

spectra

119



Égalité des chances

2-3 **Lutte en faveur de l'égalité des soins**

Notre système de santé repose sur le principe de l'ouverture et de la solidarité : tous doivent avoir les mêmes possibilités d'améliorer, de conserver et de rétablir leur santé. Des efforts particuliers s'imposent souvent pour faire bénéficier les personnes défavorisées de telles possibilités. Une fois le programme national Migration et santé (2002–2017) achevé, l'OFSP continuera de s'engager pour assurer à tous les mêmes chances de vivre en bonne santé. Dans la mesure où ces disparités correspondent avant tout à des différences socio-économiques, les travaux menés ne porteront plus seulement sur les populations migrantes mais également sur toutes les personnes socialement défavorisées.

8 **Comprendre et être compris**

À l'heure actuelle, le rôle des interprètes communautaires est souvent sous-estimé, et leurs services ne sont pas financés. Les problèmes de compréhension peuvent pourtant entraîner de graves conséquences, provoquant des risques considérables d'erreur de diagnostic ou de traitement. Les interprètes traduisent vers les deux langues, de manière exhaustive et fidèle. Ils aident le médecin et le patient à expliquer et à comprendre les métaphores, images et expressions utilisées lors de la consultation, facilitant ainsi l'accès des allophones à notre système sanitaire. spectra se penche sur l'engagement actuel et à venir de l'OFSP dans ce domaine et donne la parole à Carola Smolenski, responsable thérapeutique du Service ambulatoire pour victimes de la torture et de la guerre de la CRS.

9 **Migesmedia, une plate-forme de communication avec les populations migrantes**

De nombreuses organisations peinent à atteindre les personnes migrantes. Afin de transmettre malgré tout des informations sanitaires à ces groupes cibles, la CRS, sur mandat de l'OFSP, a mis sur pied un centre de compétences : Migesmedia – une plate-forme pour les médias des collectivités migrantes en Suisse. Prenant l'exemple de la campagne Smoke-Free, spectra décrit la coopération entre l'OFSP et cette plate-forme.



Les disparités sociales, sources d'inégalité face à la santé

Égalité des chances face à la santé. Notre système de santé est basé sur l'ouverture et la solidarité : il doit répondre aux besoins de chaque groupe de population, quelque soit la langue, l'origine, le statut social et le niveau d'éducation de ses membres. Il veille à inclure les personnes défavorisées dans le champ des soins de base, de la promotion de la santé et de la prévention, fût-ce au prix d'efforts particuliers.

L'égalité des chances en matière de santé et d'accès à la prise en charge est le cheval de bataille de la politique de santé suisse, dont l'objectif affiché est d'offrir à chacun les mêmes possibilités de développer, d'entretenir sa santé ou de la recouvrer. Le Conseil fédéral s'appuie sur la stratégie Santé 2020 pour lutter contre les maladies et les souffrances qu'elles génèrent à travers la prévention, le dépistage précoce et les soins de longue durée. La finalité de cette stratégie est également de renforcer la culture sanitaire de la population, d'éviter les traitements inutiles et les complications et d'accroître l'efficacité du système de santé.

Cela nécessite d'inclure tous les groupes de population, en prêtant une attention particulière aux personnes vulnérables. Car la population suisse est hétérogène et n'a pas, d'un groupe à l'autre, les mêmes facilités d'accès au système de santé et aux informations cruciales sur la santé. L'accès au système de santé est globalement garanti par l'assurance obligatoire des soins. Cela étant, les groupes de population vulnérables ne recourent pas suffisamment aux soins nécessaires, ou pas de manière adéquate. Le défi est d'améliorer leur santé en facilitant l'accès à la promotion de la santé, à la prévention et à la prise en charge, et en réduisant le fossé entre personnes privilégiées et vulnérables.

Effets complexes de la disparité des ressources

Mais qui sont les personnes vulnérables et comment leur situation pourrait-elle être améliorée? La problématique de l'égalité des chances face à la santé dépasse indéniablement le cadre strict de la santé. Elle amène inévitablement à réfléchir sur la répartition des ressources, les moyens d'existence et les possibilités d'action dans notre société. Car l'état de santé est influencé par les inégalités sociales, autrement dit par l'inégale répartition des ressources matérielles et immatérielles. La littérature scientifique relève des disparités dans l'accessibilité des ressources en fonction du statut socio-économique (différences de formation, de statut professionnel et de revenu). Les disparités sociales sont une source d'inégalité face à la santé. Les problèmes de santé sont souvent plus présents dès la naissance dans les milieux socialement défavorisés, en raison de moins bonnes conditions de vie et de comportements à risque plus marqués.

L'identité sexuelle, l'âge, l'immigration, le handicap et le lieu de résidence sont également cités comme des facteurs d'inégalité sociale. Certains, voire plusieurs de ces facteurs, peuvent influencer l'état de santé d'une personne et ses perspectives de vie saine. Mais, il est rare qu'ils aient une influence directe sur la santé. Un revenu plus élevé, par exemple, n'est pas forcément un rempart contre la maladie. C'est selon des modalités complexes que ces facteurs exercent leur action sur notre comportement, notre style de vie et donc, notre santé.

Problèmes de santé des personnes vulnérables

Toute la population suisse ne jouit pas de façon égalitaire de la meilleure santé possible : les personnes peu instruites, à bas revenus ou occupant des postes subalternes ont une espérance de vie réduite et sont plus souvent confrontées à des problèmes de santé. Les migrants socio-économiquement défavorisés, en particulier, ont moins de chances de rester en bonne santé physique et psychique que les natifs.

Leurs problèmes sont plus graves – à cause de conditions de travail pénibles, ou du poids psychologique de leur migration, par exemple – et ils ont plus de mal

à accéder au système de santé suisse. Ils n'ont pas toujours la notion de ce qu'est un « comportement sain », et leurs échanges avec les institutions de santé s'avèrent souvent laborieux.

Le programme national Migration et santé (2002–2017) était ciblé sur les migrants des classes sociales défavorisées ayant des problèmes liés à une culture sanitaire déficiente.

Du point de vue de la politique de la santé et de l'intégration, on peut considérer ces inégalités comme problématiques quand les risques touchent des groupes entiers de population et qu'un style de vie sain et responsable ne suffit pas à y remédier. C'est la raison pour laquelle l'Office fédéral de la santé publique se mobilise en faveur du thème « santé et migration » depuis le début des années 90. Le programme national Migration et santé (2002–2017) était ciblé sur les migrants des classes sociales défavorisées ayant des problèmes liés à une culture sanitaire déficiente. Cepen-

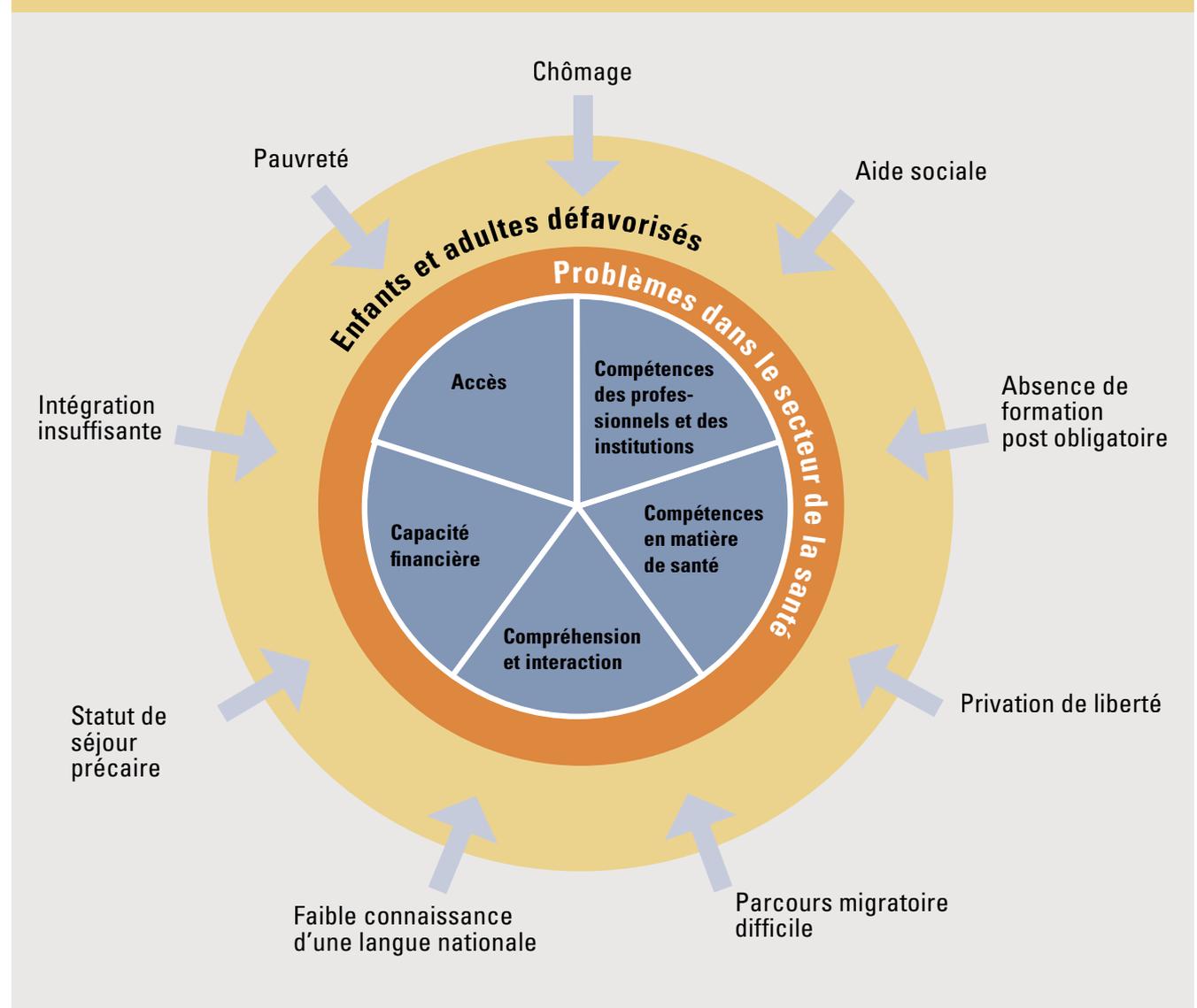
dant, il visait aussi à fournir aux professionnels de la santé des aides pour améliorer leur approche des migrants. Des travaux de recherche ont également été menés pour combler le manque de connaissances et prendre des mesures ciblées.

Offres de soutien aux professionnels de la santé

L'OFSP a œuvré avec des organisations partenaires, dans le cadre du programme national Migration et santé, pour améliorer la situation des groupes de population particulièrement vulnérables et aider le personnel de la santé dans ses relations avec les migrants. L'offre suivante a ainsi été mise en place :

- interprètes dans plus de 50 langues (présents lors des consultations ou assurant des traductions par téléphone);
- informations sur la santé dans différentes langues (sur la plate-forme migesplus.ch) et plate-forme de coopération multilingue avec les médias (migesMedia);
- formation en ligne à la communication avec les migrants pour les professionnels de la santé (e-learning « interaction et qualité »);
- savoir-faire du réseau Swiss Hospitals for Equity (centres de compétences

ÉGALITÉ DES CHANCES EN MATIÈRE DE SANTÉ : FACTEURS D'INFLUENCE ET DOMAINES PROBLÉMATIQUES





La population suisse jouit d'une longue espérance de vie et, en général, d'une bonne santé. La qualité des soins et le large éventail des prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins comptent parmi les forces de notre système sanitaire. Toutefois, des différences marquées apparaissent entre les groupes de population dans ce domaine. Des différences sur lesquelles il est possible d'agir et que nous ne voulons pas accepter. À cet égard, nos stratégies doivent nous permettre d'atteindre même les personnes les plus vulnérables.

Dans ce contexte, j'aimerais avant tout souligner les points suivants : les prestations sanitaires doivent également être accessibles et financièrement abordables pour les personnes de langue étrangère, ayant un faible niveau de formation ou touchées par la pauvreté ; le personnel de santé doit disposer des compétences et aides nécessaires pour communiquer avec les personnes d'une autre origine ; enfin, les informations doivent être transmises pour que chacun les comprenne et puisse améliorer sa culture sanitaire.

Lors de la mise en œuvre du programme national Migration et santé, nous avons cherché des solutions dans ces domaines. Nous avons réalisé de nombreux projets qui portent encore leurs fruits et qui s'avèrent d'autant plus importants dans le contexte actuel (scepticisme grandissant à l'égard des réfugiés et des personnes à protéger). L'OFSP a conçu et lancé la plupart de ces projets, en collaboration avec des partenaires externes, notamment le Secrétariat d'État aux migrations, les cantons, de nombreuses associations faitières et des ONG. Je tiens à les remercier chaleureusement pour leur engagement et espère qu'ils continueront de nous aider à atteindre nos objectifs grâce à leur expérience et à leurs connaissances.

L'OFSP poursuit ses efforts en matière d'égalité des chances face à la santé. Nous savons que les facteurs essentiels à une bonne santé ne relèvent pas du seul domaine sanitaire : l'économie, la formation, la politique sociale et l'intégration jouent également un rôle. Nous atteindrons donc notre objectif uniquement si nous rassemblons nos forces.



Pascal Strupler
Directeur
Office fédéral de la santé publique

pour améliorer la prise en charge de la population migrante);

- réseau de prévention de l'excision des filles;
- résultats de recherche tels que les conclusions de deux monitorages de la santé de la population migrante en Suisse (2004 et 2010) et d'études sur la santé mère-enfant et des sans-papiers.

Certains enseignements sont présentés dans le présent numéro de spectra.

Nouveaux groupes cibles de l'OFSP

Le programme national Migration et santé s'est achevé à la fin de 2017. Les principales mesures seront intégrées dans les stratégies et les tâches permanentes de la Confédération. Les principales activités liées à la culture sanitaire et à la sensibilisation seront poursuivies (par exemple, migesplus.ch; cf. page 9 de ce numéro de spectra), de même que les efforts visant à consolider les compétences des professionnels travaillant auprès des migrants et à promouvoir l'interprétariat communautaire (cf. page 8). L'OFSP continue donc d'apporter sa pierre à la politique nationale d'intégration.

Comme les inégalités en matière de santé s'observent non seulement entre les natifs et les migrants, mais aussi

entre des personnes aux statuts socio-économiques différents, les mesures devront couvrir également les autochtones défavorisés. L'OFSP a déterminé les groupes cibles sur lesquels il entend se focaliser ces prochaines années – victimes de la pauvreté, requérants d'asile et personnes privées de liberté, en particulier – en raison de facteurs d'influence qui, seuls ou conjugués, créent des inégalités dans le domaine de la santé (cf. graphique).

L'OFSP a déterminé les groupes cibles sur lesquels il entend se focaliser ces prochaines années – victimes de la pauvreté, requérants d'asile et personnes privées de liberté, en particulier.

Le présent graphique n'est pas une représentation exhaustive des facteurs pouvant engendrer une situation inéquitable et les problèmes pouvant en résulter dans le domaine de la santé, il met en évidence les priorités de l'OFSP pour les prochaines années. Les critères non mentionnés du genre et de l'âge doivent également être pris en considération dans les groupes cibles sélectionnés.

Plusieurs services de l'OFSP œuvrent aujourd'hui à la promotion de l'égalité des chances, notamment dans les domaines de l'assurance-maladie (équilibre social via les réductions de primes), de la prévention du VIH/IST et des maladies non transmissibles (stratégie MNT), ainsi que de la santé psychique (cf. contributions séparées dans ce numéro de spectra).

L'égalité des chances doit être le principe de base d'une promotion de la santé et d'une prévention ciblée garantissant une prise en charge satisfaisante pour tous. Il convient d'évaluer quels groupes cibles sont particulièrement concernés et d'examiner s'ils entrent dans le champ des offres existantes. Dans le cas contraire, des offres spécifiques, aisément accessibles, doivent être créées à leur intention. Ces mesures permettront notamment de corriger une offre pléthorique, insuffisante ou inadaptée.

Lien :
www.miges.admin.ch

Contact :
Karin Gasser / Serge Houmard,
Codirection section Égalité face à la santé
karin.gasser-GP@bag.admin.ch /
serge.houmard@bag.admin.ch

Faits, chiffres, contexte

(In)égalité face à la santé. Le principe de l'égalité des chances est ancré dans la Constitution suisse. Or, il est scientifiquement prouvé que même au sein d'une même ville, les chances d'accès à une vie saine peuvent être inégales.

La mise en relation des habitudes et de l'état de santé avec des facteurs sociodémographiques tels que le revenu, la formation et/ou l'origine est révélatrice. Elle fait voler en éclats les affirmations simplistes selon lesquelles un bas niveau de formation a pour corollaire un comportement à risque pour la santé : les données révèlent une réalité plus complexe. On observe ainsi que la consommation d'alcool à risque est plus répandue dans les groupes de population bénéficiant d'une solide formation (dossier Obsan 51), les soumettant à un risque accru de cancer de l'œsophage et du larynx. Par contre, les fumeurs quotidiens sont surreprésentés dans la population sans formation scolaire post-obligatoire. La présente contribution étudie l'égalité d'accès à la santé selon les trois aspects de l'espérance de vie, de la consommation de tabac et du renoncement aux soins médicaux.

Niveau d'études et espérance de vie

L'espérance de vie de la population suisse est l'une des plus élevées au monde. Mais les chances de vivre longtemps en bonne santé sont inégalement réparties. Chez les personnes qui se sont arrêtées à la fin de la scolarité obligatoire, le risque de maladie non transmissible (MNT) telle que le cancer, le diabète, les affections des voies respiratoires ou cardiovasculaires s'accroît de 10% par rapport à celles qui ont un niveau de formation élevé. Le risque

qu'elles décèdent prématurément des suites de ces maladies est également plus élevé. Cela ressort clairement de l'examen de l'espérance de vie par quartier. Plus le statut socio-économique (SSE) dans une commune ou un quartier est bas, moins l'espérance de vie sera longue. Par exemple, à Lausanne et à Berne, les hommes vivent en moyenne 4,5 et les femmes 2,5 ans de moins que les personnes vivant dans des quartiers où le SSE est élevé.

Revenu et consommation de tabac

Entre 1997 et 2012, la consommation de tabac est tombée de près de 34% à 28% en Suisse avec, là aussi, des différences selon les classes sociales. Le recul est le plus marqué dans le groupe de population à revenus très élevés – 8,1% contre seulement 4,4% dans celui aux revenus les plus bas. Les données de l'année 2016 montrent que 20% des personnes sans formation scolaire post-obligatoire sont des fumeurs quotidiens, contre seulement 11% des personnes ayant fait des études supérieures (Monitoring suisse des addictions).

Renoncement aux soins médicaux

En Suisse, l'assurance obligatoire des soins (AOS) garantit l'accès aux soins médicaux à tous les assurés. Mais des obstacles peuvent l'entraver. Qui renonce aux soins ?

En 2014, le taux de renoncement aux soins médicaux ou dentaires pour des raisons financières a été trois à quatre fois plus élevé dans la population issue de la migration que dans le reste de la population. Selon un « Rapport statistique sur l'intégration de la population issue de la migration » (2017) de l'OFS, c'est dans la population masculine que les disparités sont les plus fortes, les

19e Conférence nationale sur la promotion de la santé / 4e Conférence nationale des parties prenantes MNT

Le 18 janvier 2018, à Berne, aura lieu la 19e Conférence nationale sur la promotion de la santé intitulée « La santé pour tous – nouvelles perspectives sur l'égalité des chances ». Les parties prenantes MNT y assisteront. Dans ce contexte, l'Office fédéral de la santé publique publiera une brochure contenant des faits et chiffres sur l'égalité des chances face à la santé en Suisse. Cette brochure, disponible lors de la conférence, pourra également être retirée dans la boutique en ligne des publications de la Confédération (N° d'art. 316.600 en français, allemand et italien, www.bundespublikationen.admin.ch). www.conference.promotionsante.ch

hommes issus de la migration renonçant plus de six fois plus que les autres à des soins médicaux et trois fois plus à des soins dentaires.

Les affirmations simplistes selon lesquelles un bas niveau de formation a pour corollaire un comportement à risque pour la santé : les données révèlent une réalité plus complexe.

Mais les raisons financières ne sont pas la seule cause de renoncement aux soins médicaux. Les cabinets médicaux et les hôpitaux ont plus de mal à toucher la population vulnérable, faute d'interprète communautaire, ou parce que les patientes ne comprennent pas le jargon médical ou ne retiennent pas les explications orales (analyse de la littérature par Socialdesign). L'accès aux soins médicaux est donc aussi un indicateur important de l'intégration de la population issue de la migration.

Les résultats des recherches sur l'espérance de vie, la consommation de tabac et le renoncement aux soins médicaux montrent que l'accès à la santé est inégalitaire en Suisse. Une mise en œuvre encore plus ciblée des mesures de pro-

motion de l'égalité des chances dans les groupes de population défavorisés nécessite d'élargir le champ des données actuellement disponibles en Suisse au sujet de l'égalité d'accès à la santé.

Bibliographie :

Stefan Boes et al. (2016) : Comportements ayant une incidence sur la santé : inégalités socio-économiques et culturelles en Suisse sous la loupe, Obsandossier 51, disponible sous forme numérique.

Office fédéral de la statistique (OFS) (2017) : « Rapport statistique sur l'intégration de la population issue de la migration 2017 ».

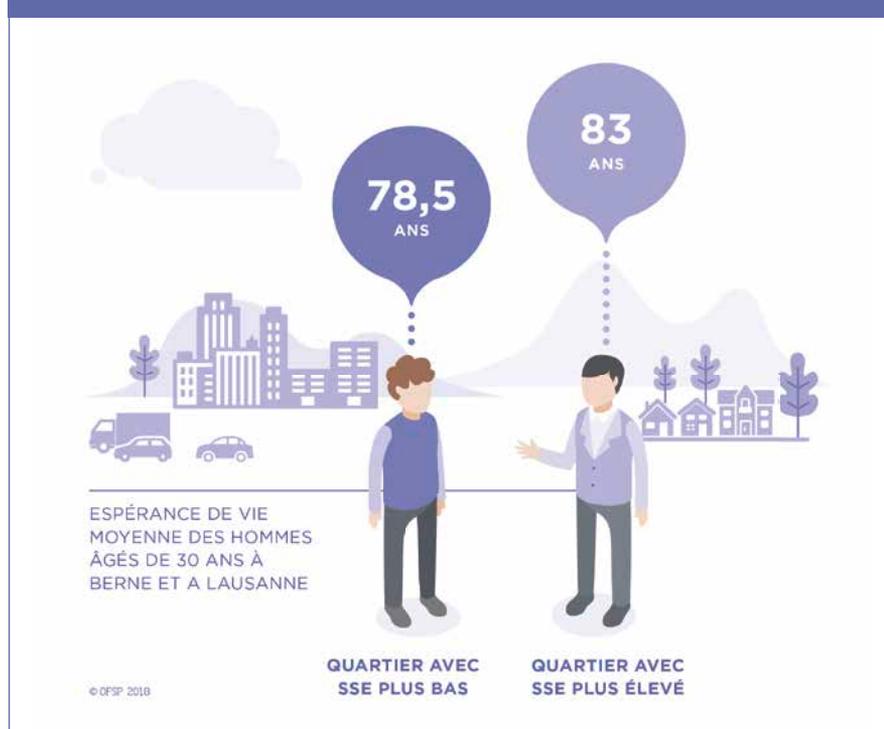
Gmel G., Kuendig H., Notari L., Gmel C. (2017). Monitoring suisse des addictions : Consommation d'alcool, de tabac et de drogues illégales en Suisse en 2016. Addiction Suisse, Lausanne.

Socialdesign (2014) : Literaturanalyse « Gesundheitliche Ungleichheit: Ursachen, Problemfelder und mögliche Massnahmen ausserhalb des Migrationskontexts ». Rapport final commandé par l'OFSP (en allemand)

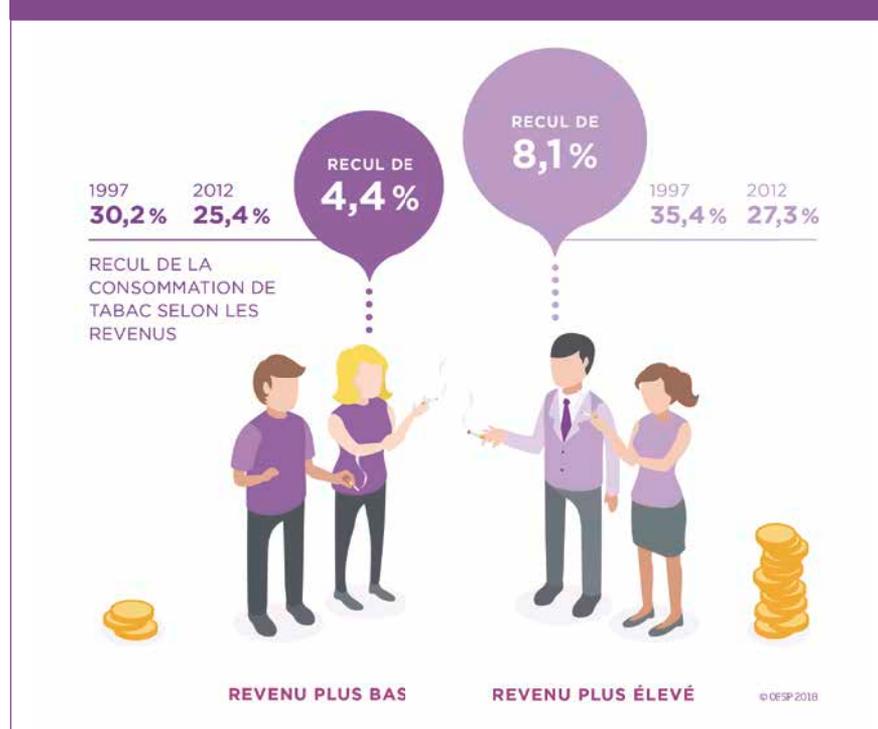
Contact :

Wally Achtermann, section Bases scientifiques, wally.achtermann@bag.admin.ch

ESPÉRANCE DE VIE ET LIEU DE RÉSIDENCE



CONSOMMATION DE TABAC ET REVENU



L'égalité des chances en pratique

Maladies non transmissibles. L'année 2018 sera placée sous le signe de l'égalité des chances en matière de santé pour la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), la fondation Promotion Santé Suisse (PSS) et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Qu'est-ce que cela implique pour ces trois organismes responsables de la stratégie nationale prévention des maladies non transmissibles (MNT) ? L'un des grands défis sera de réussir à prendre en compte toutes les inégalités face à la santé pour offrir à tous les mêmes chances de mener une vie saine et d'accéder aux soins en cas de maladie.

Que signifie pour votre organisation l'égalité des chances en santé ?

En 2018, l'égalité face à la santé sera le thème de l'année pour l'OFSP, la CDS et la PSS. Comment comptez-vous y contribuer ?

Quels sont à vos yeux les facteurs de succès et les obstacles ?



Diana Müller, CDS

Les objectifs et les définitions de l'OMS et de Quint-Essenz sont des références importantes pour la CDS et les cantons. La stratégie MNT fournit également de précieuses informations sur la notion d'« égalité des chances ».

Sur la base de ces éléments, nous pourrions définir l'égalité face à la santé comme un processus ou un chemin devant permettre de créer des chances égales pour tous d'être en bonne santé ou de se rétablir. L'égalité des chances inclut l'accès aux soins, indépendamment du statut social, de la nationalité, du sexe, de l'âge, etc. L'état de santé peut toutefois différer entre groupes ou individus, par exemple en raison de prédispositions génétiques ou du mode de vie.

Dans le cadre du programme national Migration et santé (2014-2017), huit cantons ont axé leurs programmes, projets et mesures de promotion et de prévention sur des facteurs spécifiques à la migration. De plus, les programmes d'action cantonaux (PAC) incluent des activités avec des organisations spécialisées telles que la Croix-Rouge suisse, Caritas ou l'entraide protestante suisse. Toutes ces initiatives sont évaluées à l'aune des obstacles et des facteurs de succès. Avec l'OFSP, la CDS analysera ces données pour déterminer le soutien nécessaire et définir des recommandations pratiques et des critères pour l'égalité des chances dans les projets et les activités. Nous profiterons également de la Conférence sur la promotion de la santé de janvier 2018 pour sensibiliser aux multiples aspects de l'égalité des chances, l'objectif étant que les cantons intègrent d'autres groupes vulnérables – et pas uniquement la population migrante – dans leurs priorités.

Les activités en faveur de l'égalité des chances requièrent une analyse soignée de la situation, une compréhension approfondie du groupe cible, des approches créatives en réseau et un engagement sur la durée. La participation à un PAC ainsi que la coopération avec des organisations spécialisées et des représentants des groupes cibles sont des facteurs essentiels. Le manque de sensibilisation politique aux différentes facettes de l'égalité des chances, l'insuffisance des preuves de l'efficacité des mesures et la limitation des ressources financières sont pour nous les principaux obstacles.



Dominik Weber, PSS

Comme l'indique la stratégie MNT, l'égalité des chances dans le domaine de la santé est assurée lorsqu'une large majorité de personnes disposent des mêmes possibilités d'amélioration, de préservation et, si nécessaire, de rétablissement de leur santé. Le but n'est donc pas d'atteindre le même état de santé pour tous. Il s'agit plutôt de faire en sorte que les ressources pour la santé pèsent d'un même poids sur les différents groupes de population.

L'égalité des chances constitue déjà une dimension importante dans nos programmes d'action cantonaux (PAC) : la proportion de projets prenant en compte cet aspect a régulièrement augmenté ces dix dernières années pour les PAC « Alimentation et activité physique chez les enfants et les adolescents ». D'entente avec les cantons, nous avons élargi les PAC début 2017 pour inclure le thème de la santé psychique et le groupe cible des personnes âgées. En 2018, nous prévoyons de mettre à jour et de compléter en conséquence nos bases de travail sur l'égalité des chances. Nous recueillons actuellement les connaissances et expériences et définissons les futurs axes prioritaires. Nous entendons aborder l'égalité des chances face à la santé d'un point de vue très large et tenir compte des différents groupes de population défavorisés en matière de santé, sans oublier de coordonner de près notre travail avec les acteurs de l'égalité des chances et la stratégie MNT.

Dans la pratique, il est très difficile d'atteindre les groupes de population défavorisés en matière de santé. De plus, au niveau politique, il n'est pas simple de défendre les coûts élevés de ces projets et de les inscrire dans la durée. Il faudrait agir à plusieurs niveaux : au niveau supérieur, il est nécessaire de prendre des mesures structurelles dépassant le seul champ d'influence de la politique sanitaire, ce qui requiert une collaboration multisectorielle avec des partenaires de l'action sociale, de la formation et de l'aménagement du territoire. Au niveau des mesures concrètes, il convient d'orienter les interventions sur les ressources, car les groupes de population défavorisés en matière de santé possèdent, eux aussi, des compétences importantes qui peuvent être mobilisées pour la promotion de la santé.



Eva Bruhin, OFSP

Notre objectif consiste à créer à terme les conditions pour que toutes les personnes vivant en Suisse aient des chances égales d'être en bonne santé, quels que soient leur formation, leur revenu ou leur origine. Lors de l'élaboration du plan de mesures de la stratégie MNT, nous nous sommes concentrés sur la manière d'atteindre tous les groupes cibles et de formuler les messages pour qu'ils soient reçus et entendus. Cela dit, il est aussi important de proposer un soutien et des offres faciles d'accès.

En prévision de 2018, nous avons analysé les données disponibles afin d'identifier les inégalités existantes et les points critiques. Ces informations seront abordées lors de la Conférence des parties prenantes MNT du 18 janvier 2018 (voir box p. 4). Le thème de l'égalité des chances figure aussi en bonne place dans le projet sur l'autogestion des maladies chroniques, lancé en 2017 et qui a pour but de créer un cadre de référence pour les offres destinées aux malades chroniques et à leurs proches ainsi qu'une plate-forme d'échange entre les fournisseurs de prestations. En outre, l'égalité des chances fait partie des critères que les projets doivent remplir pour bénéficier d'un financement. Enfin, nous estimons essentiel de collaborer étroitement avec des spécialistes de l'égalité des chances – tant au sein de l'OFSP qu'avec des partenaires externes, tels que la Croix-Rouge suisse (Migesmedia).

La décision d'élargir la notion d'égalité face à la santé pour inclure non seulement l'origine, mais aussi le revenu et la formation est une mesure très importante. Bien entendu, cela ne suffit pas pour réaliser l'égalité des chances. Des études montrent que les mesures structurelles (p. ex., interdiction de la publicité pour les produits du tabac, augmentations de prix) sont celles qui déploient le plus d'effets en termes de prévention et d'amélioration de l'égalité des chances ; mais elles ne sont pas soutenues à l'heure actuelle par les acteurs politiques. Par ailleurs, les personnes auxquelles s'adressent les mesures de prévention ont souvent des problèmes plus urgents que leur santé. Nous cherchons donc à les atteindre en coopérant avec des multiplicateurs et des médiateurs pour les aborder dans leur contexte de vie en tenant compte de leurs besoins.

« La diversité est une richesse et une réalité croissante. »

Interview de Patrick Bodenmann. Dans les hôpitaux, l'égalité des chances ne signifie pas que les traitements sont identiques pour tous, mais qu'ils sont adaptés aux besoins de chacun. Autrement dit, ils sont axés non seulement sur la maladie, mais également sur l'humain. Patrick Bodenmann, professeur d'université, cofondateur de « Swiss Hospitals for Equity » et responsable d'une policlinique à l'Hôpital universitaire de Lausanne, nous en dira plus sur ce sujet, dont il connaît les aspects tant théoriques que pratiques.

spectra: Professeur Bodenmann, en votre qualité de médecin et de responsable du Centre des populations vulnérables de la Policlinique médicale universitaire de Lausanne, vous vous engagez pour des groupes défavorisés. Qu'est-ce qui vous intéresse dans cette activité ?

Patrick Bodenmann: C'est la volonté de réagir aux inégalités de traitement et de favoriser l'équité des soins. Si on adapte notre prise en charge aux besoins spécifiques de chacun, on est équitable même si la prise en charge n'est pas tout à fait identique pour chacun.

Quelles sont, selon votre expérience, les personnes particulièrement concernées par cette inégalité ?

Ces « inégalités sociales de santé » touchent des personnes qui risquent de ne pas bénéficier de soins de qualité en raison de leur appartenance à certains groupes. Il y a une vingtaine d'années, c'était surtout les migrants forcés, c'est-à-dire les requérants d'asile ou les personnes sans papiers ni statut fixe. L'immigration s'est accrue en 2015-2016 et subsiste même si elle s'atténue pour différentes raisons. Il y a trois jours, lors d'un congrès au Tessin, j'ai fait un détour par Chiasso : là, j'ai constaté que la pression migratoire pourrait très vite remonter.

Chez les autochtones, le problème est moins médiatisé, mais la pauvreté existe. Dans notre canton, entre 7 et 8 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté absolu. Des études montrent que 10 à 15 % de personnes vivent dans

Notre interlocuteur

Patrick Bodenmann est Responsable du Centre des populations vulnérables. Médecin cadre à la Policlinique médicale universitaire de Lausanne (PMU), Professeur associé et titulaire de la Chaire de médecine des populations vulnérables à la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne, le Dr Bodenmann a fait une formation de médecine interne à Lausanne puis de santé publique à Londres.

les cantons romands ont renoncé à des soins ces derniers mois pour des raisons économiques. Vient ensuite le problème plus subtil de la communication. Certains patients parlent certes le français, mais leur faible littéracie en santé ne leur permet pas de comprendre tout ce que dit le médecin ou le soignant. Les usagers fréquents des urgences concentrent également des risques et des vulnérabilités, sans oublier le milieu carcéral, les minorités sexuelles, les personnes handicapées, etc.

Quels sont les problèmes, au quotidien, de ces personnes dans le domaine de la santé ?

Ils se posent à trois niveaux. Le premier est celui des patients ; par exemple, la communication, qui dépend de leur maîtrise de la langue locale, de leur éducation, de leurs capacités. Ensuite, le système sanitaire ; par exemple, la signalétique d'un hôpital qui aidera ou non un patient à s'orienter. Et, finalement, il reste les soignants, leurs différences de compétences, de savoir-être, de savoir-faire et de connaissances.

« Certains patients parlent certes le français, mais leur faible littéracie en santé ne leur permet pas de comprendre le médecin. »

Quels sont les problèmes que vous rencontrez le plus fréquemment dans le traitement des migrants ?

D'abord, les maladies infectieuses, dues à la prévalence dans les pays d'origine, comme la tuberculose, un « classique » ou, plus rarement évoqué dans notre diagnostic, la schistosomiase, la maladie de Chagas, etc. Deuxièmement, les maladies non transmissibles chroniques comme le diabète, l'hypercholestérolémie, l'obésité ou l'hypertension. Troisième enjeu : le vieillissement. Comment diagnostiquer les troubles cognitifs, quels sont les outils validés dans les cultures d'origine ? En une décennie, le nombre de migrants de plus de 65 ans a doublé. Le quatrième volet, malheureusement spectaculaire de par son ampleur, porte sur la santé mentale (stress post-traumatique, dépression, anxiété, etc.). Nous, médecins de première ligne, devons réagir avant que la situation ne devienne trop aiguë ou se chronicise à jamais. Cinquièmement : les maladies ubiquitaires, qui touchent tout le monde : lorsqu'une patiente marocaine voilée a des problèmes digestifs chroniques, il pourra s'agir d'une malabsorption, indépendante de son processus migratoire.

Ce qui caractérise le plus ces problèmes, c'est la complexité que nous gérons au quotidien. Si, en plus, les cas deviennent compliqués, ils peuvent engendrer de la frustration et un certain malaise chez nous. Dans notre institution, nous étu-



dions les facteurs de précarité qui rendent une consultation complexe : selon notre hypothèse, ils sont à la fois liés aux patients et aux soignants. En tout cas, la complexité résume bien les situations marquées par la précarité, la vulnérabilité, le social, le statut, le vécu du patient et où guettent des risques tels que le fait de se référer à des stéréotypes ou de stigmatisation de la part des soignants.

« Le travail purement clinique est précédé d'un cortège de problèmes sociaux, statutaires et de communication. »

Est-ce que cette complexité retarde le diagnostic chez les populations vulnérables ?

Le travail purement clinique est précédé d'un cortège de problèmes sociaux, statutaires et de communication. Alors, face à la complexité, le bilan risque d'être un peu moins en adéquation avec le diagnostic supposé que chez un patient où nous exerçons directement notre métier premier. Il faut redoubler d'attention.

« La communication est un problème systémique majeur. »

Comment définiriez-vous l'égalité des chances en santé ? Qu'est-ce que cela signifie dans la pratique ?

Pour moi, ce terme est plus historique qu'adapté à notre réalité. En 2004, lors de la Conférence de consensus sur les Migrant Friendly Hospitals à Amsterdam, la Suisse était très présente, notamment avec Peter Saladin, alors qu'elle ne faisait pas officiellement partie du réseau. C'est de là que je me souviens de la notion d'égalité des chances. S'il s'agit d'une posture sociétale, elle est louable mais pas véritablement réaliste. L'équité en santé l'est davantage. Par exemple, à pathologie similaire, une personne en fauteuil roulant aura probablement besoin de prestations complémentaires, liées à la locomotion. Ce ne sera pas égalitaire, mais équitable. La notion d'iniquité renvoie à une situation immorale, injuste et donc, à la justice sociale. Le réseau Migrant Friendly Hospitals, né dans le sillage de 2004, est devenu le Swiss Hospitals for Equity, un label

mieux positionné, qui ouvre sur toutes les populations précitées et nous convient très bien.

Y a-t-il aussi des problèmes systémiques qui génèrent des inégalités ?

La communication est un problème systémique majeur. Notamment avec les patients allophones. Elle implique l'intervention d'interprètes communautaires sur place ou par téléphone. Or, la question du financement n'a pas encore beaucoup avancé et, sans communication, on n'est pas en mesure de faire de la médecine. Ensuite, il y a la faible littéracie en santé. Il faut que soignants et système sanitaire prennent conscience que tout le monde ne peut pas comprendre des brochures de 30 pages. En 2015, l'OFSP a réalisé après l'enquête européenne (où la Suisse n'était pas présente), un état des lieux national. La Suisse compte plus de 40 % de personnes à faible littéracie en santé, qui ne comprennent pas les instructions médicales. N'oublions pas les personnes sourdes et les malentendantes, qui ont besoin d'interprètes et informations en langage des signes. Or, on ne sait pas toujours comment s'y prendre. Autre problème, plus axé sur les soignants : la complexité chez ces groupes peut générer des stigmatisations, des stéréotypes et des sentiments qui vont à l'encontre d'une prise en charge empathique. Des études aux USA, particulièrement touchés par les questions raciales et ethniques, l'ont montré au cours des 25 dernières années. Pour y remédier, nous sensibilisons à ces différents aspects dans la formation. La nature même de notre travail clinique nous amène à catégoriser symptômes, diagnostics et personnes.

Pourriez-vous dire qu'un interprète aide à économiser des coûts ?

Des études au niveau national menées par le Dr Alexander Bischoff ont démontré que l'interprète coûte sur le moment, et plutôt cher. Mais il faut mettre ces frais en relation avec la qualité de la prise en charge, la sécurité du patient et la décision de faire ou non un examen complémentaire.

Par quoi faudrait-il commencer pour améliorer la situation ?

Il faut commencer par la porte qui est ouverte, en profiter pour avancer. Parfois, on peut agir au niveau du système de soins même ou de la formation en médecine ou en soins infirmiers. Et parfois, les réflexions s'orientent vers les procédures qualité. Nous travaillons sur différents dossiers en parallèle : dès qu'il y a une opportunité, on avance. L'exemple des personnes sourdes et malentendantes est illustratif : le service de la santé publique et les étudiants en médecine se sont mobilisés, et nous avons pu mettre en place un certain nombre de choses. Cette porte n'était pas encore ouverte il y a trois ans. Tout ce qui relève de la qualité est essen-

tiel. Cela peut paraître antinomique, mais je suis un fervent défenseur des procédures qualité parce qu'elles sont un réel plus pour l'équité des soins au sein d'une institution.

Où se situent les difficultés lors de la mise en œuvre ?

Dans certaines régions de Suisse, les démarches dépendent souvent d'une ou de deux personnes ; lorsqu'elles partent, tout s'arrête. Il faut, d'une part, une approche bottom-up avec des gens sur le terrain qui veulent changer les choses, en termes de procédure, de qualité de prise en charge, de réflexion sur la prévention et la promotion de la santé, etc. D'autre part, il faut un relais top-down, c'est-à-dire que les décideurs – le département de la santé et de l'action sociale, le service de la santé publique – nous permettent d'avancer en prenant eux-mêmes certaines décisions. Quand ces deux forces sont réunies, on peut faire des choses sur le long terme. Nous avons de la chance : nos décideurs politiques, notre service de la santé publique, notre faculté de biologie et de médecine – très importante – décident et nous soutiennent. Si cette double approche fait défaut, la situation est beaucoup plus difficile.

« Il faut commencer par la porte qui est ouverte, en profiter pour avancer. »

Vous êtes donc satisfait de votre situation ici, dans le canton de Vaud ?

Oui, nous avons réalisé des choses intéressantes. À ce titre, notre rôle est de susciter l'émulation auprès d'autres centres en Suisse, notamment à travers le réseau Swiss Hospitals for Equity. La semaine passée, je suis allé au Tessin dans cet esprit-là, pour que nous partagions des outils, du matériel, des réflexions. Mais il ne faut pas s'arrêter au niveau national ; il faut toujours aller plus loin, comparer nos expériences, s'enrichir mutuellement, échanger des informations. Finalement, le plus important, c'est que le fruit de nos réflexions et de nos partages soit favorable au patient.

La sensibilisation aux comportements sains serait-elle aussi nécessaire pour les groupes vulnérables (alimentation équilibrée, activité physique suffisante, consommation modérée de tabac et d'alcool) ?

Oui, c'est absolument nécessaire et normal. Prenons l'exemple du diabète. Le canton de Vaud consacre un plan cantonal à cette maladie. Puis un groupe s'est plus particulièrement intéressé à la prise en charge du diabète auprès des populations les plus démunies. C'est une excellente réflexion : même si on connaît bien cette pathologie, elle est déjà difficile à

prendre en charge chez la personne qui communique aisément, qui a les mêmes repères et la même explication de la maladie que vous. Alors oui, cette démarche est d'autant plus importante auprès des populations plus vulnérables comme les migrants forcés ou les autochtones qui renoncent à des soins pour des raisons économiques.

« Les procédures qualité sont un réel plus pour l'équité des soins au sein d'une institution. »

Il y a 12 ans, le président de H+, Peter Saladin, postulait que la bonne gestion de la diversité devait devenir la norme dans les entreprises. Sommes-nous proches du but aujourd'hui ?

La gestion de la diversité au sein de notre patientèle est tout aussi importante qu'au sein de nos équipes. Dans notre policlinique, il s'agit d'une réalité, qui résulte d'un certain effort et en même temps, qui est le reflet de notre société. S'il existe un laboratoire de diversité dans le monde, c'est bien la Suisse, avec ses quatre langues et ses trois régions culturelles. Il faut savoir que la prise en charge, pour la même problématique de santé, du patient tessinois, suisse allemand ou romand est différente, à bien des égards, parce qu'on ne ressent pas les problématiques de la même manière. Je ne sais pas si nous sommes arrivés à un équilibre idéal ; il faudrait peut-être poursuivre les études sur le sujet. Pour ma part, je

conçois la diversité comme une richesse et une réalité croissante. Le système sanitaire doit travailler avec cette réalité et en tirer les bénéfices, qui selon moi, dépassent nettement les difficultés.

Quels sont vos souhaits pour l'avenir ?

D'abord, je souhaite que les étudiants continuent à cultiver l'intérêt pour ces thématiques. C'est important parce qu'ils seront confrontés à ce type de problèmes et qu'ainsi, nous nous sentons portés dans nos démarches. Ensuite, j'espère que les décideurs consacreront toujours une partie des fonds à la recherche sur les inégalités sociales de santé. C'est vrai que des projets sont déjà financés dans le cadre des programmes nationaux de recherche, mais il faut continuer. Mon troisième souhait : la Chaire de médecine des populations vulnérables de la Faculté de biologie et médecine de l'Université de Lausanne ne doit pas rester la seule. Il faut que des postes soient créés dans d'autres universités. L'impulsion est importante, mais il faut que d'autres personnes et structures au niveau universitaire suivent. Et enfin, j'espère vraiment que nous, soignants, on ne s'habitue jamais à l'insupportable, à l'indicible, à ce qui pose vraiment problème. Nous devons continuer à travailler comme cliniciens, comme enseignants, comme chercheurs, mais devons aussi assumer notre rôle de porte-voix pour le patient.

La version intégrale de cette interview est disponible sur www.spectra-online.ch.



L'interprétariat communautaire, un succès

Interprétariat communautaire. Ce service est généralement indispensable, lors des entretiens de conseil ou des consultations, pour garantir un accès équitable aux soins de santé aux personnes de langue étrangère. L'OFSP promeut avec succès l'utilisation et la qualité de ces interventions. Mais à l'avenir, il faudra des solutions offrant une réactivité et une orientation client encore plus grandes.

Lorsque la santé est en jeu, il est crucial de comprendre et d'être compris. Or en Suisse, quelque 200 000 personnes ne parlent aucune des langues nationales, ni l'anglais, et 700 000 ont une autre langue principale que les langues nationales. Si l'on ajoute à cela d'importantes différences socio-culturelles, la compréhension entre patients et professionnels de la santé devient vite difficile. Et l'aide que peuvent apporter le personnel hospitalier ou du cabinet médical et les membres de la famille touche rapidement à ses limites. Aussi faut-il généralement faire appel à des interprètes communautaires certifiés pour éviter les erreurs de diagnostic et de traitement. D'autant que les problèmes de compréhension compromettent le succès thérapeutique en nuisant à la qualité du traitement, à son observance par le patient et à la sécurité de ce dernier, et l'empêche de donner son consentement éclairé avant une intervention médicale (informed consent).

Engagement de l'OFSP

Les interprètes communautaires professionnels assistent physiquement aux entretiens ou effectuent leur intervention par téléphone. Ils traduisent avec exactitude tout ce que dit chacun des interlocuteurs et sont soumis au secret profession-

nel. Le nombre de leurs interventions est en nette augmentation depuis quelques années (169 852 heures dans le domaine de la santé en 2016 contre 72 000 en 2010).

Aussi faut-il généralement faire appel à des interprètes communautaires certifiés pour éviter les erreurs de diagnostic et de traitement.

Dans le cadre de son engagement en faveur de l'égalité d'accès à la santé, l'OFSP promeut l'interprétariat communautaire de qualité, dont les deux piliers principaux restent :

– l'association suisse pour l'interprétariat communautaire INTERPRET : elle est responsable du système de formation et de qualification en Suisse. Le processus

de qualification à deux niveaux (certificat INTERPRET et brevet fédéral d'interprète communautaire) est désormais connu et reconnu dans toute la Suisse. 1150 interprètes communautaires détiennent le certificat INTERPRET et 114 sont allés jusqu'au brevet fédéral; – le service national d'interprétariat téléphonique : en service 7 jours sur 7, il prend tous les appels en Suisse et met les interlocuteurs en relation avec des interprètes professionnels. Son offre est particulièrement adaptée pour les entretiens brefs nécessitant une grande réactivité.

Futurs défis

L'utilité de l'interprétariat professionnel pour une communication efficace et de qualité entre professionnels de la santé et patients de langue étrangère est désormais reconnue. Celle-ci fait par conséquent l'objet d'une demande croissante –

non seulement dans le domaine de la santé mais aussi de la formation et du travail social. Forte de 310 500 heures de travail fournies (en 2016) dans les trois domaines susmentionnés et d'une croissance annuelle de 10 à 15 %, l'offre s'est établie dans toute la Suisse. Le nombre croissant d'interventions à gérer pose cependant de grands défis administratifs et techniques aux services d'interprétariat. Des solutions plus rapides et davantage orientées vers les clients sont recherchées, compte tenu des nouvelles possibilités technologiques.

Les nouvelles technologies sont aussi un sujet à l'honneur dans le milieu de l'interprétariat. L'interprétariat par vidéoconférence, déjà expérimenté avec succès en Allemagne et en Autriche, renferme un grand potentiel. Cette année, quatre services d'interprétariat mènent déjà, dans ce domaine, un projet pilote qui sera évalué.

Le financement de ces prestations dans le domaine de la santé reste un défi. Si certains hôpitaux cantonaux parviennent à couvrir leurs frais d'interprétariat grâce aux subsides cantonaux, dans de nombreux hôpitaux et dans le domaine ambulatoire extrahospitalier (par exemple, pour les pédiatres et les médecins de famille), l'impossibilité de les facturer constitue encore un problème.

Liens :

www.bit.ly/OFSP_Interpr_communautaire
www.inter-pret.ch
www.0842-442-442.ch

Contact :

Michèle Baehler, section Égalité face à la santé, michele.baehler@bag.admin.ch



Forum

Comprendre et être compris : des réfugiés traumatisés et leur travail avec des interprètes communautaires

Selon certaines estimations, 40 à 50 % des requérants d'asile et réfugiés originaires de régions en guerre ou en crise souffrent des séquelles d'un traumatisme. Bon nombre de ces personnes ont vécu à plusieurs reprises des situations traumatisantes dues à la guerre, à la torture et leur fuite périlleuse. Parvenues en Suisse, elles sont confrontées à une culture nouvelle ainsi qu'à des dispositions de droit de séjour et de droit social qui pèsent lourdement, pendant des années, sur leurs conditions d'existence. Cette incertitude permanente quant à leur futur séjour en Suisse, une longue procédure de demande d'asile alliée à des conditions de logement précaires ou à une pauvreté durable accroissent considérablement le risque d'une maladie psychique ou la persistance de troubles. En outre, l'accès aux soins médicaux se heurte à divers obstacles, de sorte que les demandeurs d'asile sont souvent sous-diagnostiqués et reçoivent un

traitement inadéquat. Tout cela se traduit par un surcroît de coûts pour le système de santé.

La langue se révèle être à cet égard le principal obstacle pour les réfugiés. C'est pourquoi, au Service ambulatoire pour victimes de la torture et de la guerre CRS, le « travail en triologie » est la norme. Les investigations, les consultations et les thérapies seraient impensables sans interprètes communautaires, qui font souvent fonction de passerelle non seulement linguistique, mais aussi culturelle. Ils aident à clarifier et à comprendre des métaphores, images ou expressions idiomatiques socioculturelles. Le sentiment d'être compris et de comprendre est non seulement la condition sine qua non d'une psychothérapie efficace et professionnelle, mais aussi de soins médicaux de base. L'exemple pratique que voici illustre la pertinence du travail mené avec les interprètes interculturels : aux dires de son médecin assignant, un Syrien de 19 ans avait déjà connu un long parcours à travers le système de santé suisse. Suite à des évanouissements et à des accès de

panique, il avait été traité par deux fois en urgence. Après une attaque suivie de confusion et d'un comportement agressif, il a été admis plusieurs jours en psychiatrie stationnaire aiguë. Des examens neurologiques approfondis avec IRM crânienne ont été sans résultat, et la symptomatologie est demeurée obscure. Les investigations engagées par la suite chez nous ont été les premières, selon le patient, à être menées avec un interprète. Nos examens psychiatriques et psychométriques poussés ont révélé qu'il souffrait d'un syndrome de stress post-traumatique et, partant, de troubles dissociatifs très marqués. Le fait de parler de ce qu'il avait vécu dans son pays et lors de sa fuite a soulagé le patient de façon perceptible. La profonde horreur que lui avaient inspirée la mort violente de ses parents et son inquiétude persistante quant au sort de ses frères et sœurs ont pu lentement s'exprimer et faire l'objet d'un traitement thérapeutique. Les admissions aux urgences ont alors cessé. Pour nous, il est évident que, pour une prise en charge adéquate de réfugiés traumatisés, les services d'interprétariat pro-

fessionnels sont indispensables. La détection précoce de problèmes chez les requérants d'asile et une réaction aussi rapide qu'adéquate permet non seulement de leur éviter de grandes souffrances ; elle facilite aussi leur intégration sociale et professionnelle en Suisse tout en évitant de considérables coûts induits. Dans le domaine de la santé, une communication efficace est incontournable et fait partie intégrante de tout traitement. Il importe donc que les offres d'interprétation deviennent une prestation financée par les caisses-maladie et les services sociaux.



Carola Smolenski, D'phil., responsable thérapeutique du Service ambulatoire pour victimes de la torture et de la guerre, Croix-Rouge suisse

Communication avec les populations migrantes – un défi

Pour promouvoir l'égalité des chances face à la santé, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) se doit notamment d'augmenter les compétences en matière de santé chez les groupes de population défavorisés en véhiculant mieux les informations. Les mesures traditionnelles passent souvent à côté des personnes qui en ont le plus besoin. À la demande de l'OFSP, la Croix-Rouge suisse (CRS) a créé la plate-forme Migesmedia pour les médias des collectivités migrantes. L'OFSP s'en sert aussi pour ses campagnes, comme dans l'exemple de SmokeFree.

D'importantes informations sur la santé échappent souvent aux populations migrantes. Les migrants peu instruits et aux faibles revenus sont souvent en moins bonne santé que la population locale. Rares sont ceux qui maîtrisent les langues nationales ou qui ont accès aux canaux de communication nationaux traditionnels tels que la radio, la télévision, les journaux ou les sites d'information en ligne. Ils privilégient en effet les médias dans leur langue maternelle. Mais même quand ce n'est pas le cas, la communication peut être entravée. Les professionnels et les pourvoyeurs d'informations sur la santé ne sont pas toujours sensibles au problème

ni capables de communiquer avec ces groupes de population vulnérables. La plate-forme migesmedia.ch – qui s'inscrit dans le projet migesplus.ch – a vocation à les y aider.

Migesplus.ch pour une communication adaptée aux migrants

Le projet migesplus.ch, qui bénéficie du soutien technique et stratégique d'un important groupe d'experts, a été monté et est géré par la Croix-Rouge suisse à la demande de l'OFSP. Proposant à la fois des brochures, des tracts, des guides, des films, des vidéos de différents éditeurs en plusieurs langues, et des prestations de services, notamment pour les médias et les organisations de santé, il comble une lacune dans le domaine de la communication. Cette offre spécialement conçue pour faciliter l'information des populations migrantes sur les sujets de santé est disponible sur migesmedia.ch, une plate-forme qui réunit quelque 45 médias des collectivités des migrants résidant en Suisse.

Migesmedia.ch – la plate-forme des médias des collectivités migrantes

Le site migesmedia.ch se présente comme intermédiaire pour des services médiatiques. Il contient des faits et chiffres et notamment une liste actuali-



A LINHA DE AJUDA

para deixar de fumar
dá-lhe apoio em português.

0848 184 184

8 cêntimos por minuto
a partir da rede de telefone fixo



Eu sou mais forte.

Annnonce en portugais

sée des médias (radios et télévision, magazines ou sites d'informations) de langues étrangères implantés en Suisse, dont les rédactions comprennent et parlent généralement au moins une langue nationale. Ces prestataires peuvent donc être intégrés dans les listes de diffusion d'informations aux médias.

Une organisation préparant une campagne d'information à l'adresse de la population migrante peut filtrer les médias de la même langue que son groupe cible à l'aide de la fonction de recherche correspondante et les contacter directement pour leur proposer une collaboration. La CRS peut également faire le lien avec les canaux de diffusion appropriés pour la campagne. Ce faisant, elle endosse le rôle d'agence médias spécialisée dans les contacts avec les médias des collectivités migrantes. La collaboration peut prendre des formes très variées, de l'intégration des campagnes existantes aux traductions pour les médias cibles en passant par les publiereportages.

Collaboration entre SmokeFree et migesmedia.ch

La section Campagnes de l'OFSP a collaboré de différentes manières avec la CRS / migesmedia.ch et a souvent l'occasion de travailler avec des agences médias. Elle a coutume de travailler avec ces intermédiaires, notamment pour les campagnes destinées aux locaux, où elle confie généralement l'élaboration de la stratégie médias, le placement de la publicité et la négociation tarifaire à des prestataires spécialisés. Après le concours de spots SmokeFree abondamment relayé par différents médias des collectivités migrantes au printemps 2017,¹ un projet pilote a été lancé en collaboration avec migesmedia.ch pour la vague de l'automne 2017. Avec un investissement financier, des bannières publicitaires, des annonces et un spot radiophonique ont été placés dans les médias des collectivités migrantes consultés par des groupes cibles comptant dans leurs rangs un taux de fumeurs élevé. Nombre de ces

médias ont traité le thème du sevrage tabagique, comme lors du concours de spots. La collaboration entre la CRS et la section Campagnes de l'OFSP a été jugée très utile par les personnes compétentes. La CRS connaît les moyens d'information des collectivités migrantes et dispose de contacts dans leurs médias.

Évaluation de la campagne SmokeFree par la CRS

Dans le cadre de ce projet pilote, la CRS a accepté d'évaluer la campagne publicitaire SmokeFree menée via migesmedia.ch. Elle a, par exemple, mesuré si la ligne stop tabac a été sollicitée plus fréquemment après les mesures de communication dans les médias des collectivités migrantes.²

Égalité d'accès à l'information

La focalisation sur la population migrante soulève la question de la stigmatisation. Un reproche auquel échappe sans doute la campagne SmokeFree, qui s'adresse à l'ensemble de la population. Toutes les activités de communication ont tendance à toucher plus facilement et plus rapidement les personnes bien éduquées que les groupes vulnérables. Mais elles atteignent au moins les leaders d'opinion ou des personnes clés, qui relaient ensuite l'information à leurs compatriotes. L'égalité d'accès à l'information reste une visée majeure des mesures de communication de l'OFSP à l'égard du grand public.

Liens :

www.migesplus.ch
www.migesmedia.ch
www.smokefree.ch

Contact :

Adrian Kammer, responsable de la section Campagnes,
adrian.kammer@bag.admin.ch

¹ Les films sélectionnés ont été sous-titrés en turc et en albanais par des médias comme Merhaba (e-marhaba.com), alinfo.ch, Haberpodium.com et prointegra.ch.

² Les résultats n'étaient pas disponibles au moment de la publication de spectra. Pour toute question, n'hésitez pas à vous adresser à la section Campagnes de l'OFSP : kampagnen@bag.admin.ch.



Unë jam i fort.

SMOKE
FREE

Linja për ndërprerjen

e konsumimit të duhanit të
mbështet ty në gjuhën shqipe.

0848 183 183

8 Rp. në minutë nga telefoni fiks.

Annnonce en albanais

Accès aux soins : égalité des chances pour les détenus

Principe d'équivalence des soins. Être en bonne santé résulte de plusieurs facteurs : prendre l'air, avoir assez d'espace, bouger suffisamment, manger équilibré, nouer des contacts sociaux porteurs de sens et accéder aux soins de santé. Ces conditions valent également pour les détenus. spectra fait le point sur la situation en Suisse et les tâches de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Certains problèmes de santé surviennent plus fréquemment en prison que chez le reste de la population : addictions, maladies psychiques et psychiatriques, mais aussi maladies infectieuses comme l'hépatite ou le VIH. Bien que privés de liberté, les détenus ont droit à un suivi médical sans entrave. En effet, l'État les a placés en détention et leur doit tout particulièrement assistance (principe d'assistance). Il doit leur offrir les mêmes possibilités de mener une vie favorable à la santé qu'aux personnes en liberté. Ce « principe d'équivalence » est garanti par le droit international et national, et joue un rôle important pour la santé publique : les mesures de promotion de la santé et de prévention réduisent les risques de transmission de maladies, et des détenus en bonne santé ont de meilleures chances de se réinsérer.

Besoin d'intervention

En septembre 2016, selon les données de l'Office fédéral de la statistique, 6 912 personnes, dont 5,6 % de femmes et 72 % de ressortissants étrangers, vivaient dans 114 institutions de détention. Or ces institutions ne disposent pas toutes d'un service sanitaire. En outre, presque tous les détenus n'ont pas le droit de choisir librement leur médecin. Environ un tiers d'entre eux sont des étrangers sans autorisation de séjour. Enfin, la plupart ne sont pas assurés contre la maladie. Dans ces conditions, on ne peut pas toujours garantir une offre de soins appropriée. De même, les traitements nécessaires ne sont pas toujours effectués faute de trouver un payeur. Ainsi, certaines situations posent problème en termes de droits de l'homme, d'un point de vue médical et de santé publique.

Engagement de l'OFSP

En Suisse, les cantons sont compétents pour l'exécution des peines et des mesures. Il en va de même pour les soins de santé, dont l'organisation varie grandement selon les cantons. Malgré la réglementation fédéraliste des compétences, l'OFSP était déjà active dans le milieu carcéral dans les années 90. À l'époque, le problème des drogues était au cœur des préoccupations. Dans plusieurs prisons, des projets pionniers visant à réduire les risques chez les consommateurs de drogue ont été soutenus avec succès. Ils consistaient notamment à remettre des seringues stériles aux personnes s'injectant des

drogues. Ainsi, la politique suisse en matière de drogue en prison avait fait sensation dans le monde entier. En 2008, l'OFSP, en collaboration avec l'Office fédéral de la justice (OFJ) et la Conférence des directrices et directeurs des départements cantonaux de justice et police (CCDJP), a lancé le projet « Lutte contre les maladies infectieuses en milieu carcéral » (LuMMic)¹.

En outre, presque tous les détenus n'ont pas le droit de choisir librement leur médecin. Environ un tiers d'entre eux sont des étrangers sans autorisation de séjour. Enfin, la plupart ne sont pas assurés contre la maladie. Dans ces conditions, on ne peut pas toujours garantir une offre de soins appropriée. De même, les traitements nécessaires ne sont pas toujours effectués faute de trouver un payeur.

Outre des informations spécifiques visant à prévenir les maladies infectieuses pour les personnes en détention et le personnel pénitentiaire, le projet a également abouti aux Recommandations pour une harmonisation des soins dans les institutions pénitentiaires suisses, adoptées conjointement en 2013 par la CCDJP et la Conférence suisse des directrices et directeurs can-

tonaux de la santé (CDS). Ces recommandations visaient trois objectifs : 1. favoriser une harmonisation des soins dans toutes les institutions pénitentiaires pour répondre aux principes d'assistance et d'équivalence, 2. améliorer les connaissances et le niveau de formation du personnel et des détenus concernant les thèmes de santé et 3. promouvoir un dialogue supracantonal et interdisciplinaire. C'est sur cette base qu'est née l'Organisation Santé Prison Suisse (SPS)² en 2013.

Dialogue interdisciplinaire

Dans quatre cantons (GE, VD, VS, NE), les services sanitaires sont rattachés aux autorités sanitaires et, dans tous les autres, aux autorités d'exécution judiciaire. Soucieuse d'appliquer les principes d'assistance et d'équivalence, les instances internationales (OMS, ONUDC) privilégient un rattachement aux autorités sanitaires. Tant l'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela) des Nations Unies que les Règles pénitentiaires européennes du Conseil de l'Europe exigent, au minimum, d'organiser les services sanitaires des prisons en lien étroit avec les autorités sanitaires nationales. Dans ce cadre, la SPS s'efforce de promouvoir un dialogue sur les soins de santé en prison entre les cantons, la Confédération et les différents groupes professionnels de l'exécution judiciaire et de la santé. Actuellement, l'organisation est dirigée en commun par la CCDJP et la CDS. Le secrétariat est, quant à lui, conseillé par un collège interdisciplinaire regroupant des professionnels de

la santé et de l'exécution judiciaire. Depuis sa création, la SPS a organisé plusieurs séminaires et un état des lieux sur les soins dans les institutions pénitentiaires. Les premiers chiffres ont été publiés dans la newsletter SPS de septembre 2017.³ Prochaine étape : élaborer des standards de santé pour les prisons qui soient harmonisés sur le plan national.

Activités prévues par l'OFSP

L'OFSP poursuivra son engagement pour que les détenus bénéficient d'un accès aux soins de santé en s'orientant vers les principes d'assistance et d'équivalence. Les personnes particulièrement vulnérables sont au cœur de cet objectif. Par exemple, l'OFSP participera à un groupe de travail qui devra élaborer des bases avec les cantons afin que les détenus sans assurance maladie aient un accès approprié aux soins. En outre, le recours à l'interprétariat communautaire dans les prisons doit être encouragé afin de faciliter l'accès aux soins pour les détenus étrangers. Enfin, l'OFSP s'impliquera pour que les détenus soient inscrits comme groupe cible dans les programmes et les stratégies de la santé publique.

Contact :

Stefan Enggist, section Prévention et promotion
stefan.eggist@bag.admin.ch

¹ Cf. http://bit.ly/OFSP_projet_BIG

² Cf. www.sante.prison.ch

³ Cf. http://bit.ly/SantePrison_Newsletter_F_PDF



« La stigmatisation des maladies psychiques est hélas un phénomène mondial. »

Cinq questions à Thomas Ihde-Scholl. Les malades psychiques sont souvent stigmatisés, ce qui les pousse à s'autostigmatiser. Lorsqu'ils contractent une maladie physique, il est rare qu'ils reçoivent les soins adaptés, celle-ci étant éclipsée par leur maladie psychique. Aussi ces patients vivent-ils jusqu'à 25 ans de moins que les personnes en bonne santé. Thomas Ihde-Scholl, médecin en chef du service de psychiatrie du groupe hospitalier FMI SA d'Interlaken et président de la fondation Pro Mente Sana revient sur ce problème et esquisse des solutions.

Les malades psychiques ont une espérance de vie réduite de 10 à 25 ans. Meurent-ils de leur maladie psychique ?

Les troubles psychiques peuvent être très graves et s'accompagnent hélas fréquemment d'un risque de suicide accru. Mais les suicides ne jouent qu'un rôle marginal dans la forte réduction de l'espérance de vie ; d'autres facteurs semblent primer.

Certaines maladies physiques sont la conséquence directe des troubles psychiques. L'anorexie, par exemple, peut finir par provoquer une atrophie du myocarde et, par là, un infarctus à l'issue fatale. Certains psychotropes engendrent à la longue des maladies physiques. Certains neuroleptiques provoquent une forte prise de poids ou de troubles du métabolisme tels que le diabète. Inversement, on observe une prévalence accrue de certaines maladies psychiques en lien avec des maladies physiques spécifiques, impossible à expliquer. Les personnes atteintes d'un syndrome d'apnée du sommeil, par exemple, sont surreprésentées parmi les dépressifs.

Les malades psychiques sont généralement très éprouvés par leur maladie, qui les rend apathiques ou les oblige à lutter pour leur survie immédiate. Dans ces conditions, préserver leur santé à long terme n'est plus une priorité. Quand un trouble obsessionnel compulsif sévère vous oblige à vous laver les mains 300 fois par jour, vous n'avez plus l'énergie de faire une randonnée le week-end.

Certains comportements nocifs mènent à une forme d'automédication. Le taux

« Certaines maladies physiques sont la conséquence directe des troubles psychiques. »

de fumeurs est supérieur à la moyenne chez les schizophrènes. La nicotine les aide à rester concentrés et réduit les effets secondaires de leurs médicaments. Ils ont donc du mal à réduire leur consommation et à arrêter de fumer. Un



autre facteur important à mes yeux est qu'à l'heure actuelle, les troubles psychiques constituent un important risque de paupérisation. Les soins de santé sont coûteux : comme bénéficiaire de l'aide sociale, vous pouvez difficilement vous payer des produits bio, pratiquer un sport et participer à la vie sociale. Encore un point – je dirais presque, le

« Le taux de fumeurs est supérieur à la moyenne chez les schizophrènes. »

plus important : les maladies psychiques sont encore très stigmatisantes, et les personnes qui en sont atteintes ont tendance à s'autostigmatiser. Elles éprouvent un sentiment de honte, de culpabilité ou d'échec, les deux premiers entraînant la sécrétion d'hormones de stress, à effet négatif. À long terme, cela n'est sain ni pour la psyché ni pour l'organisme. Et il est inutile de préciser que la stigmatisation ne facilite pas l'accès au système de santé.

Que peuvent faire les personnes concernées pour éviter que des troubles physiques ne se surajoutent à leur maladie psychique ?

Elles ont besoin d'un soutien ciblé et de qualité. Les recommandations alimentaires d'usage n'ont guère d'impact sur

« Il faut donner des notions de psychiatrie de base aux médecins de famille, tout en veillant à ce que la souffrance physique soit traitée correctement en psychiatrie. »

des personnes qui ont pris 30 kg sous antidépresseurs. Les patients concernés trouvent souvent des informations plus complètes sur les forums que les professionnels ne peuvent leur en donner. Cela pourrait être un très bon point de départ pour l'entraide. En Suisse, nous avons de très nombreux pairs : les personnes qui ont fait l'expérience de la maladie et de la guérison et qui ont appris à la partager. Ils pourraient être d'une grande aide pour la prévention des comorbidités physiques. Mais c'est principalement au système de santé qu'il revient d'intervenir.

Le suivi et le traitement des patients atteints de troubles ou de maladies psychiques sont-ils compliqués par des problèmes intrinsèques au système de santé ? Que faudrait-il changer ?

Les médecins de famille ont un rôle crucial à jouer dans ce domaine. Environ 35 % de leurs patients ont un trouble psychique. Mais les médecins de famille formés à la psychiatrie sont plutôt rares.

Par ailleurs, la prise en charge de ces patients est de plus en plus assurée par les psychologues cliniciens. C'est une très bonne chose en soi, à cela près que, n'ayant pas de formation médicale, ils connaissent mal les interactions entre maladie physique et maladie psychique. D'où la nécessité de donner des notions de psychiatrie de base aux médecins de famille, tout en veillant à ce que la souffrance physique soit traitée correctement en psychiatrie. »

Reste le thème crucial de la stigmatisation des soins de santé. Les personnes souffrant d'importants troubles psychiques qui se présentent aux urgences pour un problème physique ne sont pas examinées, ce qui selon moi est clairement une forme de discrimination. Les personnes atteintes d'une légère maladie psychiatrique rapportent souvent qu'elles préfèrent ne pas en faire état, par crainte que les médecins ne sous-estiment leur problème physique, ne procèdent pas à tous les examens nécessaires, ou mettent les symptômes sur le compte de la somatisation.

À quoi faut-il être particulièrement vigilant pour prévenir les MNT chez les malades psychiques ? Les soins de santé sont-ils suffisamment mis en place pour ce groupe de patients ?

Comme nous l'avons déjà évoqué à plusieurs reprises, la stigmatisation ou, plus précisément, la discrimination des malades psychiques est autant un problème de santé publique qu'un problème de société. De plus, la prévention doit être ciblée. Il serait judicieux de mener une campagne anti-tabac auprès des personnes souffrant de graves troubles psychiques. On pourrait imaginer que les pairs y présentent les meilleures méthodes qu'ils ont expérimentées pour améliorer la concentration et compenser le manque de nicotine.

Que pensez-vous de l'égalité des chances de ce groupe de patients face aux soins médicaux ?

Elle est mauvaise. Cela étant, le problème est le même dans les autres pays. La stigmatisation des maladies psychiques est malheureusement un phénomène mondial. Mais quand on voit combien la Grande-Bretagne investit dans des campagnes de lutte contre la stigmatisation et comment elle forme ses médecins de famille aux soins de base psychiques, on ne peut que souhaiter la même chose pour son pays.

Rendre l'accès aux soins plus égalitaire pour les malades psychiques

Dans le cadre du projet « Soins coordonnés »¹ de l'Office fédéral de la santé (OFSP), une analyse montre les défis posés par les soins coordonnés chez les malades psychiques souffrant également de maladies physiques. Compte tenu de leur diversité et de leur complexité, les comorbidités psychosomatiques exigent plus d'attention, tant au niveau du diagnostic que du traitement et de la prise en charge.

En Suisse, plus de 70 % de la population est soumise à une forte pression psychique, et environ 73 % des personnes présentant des symptômes de dépression se plaignent également de douleurs physiques. Les plus fréquemment observées sont les comorbidités associant troubles alimentaires ou troubles dus aux psychotropes (alcool et drogues) et schizophrénie, démence ou troubles dépressifs. Concernant les patients atteints de maladies psychiques nécessitant des soins de médecine somatique aiguë, on constate

qu'ils sont généralement atteints de maladies non transmissibles (MNT).² Cette situation a une incidence sur la mortalité des patients en question. Les maladies psychiques réduisent l'espérance de vie de 10 à 25 ans. Ce constat s'explique par la plus forte prévalence des MNT, mais aussi par les effets secondaires des psychotropes et par le fait que les personnes concernées prennent moins soin d'elles. Cette mortalité plus précoce n'est que faiblement imputable aux suicides.

Défis du traitement

La multiplicité et la complexité des comorbidités psychosomatiques constituent un défi majeur dès le stade du diagnostic. En effet, la probabilité que le diagnostic posé soit incomplet et que la personne doive être soignée pour cause de troubles physiques est nettement plus élevée chez les personnes souffrant de troubles psychiques.

Cela tient notamment au fait que les malades psychiques présentant des

comorbidités somatiques relèvent généralement des soins somatiques et des soins psychiatriques. Ils ont besoin d'une prise en charge médicale intégrée, basée sur des connaissances interdisciplinaires. À cet égard, les médecins de famille jouent un rôle crucial dans le traitement, par exemple, lorsqu'ils se chargent d'orienter un patient ayant une consommation d'alcool à risque à la fois vers un service de soins aigus et vers un établissement psychiatrique.

En effet, la probabilité que le diagnostic posé soit incomplet et que la personne doive être soignée pour cause de troubles physiques est nettement plus élevée chez les personnes souffrant de troubles psychiques.

La prise en charge de ces patients constitue en outre un défi, tant en raison



Soins coordonnés

Prévoir, partager, agir.
Avec le patient.

de leur maladie que des pressions psychosociales. Les cabinets médicaux ambulatoires n'ont généralement pas les capacités suffisantes pour les persuader de coopérer et de rester dans le circuit des soins.

Mesures nécessaires en Suisse

L'OFSP entend s'engager davantage et prendre des mesures – avec les acteurs concernés – pour améliorer les soins coordonnés prodigués aux patients présentant une comorbidité psychosomatique. Il faut pour cela sensibiliser les patients eux-mêmes, leurs proches et les spécialistes à la problématique des « maladies psychiques associées à une pathologie physique ». Des mesures de communication bénéficiant d'un vaste soutien sont prévues à cet effet pour informer les patients et les spécialistes de manière ciblée. Des modèles de bonne pratique (en Suisse et à l'international) seront en outre largement diffusés.

Bibliographie :

Schlapbach, M., Ruffin, R. (2017) : Koordinierte Versorgung für psychisch erkrankte Personen an der Schnittstelle « Akutsomatik – Psychiatrie resp. psychiatrische Klinik » – socialdesign ag pour l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Link:

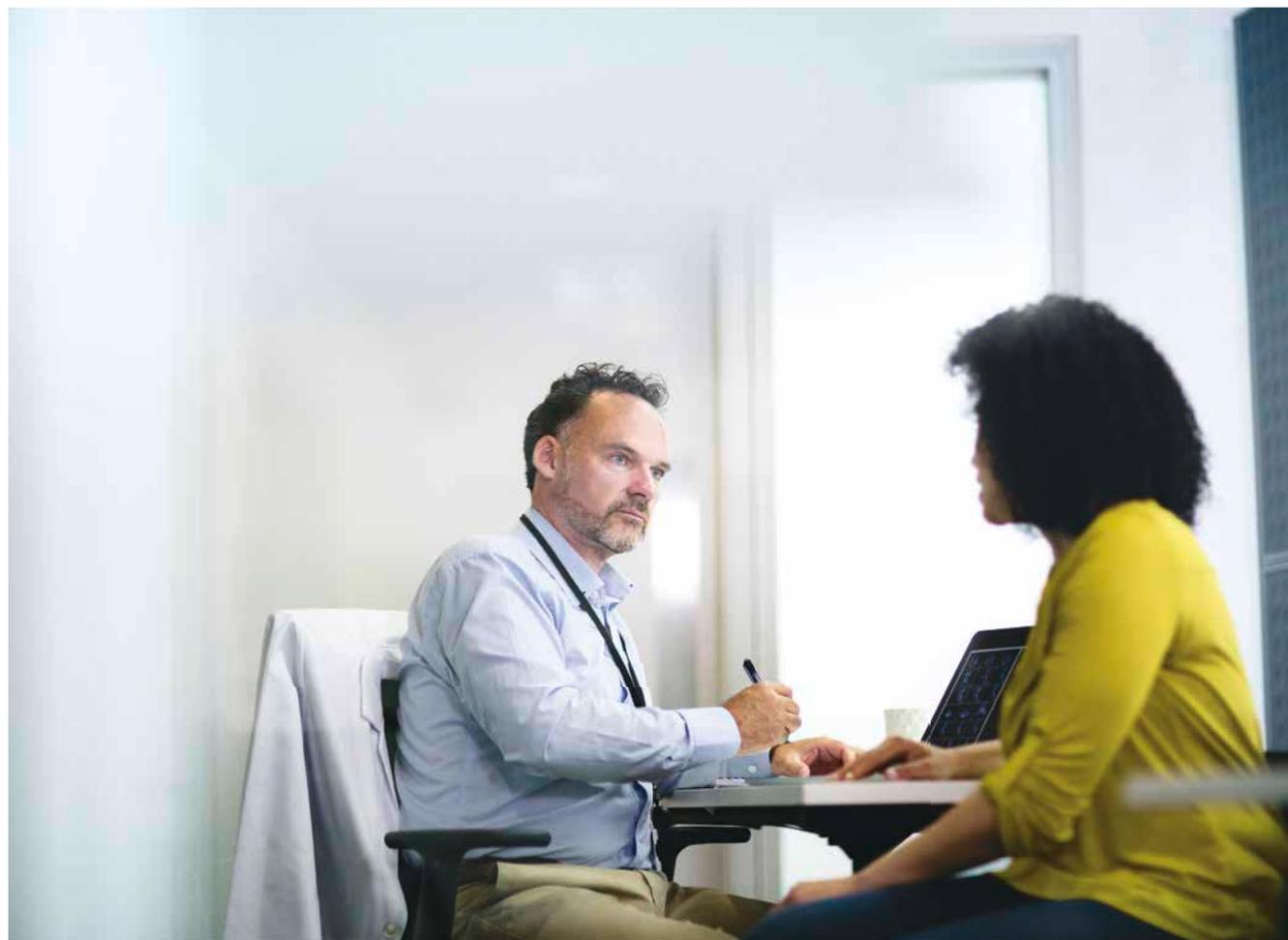
www.bit.ly/OFSP_Soins_coordonnés

Contact :

Stefanie Johner, section
Politique nationale de la santé,
stefanie.johner@bag.admin.ch

¹ Les « soins coordonnés » sont définis comme l'ensemble des processus visant à améliorer la qualité des soins prodigués aux patients dans toute la chaîne de traitement. Le patient figure au premier plan : la coordination et l'intégration s'appliquent tout au long de son parcours. Source : http://bit.ly/Définition_Soins_coordonnés

² Affections des voies respiratoires, maladies cardiovasculaires, cancers, diabète et maladies musculo-squelettiques



Impressum • spectra n° 118, janvier 2018

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

Éditeur : OFSP, 3003 Berne, tél. 058 463 87 79, fax 058 464 90 33, www.bag.admin.ch

Réalisation : OFSP, Section Campagnes, Schwarzenburgstrasse 157, 3003 Berne

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

Commission de rédaction : Agathe Blaser, Claudia Brunner, Nicole Fivaz, Jolanda Heller, Adrien Kay, Selina Lusser-Lutz, Esther Walter

Textes : Jolanda Heller et autres collaborateurs de l'OFSP

Photos : Auteurs, iStock (p. 1), Fotolia (p. 10, 12); Walter Imhof/OFSP (p. 3, 8)

Graphisme : Office fédéral des constructions et de la logistique (OFCL), 3003 Berne

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

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

Office fédéral de la santé publique, Section Campagnes, 3003 Berne, kampagnen@bag.admin.ch

Le prochain numéro paraîtra en avril 2018 sur le thème des Maladies rares.

Contact

Section, Service

Section, Service	Téléphone
Division Prévention des maladies non transmissibles	058 463 87 11
Section Prévention et promotion (maladies transmissibles) éducation + santé Réseau Suisse	058 463 88 11
058 462 62 26	
Section Égalité face à la santé	058 463 06 01
Section Politique nationale de la santé	058 463 06 01
Section Campagnes	058 463 87 79

www.spectra-online.ch