember 1999.
- NFP 49. Die Antibiotikaresistenz. Piffaretti Jean-Claude, Präsident der Leitungskommission; Lugano (Beginn der Arbeit: 1. Juli 2001).
- E. Lanz: Wellness Tourismus; Marktanalyse und Qualitätsanforderungen für die Hotellerie\_Schnittstellen zur Gesundheitsförderung; Reihe Berner Studien zu Freizeit und Tourismus 38, 1999.
- Bundesamt für Wohnungswesen, CD-ROM „Nachhaltigkeit und Wohnen“, November 2000
- PNR 45 „Problèmes de l'Etat social“. Président du comité de direction: Ludwig Gärtner, OFAS (début: novembre 2000).

### But 17

- Saltman R.B, Figueras f. European Health Care Reform. Analysis of current strategies. WHO, Regional Office for Europe, 1997
- Bundesamt für Sozialversicherung. Wirkungsanalyse Krankenversicherungsgesetz. Synthesebericht. Bern 2001. [www.osv-admin.ch/aktuell/presse/2001/d/01121701\\_synthesebericht.pdf](http://www.osv-admin.ch/aktuell/presse/2001/d/01121701_synthesebericht.pdf)

### But 18

- CDS, Rapport de la Task force : la formation dans le domaine de la santé, 1998.
- Rapport final du groupe de travail "Formation continue dans le domaine de la santé", 1999.
- Formation professionnelle continue selon le système modulaire, résumé sur la phase pilote, 1996 à 1998
- Les effets des accords bilatéraux entre la Suisse et la Communauté européenne dans les cantons, en particulier en matière de reconnaissance des diplômes de professions de san-

té, Institut de droit de la santé, Neuchâtel, mars 2000.

- Classification de la formation diplômée dans le domaine de la santé publique au niveau tertiaire : diplôme unique en soins, sages-femmes, Cornelia Oertle Bürki, cheffe du domaine de la formation professionnelle à la CDS, septembre 2000.
- Profil de la formation en santé dans le cadre des hautes écoles spécialisées (HES-santé), novembre 2000.
- Reconnaissance internationale des diplômes, réglementations, pratiques existantes et mesures à prendre, OFFT, février 2001.
- Rapport du groupe de travail n°5 "Image des professions de la santé et recrutement", Conférence des ressources humaines, mars 2001.
- La responsabilité civile à raison des actes médicaux, notamment des auxiliaires, Corinne Vollenweider, collaboratrice juridique à la CDS, juin 2001.

### But 20

- Raeburn John, Rootman Irving, People-centered Health Promotion, Wiley, Chichester, 1998 ISBN/0-471-97137-5
- EC (European Commission) + IUHPE (Internat. Union for Health Promotion and Education)
- The evidence of Health promotion Effectiveness
- ECSC-EC-EAEC, Brussels-1999

**But 1:**

**Ursula Ackermann-Liebrich**, Prof. Dr.  
Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel

**Fred Paccaud**, Prof. Dr.  
Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

**But 2:**

**Hans Wydler**, lic.phil.I  
Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich

**Fred Paccaud**, Prof. Dr.  
Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

**But 3:**

**Ursula Ackermann-Liebrich**, Prof. Dr.  
Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel

**Régine Lauffer** Eichenberger,  
Hebamme  
Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

**Brigitte Santos-Eggimann**, PD Dr.  
Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

**But 4:**

**Petra Kolip**, Prof. Dr.  
Universität Bremen, Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin

**Hans Wydler**, lic.phil.I  
Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich

**Pierre-André Michaud**, Dr.  
**V. Addor**, **F. Narring**, **S. Stronski**  
Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

**But 5:**

**Theodor Abelin**, Prof. Dr.  
Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern

**Brigitte Santos-Eggimann**, Dr.  
Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

**But 6:**

**Wulf Rössler**, Prof. Dr.  
Psychiatrische Universitätsklinik, Zürich  
**François Ferrero**, Prof. Dr.  
Clinique psychiatrique universitaire,  
Genève

**But 7:**

**Robert Steffen**, Prof. Dr.  
Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich

**Pierre-Alain Raeber**, Dr.  
Office fédéral de la santé publique,  
Berne

**Mario Lazzaro**, Dott.  
Medico cantonale aggiunto, Bellinzona

**But 8:**

**Brigitte Bisig**  
Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich

**Fred Paccaud**, Prof. Dr.  
**Fabio Levi**, Prof. Dr.  
Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

**But 9:**

**Marcel-André Boillat**, Prof. Dr.  
Institut universitaire romand  
de santé au travail (IST), Lausanne

**But 10:**

**Sonja Kahlmeier**, Dr.  
Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel

**Ursula Ulrich**,  
Bundesamt für Gesundheit, Bern  
**Jean Simos**, Dr

Département cantonal de la santé publique, Genève

**Charlotte Braun-Fahrländer**, PD Dr.  
Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel

**But 11:**

**Jean-Pierre Gervasoni**, Dr  
**Jacques Cornuz**, PD Dr  
Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

**But 12:**

**Jacques Cornuz**, PD Dr  
Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne  
**Jacques Besson**, Prof. Dr  
Département Universitaire de Psychiatrie Adulte (DUPA), Lausanne

**But 13:**

**Cornelia Conzelmann**, Dr.  
Erziehungsdirektion Baselstadt, Basel  
**Elisabeth Marty-Tschumi**, dipl.pharm.  
Delegierte für Prävention und Gesund-

heitsförderung für den Kanton Wallis,  
IUMSP, Lausanne

**But 14:**

**Therese Stutz Steiger**, Dr.  
Bundesamt für Gesundheit, Bern  
**Ignazio Cassis**, Dott.  
Medico cantonale, Bellinzona  
**Vinciance Frund**,  
Bundesamt für Gesundheit, Bern

**But 15:**

**Brigitte Santos-Eggimann**, PD Dr  
Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

**But 16:**

**Bernard Burnand**, Prof. Dr.  
Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

**But 17:**

**Felix Gurtner**, Dr.  
Bundesamt für Sozialversicherung,  
Bern

**But 18**

**Anne-Corinne Vollenweider**,  
Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK), Bern

**But 19:**

**Ursula Ackermann-Liebrich**, Prof. Dr.  
Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel  
**Fred Paccaud**, Prof. Dr.  
Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

**But 20:**

**Rolf H. Zahnd**, Dr.  
Wahlendorf  
**Jean-Luc Baierlé**, Dr  
Médecin cantonal, Porrentruy

**But 21:**

**Barbara Fäh**  
Fachhochschule Nordwestschweiz  
Département Gesundheit, Aarau  
**Franz Wyss**, lic.rer.pol.  
Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK), Bern  
**Gerhard Kocher**, Dr. rer. pol.  
Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP), Muri