

Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) 2017–2024, **prolongée jusqu'en 2028**



Maladies chroniques
des voies respiratoires

Maladies
cardio-vasculaires

Diabète

Cancer

Maladies musculo-
squelettiques

Un projet commun de



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Dans le cadre de la stratégie du Conseil fédéral

Gesundheit | Santé
Sanità | Sanadad **2020**

Impressum

Comité de direction

Ursula Koch (OFSP – jusqu'en août 2015), Andrea Arz de Falco (OFSP),
Salome von Greyerz (OFSP), Stefan Leutwyler (CDS), Bettina Abel (PSCH)

Comité de direction élargi

Beat Arnet (représentant des caisses-maladie), Osman Besic (représentant des populations en situation de vulnérabilité), Samia A. Hurst (experte Santé2020), Brian Martin (représentant de la médecine préventive et des médecins cantonaux), Milo Puhan (représentant du domaine scientifique), Heinz Roth (représentant d'économiesuisse), Barbara Weil (représentante du groupe d'experts Mental Health de Public Health Suisse et de la FMH) et Ursula Zybach (représentante de l'Alliance pour la santé en Suisse).

Responsable de projet et secrétariat scientifique

Eva Bruhin (OFSP), Elisabeth von Gunten (OFSP), Catherine Marik (OFSP),
Luciano Ruggia (OFSP)
Markus Kaufmann (CDS), Kathrin Huber (CDS)

Accompagnement rédactionnel, accompagnement du processus, relecture, réalisations des graphiques

Michael Herrmann (PrivatePublicConsulting), Markus Theunert (Social Affairs),
Wolfgang Wettstein, Moxi design + communication

Editeur : Office fédéral de la santé publique (OFSP) et Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)

Date de publication : 2016

Renseignements et commande :

Office fédéral de la santé publique (OFSP)
Unité de direction Santé publique
Division Programmes nationaux de prévention
Case postale, CH-3003 Berne
Tél. +41 (0)58 463 88 24
Courriel : ncd-mnt@bag.admin.ch
Internet : www.bag.admin.ch/ncd

Cette publication est également disponible en allemand et en italien.

Avant-propos

Dans notre pays, la qualité de vie est excellente, notamment parce que notre système de soins fonctionne très bien.

Il n'en reste pas moins que 2,2 millions de personnes souffrent de maladies chroniques en Suisse. A l'heure actuelle, ces affections totalisent environ 80 % des dépenses de santé. Or, dans les années et les décennies à venir, les cas de maladies non transmissibles comme le cancer, le diabète, les maladies cardio-vasculaires et la démence continueront à augmenter en raison du vieillissement de la population. Cette évolution constitue un enjeu majeur pour le fonctionnement et le financement de notre système de santé. Il faut, en effet, pouvoir maintenir la qualité de vie des personnes âgées tout en endiguant l'augmentation des coûts.

La prévention et la promotion de la santé peuvent y contribuer de manière décisive : environ la moitié des maladies non transmissibles sont influencées par le mode de vie. Les chances de rester longtemps en bonne santé augmentent pour ceux qui associent une activité physique régulière à une alimentation équilibrée et qui renoncent au tabagisme ainsi qu'à une consommation excessive d'alcool.

C'est précisément l'approche préconisée par la stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles. Son but consiste, d'une part, à bien informer la population et à responsabiliser les individus ; d'autre part, à aménager des conditions de travail et de vie permettant un style de vie sain. Cette stratégie emprunte des approches déjà éprouvées dans différents programmes de prévention, à savoir dans les domaines de l'alcool, du tabac, de l'alimentation ainsi que de l'activité physique, et constitue un vaste cadre orientant toutes ses activités. S'inscrivant dans la stratégie globale « Santé2020 » du Conseil fédéral, elle est complétée par la stratégie nationale Addictions et les activités liées au thème de la santé psychique.

Il s'agit ici d'empêcher, dans la mesure du possible, que les maladies non transmissibles ne se déclarent ou, le cas échéant, de les dépister rapidement et d'en atténuer les effets. La stratégie vise ainsi à éviter les souffrances, à augmenter la qualité de vie et à diminuer les coûts de santé.

Le dicton populaire « Mieux vaut prévenir que guérir » n'a rien perdu de sa validité.



Alain Berset, conseiller fédéral,
chef du Département fédéral
de l'intérieur DFI



Philippe Perrenoud, conseiller d'Etat,
président de la CDS

La stratégie MNT en bref

Le cancer, le diabète, les maladies cardiovasculaires et les affections chroniques des voies respiratoires sont aujourd'hui les principales causes de décès en Suisse et occasionnent beaucoup de souffrances. Ces maladies non transmissibles (MNT) sont responsables des décès prématurés (avant l'âge de 70 ans) chez plus de 50 % des hommes et 60 % des femmes¹. Avec les troubles musculo-squelettiques, ces cinq MNT occasionnent environ 40 % de l'ensemble des dépenses de santé. Bon nombre de ces maladies peuvent cependant être influencées par le mode de vie individuel. Les principaux facteurs d'influence sont la consommation d'alcool et de tabac, le comportement alimentaire et l'activité physique.

En réaction aux enjeux existants, le Dialogue Politique nationale suisse de la santé (la plate-forme commune de la Confédération et des cantons) a demandé l'élaboration participative et partenariale d'une « stratégie nationale pour la prévention des maladies non transmissibles » (stratégie MNT) en novembre 2013. Celle-ci a été élaborée conjointement par l'OFSP, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé et la Fondation Promotion Santé Suisse, sur la base de deux rapports de groupes de travail préalablement rédigés par de nombreux acteurs. La stratégie MNT est une des cinq priorités de la stratégie Santé2020 du Conseil fédéral et un des principaux objectifs du programme de la législature 2016–2019.

En guise de cadre de référence, la stratégie MNT propose des pistes pour empêcher ou retarder l'apparition d'une MNT ou en atténuer les conséquences. Elle se fonde sur des acquis, assure la continuité et relève de nouveaux défis. Il s'agit p. ex. d'optimiser les offres et les accès pour les personnes en situation de vulnérabilité et de renforcer la prévention dans le domaine des soins ainsi que la collaboration multisectorielle et interprofessionnelle.

Plus de personnes restent en bonne santé ou bénéficient d'une qualité de vie élevée en dépit d'une maladie chronique. Moins de personnes souffrent de maladies non transmissibles évitables ou décèdent prématurément. Quel que soit leur statut socio-économique, les personnes sont encouragées à adopter des styles de vie sains dans un environnement favorable à la santé.

La stratégie MNT concentre son action sur la santé et le bien-être des personnes. La stratégie considère que les personnes sont en mesure d'assumer la responsabilité pour elles-mêmes, leur santé et leur environnement. Elle vise à renforcer leur responsabilité individuelle, en encourageant leur compétence en matière de santé, pour qu'elles puissent prendre des décisions en parfaite connaissance des risques et des conséquences éventuelles. Parallèlement, la stratégie encourage le développement de conditions-cadres propices à la santé. Afin d'y parvenir et en tenant compte de la question de l'égalité des chances, la collaboration avec différents domaines de la politique revêt une importance capitale.

¹ Avec les maladies psychiques, ces cinq MNT représentent la principale charge de morbidité pour la société dans son ensemble et ont une responsabilité significative concernant les décès prématurés, les affections chroniques et la diminution de la qualité de vie.

La stratégie MNT englobe quatre objectifs prioritaires complétés par six objectifs spécifiques :

Objectifs stratégiques

Objectifs prioritaires à long terme

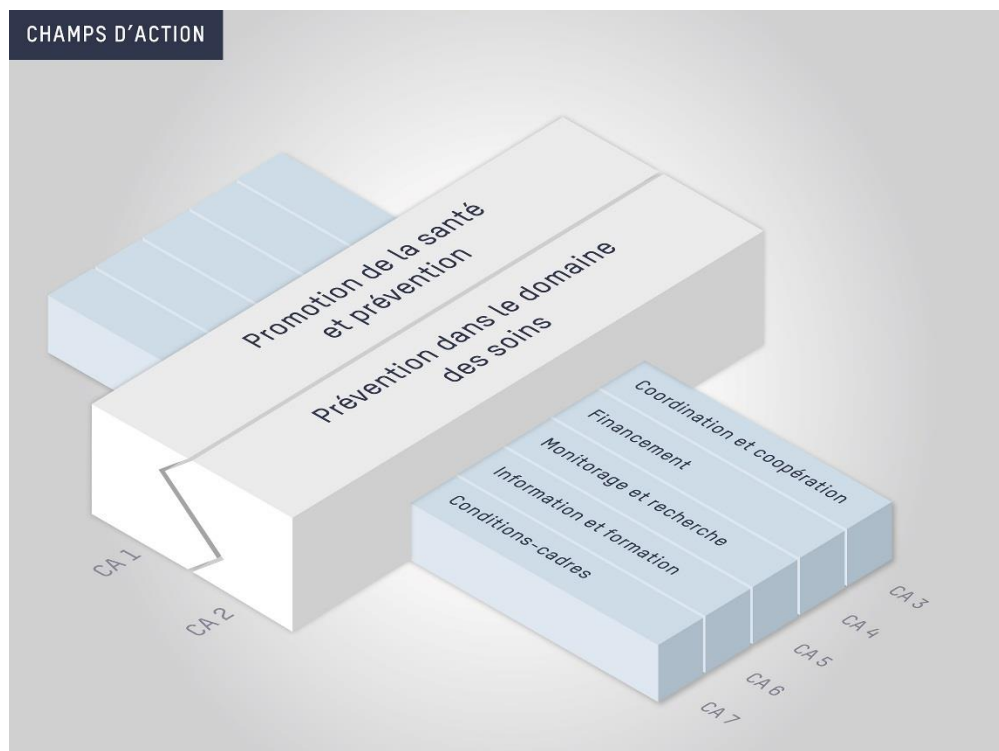
1. atténuation de l'augmentation de la charge de morbidité induite par les maladies non transmissibles ;
2. atténuation de l'augmentation des coûts engendrés par les maladies non transmissibles ;
3. réduction des décès prématurés causés par les maladies non transmissibles ;
4. préservation et amélioration de la participation de la population à la vie sociale et de ses capacités productives.

Objectifs spécifiques

1. diminution des facteurs de risque liés aux comportements ;
2. amélioration des compétences en matière de santé ;
3. développement de conditions-cadres propices à la santé ;
4. amélioration de l'égalité des chances dans l'accès à la promotion de la santé et à la prévention ;
5. diminution de la part de la population présentant des risques accrus de souffrir de maladies non transmissibles ;
6. amélioration de la qualité de vie en rapport avec la santé et diminution de la nécessité de soins.

La stratégie vise à agir dans sept champs d'action (CA) pour atteindre les objectifs. Le CA 1 « Promotion de la santé et prévention » et le CA 2 « Prévention dans le domaine des soins » sont d'une importance capitale. Le CA 1 s'attache à la compétence en matière de santé, au comportement responsable pour la santé et aux conditions-cadres propices à la santé. Le CA 2 vise à soutenir les personnes menacées ou malades dans leur gestion des facteurs de risque, de leur maladie et des conséquences qui en résultent. Les deux champs d'action principaux sont soutenus par cinq champs

Champs d'action



d'action supplémentaires : CA 3 « Coordination et coopération » ; CA 4 « Financement » ; CA 5 « Monitoring et recherche » ; CA 6 « Information et formation » ; CA 7 « Conditions-cadres ».

CA 1 : Promotion de la santé et prévention

La population est soutenue dans ses efforts pour développer et adopter des styles de vie favorables à la santé et prévenir les facteurs de risque susceptibles de d'entraîner une MNT. Les approches existantes, pertinentes pour la stratégie, sont poursuivies à cet effet. Les mesures qui intègrent des approches « phases de la vie » et « cadre de vie » en fonction des besoins et portent sur plusieurs facteurs de risque sont renforcées. Une attention particulière est accordée à la promotion de la santé ciblant les personnes en situation de vulnérabilité.

CA 2 : Prévention dans le domaine des soins

Les mesures fondées sur des données probantes, qui visent à renforcer la prévention dans le domaine des soins, sont durablement ancrées et développées. Les interfaces et la collaboration dans et en dehors des soins médicaux sont améliorées pour assurer une offre coordonnée.

CA 3 : Coordination et coopération

L'utilisation des plates-formes établies se poursuit et elles sont axées sur les objectifs de la stratégie MNT. Une conférence des parties prenantes sur les MNT sera instaurée pour aborder régulièrement la mise en œuvre de la stratégie et offrir une plateforme aux acteurs. Un comité spécialisé conseille sur des questions spécifiques en matière de prévention dans le domaine des soins.

CA 4 : Financement

Pour atteindre les objectifs formulés dans cette stratégie, il importe de garantir une utilisation des moyens financiers axée sur la stratégie et une affectation efficace des ressources. Des moyens supplémentaires sont nécessaires pour mettre en place des offres de prévention dans le domaine des soins et renforcer la prévention auprès des personnes âgées.

CA 5 : Monitoring et recherche

Un système de monitoring des MNT est mis en place sur la base des données existantes. Les axes de recherche existants sont examinés et redéfinis au besoin. L'innovation est encouragée, avec pour priorité l'accompagnement scientifique de projets de prévention multisectoriels et focalisés sur plusieurs facteurs de risque ainsi que de projets de renforcement des interfaces entre les soins médicaux et la prévention

CA 6 : Information et formation

Le public est activement informé des MNT, de leurs causes et de l'importance des conditions-cadres propices à la santé. Il faut s'assurer que les personnes en situation de vulnérabilité aient également accès à des informations adaptées aux groupes cibles. Les offres de formation pour les personnes atteintes de maladies chroniques et leurs proches sont développées, car elles soutiennent le développement de compétences pratiques en matière de prévention dans le domaine des soins.

CA 7 : Conditions-cadres

Les conditions de vie, de travail et environnementales sont conçues et organisées de telle sorte qu'un comportement favorable à la santé soit attrayant pour la population. L'égalité des chances dans l'accès à la promotion de la santé et à la prévention est recherchée. Les questions de prévention et de santé sont davantage prises en compte dans la politique multisectorielle de la santé.

La stratégie MNT est élaborée pour la période de 2017 à 2024. A l'issue de l'adoption de la stratégie, la Confédération, les cantons et la fondation Promotion Santé Suisse définiront ensemble des mesures qui seront mises en œuvre à partir de 2017. Les autres acteurs étatiques et non-étatiques sont invités à focaliser également leurs activités sur les objectifs de la stratégie MNT et à les développer de manière à ce qu'elles se supportent et se complètent mutuellement.

La Confédération et les cantons rendent régulièrement compte au Dialogue Politique nationale suisse de la santé sur les différentes étapes de la mise en œuvre visant à atteindre les objectifs.

En 2020, le Conseil fédéral sera informé du déroulement de la mise en œuvre de la stratégie par le biais d'un rapport intermédiaire. En 2024, un rapport d'évaluation sur la pertinence, l'efficacité et la durabilité des mesures lui sera adressé.

Table des matières

Avant-propos	3
La stratégie MNT en bref.....	4
1 Enjeux et mandat.....	9
1.1 Enjeux sociétaux	9
1.2 Stratégie nationale MNT	10
1.3 Principales interfaces	10
2 Vue d'ensemble des maladies non transmissibles.....	13
2.1 Charge de morbidité	13
2.2 Facteurs de risque.....	16
2.3 Coûts	20
3 La prévention aujourd'hui	22
3.1 Activités internationales.....	22
3.2 La prévention en Suisse.....	23
3.3 Méthodes de prévention	25
3.4 Dépenses et financement.....	29
4 Vision et objectifs stratégiques	32
5 Champs d'action et axes d'intervention.....	33
5.1 Promotion de la santé et prévention (CA 1)	36
5.2 Prévention dans le domaine des soins (CA 2)	37
5.3 Coordination et coopération (CA 3).....	39
5.4 Financement (CA 4)	40
5.5 Monitoring et recherche (CA 5)	42
5.6 Information et formation (CA 6)	44
5.7 Conditions-cadres (CA 7)	46
6 Mise en œuvre de la stratégie	48
Annexe.....	50
Exemples	50
Abréviations.....	53
Remerciements	54
Glossaire.....	55
Mémento statistique	59

1 Enjeux et mandat

1.1 Enjeux sociétaux

Jusqu'au début du XX^e siècle, les maladies transmissibles (infections) constituaient la principale cause de maladie et de décès prématurés. L'impact de ces maladies a été fortement atténué depuis lors grâce aux progrès sociaux et médicaux et l'espérance de vie moyenne s'est considérablement améliorée. Par la suite, les maladies non transmissibles (MNT) sont toutefois devenues la principale cause de la charge de morbidité dans la population. Ces maladies qui englobent le cancer, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les affections chroniques des voies respiratoires et les troubles musculo-squelettiques occasionnent des décès prématurés, des douleurs chroniques et une diminution de la qualité de vie. Elles engendrent par ailleurs des coûts économiques élevés.

L'évolution démographique laisse à penser que les MNT vont encore prendre de l'importance. Le rapport Santé2020², qui décrit les priorités de la politique sanitaire du Conseil fédéral, précise à ce sujet : « L'évolution des conditions de vie et de travail, l'évolution démographique, les avancées médicales et les changements de comportement sanitaire ont pour effet une augmentation constante de la prévalence des maladies chroniques et d'autres maladies non transmissibles, et par là, une augmentation du nombre de patients qui font appel au système de santé. »

D'ailleurs le Conseil fédéral affirme : « A l'avenir, les soins devront être davantage conçus en fonction des patients et se concentrer sur leurs besoins. Les structures actuelles sont trop axées sur les soins d'urgence et le secteur hospitalier. Il faut proposer des soins différenciés aux patients. Quant aux prestations, elles doivent cibler la prévention des maladies, les soins de longue durée pour les patients atteints de maladies chroniques ainsi que les personnes en fin de vie. »

Le rapport de l'OCDE³ de 2011 sur le système de santé suisse parvient à une conclusion similaire : « En dépit de (ces) résultats remarquables, les défis, à l'avenir, pour maintenir et améliorer le système de santé suisse seront notables. La population, en Suisse, est plus âgée que dans la plupart des autres pays de l'OCDE. Par ailleurs, les changements dans le mode de vie laissent présager une montée des risques pour la santé au sein de la population suisse, à l'avenir. [...] Ces tendances, conjuguées aux avancées dans les technologies médicales et au vieillissement démographique, font que les résidents suisses, dans les prochaines décennies, seront davantage susceptibles de vivre avec une ou plusieurs affections chroniques que ce n'est le cas aujourd'hui. En vérité, ils pourraient présenter plusieurs affections chroniques ou pathologies. »

Le rapport national sur la santé 2015⁴ prête une attention particulière aux aspects importants des maladies chroniques et donne ainsi un aperçu actuel des MNT en Suisse. On y constate également que les MNT représentent l'un des défis majeurs pour le système de santé et la santé publique.

² <http://www.bag.admin.ch/gesundheits2020/index.html?lang=fr>

³ OECD/WHO (2012), OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011, OECD Publishing. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems_19901410

⁴ Observatoire suisse de la santé (éd.) (2015) : La santé en Suisse – Le point sur les maladies chroniques. Rapport national sur la santé 2015. Berne : Hogrefe Verlag.

1.2 Stratégie nationale MNT

Le Dialogue Politique nationale suisse de la santé⁵ a demandé, en 2013, qu'une « stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles » (stratégie MNT) soit élaborée afin de répondre aux enjeux sociétaux. La stratégie Santé2020⁶ du Conseil fédéral cherche également à renforcer la prévention des MNT et à améliorer l'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques.⁷ La stratégie MNT est un but central du Programme de législature 2016–2019 de la Confédération.

Mandat

La stratégie MNT offre un cadre de référence aux acteurs étatiques et non-étatiques pour leurs efforts de prévention des maladies non transmissibles. Elle se focalise sur la prévention des MNT et complète les stratégies existantes dans le domaine de la prévention, spécifiques à des maladies (cf. le chap. 1.3). Sur la base des acquis, elle présente simultanément des perspectives pour le développement de la promotion de la santé et de la prévention et le renforcement de cette dernière dans les soins de santé.

Orientation

La définition des priorités s'appuie sur les orientations définies par l'OMS, axées sur la prévention des maladies cardiovasculaires, du cancer, des affections chroniques des voies respiratoires et du diabète. La prévention des troubles musculo-squelettiques est également incluse en raison de la charge de morbidité spécifique en Suisse. Plutôt que de se concentrer exclusivement sur des maladies spécifiques, la stratégie MNT cherche à en combattre les causes communes et présente des solutions pour les éviter, en retarder l'apparition ou en atténuer les conséquences.

Priorités

Les acteurs de premier plan, Office fédéral de la santé publique (OFSP), Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et Promotion Santé Suisse (PSCH), ont assumé la responsabilité partenariale de l'élaboration de la stratégie MNT. De nombreuses autres organisations se sont engagées dans l'élaboration de la stratégie (cf. annexe). Les contenus de cette stratégie ont été élaborés conjointement avec des représentants des principaux groupes d'acteurs en s'appuyant sur deux rapports de base⁸ qui ont approfondi les thèmes « Facteurs de risque, activités nationales en matière de prévention et synergies avec les stratégies spécifiques à des maladies » et « Prévention dans le domaine des soins ».

Processus d'élaboration

Entre août et septembre 2015, l'OFSP et la CDS ont mené ensemble une consultation auprès des acteurs. Les résultats de cette consultation ont été analysés et intégrés dans la présente stratégie.

1.3 Principales interfaces

La stratégie MNT est liée à d'autres programmes et stratégies de la Confédération, des cantons et d'autres acteurs. Lors de la mise en œuvre de la stratégie MNT, une bonne coordination et la mise à profit optimale des synergies sont notamment recherchées dans les stratégies, programmes et projets suivants. Les interfaces qui en découlent assurent la collaboration avec les organisations compétentes lors de la mise en œuvre.

⁵ www.nationalegesundheits.ch/fr

⁶ <http://www.bag.admin.ch/gesundheits2020/index.html?lang=fr>

⁷ La présente stratégie répond aux objectifs suivants de Santé2020 : objectif 1.1 Promouvoir une offre de soins moderne ; objectif 1.3 Renforcer la promotion de la santé et la prévention des maladies ; objectif 2.1 Renforcer l'égalité en matière de financement et l'accès aux soins ; objectif 2.3 Renforcer les droits des patients et des assurés ; objectif 3.3 Disposer de davantage de personnel soignant bien formé.

⁸ <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/14877/index.html?lang=fr>

Stratégies et projets découlant de la stratégie Santé2020 du Conseil fédéral avec laquelle une étroite coordination est assurée :

- Tant la *stratégie MNT* que la *stratégie Addictions* adoptée par le Conseil fédéral en novembre 2015 ont un impact sur la promotion de la santé et la prévention, mais aussi sur les soins médicaux. La *Stratégie Addictions 2017–2024* met en outre l'accent sur l'offre sanitaire, à savoir sur la prise en charge des personnes dépendantes (détection précoce et thérapie des dépendances ainsi que réduction des risques). Les interfaces entre la stratégie MNT et la stratégie Addictions font l'objet d'une attention particulière lors de leur mise en œuvre et les mesures seront ainsi élaborées conjointement dès 2016.
- *Le Projet sur la santé psychique* a pour objet le maintien et la promotion de la santé psychique ainsi que la prévention et la détection précoce des maladies psychiques. Le *Plan d'action prévention du suicide* utilise le rapport sur la santé psychique et élabore différents dossiers de travail thématiques. Les mesures de ce projet seront également élaborées conjointement avec les mesures de la stratégie MNT dès 2016.
- La *Stratégie pour les soins de longue durée* vise à répondre au fait que le vieillissement de la société se traduira en Suisse par un besoin de financement considérable pour les soins de longue durée. Elle analyse les enjeux politiques, financiers, du marché du travail, infrastructurels et sociétaux et présente des possibilités d'action, notamment en rapport avec la prévention auprès des personnes tributaires de soins.
- La *Stratégie nationale en matière de démence 2014–2017* vise à atténuer le fardeau représenté par la maladie et à améliorer la qualité de vie des personnes touchées. Les personnes atteintes de démence doivent notamment avoir accès à des offres de haute qualité, à bas seuil et permanentes pour des soins intégrés.
- Dans son champ d'action 9 (Santé), la *Stratégie pour le développement durable 2016–2019* (élaborée sous la responsabilité de l'Office fédéral du développement territorial) s'appuie sur la stratégie MNT. Cette dernière est donc indispensable à la réalisation de ses objectifs.

Stratégies spécifiques à des maladies clairement délimitées par rapport à la stratégie MNT :

- La *Stratégie nationale contre le cancer 2014–2017* (élaborée par Oncosuisse pour le compte du Dialogue Politique nationale suisse de la santé) fixe les principaux champs d'action dans les trois secteurs Prévention et dépistage, Prise en charge et Recherche pour les années à venir. Elle encourage notamment le dépistage précoce et l'amélioration des sources de données.
- En complément à la stratégie MNT, la *Stratégie nationale de lutte contre les maladies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux et le diabète* (en cours d'élaboration depuis 2014, un projet de Cardiovasc Suisse) a pour principal objectif de définir un cadre d'action à partir des orientations qui auront été retenues et jugées prioritaires par les acteurs et de renforcer ainsi les synergies entre les intervenants, notamment en ce qui concerne le traitement et la thérapie des personnes déjà malades.
- En complément à la stratégie MNT, la *Stratégie nationale contre les troubles musculo-squelettiques* (en cours d'élaboration à compter depuis 2015, un projet de la Ligue suisse contre le rhumatisme) vise à systématiser et à coordonner les nombreuses activités de prévention et de prise en charge thérapeutique dans le domaine des troubles musculo-squelettiques.

Les programmes nationaux de prévention suivants sont intégrés dans la présente stratégie et dans de nouvelles mesures :

- *Alcool (2008–2012, prolongé jusqu'en 2016) : ce programme regroupe les acteurs actifs dans le domaine de la prévention en matière d'alcool. Les thématiques sont la recherche et le monitoring, la communication, la constitution de réseaux internationaux ainsi que le financement des projets de prévention en matière d'alcool.*
- *Tabac (2008–2012, prolongé jusqu'en 2016) : ce programme a pour objectif de réduire le nombre des cas de maladie et des décès dus au tabagisme en Suisse. Quatre domaines principaux sont prioritaires : information et sensibilisation de l'opinion, protection de la santé et réglementation du marché, prévention comportementale, coordination et collaboration.*
- *Alimentation et activité physique (2008–2012, prolongé jusqu'en 2016) : ce programme vise à inciter la population à adopter une alimentation équilibrée et à pratiquer une activité physique suffisante. Il s'agit de lutter efficacement contre le surpoids, l'obésité, les troubles alimentaires et les MNT qui y sont associées. La *Stratégie alimentaire suisse (2013–2016)* en fait partie. Elle se focalise sur une alimentation équilibrée et formule six domaines d'action, en rappelant la fréquence croissante des maladies non transmissibles.*
- *Migration et santé (2002–2007, 2008–2013, 2014–2017) : ce programme vise à améliorer le comportement sanitaire et l'état de santé de la population migrante en Suisse.*

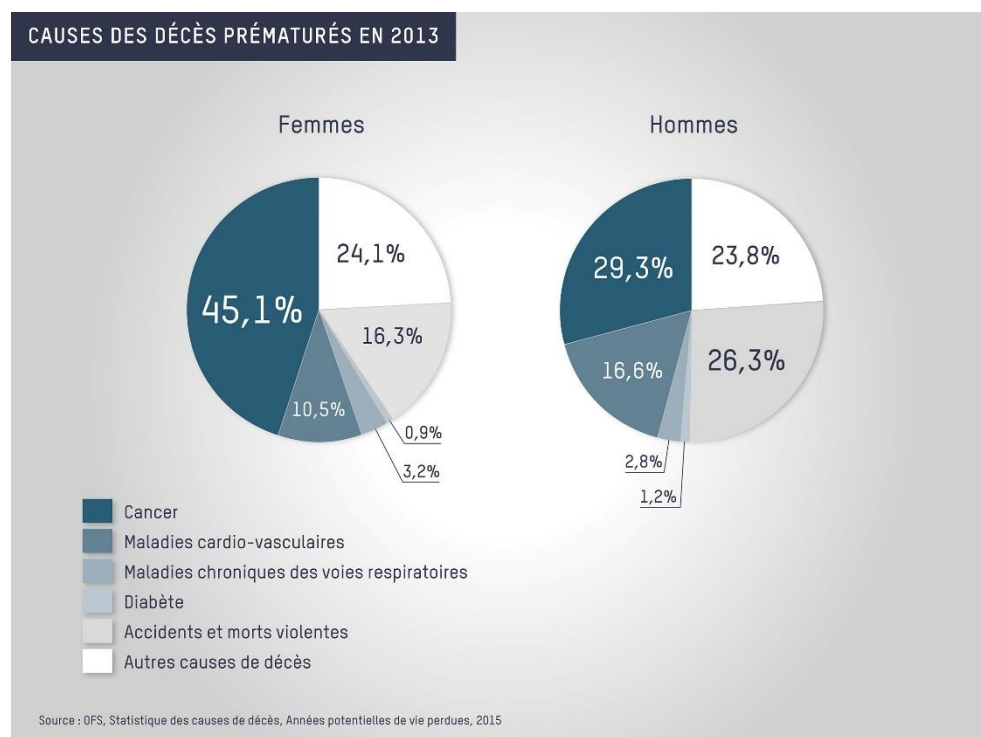
2 Vue d'ensemble des maladies non transmissibles

2.1 Charge de morbidité

En règle générale, les maladies somatiques non transmissibles se développent sur de nombreuses années, ce qui est également le cas des cinq MNT sur lesquelles se concentre cette stratégie, à savoir les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer, les affections chroniques des voies respiratoires et les troubles musculo-squelettiques. La survenue d'une MNT peut souvent être évitée ou du moins retardée, grâce à la promotion de la santé et à une prévention précoce. Mais même dans le cas d'une MNT existante, la qualité de vie et l'autonomie peuvent souvent être améliorées, par exemple en adaptant le mode de vie. Les personnes atteintes vivent généralement encore des années malgré leur maladie, le traitement est souvent ambulatoire, les hospitalisations ne sont nécessaires que pour les problèmes de santé les plus graves.

Selon l'Office fédéral de la statistique (OFS), quatre MNT étaient à l'origine d'environ deux tiers des décès en Suisse en 2013 : maladies cardiovasculaires (env. 33 %), cancer (env. 26 %), affections des voies respiratoires (env. 6 %) et diabète (env. 2 %).

En outre, les MNT sont à l'origine de la plupart des cas de décès prématurés.⁹ En 2013, les maladies cardiovasculaires, les tumeurs malignes, les maladies des voies respiratoires et le diabète ont causé 49,9 % des décès prématurés chez les hommes (sur un total de 109 223 années potentielles de vie perdues [APVP]) et 59,6 % des décès prématurés chez les femmes (sur un total de 60 570 APVP). Cela concerne env. 5400 hommes et env. 3500 femmes, soit une moyenne de plus de dix années de vie perdues par personne.¹⁰



⁹ Selon la définition de l'OFS, la mortalité prématurée se mesure à l'aide du nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP). Les APVP sont des années de vie perdues au cours d'une année civile suite à des décès avant l'âge de 70 ans révolus.

¹⁰ Source : analyse spéciale de l'OFS.

Les maladies actuellement visées par cette stratégie sont brièvement présentées ci-après. Des informations concernant ces MNT ou d'autres MNT encore, peuvent être trouvées dans le Rapport national sur la santé 2015.¹¹

Les maladies cardiovasculaires englobent aussi bien les maladies du cœur que les troubles de la circulation sanguine (p. ex. l'infarctus et l'accident vasculaire cérébral), mais aussi un affaiblissement général, non spécifique, du système cardiovasculaire chez les personnes très âgées. Les maladies cardiovasculaires sont particulièrement importantes pour la stratégie MNT. Les décès dus à des maladies cardiovasculaires sont plus fréquents de 20 % chez les femmes que chez les hommes (2013 : 11 793 contre 9719). La mortalité due à ces maladies est en baisse et ce recul est plus marqué chez les hommes que chez les femmes. Les hommes sont plus fréquemment hospitalisés pour une maladie cardiovasculaire que les femmes (2012 : 67 549 contre 53 208). Alors que la mortalité due aux maladies cardiovasculaires a diminué de moitié au cours des 16 dernières années, le nombre d'hospitalisations dues aux infarctus et attaques cérébrales a triplé. Ainsi, si les chances de survie sont meilleures aujourd'hui, la durée de la maladie est plus longue et les coûts sont élevés pour le système de santé. Le tabagisme, le manque d'activité physique, une alimentation déséquilibrée, une consommation excessive d'alcool, l'hypertension artérielle, un taux de cholestérol trop élevé, une glycémie trop élevée, le diabète et le surpoids sont considérés comme les principaux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires.

Maladies cardiovasculaires

Quatre personnes sur dix souffrent de cancer au cours de leur vie. Chaque année, quelque 20 000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués chez les hommes et 17 000 chez les femmes. Le cancer peut survenir à tout âge, mais le risque augmente au fil du temps : seule une personne atteinte de cancer sur dix a moins de 50 ans. Le cancer est la deuxième cause de mortalité en Suisse. Environ 9200 hommes et 7300 femmes en meurent chaque année.¹² Le tabagisme, une consommation excessive d'alcool, le manque d'activité physique, une alimentation déséquilibrée et le surpoids en constituent les principaux facteurs de risque.

Cancer

L'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) focalisent l'attention en ce qui concerne les affections des voies respiratoires. Quelque 6,7 % des adultes et 7,4 % des mineurs souffrent d'asthme en Suisse (2011 : environ 543 000 personnes en tout). Entre 5,1 % et 7,0 % de la population est atteinte de MPOC¹³. Le nombre total des patients est donc compris entre 400 554 et 562 247. Environ 90 % des personnes atteintes de MPOC fument ou ont fumé. Les personnes en surpoids et/ou exposées à de la poussière et à des polluants dans le cadre de leur travail agricole ou industriel sont également menacées.

Affections chroniques des voies respiratoires

Le diabète est à la fois une MNT et un facteur de risque important pour l'apparition de maladies cardiovasculaires. Le diabète de type II représente 90 à 95 % de tous les cas de diabète. En 2012, 4,4 % des hommes et 2,7 % des femmes de 15 ans et plus dans les ménages privés ont indiqué avoir été suivis par un médecin pour un diabète au cours des 12 derniers mois.¹⁴ Le nombre de personnes concernées augmente rapidement chez les hommes dès 45 ans et chez les femmes dès 55 ans. Les tendances indiquent qu'un diabète est aussi de plus en plus souvent diagnostiqué chez des personnes plus jeunes, généralement obèses. Le diabète de type II

Diabète

¹¹ Observatoire Suisse sur la Santé (éd.) (2015) : La santé en Suisse - Le point sur les maladies chroniques. Rapport national sur la santé 2015. Berne : Hogrefe Verlag.

¹² <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/05.html>

¹³ Wüthrich, B. et al (2013): Prevalence of Atopy and Respiratory Allergic Diseases in the Elderly SAPALDIA Population. Int Arch Allergy Immunol, 2013. 162(2) : p. 143-8.

¹⁴ Enquête suisse sur la santé 2012 ; <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2012/>

étant généralement asymptomatique pendant une longue période, le dépistage et la prévention sont essentiels. Le manque d'activité physique, une alimentation déséquilibrée, le tabagisme et le surpoids sont autant de facteurs de risque du diabète.

Les troubles musculo-squelettiques englobent toutes les affections des muscles, tendons, ligaments et os et se manifestent au travers de plus de 200 pathologies différentes comme l'arthrose, l'arthrite, l'ostéoporose, les douleurs dorsales ou le rhumatisme des tissus mous. Selon les estimations, environ 2 millions de personnes en Suisse souffrent de troubles musculo-squelettiques et 300 000 d'entre elles sont gravement, voire très gravement handicapées.¹⁵ Les facteurs de risque de nombreux troubles musculo-squelettiques sont également dus au style de vie et incluent le surpoids, le manque d'activité physique, une mauvaise alimentation, un comportement ergonomique inapproprié, une consommation excessive d'alcool, la consommation de tabac et des facteurs de risque psychosociaux ou le stress.

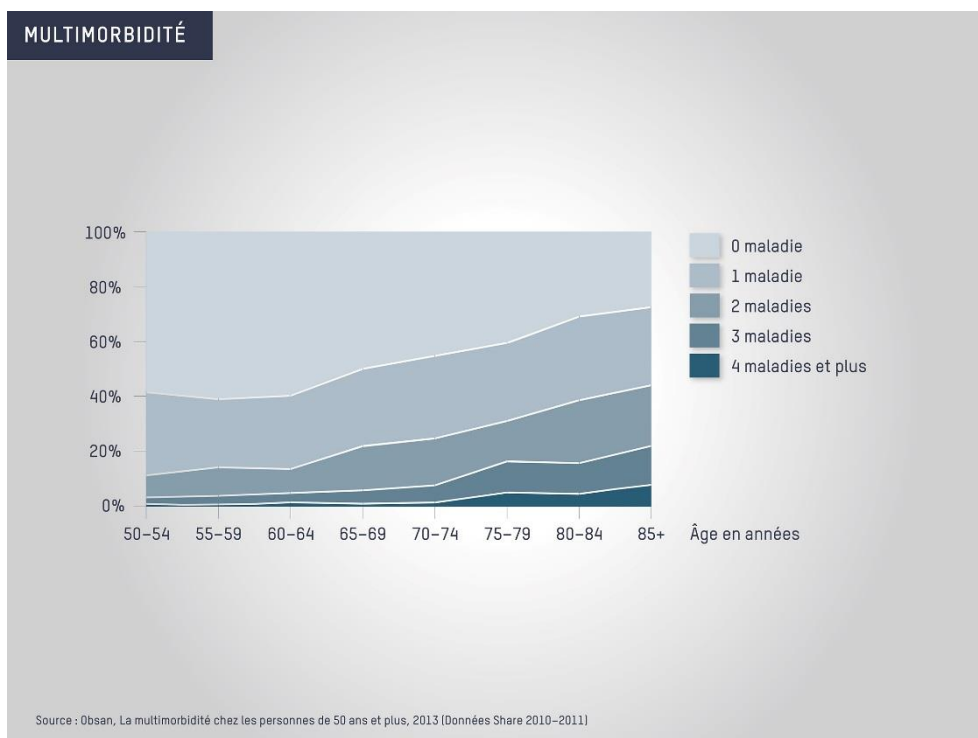
Troubles musculo-squelettiques

Outre les facteurs de risque précités, il existe un lien entre niveau d'éducation et probabilité de survenance pour les cinq MNT visées par la stratégie. Ainsi, les personnes appartenant à des couches de la population qui ont un faible niveau de formation souffrent plus souvent d'une MNT que les personnes ayant un niveau de formation élevé.¹⁶

Inégalité sociale

Il est fréquent que les individus ne souffrent pas que d'une seule maladie, mais de plusieurs simultanément (multimorbidité) en vieillissant et il s'agit généralement de maladies non transmissibles ; environ 10 % des plus de 50 ans sont multimorbides et au-delà de 80 ans, ce taux dépasse les 30 %. On compte un seul diagnostic pour 11 % des décès, deux diagnostics pour 24 %, trois diagnostics pour 30 % et quatre diagnostics pour 31 % des décès.¹⁷

Multimorbidité



¹⁵ Valeurs selon les informations fournies par la Ligue suisse contre le rhumatisme, 2015

¹⁶ Observatoire suisse de la santé (éd.) (2015). La santé en Suisse – Le point sur les maladies chroniques. Rapport national sur la santé 2015. Berne : Hogrefe Verlag.

¹⁷ Moreau-Gruet, OFS (2013). Bulletin Obsan 4. La multimorbidité chez les personnes de 50 ans et plus.

En dehors des cinq MNT précitées, les gens peuvent souffrir d'autres MNT somatiques, dont l'apparition et les conséquences individuelles peuvent être tout aussi pénalisantes. La sclérose en plaques ou les maladies gastro-intestinales chroniques en sont des exemples. Comme elles sont moins fréquentes, elles occasionnent une moindre charge de morbidité¹⁸ pour la société et ne font donc pas explicitement l'objet de cette stratégie. Dans la mesure où elles peuvent être influencées par le style de vie ou par la réduction des facteurs de risque, la mise en œuvre de la stratégie peut toutefois aussi avoir des effets positifs sur ces maladies.

2.2 Facteurs de risque

Fondamentalement, on distingue *les facteurs de risque liés au style de vie* (p. ex. une alimentation déséquilibrée) et *les facteurs de risque physiologiques* (p. ex. un taux de cholestérol élevé). Ces deux types de facteurs de risques augmentent la probabilité de souffrir d'une MNT. Les facteurs de protection comme une activité physique suffisante réduisent en revanche ce risque.

Une étude récemment publiée en Suisse a montré que la probabilité de survie d'une personne au cours des dix années à venir était étroitement liée à l'interaction des quatre facteurs de risque propres au mode de vie (consommation de tabac et consommation excessive d'alcool, alimentation déséquilibrée et manque d'activité physique)¹⁹. La combinaison de ces quatre facteurs est comparable à une différence d'âge de 10 ans : ainsi, une personne âgée de 65 ans qui a un mode de vie déséquilibré a les mêmes chances de survie pendant les dix prochaines années (67 %) qu'une personne de 75 ans au mode de vie sain (67 %).

L'OMS²⁰ décrit notamment l'interaction de différents facteurs d'influence. L'illustration suivante se base notamment sur les résultats de la « Surveillance globale des facteurs de risque des MNT »²¹ et récapitule les facteurs d'influence ayant un effet sensible sur la survenue et le développement de MNT (premier bloc = facteurs de risque et de protection comportementaux ; deuxième bloc = facteurs de risque physiologiques ; troisième bloc = facteurs socio-économiques).

La situation actuelle des facteurs de risque essentiels pour cette stratégie est brièvement présentée ci-après.

¹⁸ Décès prématurés, affections chroniques, qualité de vie restreinte.

¹⁹ Martin-Diener E. et al. (2014) The combined effect on survival of four main behavioural risk factors for non-communicable-diseases, *Preventive Medicine*, Volume 65, Issue null, pages 148-152.

²⁰ OMS (2014), Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles. Genève. Fact sheets : noncommunicable diseases : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/noncommunicable-diseases/en/>

²¹ OMS (Surveillance globale des facteurs de risque des MNT) ; sources diverses concernant les troubles musculo-squelettiques, http://www.who.int/ncd_surveillance/strategy/en/ ; mais aussi : Preventing Chronic Disease : A Strategic Framework. Victoria : National Public Health Partnership, October 2001 ; Keller U, Battaglia Richi E, Beer M, Darioli R, Meyer K, Renggli A, Römer-Lüthi C, Stoffel-Kurt N. Sixième rapport sur la nutrition en Suisse. Berne : Office fédéral de la santé publique, 2012 ; OMS, Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2014 ; OMS (Fact sheets : noncommunicable diseases).

MALADIES ET FACTEURS D'INFLUENCE

		Maladies				
		Maladies cardio-vasculaires	Diabète	Cancer	Maladies chroniques des voies respiratoires	Maladies musculo-squelettiques
Facteurs d'influence	Tabac	●	●	●	●	●
	Alcool	●		●		●
	Alimentation	●	●	●		●
	Activité physique	●	●	●		●
	Pression artérielle	●				
	Lipidémie	●				
	Poids	●	●	●	●	●
	Statut socio-économique	●	●	●	●	●

Au cours de l'année 2013, environ un cinquième (22 %) de la population suisse âgée de plus de 15 ans a présenté une consommation d'alcool à risque. 21,1 % de la population a eu une consommation à risque ponctuelle.²² 3,9 % de la population a eu une consommation chronique à risque.²³ 3 % a cumulé les deux comportements. La consommation à risque est restée stable par rapport à l'année 2012 mais a légèrement augmenté par rapport à 2011. L'ivresse ponctuelle a gagné du terrain, tandis que la consommation chronique à risque est en léger recul, notamment chez les femmes.²⁴ Des études²⁵ actuelles sur la consommation d'alcool des écoliers montrent qu'environ un tiers des jeunes de 15 ans ont consommé de l'alcool en 2002, au moins une fois par semaine. Mais cette valeur a ensuite fortement diminué, ainsi, seul un jeune de 15 ans sur dix a consommé de l'alcool au moins une fois par semaine en 2014.

Alcool

Depuis 2002, la part des personnes qui pratiquent une activité physique suffisante a légèrement augmenté.²⁶ Actuellement, 72 % de la population suisse est suffisamment active, ce qui signifie que leur activité correspond aux recommandations Activité physique et santé.²⁷ Parallèlement, la part des inactifs dont l'activité physique est inférieure à 30 minutes par semaine a baissé. La part des enfants et des jeunes

Activité physique

²² Consommation à risque ponctuelle selon l'OMS : pour les femmes : consommation de quatre boissons alcoolisées standard et plus lors d'une occasion (= env. 40-48 g d'alcool pur et plus), au moins une fois par mois. Pour les hommes : consommation de cinq boissons alcoolisées standard et plus lors d'une occasion (= env. 50-60 g d'alcool pur et plus), au moins une fois par mois.

²³ Consommation chronique d'alcool à risque selon l'OMS : pour les femmes : consommation de 20 g d'alcool pur et plus (= deux boissons standard et plus) en moyenne par jour. Pour les hommes : consommation de 40 g d'alcool pur et plus (= quatre boissons standard et plus) en moyenne par jour.

²⁴ Le Monitoring suisse des addictions réalisé pour le compte de l'OFSP met à disposition des bases de données importantes pour l'alcool et le tabac. Les chiffres les plus récents remontent à 2014.

²⁵ Addiction Suisse (2015) : Consommation d'alcool des jeunes en Suisse en 2014 et son évolution depuis 1986. Résultat du rapport de recherche HBSC « Health Behaviour in School-aged Children », no. 75. Lausanne.

²⁶ Système de monitoring alimentation et activité physique, www.moseb.ch

²⁷ Activité physique et santé, www.hepa.ch/

qui ne respectent pas les recommandations en matière d'activité physique est nettement moins élevée.²⁸ Le mode de vie sédentaire, que ce soit au travail, au domicile ou pendant les loisirs et lors des déplacements, constitue un gros défi.²⁹ Une activité physique régulière durant les loisirs ne permet pas de compenser tous les effets négatifs de la position assise prolongée au quotidien.

L'Enquête suisse sur la santé 2012³⁰ montre que seules 19,2 % des personnes interrogées consomment les trois portions de légumes ou salade et les deux portions de fruits recommandées par jour. La part des personnes soucieuses de leur alimentation n'a guère changé depuis 1992, mais la part des enfants et des adolescents consommant plusieurs fruits par jour a légèrement progressé au fil du temps. Les quatre obstacles à une alimentation saine les plus fréquemment évoqués sont : « une préférence marquée pour les bons repas », « le prix élevé des denrées alimentaires saines », « les habitudes et les contraintes du quotidien » et « l'investissement en temps pour acheter et apprêter les denrées alimentaires ».

Alimentation

Un quart de la population suisse dès 15 ans consomme du tabac (17,6 % quotidiennement, 7,4 % occasionnellement). Les fumeurs de cigarettes quotidiens fument en moyenne 14,3 cigarettes par jour (16 cigarettes en 2001) contre 1,3 cigarette pour les fumeurs occasionnels. La part des fumeurs est la plus forte chez les 25–34 ans (34,4 %) et la plus faible chez les personnes âgées de 75 ans et plus. Le tabagisme a constamment augmenté jusqu'à la fin des années 1990, avant de diminuer progressivement par la suite. Depuis 2008, on note une stagnation. Les personnes qui commencent à fumer quotidiennement avant l'âge de 15 ans présentent des niveaux de dépendance au tabagisme plus élevés que celles qui commencent à le faire plus tardivement.³¹

Tabac

Les facteurs de risque physiologiques peuvent être héréditaires. Pour l'essentiel, ils sont cependant la conséquence des facteurs de risque comportementaux et augmentent la probabilité de souffrir d'une MNT. Une modification du style de vie et parfois un traitement médicamenteux permettent d'éliminer ou d'atténuer les facteurs de risque physiologiques.

Facteurs de risque physiologiques

Selon, une analyse détaillée de l'Enquête suisse sur la santé 2012, 41 % des adultes sont concernés par le surpoids, dont 10,3 % par l'obésité (surpoids : $25 \leq \text{IMC} < 30$, obésité : $\text{IMC} \geq 30$). 19,1 % des enfants sont en surpoids ou obèses.³² Les principaux risques d'apparition du surpoids et de l'obésité sont le manque d'activité physique et une alimentation déséquilibrée.

La part des personnes ayant été diagnostiquées par leur médecin ou traitées pour de l'hypertension artérielle a augmenté entre 2002 et 2012. A l'heure actuelle, environ 16 % de la population sont traités pour de l'hypertension artérielle et 26,8 % ont été diagnostiqués. Les principaux risques d'apparition de l'hypertension artérielle sont une alimentation déséquilibrée, un manque d'activité physique, le tabagisme, une consommation d'alcool à risque et le stress.

La part des personnes chez qui un taux de cholestérol trop élevé a été diagnostiqué a également augmenté depuis 2002 : elle était de 17,4 % en 2012. Les principaux facteurs de risque d'un cholestérol trop élevé sont une alimentation déséquilibrée,

²⁸ HSBC (2010): "Health Behaviour in School-aged Children", indicateur MOSEB 3.2 www.moseb.ch

²⁹ Office fédéral du sport (OFSP) et Office fédéral de la santé publique (OFSP), A. Werkhausen, K. Favero, Th. Wyss (2014): Sitzender Lebensstil beeinflusst Gesundheit negativ.

³⁰ <http://www.portal-stat.admin.ch/sqb2012/>. Les données ont été collectées dans le cadre d'un entretien téléphonique en allemand, français et italien suivi d'un questionnaire écrit. L'enquête a été menée auprès de la population résidente permanente âgée d'au moins 15 ans dans des ménages privés. En particulier, l'état de santé et les comportements déterminants pour la santé ont été relevés.

³¹ <http://www.suchtmonitoring.ch>

³² Aeberli, I. et S. Murer (2013) : Fréquence du surpoids et de l'obésité chez les enfants suisses en âge de scolarité : une analyse de tendance de 1999 à 2012. ETH Zürich.

un manque d'activité physique, la consommation de tabac, une consommation d'alcool à risque et le stress.

En plus des facteurs de risque précités, d'autres risques et ressources individuels différents (qualifiés de déterminants de la santé ou de facteurs de protection) influencent la santé d'un individu, par exemple au travers du contexte économique et culturel, des conditions de vie et de travail, du cadre social ou de l'accès à des institutions et services de santé. Le modèle de déterminants de la santé³³ révèle le lien entre les conditions microsociales et les conditions macrosociales.

Déterminants de la santé



La stratégie MNT se concentre certes sur quatre facteurs de risque et cinq maladies, mais la lutte contre ces quatre facteurs de risque peut aussi avoir des conséquences positives sur d'autres maladies. En dehors de la stratégie MNT, d'autres efforts sont déployés pour lutter également contre des facteurs de risque et contribuer ainsi à la réalisation des objectifs communs. Au niveau de la prévention primaire, il s'agit par exemple de la protection contre le rayonnement solaire, de la protection de la santé au travail ou de la radioprotection. Au niveau de la prévention secondaire, les programmes cantonaux de dépistage (p. ex. programmes de mammographie) ou les traitements médicamenteux préventifs (p. ex. médicaments contre l'hypertension artérielle et le cholestérol) ne font pas partie de la stratégie MNT.

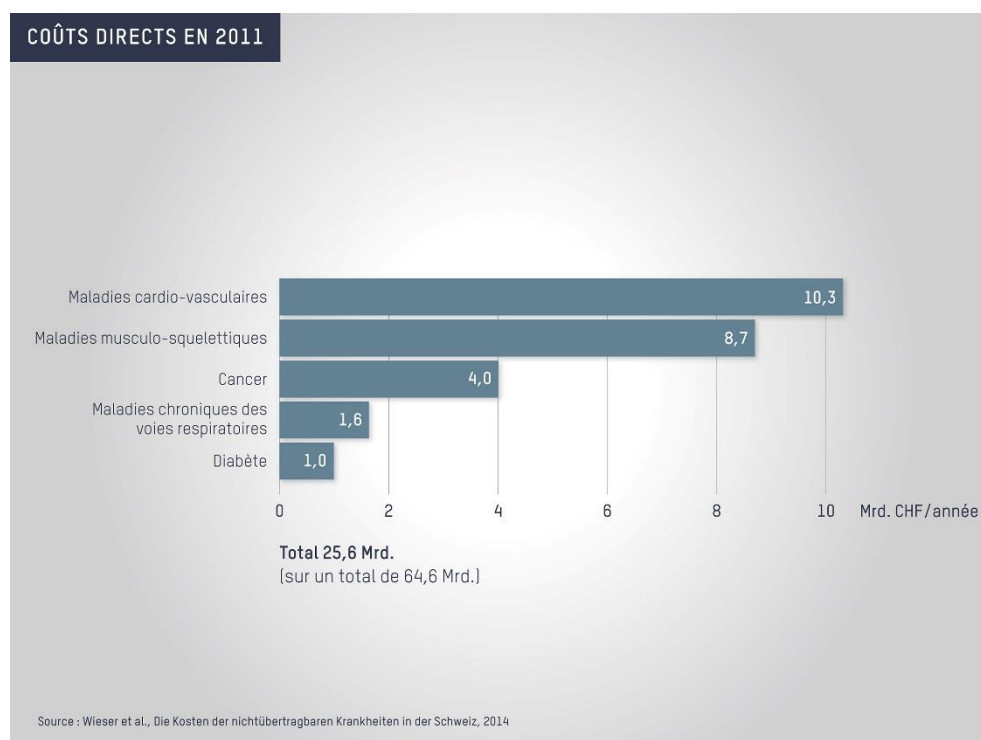
Délimitation

³³ OFSP (2005). Lignes directrices pour une politique multisectorielle de la santé. Berne.

2.3 Coûts

En 2011, le traitement des MNT a engendré des coûts directs de 51,7 milliards de francs en Suisse, soit plus de 80 % des dépenses de santé totales de 64,6 milliards de francs.³⁴ Le traitement des cinq MNT sur lesquelles se concentre cette stratégie, à savoir les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer, les affections chroniques des voies respiratoires et les troubles musculo-squelettiques a occasionné en 2011, en Suisse, des coûts directs de la santé à hauteur de 25,6 milliards de francs (39,7 %). Si l'on tient également compte des maladies psychiques et de la démence, cette valeur grimpe à 32,9 milliards de francs, soit environ 51 % de tous les coûts de la santé. Les coûts restants de 18,8 milliards de francs se répartissent entre de nombreuses maladies moins fréquentes, telles que les maladies du système digestif, les cirrhoses du foie, les maladies congénitales, les maladies des organes sensoriels, de la peau et de la cavité buccale. La survenue de ces maladies peut au moins en partie être influencée également par les facteurs de risques énon-

Coûts directs



cés au chapitre 2.2.

En Suisse, les MNT occasionnent également d'importants coûts indirects³⁵, lesquels, en fonction de la base de calcul, totalisent entre 15,4 et 29,5 milliards de francs pour l'ensemble des cinq MNT. Il s'agit principalement de pertes de productivité résultant de la maladie ou d'un décès prématuré. Des temps d'absence dus à la maladie, une baisse des performances et des absences prolongées sont notamment

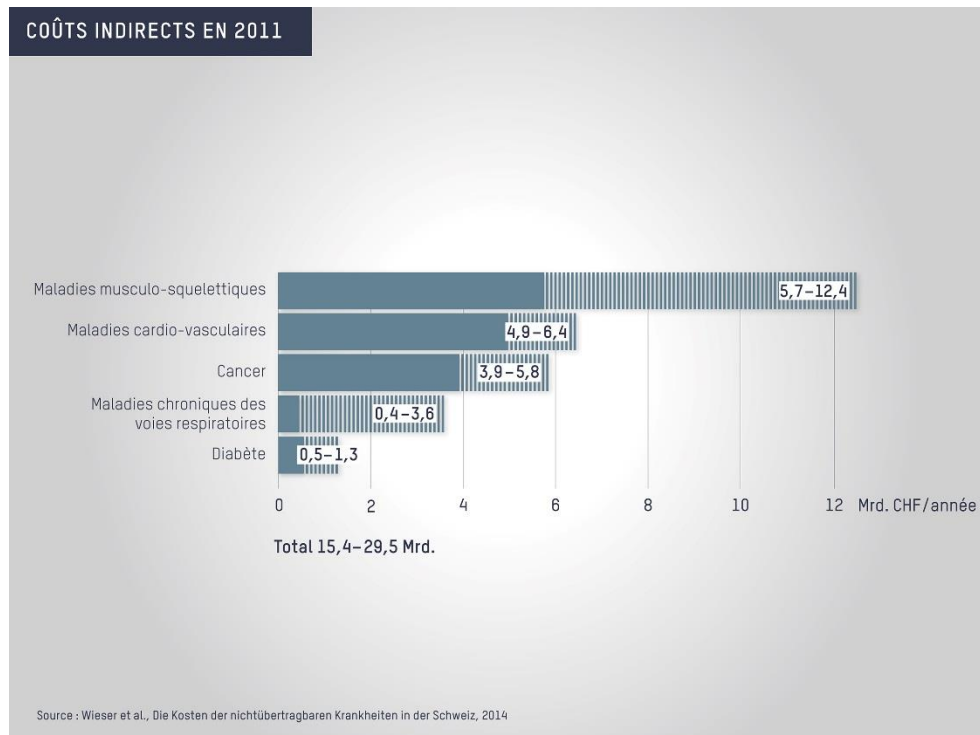
Coûts indirects

³⁴ Ceci inclut toutes les MNT, autrement dit le cancer, les maladies cardiovasculaires, les affections chroniques des voies respiratoires, les maladies psychiques, la démence, le diabète, les troubles musculo-squelettiques, les troubles du système digestif, les maladies neurologiques, les maladies génito-urinaires, du sang et endocriniennes, les maladies congénitales et autres MNT ; Wieser S. et al. (2014): Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz (en allemand uniquement). ZHAW, Winterthur.

³⁵ Wieser et al. (2014): Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Berechnungsgrundlagen 2011 (en allemand uniquement). ZHAW, Winterthur.

constatés sur le lieu de travail. Le temps des proches et des amis par exemple, qui soignent gratuitement une personne doit également être pris en compte.

Globalement, la situation est la suivante (valeurs en milliards de francs, de la valeur escomptée la plus basse à la plus élevée) :



Grâce à des mesures qui influencent le mode de vie individuel et l’environnement social, la charge de morbidité et les coûts³⁶ économiques qui y sont liés peuvent être réduits. L’OMS estime ainsi qu’au niveau mondial environ 80 % de toutes les maladies cardiovasculaires pourraient être évitées si les facteurs de risque correspondants étaient atténués. Par conséquent, les coûts afférents pourraient aussi enregistrer une baisse substantielle. Différentes études décrivent ces effets, par exemple une étude³⁷ menée par l’OMS et le Forum économique mondial (WEF) qui révèle que les mesures de promotion de la santé sur le lieu de travail peuvent réduire les coûts directs et indirects de plus de 25 %. Chaque dollar américain investi se traduit donc par des économies de plus de 5 dollars.

Rapport coût-bénéfice

Des analyses coût-bénéfice détaillées pour les facteurs de risque alcool et tabac sont disponibles pour la Suisse, sur la base des valeurs de l’année 2010³⁸. Il a pu être démontré que chaque franc investi avait un bénéfice avéré (alcool 1:23, tabac 1:41) et que le recul de la prévalence des problèmes d’alcool était lié au montant des dépenses cantonales de prévention et que les moyens investis permettaient d’économiser par ailleurs des coûts nettement supérieurs aux investissements. Il en va de même pour la prévention du tabagisme, pour laquelle il a été démontré que « les interventions de prévention ont contribué significativement au récent recul de

³⁶ Confédération suisse (2015) : Scénarios prévisionnels de la santé, rapport sur le plan financier 2013 – 2015 de la législature, Confédération suisse.

³⁷ WHO/WEF (2008): Preventing Noncommunicable Diseases in the Workplace through Diet and Physical Activity, 2008 http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596329_eng.pdf?ua=1

³⁸ Wieser et al. (2010): Rapport de synthèse – Evaluation économique des mesures de prévention en Suisse. <http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/15547/index.html?lang=fr&dow- nload=NHZLpZeg7t.Inp6l0NTU042l2Z6ln1ae2lZn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCJdH59f2ym162epYbq2c.JjKbNoKSn6A-->

la prévalence et de la consommation de tabac en Suisse (...) En termes économiques, le résultat annuel de la prévention du tabagisme équivaut à une réduction du coût social des maladies liées au tabagisme de près de 800 millions de francs (valeur comprise entre 544 et 931 millions). »

3 La prévention aujourd'hui

3.1 Activités internationales

La 66^e Assemblée mondiale de la Santé de l'OMS a adopté, en mai 2013, son Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013–2020.³⁹ Il s'appuie sur la vision suivante : « Un monde libéré de la charge évitable des maladies non transmissibles ». Il poursuit le but ci-après : « Réduire la charge évitable de morbidité, de mortalité et de handicap attribuable aux maladies non transmissibles au moyen de la collaboration et de la coopération multisectorielles aux niveaux national, régional et mondial, afin que les populations parviennent au meilleur état de santé et au plus haut niveau de productivité possibles à tout âge, et que ces maladies ne soient plus un obstacle au bien-être et au développement socio-économique ».

Plan d'action mondial
de l'OMS

Ce plan décrit différentes options permettant aux Etats membres et autres parties prenantes d'agir à tous les niveaux afin d'atteindre les neuf objectifs quantitatifs volontaires du plan. Les principes prioritaires suivants s'appliquent à cet égard : orientation sur les phases de la vie ; autonomisation des personnes et des communautés ; stratégies fondées sur des bases factuelles ; généralisation des soins de santé ; gestion des conflits d'intérêts effectifs ou potentiels ; respect des droits de l'homme ; égalité des chances en matière de santé ; action nationale en coopération et solidarité internationales ; démarches multisectorielles. L'OMS poursuit en outre des activités spécifiques aux facteurs de risque⁴⁰ et propose aux pays des mesures concrètes, pour certaines dans le cadre de programmes autonomes.

La région Europe de l'OMS a adopté son propre plan d'action pour la période 2012–2016.⁴¹ Il s'engage en faveur d'une approche globale et intégrée pour la prévention des MNT. Il s'investit pour des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies, qui s'adressent à l'ensemble de la population, tout en impliquant activement les groupes et individus à risques. Sa vision est la suivante : « Une Europe qui assure la promotion de la santé et réussit à empêcher la survenue de maladies non transmissibles susceptibles d'être prévenues, les décès prématurés et les incapacités évitables. »

OMS Europe

Le plan d'action pour l'Europe poursuit une approche globale qui intègre systématiquement les politiques et interventions visant à réduire les inégalités en santé, et lutte contre les maladies non transmissibles, tout en favorisant les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies au niveau des populations, ciblant activement les groupes et les individus à haut risque et cherchant à assurer des traitements et des soins efficaces. La région Europe de l'OMS élabore des activités⁴² complémentaires, spécifiques à des maladies, organise des conférences thématiques et met à disposition des informations sur la prévention. Des approches

³⁹ http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/

⁴⁰ *P. ex. Declarations of the 16th World Conference on Tobacco OR Health, March 17-21 2015, Abu Dhabi, UAE*; <http://www.who.int/tobacco/worldconference2015/en/>

⁴¹ <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-first-session/documentation/working-documents/wd12-action-plan-for-implementation-of-the-european-strategy-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-20122016>

⁴² <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases>

spécifiques aux facteurs de risque sont également abordées, par exemple, la « Déclaration de Vienne sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020 »⁴³, la « Stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016–2025 »⁴⁴ et le « Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012–2020 »⁴⁵.

3.2 La prévention en Suisse

En Suisse, de nombreux acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux s'engagent à l'échelle nationale, cantonale et communale dans la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Jusqu'à présent, la Confédération a mis l'accent sur la lutte contre les facteurs de risque au moyen de programmes nationaux de prévention. Les programmes de prévention des cantons adoptent également une démarche comparable, alors que les ligues de la santé suivent des approches plutôt spécifiques à une maladie.

Conformément à la répartition fédérale des compétences, la mission de la promotion de la santé et de la prévention relève des cantons et des communes. Chaque canton dispose aujourd'hui d'une instance compétente en la matière. Ces instances sont réunies au sein de l'Association suisse des responsables cantonaux pour la promotion de la santé (ARPS). L'ARPS entend promouvoir la coordination intercantonale ainsi que la collaboration et la mise en réseau entre la Confédération, Promotion Santé Suisse, d'autres organisations spécialisées et les cantons. Elle entretient une collaboration permanente avec la Conférence des délégués cantonaux aux problèmes des addictions (CDCA).

Cantons

L'Association des médecins cantonaux de Suisse, qui s'occupe également de santé publique, sert de cadre à l'échange intercantonal sur les questions techniques et réglementaires en lien avec les missions du médecin cantonal.

La coordination mutuelle des cantons aux niveaux politique et stratégique ainsi que la défense des intérêts cantonaux vis-à-vis des autorités fédérales sont assurées via la CDS. Les décisions de la CDS ont valeur de recommandations pour les cantons.

La communication politique entre les cantons et la Confédération passe par le « Dialogue Politique nationale suisse de la santé », la plate-forme permanente de la Confédération et des cantons. Une coordination et concertation régulière sur les objectifs et activités de la Confédération et des cantons est ainsi également possible dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention.

La Confédération accomplit des tâches subsidiaires et/ou prioritaires, notamment dans les domaines de la recherche et du monitoring, de l'information, de la surveillance et de la coordination de l'exécution d'actes législatifs ainsi que de la collaboration internationale. En matière de prévention et de promotion de la santé, l'OFSP est actuellement responsable de la mise en œuvre des programmes nationaux de prévention dans les domaines Alcool, Tabac, Drogues et Alimentation et activité physique / poids corporel sain, ainsi que de la mise en œuvre de la Stratégie alimentaire et du programme national Migration et Santé. Le Programme national Migration et santé et la lutte contre les maladies non transmissibles dans le domaine de la radioprotection sont également de la compétence de l'OFSP. L'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (OSAV) est responsable de la mise en œuvre de la Stratégie alimentaire.

Confédération

⁴³ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/193253/CONSENSUS-Vienna-Declaration-5-July-2013.pdf

⁴⁴ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/283830/65wd09g_PhysicalActivityStrategy_150474.pdf?ua=1

⁴⁵ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf

Les acteurs importants sont représentés dans les comités de pilotage des programmes nationaux, par exemple la CDS, d'autres offices fédéraux (p. ex. l'Office fédéral du sport (OFSP), l'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (OSAV) et les instances de financement respectives (Fonds de prévention du tabagisme (FPT), Régie fédérale des alcools (RFA) et Promotion Santé Suisse (PSCH)).

En tant que fondation dotée d'un mandat légal défini⁴⁶ et administratrice de fonds publics (conformément à l'art. 20, al. 1, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), chaque assuré verse une contribution annuelle à la prévention des maladies par le biais de la prime d'assurance), Promotion Santé Suisse (PSCH) joue un rôle particulier et vise à améliorer durablement la santé de la population vivant en Suisse.⁴⁷ En tant que fondation de droit privé, Promotion Santé Suisse est soutenue par les cantons et les assureurs. Elle réunit en outre des représentants de la Confédération, de la Suva, du corps médical, de la science, des associations spécialisées dans le domaine de la prévention des maladies et d'autres organisations. Promotion Santé Suisse (PSCH) se concentre actuellement sur les thématiques « Poids corporel sain chez les enfants et les adolescents », « Santé psychique / stress » et « Renforcer la promotion de la santé et la prévention ». Le projet « Via » mené avec dix cantons poursuit l'objectif de promouvoir la santé des personnes âgées, de renforcer leur autonomie et d'accroître leur qualité de vie.

Promotion Santé Suisse

La Confédération est également responsable du Fonds de prévention du tabagisme par le biais du DFI. En tant qu'instance fédérale dotée d'un mandat légal défini (art. 28, al. 2, let. c de la loi fédérale sur l'imposition du tabac LTab) et administratrice de recettes fiscales (les fabricants de tabac et donc en définitive chaque fumeur payent un impôt spécial de 0,13 centime par cigarette, soit 1,37 franc par kilo de tabac fine coupe), celui-ci joue un rôle particulier. La mission du FPT consiste à financer des mesures contribuant de manière efficace et durable à la réduction de la consommation de tabac.

Fonds de prévention du tabagisme

De nombreuses ONG (organisations non gouvernementales) et OBNL (organisations à but non lucratif) s'engagent dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé et soutiennent la collaboration interdisciplinaire entre la médecine, le travail social et d'autres spécialités.⁴⁸ Elles informent, conseillent et soutiennent les personnes concernées et leurs proches et leurs proposent des offres de cours, des aides à l'autonomie et des aides visant à renforcer les compétences en matière de santé. Certaines d'entre elles mènent régulièrement d'importantes campagnes de prévention des maladies et de dépistage.

Ligues de la santé et autres ONG

Les ONG sont des groupements d'intérêts ou des institutions qui se financent par le biais de dons ou de cotisations, d'activités commerciales, mais aussi de fonds publics. Des missions publiques leurs sont parfois confiées par des conventions de prestations et/ou des dispositions légales. Elles sont souvent organisées à l'échelle nationale, mais aussi cantonale. Les ONG définissent elles-mêmes leurs propres priorités en matière de la prévention des MNT.

⁴⁶ Art. 19 LAMal : L'art. 19, al. 1 attribue clairement un mandat en matière de prévention aux assureurs. Selon l'art. 19, al. 2, la LAMal les assureurs doivent gérer en avec les cantons une institution de prévention – la Fondation Promotion Santé Suisse.

⁴⁷ <http://promotionsante.ch/qui-sommes-nous/fondation/mandat-objectifs-et-strategie.html>

⁴⁸ L'« Alliance pour la santé en Suisse » regroupe 48 ONG www.allianzgesundschweiz.ch/fr/. La Conférence nationale suisse des ligues de la santé (GELIKO) est une organisation faîtière qui représente les ligues de la santé et associations actives à l'échelle nationale.

En cas de problème de santé, les médecins de premier recours⁴⁹ sont les premiers interlocuteurs. Ils conseillent et traitent les patients et, le cas échéant, ils les adressent aux spécialistes compétents. Ces dernières années, les médecins de premier recours font cependant face à des exigences de plus en plus élevées : le nombre de personnes âgées souffrant de maladies multiples et complexes augmente par rapport au nombre des médecins de premier recours. Outre les soins prodigués dans le cabinet médical, le conseil et la coordination constituent une part toujours plus grande de leur travail.

Médecins de premier recours

Les pharmaciens assument des tâches essentielles dans les soins médicaux de base (p. ex. gestion des médicaments). En tant que structures faciles d'accès, les pharmacies se prêtent très bien à différents types de conseil-santé. Dans un contexte international, l'accent est mis sur le développement de modèles dans lesquels les pharmaciens jouent un rôle plus important dans le domaine des erreurs de prescription et des problèmes liés aux médicaments et dans la gestion des maladies chroniques (GMC). Les programmes de GMC interdisciplinaires pour les asthmatiques ou les diabétiques se sont révélés très efficaces sur le plan international.

Pharmaciens

Dans le projet de nouvelle loi sur les professions de la santé (LPSan), ces dernières incluent les infirmiers, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les sages-femmes, les diététiciens, les ostéopathes et les optométristes. Ces professionnels de la santé jouent déjà un rôle important dans la prévention des MNT, par exemple par le biais de la remise d'informations et de brochures ainsi que des consultations. C'est particulièrement vrai pour les domaines gestion des maladies chroniques, autogestion, compétence en matière de santé et participation du patient, conseil-santé.

Professionnels de la santé

Les établissements de santé tels que les hôpitaux ou les établissements médicaux-sociaux (EMS) assument des missions essentielles, tant dans la prévention primaire que tertiaire. Des hospitalisations ou des séjours prolongés en EMS sont nécessaires, notamment lorsque les problèmes de santé sont graves. La prévention joue en outre un rôle important dans la réadaptation et les soins de longue durée.

Etablissements de santé

3.3 Méthodes de prévention

Les personnes sont responsables de leur mode de vie et de leur comportement. Elles ont toutefois besoin d'informations fiables pour adopter un comportement responsable en matière de santé, p. ex. sur les effets nuisibles ou bénéfiques à la santé pour faciliter le choix des produits ou des comportements. Il leur faut en outre des conditions-cadres propices à la santé ainsi que la possibilité et la capacité de concrétiser les options choisies. La mission d'une prévention efficace consiste donc à renforcer la compétence en matière de santé et à définir un environnement favorable à un comportement bénéfique à la santé pour tous.

L'*échelle d'intervention*⁵⁰ représentée ci-après montre toute l'étendue et les possibilités des mesures de prévention étatiques. Conformément au principe de proportionnalité, une mesure de l'échelon suivant n'est prise que si l'échelon précédent ne permet plus de susciter l'intérêt public pour la prévention de la maladie. Pour une prévention efficace, il est cependant souvent indispensable de combiner des mesures de différents échelons, au gré de la situation.

⁴⁹ Médecin spécialiste en médecine interne générale, médecin spécialiste en pédiatrie, médecin praticien (dans la littérature scientifique, les professions de médecin spécialiste en gynécologie et de médecin spécialiste en psychiatrie sont souvent comptées dans la médecine de premier recours).

⁵⁰ En référence à l'«intervention ladder» du Nuffield Council on Bioethics, <http://nuffieldbioethics.org/report/public-health-2/policy-process-practice/>

Eche lon	Mesure	Description
1	Surveillance	L'intervention se limite à la surveillance épidémiologique de la situation actuelle.
2	Mise à disposition d'une information	Campagnes médiatiques, brochures d'information, dépliants, etc.
3	Donner des possibilités de choix	P. ex. construire des pistes cyclables ou édifier des aires de jeu dans des agglomérations très peuplées.
4	Changement de l'«option standard »	Modifier les conditions de base sans restriction de la liberté de choix, p. ex. réduction de la teneur en sel dans les aliments préparés avec possibilité individuelle de resaler.
5	Incitations positives	Création d'incitations financières positives ou de prestations en nature, p. ex. réduction sur les abonnements de centres de fitness.
6	Incitations négatives	P. ex. impôts sur l'alcool et le tabac, amende en cas de conduite en état d'ivresse.
7	Restriction des possibilités de choix	P. ex. restrictions de délivrance de l'alcool ou du tabac en fonction de l'âge.
8	Exclure la possibilité de choix	P. ex. interdiction de la consommation, de la possession et du commerce de produits stupéfiants illégaux.

3.3.1 Niveaux de prévention

Trois niveaux de prévention sont distingués dans la science et la pratique, en fonction de l'état de santé des personnes :

La **prévention primaire** a pour but d'éviter l'apparition de la maladie. Elle vise à créer des cadres de vie propices à la santé, à améliorer les compétences en matière de santé et d'autres facteurs de protection, mais aussi à réduire les facteurs de risque.

La **prévention secondaire** met l'accent sur le dépistage et l'intervention précoce en cas de risque concret et/ou sur les premiers signes d'une maladie et se concentre sur les groupes à risques.

La **prévention tertiaire** vise à éviter l'évolution chronique et les séquelles chez les personnes déjà atteintes d'une maladie, et cherche à améliorer la qualité de vie.

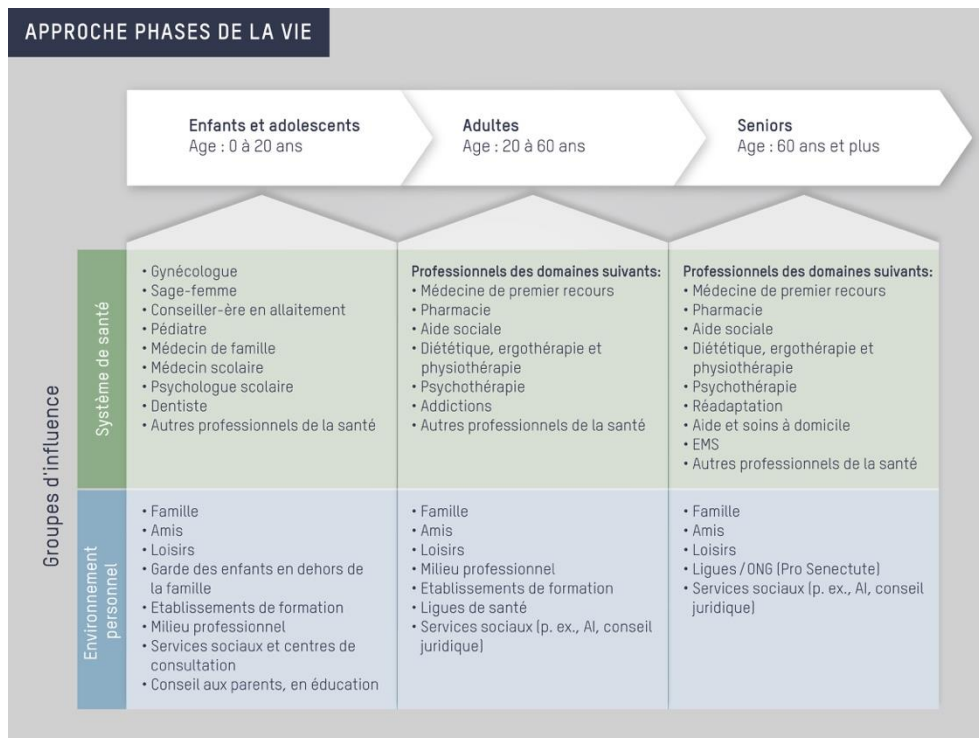
NIVEAUX DE PRÉVENTION				
	En bonne santé	Risque accru de maladie	Malade	Maladie chronique sous contrôle
Niveau de prévention	Prévention primaire	Prévention secondaire / dépistage	Prévention tertiaire / gestion de la maladie	
Type de mesure	Promotion de comportements et de conditions de vie favorables à la santé sur toute la durée de vie ; approches générales et spécifiques	Lutte contre les facteurs de risque, contrôles réguliers, intervention précoce, dépistage	Traitement et soins aigus ; gestion des complications	Soins continus ; maintien de l'état ; réadaptation ; autogestion
Acteurs	Ligues de la santé et autres ONG ; médecine de base ; personnes concernées	Ligues de la santé et autres ONG ; médecine de base ; personnes concernées	Médecine de base ; spécialistes ; soins hospitaliers, ligues de la santé et autres ONG ; personnes concernées et leurs proches	Médecine de base ; ligues de la santé et autres ONG ; établissements de santé ; personnes concernées et leurs proches

3.3.2 Approches destinées à l'ensemble de la population

Le style de vie des personnes ayant une influence décisive sur la survenue des MNT, la prévention de ces maladies se focalise sur l'être humain et ses besoins. Les méthodes de prévention suivantes, destinées à l'ensemble de la population (niveau de la prévention primaire), visent par conséquent à améliorer les conditions de vie, à réduire les facteurs de risque et à renforcer les facteurs de protection.

L'approche « phases de la vie » considère l'ensemble du cycle de vie, en le différenciant selon les phases de la vie. Alors que la croissance et un développement équilibré constituent la priorité durant l'enfance et l'adolescence, il est primordial à l'âge adulte de préserver la santé, d'éviter les maladies et de participer à la vie sociale et professionnelle. Le maintien de l'indépendance, la qualité de vie et la prévention des handicaps et de la dépendance sont essentiels à un âge avancé. Différents cadres de vie, référents et spécialistes jouent un rôle important en fonction de la phase de l'existence. En tant que multiplicateurs, ils exercent une influence déterminante sur le mode de vie et les conditions-cadres sanitaires de chaque individu. Chez les nourrissons et les enfants en bas âge, les sages-femmes, les conseillers en puériculture, mais aussi le pédiatre ou l'environnement personnel représentent les principaux interlocuteurs pour les questions relatives à l'alimentation et aux soins de l'enfant, alors que ceux des adolescents se trouvent souvent à l'école ou dans des organisations de loisirs.

Approche « phases de la vie »



Le cadre de vie dans lequel évolue l'individu joue également un rôle important dans la prévention des maladies non transmissibles. On peut le voir comme un système délimité fondé sur le milieu social qui exerce une influence sur la santé des individus et des groupes. L'école, le lieu de travail, la commune, le quartier ou l'habitat social environnant en sont des exemples. Cette approche se fonde sur le constat selon lequel les problèmes de santé résultent de l'interaction entre les conditions-cadres socio-économiques et culturelles et le mode de vie personnel.

Approche « cadre de vie »

Le cadre de vie constitue un environnement social relativement durable, dont les individus ont conscience de manière subjective. Le but de cette approche consiste à organiser les cadres de vie de telle sorte qu'ils aient une influence positive sur la santé.

Pour parvenir à sensibiliser certains groupes de la population avec des messages et des offres spécifiques, il est important de communiquer et d'agir de manière ciblée et non pas seulement au niveau de la population globale. Un groupe cible englobe des personnes ayant des traits et des besoins communs et/ou des situations de vie similaires ; cette approche en tient compte pour fixer des objectifs et des mesures adaptés à la spécificité d'un groupe cible. Dans le contexte de la prévention, les groupes cibles sont généralement ceux qui présentent des risques accrus et disposent de ressources limitées.

Approche « groupe cible »

Les groupes cibles peuvent être de jeunes hommes sans emploi, des mères célibataires dans un contexte socio-économique difficile, des personnes âgées dans des maisons de retraite, des migrants, etc.

3.3.3 Approches individuelles

Des approches individuelles sont choisies pour les personnes ayant un risque accru d'être malade ainsi que pour les personnes qui sont déjà malades (niveau de la prévention secondaire et tertiaire). Comparées aux approches destinées au grand public, elles sont complexes et coûteuses du fait de leur conception individuelle.

Elles ne doivent donc s'adresser qu'aux personnes concernées afin d'améliorer leur état de santé respectivement leur qualité de vie.

Le conseil-santé est une approche individuelle spécifique. Il s'agit d'un conseil professionnel qui suggère et soutient des processus de changement au niveau individuel grâce à des méthodes scientifiquement fondées et essentiellement psychologiques et sociales (p. ex. entretien motivationnel). Il a pour but de renforcer la compétence en matière de santé et donc le sens des responsabilités afin de promouvoir la santé, d'empêcher la maladie et/ou d'aider à surmonter une maladie.⁵¹

Le conseil-santé va au-delà de la transmission pure d'informations, des conseils concrets et des règles de comportement. Il se base globalement sur les conditions de vie concrètes et les besoins spécifiques des individus et soutient le développement à long terme de compétences personnelles. Les individus apprennent à exercer une plus grande influence sur leur propre santé et leur cadre de vie et à gérer les changements dans différentes phases de leur existence, les contraintes, les maladies et les handicaps. Leur sens des responsabilités est ainsi renforcé.

Le conseil-santé peut être assuré par des spécialistes de différentes professions dans différents cadres, par exemple dans les hôpitaux, les EMS, les communes ou les entreprises, souvent par les acteurs des ligues de la santé. Les formations destinées aux patients sont également significatives, tout comme les consultations en ligne qui prennent de plus en plus d'importance. La mise en réseau éventuellement nécessaire avec les services sociaux et de conseil et d'autres offres dans l'environnement des personnes constituent également une priorité. C'est la seule façon de tenir compte des déterminants microsociaux et macrosociaux.

Le parcours santé offre un concept concret pour le conseil-santé⁵² : il tire parti des points de contact entre l'individu et le système de santé au sens large (p. ex. pharmacie, aide et soins à domicile, médecin de famille, conseil nutritionnel) afin d'élaborer des mesures qui facilitent la modification du propre mode de vie. Le parcours santé englobe plusieurs prestations de prévention, comme l'analyse de l'état initial, des objectifs convenus conjointement avec la personne concernée, une élaboration commune de mesures et un contrôle régulier.

Ce parcours n'est pas réservé aux personnes malades (prévention tertiaire) et peut également être suivi par des personnes qui ont un risque accru de développer une MNT en raison de leur mode de vie (prévention secondaire).

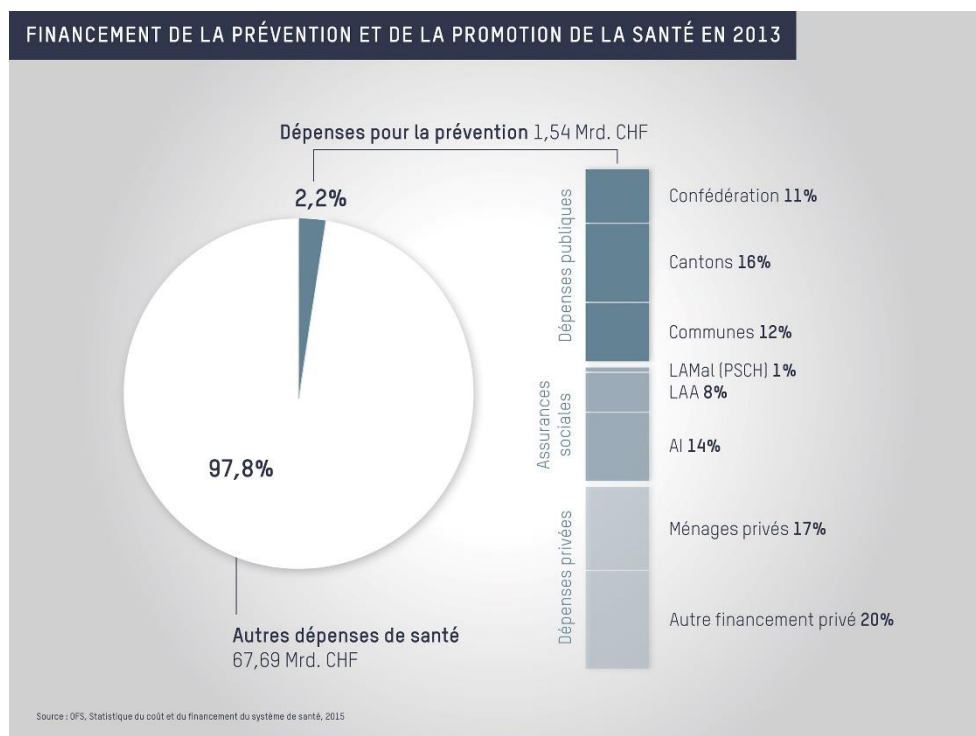
3.4 Dépenses et financement

Les coûts globaux de la santé ne cessent d'augmenter depuis des années et s'élevaient en 2013 à 69 milliards de francs, dont 1,54 milliard pour des tâches liées à la prévention. En comparaison internationale, les moyens engagés dans la prévention et dans la promotion de la santé en Suisse sont bas. En 2013, seulement 2,2% des dépenses totales de la santé ont été consacrées à la prévention. La moyenne dans les pays de l'OCDE se situe à 3,1%.

⁵¹ Elisabeth Krane (2011): Gesundheitsberatung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (éd.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, p. 115 s.

⁵² Description dans le rapport de base « Prévention dans le domaine des soins », <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/14877/index.html?lang=fr>

Sur la somme de 1,54 milliard de francs investie dans la prévention, 37% provenait de sources privées, 23% des assurances sociales et 39% de sources étatiques (données 2013⁵³). Les dépenses dans les domaines suivants sont ici prises en considération : santé scolaire, sécurité alimentaire, Suva, vaccins, préparation à une pandémie, lutte contre les autres maladies transmissibles, prévention des addictions et prévention des maladies non transmissibles. Les dépenses des assureurs-maladie pour la prévention secondaire (p. ex. médicaments contre le cholestérol ; médicaments contre l'hypertension artérielle) et les dépenses d'infrastructure des pouvoirs publics susceptibles de contribuer à un style de vie favorable à la santé (p. ex. pistes cyclables, trottoirs, zones de villégiature) ne sont pas prises en compte.



Compte tenu des coûts de 25 milliards de francs par an occasionnés par les cinq maladies non transmissibles visées par la stratégie, la Suisse investit relativement peu dans leur prévention, alors même que des études⁵⁴ démontrent que chaque franc investi dans la prévention permet d'économiser des coûts dus à la maladie plusieurs fois supérieurs aux investissements.

Pour la mise en œuvre des programmes nationaux actuels alcool, tabac et alimentation et activité physique, l'OFSP et l'OSAV disposent en tout de 4,5 millions de francs qui devront être consacrés dorénavant à l'application de la stratégie MNT.

Les sources de financement des projets de prévention dans le domaine des MNT sont Promotion Santé Suisse, le Fonds de prévention du tabagisme et la dîme de l'alcool. Ces fonds sont en partie affectés et sont également utilisés pour des projets dans la prévention des addictions ou la santé psychique.

En vertu de l'art. 20, al. 1, LAMal, une contribution annuelle pour la prévention des maladies est actuellement perçue de chaque assuré. En 2015, elle est de 2,40 francs, ce qui représente un montant global d'environ 18 millions. Ces fonds

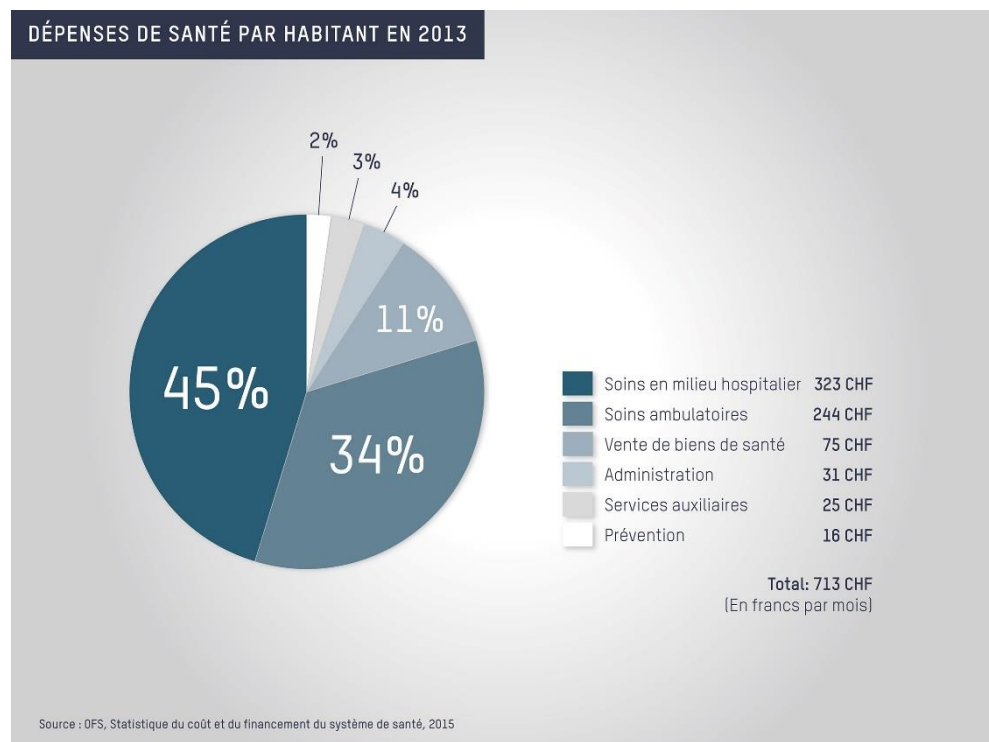
⁵³ OFS (2013) : Tableau T 14.5.3.5, Coût du système de santé selon les prestations et selon le régime de financement 2012, en millions de francs.

⁵⁴ Wieser et al. (2010) : Rapport de synthèse – Evaluation économique des mesures de prévention en Suisse, <http://www.baq.admin.ch/evaluation/01759/07612/07620/index.html?lang=fr>

sont consacrés par Promotion Santé Suisse à des projets de prévention dans le domaine des MNT et de la santé psychique.

Le Fonds de prévention du tabagisme a été créé en 2004 afin de financer des mesures de prévention destinées à contribuer efficacement et durablement à la réduction de la consommation de tabac. Il s'agit donc d'un fonds dédié. Il est financé par une redevance de 2,6 centimes par paquet de cigarettes vendu. Les recettes annuelles se montent actuellement à quelque 12,5 millions de francs.

En matière d'alcool, les cantons perçoivent 10 % du produit net de l'impôt sur les spiritueux (les 90 % restants reviennent à l'AVS et à l'AI), ce qui représente environ 26 millions de francs. Selon l'art. 131, al. 3 de la Constitution fédérale, les cantons sont tenus d'utiliser le dixième du produit net de l'impôt sur les boissons distillées pour combattre les causes et les effets de l'abus de substances engendrant la dépendance. Les cantons peuvent toutefois disposer librement de leur part.



Dépenses de santé par habitant

Les dépenses de santé par habitant en Suisse ont été en 2013 de 713 francs par mois, dont 16 francs pour la prévention.

4 Vision et objectifs stratégiques

La stratégie MNT poursuit la vision suivante :

Plus de personnes restent en bonne santé ou bénéficient d'une qualité de vie élevée en dépit d'une maladie chronique. Moins de personnes souffrent de maladies non transmissibles évitables ou décèdent prématurément. Quel que soit leur statut socio-économique, les personnes sont encouragées à adopter des styles de vie sains dans un environnement favorable à la santé.

Vision

Les objectifs suivants sont définis sur la base de cette vision :

Objectifs stratégiques

Objectifs prioritaires à long terme

1. *atténuation de l'augmentation de la charge de morbidité induite par les maladies non transmissibles ;*
2. *atténuation de l'augmentation des coûts engendrés par les maladies non transmissibles ;*
3. *réduction des décès prématurés causés par les maladies non transmissibles ;*
4. *préservation et amélioration de la participation de la population à la vie sociale et de ses capacités productives.*

Objectifs spécifiques

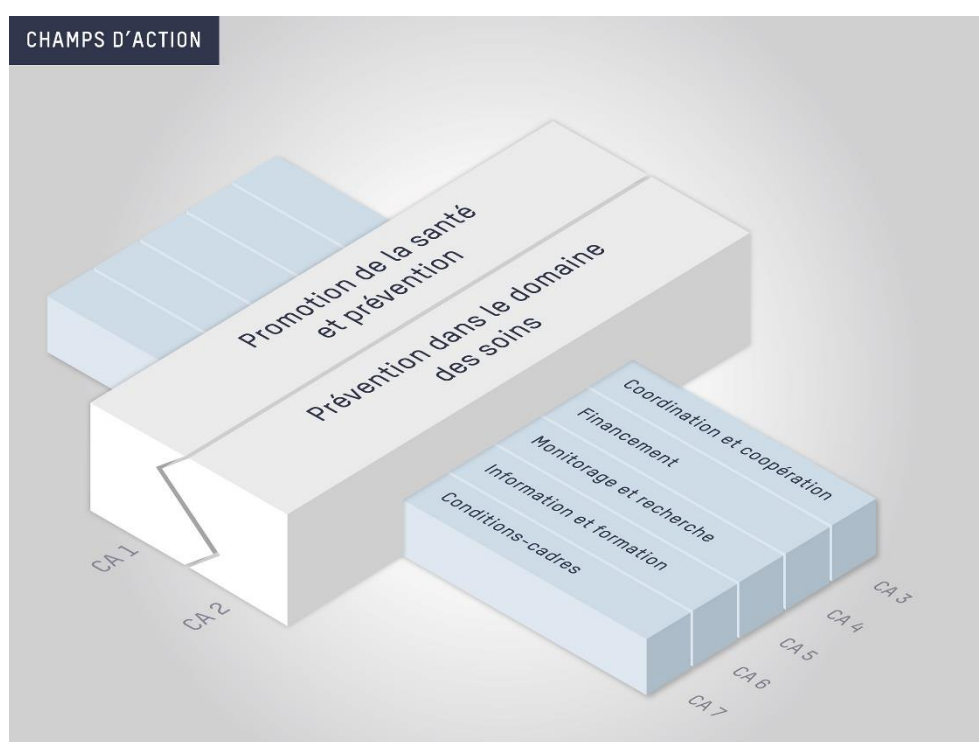
5. *diminution des facteurs de risque liés aux comportements ;*
6. *amélioration des compétences en matière de santé ;*
7. *développement de conditions-cadres propices à la santé ;*
8. *amélioration de l'égalité des chances dans l'accès à la promotion de la santé et à la prévention ;*
9. *diminution de la part de la population présentant des risques accrus de souffrir de maladies non transmissibles ;*
10. *amélioration de la qualité de vie en rapport avec la santé et diminution de la nécessité de soins.*

Les objectifs spécifiques sont en lien direct avec les champs d'action décrits dans le chapitre suivant. Les objectifs prioritaires à long terme sont influencés positivement par la réalisation des objectifs spécifiques.

5 Champs d'action et axes d'intervention

La stratégie MNT concentre son action sur la santé et le bien-être des personnes. Elle part du principe que ces dernières sont responsables de leur mode de vie et de leur comportement. Pour adopter un comportement responsable en matière de santé, les personnes ont besoin d'informations fiables sur les effets préjudiciables ou bénéfiques à la santé des produits qu'elles pourraient choisir ou des comportements qu'elles pourraient adopter. Il leur faut en outre des conditions-cadres propices à la santé ainsi que la possibilité et la capacité de concrétiser les options choisies.

La stratégie intervient dans sept champs d'action afin d'atteindre les objectifs stratégiques. Les principaux défis sont déterminés ci-après pour les champs d'action (CA) et les orientations devant être poursuivies dans les prochaines années sont définies.



Les deux CA « Promotion de la santé et prévention » (prévention primaire) et « Prévention dans le domaine des soins » (prévention secondaire et tertiaire) sont au cœur de la stratégie. Le CA 1 s'attache à la compétence en matière de santé, au comportement responsable pour la santé et aux conditions-cadres propices à la santé. Le CA 2 vise à soutenir les personnes menacées ou malades dans leur gestion des facteurs de risque, de leur maladie et des conséquences qui en résultent.

Les deux CA centraux seront soutenus par 5 champs d'actions supplémentaires : CA 3 « Coordination et coopération » ; CA 4 « Financement » ; CA 5 « Monitoring et recherche » ; CA 6 « Information et recherche » ; CA 7 « Conditions-cadres ».

Les deux principes suivants s'appliquent à l'ensemble des champs d'action :

- La prise en compte des besoins des personnes est une priorité : leur évolution, leurs conditions de vie, leurs connaissances, leurs valeurs et leur comportement

sont pris en considération pour qu'elles puissent adopter un comportement responsable. Les organisations représentatives des personnes concernées sont impliquées dans la mise en œuvre concrète de la stratégie. Une importance particulière est accordée à la promotion de la santé des personnes en situation de vulnérabilité.

- Les approches de la prévention structurelle et comportementale sont combinées. Les conditions-cadres propices à la santé sont améliorées et les ressources ainsi que les compétences des personnes concernées sont renforcées pour que la population puisse faire des choix propices à la santé.

Les champs d'action, mais aussi leurs différentes orientations, sont coordonnés et s'influencent et se soutiennent mutuellement lors de la mise en œuvre. Tous les champs d'action et les axes d'intervention doivent être abordés dans leur globalité pour atteindre les objectifs de la stratégie.

Dans le tableau ci-après, les axes d'intervention sont principalement affectés à un champ d'action (bleu foncé), mais agissent également sur d'autres champs d'action (gris clair). Pour chaque axe d'intervention, des exemples existants dans la pratique sont énumérés en annexe à titre illustratif.

AXES D'INTERVENTION

Champs d'action

Axes d'intervention

	Promotion de la santé et prévention	Prévention dans le domaine des soins	Coordination et coopération	Financement	Monitoring et recherche	Information et formation	Conditions-cadres
Prévenir les facteurs de risques, renforcer les facteurs de protection	●	●					●
Favoriser les approches « phases de la vie » et « cadre de vie »	●	●					●
Renforcer le soutien aux personnes en situation de vulnérabilité	●	●		●		●	
Encourager la prévention dans le domaine des soins		●				●	
Améliorer les interfaces entre la prévention et la médecine curative	●	●	●			●	
Elaborer des lignes directrices		●	●			●	
Utiliser les plate-formes existantes	●	●	●	●		●	●
Mettre en place une conférence des parties prenantes	●	●	●	●		●	●
Constituer un groupe d'experts pour la prévention dans le domaine des soins		●	●			●	
Utiliser les moyens financiers en fonction de la stratégie	●	●		●			
Comblar les lacunes de financement	●	●		●			
Clarifier le financement des prestations de prévention		●		●		●	
Mettre en place un monitoring des MNT	●	●			●		
Stimuler la recherche et le transfert de connaissances	●	●			●	●	
Soutenir l'innovation	●	●		●	●		●
Informar le public	●					●	
Encourager les offres d'autogestion destinées aux personnes atteintes de maladies chroniques		●		●		●	
Assurer la formation initiale et continue des professionnels de la santé		●				●	
Renforcer les conditions-cadres propices à la santé	●						●
Renforcer la collaboration multisectorielle	●	●	●	●			●
Cultiver l'engagement au niveau international	●	●					●

5.1 Promotion de la santé et prévention (CA 1)

La plupart des gens sont en bonne santé et ne souffrent pas de MNT. Pour que cela reste le cas, il est déterminant que chacun dispose de bonnes compétences en matière de santé et donc de la capacité de prendre des décisions ayant un effet bénéfique sur sa santé. Les conditions de vie, de travail et environnementales propices à la santé sont aussi importantes. Elles favorisent ces décisions et permettent, par exemple, d'avoir une activité physique suffisante et une alimentation équilibrée.

Description du champ d'action

La promotion de la santé et la prévention relèvent d'une longue tradition en Suisse. De nombreuses approches sont bien établies et ont fait leurs preuves. Aujourd'hui, une grande partie des efforts en matière de prévention se focalisent toutefois sur des facteurs de risque particuliers. Or c'est précisément la conjonction de différents facteurs de risque qui rend plus probable la survenue d'une maladie. C'est pourquoi il importe, pour prévenir l'apparition de MNT et mieux adapter les efforts aux besoins des personnes concernées, de combiner des mesures de réduction des différents facteurs de risque et de prendre en compte le cadre de vie des individus.

Principaux défis

Les axes d'intervention suivants sont essentiels pour ce champ d'action :

Axes d'intervention

La population est soutenue dans ses efforts pour adopter des styles de vie favorables à la santé, renforcer les facteurs de protection et prévenir les facteurs de risque susceptibles d'entraîner une MNT. Les approches et les mesures spécifiques à des facteurs de risque seront examinées afin de déterminer si elles sont probantes, pertinentes pour la stratégie et si elles doivent être poursuivies à l'avenir.

Prévenir les facteurs de risque, renforcer les facteurs de protection

La réduction des facteurs de risque et le renforcement des facteurs de protection demeurent une mesure essentielle pour empêcher les MNT, car l'abus d'alcool, le tabagisme, une alimentation déséquilibrée et le manque d'activité physique ont une influence déterminante sur leur apparition. L'influence des facteurs génétiques est comparativement bien moindre. Il est donc essentiel pour la stratégie MNT de continuer à aborder le sujet des facteurs de risque.

L'apparition des MNT étant souvent causée par différents facteurs de risque, les approches se focalisant sur plusieurs d'entre eux devraient être développées. Les mesures existantes spécifiques à des facteurs de risque seront examinées. Celles qui se sont révélées probantes et pertinentes pour la stratégie seront poursuivies. La continuité sera ainsi assurée et des développements seront parallèlement possibles.

Les mesures qui intègrent des approches « phases de la vie » et « cadre de vie » en fonction des besoins et portent sur plusieurs facteurs de risque sont renforcées. L'accent est mis sur des activités préventives spécifiques pour les trois groupes cibles suivants : enfants et adolescents, adultes en âge de travailler, seniors.

Favoriser les approches « phases de la vie » et « cadre de vie »

La prévention des MNT exige souvent des mesures qui visent à lutter contre différents facteurs de risque. Selon les besoins et la situation du groupe cible, il faut aborder simultanément plusieurs facteurs de risque et se focaliser sur l'approche « phases de la vie » ou « cadre de vie » en fonction du milieu du groupe cible. Les groupes cibles peuvent ainsi être touchés plus facilement, ce qui renforce l'effet des mesures et leur durabilité.

Les activités de prévention doivent être conçues et réalisées de manière à tenir compte davantage des besoins des gens, de leur cadre de vie (école, lieu de travail,

commune, etc.), de leurs conditions de vie, de leurs connaissances, de leurs valeurs et de leur comportement. Elles doivent avoir pour objectif d'améliorer l'état de santé dans toutes les phases de l'existence. Les bases d'un style de vie propice à la santé doivent être encouragées chez les enfants et les adolescents, tout comme la compétence en matière de santé et la responsabilité de sa propre santé chez les adultes. Chez les seniors, il convient surtout de faire en sorte qu'ils préservent leur autonomie et ne nécessitent pas de soins particuliers.

Les personnes en situation de vulnérabilité sont soutenues. Une démarche spécifiquement axée sur leurs contextes de vie est requise à cet effet.

Renforcer le soutien aux personnes en situation de vulnérabilité

Une attention particulière doit être accordée au soutien des personnes en situation de vulnérabilité. Une vulnérabilité accrue de la santé peut avoir de nombreuses raisons, elle peut p. ex. concerner des personnes issues de couches de la population qui n'ont guère accès à la formation, qui ont un faible revenu, voire aucun revenu, ou qui sont désavantagées sur le plan socio-économique pour des raisons culturelles ou linguistiques. Les personnes peuvent être vulnérables suite à une crise (court terme) ou en raison de leurs conditions de vie (long terme). Toutes ont en commun des besoins et des problématiques spécifiques.

Des offres adaptées aux besoins et facilement accessibles doivent être développées de manière ciblée pour les personnes en situation de vulnérabilité. Un accès aisé à des offres en différentes langues avec des interprètes interculturels doit, par exemple, être proposé aux migrants, tout en tenant compte de leur cadre de vie. Le travail préventif de proximité (p. ex. sages-femmes, offres de l'employeur, d'associations pour leurs membres) destiné à améliorer l'accès aux personnes en situation de vulnérabilité doit faire l'objet d'un soutien spécifique. Les personnes concernées doivent être associées à l'élaboration et à la mise en œuvre de ces offres.

5.2 Prévention dans le domaine des soins (CA 2)

Si des personnes sont malades ou présentent des risques accrus de contracter une maladie, elles et leurs proches doivent être encouragés, grâce à des offres de prévention adaptées, à préserver leur qualité de vie et leur participation à la vie sociale. Il s'agit à cet égard d'abaisser le risque de maladie, d'éviter les complications, de réduire une éventuelle nécessité de soins et de contribuer à atténuer l'augmentation des coûts de santé. A cet effet, il est nécessaire d'ancrer durablement la prévention dans les soins curatifs et dans la réadaptation, tout au long de la chaîne de la prise en charge.

Description du champ d'action

Ce champ d'action se focalise par conséquent sur le dépistage et l'intervention précoces, s'il existe un risque de maladie accru, et sur l'amélioration de la qualité de vie et sur une évolution de la maladie plus favorable chez les personnes déjà malades. Cela englobe des prestations de prévention fondées sur des données probantes pour un soutien concret lorsque le style de vie change (p. ex. conseil-santé, formation destinée aux patients, programmes d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques) et la coordination avec les organisations appropriées dans l'environnement des personnes concernées.

Les personnes en situation de vulnérabilité (en fonction du constat de facteurs de risque accrus ou du diagnostic d'une MNT) sont plutôt disposées à revoir leurs comportements et à en changer. Il s'est avéré efficace de soutenir les personnes concernées, car les changements durables d'habitudes ne sont généralement pas aisés. L'analyse globale des conditions de vie du patient est essentielle. Pourtant, elle est encore souvent ignorée de nos jours.

Principaux défis

De façon générale, les offres curatives sont déjà très développées en Suisse et se caractérisent par un niveau de qualité élevé, mais le potentiel d'amélioration à l'interface entre la prévention et les soins curatifs est encore considérable. Il est possible d'améliorer encore la mise en réseau et la coordination ainsi que la répartition des tâches et des rôles entre les professionnels de la santé et les principales organisations et ligues des domaines de la santé et du conseil qui se trouvent dans l'environnement de la personne concernée.

Etant donné que les gens entrent en contact avec le système de santé en des lieux très divers et dans des situations extrêmement variées, la prévention dans le sens du conseil-santé ou du parcours de santé doit être renforcée dans les domaines des soins et du conseil. Une intégration systématique de la prévention dans les soins est nécessaire, notamment en ce qui concerne les maladies chroniques qui sont majoritairement imputables à des facteurs de risque liés au style de vie.

Les axes d'intervention suivants sont essentiels pour ce champ d'action :

Axes d'intervention

Les mesures fondées sur des données probantes, qui visent à renforcer la prévention dans le domaine des soins sont durablement ancrées et développées. Les lacunes sont comblées.

Encourager la prévention dans le domaine des soins

Différents projets et initiatives ont été lancés en Suisse, ces dernières années, afin de renforcer la prévention dans le domaine des soins et d'améliorer les interfaces entre la prévention et le domaine des soins. Certains sont solidement établis depuis des années d'autres luttent pour leur ancrage à long terme, notamment pour des raisons financières.

Compte tenu des efforts déployés à ce jour, les projets fondés sur des données probantes doivent être renforcés et développés lorsque cela s'avère judicieux et nécessaire. Ils se basent pour cela sur le parcours de santé et le conseil-santé et sur les approches des soins coordonnés, avec une focalisation sur les personnes présentant un risque accru de développer une MNT et sur celles qui en sont déjà atteintes. Les projets sont développés en fonction des besoins et avec un accès à bas seuil afin de mieux atteindre les personnes en situation de vulnérabilité.

Les interfaces et la collaboration dans et en dehors du domaine des soins sont améliorées et intégrées dans les thématiques importantes de la politique sanitaire.

Améliorer les interfaces entre la prévention et la médecine curative

La collaboration dans et en dehors du domaine des soins doit être améliorée. L'intégration des aspects préventifs et curatifs dans le cadre d'un concept de soins intégré, focalisé sur le patient, constitue une tâche prioritaire. A cet effet, les acteurs concernés doivent mettre en place des réseaux qui favoriseront la coopération entre les fournisseurs de prestations dans le domaine des soins médicaux et les organisations dans le domaine du conseil ainsi que les ligues de la santé et renforceront la prévention en tant qu'élément essentiel de services entièrement coordonnés. Une gestion améliorée des interfaces exige par ailleurs une optimisation de la collaboration interprofessionnelle ainsi qu'une clarification et une reconnaissance des compétences et des rôles respectifs des institutions et des professionnels de la santé et du domaine social. Les mesures en vue d'une gestion améliorée de ces interfaces et de la promotion des soins coordonnés intégrant également des aspects de prévention primaire sont prises en compte dans tous les efforts politiques en cours et doivent être renforcées sur les forums correspondants.

Les aspects préventifs dans les lignes directrices existantes ou les lignes directrices afférentes à des prestations de prévention spécifiques sont développées et ancrées sur la base des expériences et méthodes existantes.

Des lignes directrices et standards pour les prestations de prévention fondés sur des données probantes sont élaborés à chaque fois qu'il existe des lacunes ou que des approches existantes doivent être développées, en vue d'une optimisation de l'intégration des mesures de dépistage et de prévention (p. ex. arrêt du tabagisme, perte de poids, promotion de l'activité physique) dans les soins médicaux. Des instruments de prévention pratiques sont développés et mis en place pour les facteurs de risque (manque d'activité physique, alimentation déséquilibrée, consommation de tabac et consommation excessive d'alcool) et pour les maladies non transmissibles fréquentes (si nécessaire), en complément des prises en charge curatives existantes et des programmes de gestion des maladies.

Ces lignes directrices et standards se fondent sur des bases scientifiques, tiennent compte des besoins des personnes concernées et servent de critère de qualité pour les bonnes pratiques. Ils s'appuient sur le parcours de santé ainsi que sur l'approche du conseil-santé et assurent ainsi l'imbrication de la prévention et des soins médicaux. Ceci inclut l'analyse de l'état initial, une convention d'objectifs commune, l'élaboration de mesures avec les personnes concernées et un contrôle régulier.

Des prestations de prévention choisies et des lignes directrices et standards pour des groupes de patients spécifiques doivent par ailleurs être élaborées, avec un accent particulier sur les personnes âgées, les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes en situation de vulnérabilité, par exemple les migrants issus d'autres contextes culturels ou linguistiques.

5.3 Coordination et coopération (CA 3)

La coordination et la coopération englobent la mise en réseau des différents acteurs et le développement de formes de collaboration ciblées et contraignantes. Elles permettent le rapprochement mutuel des objectifs et des activités ainsi que la formulation de bases et de priorités stratégiques communes afin de réaliser d'importants gains de synergies et d'optimiser les effets.

Il existe aujourd'hui un large éventail d'efforts et de structures, en raison de la grande autonomie et diversité des acteurs, qui poursuivent des approches parfois divergentes en matière de promotion de la santé et de prévention. Cette situation contribue à stimuler l'innovation et la diversité des approches et correspond au système fédéral suisse, aux conditions de la politique sanitaire, mais aussi au souhait des acteurs de pouvoir fixer leurs propres priorités. Toutefois, la coordination entre les différentes activités, la formulation de standards de qualité uniformes, la fixation de priorités et la manière de combler les lacunes en sont compliqués, eu égard aux moyens financiers limités.

Les activités interprofessionnelles au croisement entre la prévention et les soins curatifs partent d'une initiative personnelle et sont de ce fait peu coordonnées et généralement limitées sur le plan spatial et/ou temporel. Cela ne permet pas nécessairement de garantir un transfert profitable et une certaine durabilité.

Description du champ d'action

Principaux défis

Les axes d'intervention suivants sont essentiels pour ce champ d'action :

Axes d'intervention

L'utilisation des plates-formes établies se poursuit et elles sont axées sur les objectifs de la stratégie MNT.

Utiliser les plates-formes existantes

Par leurs activités, de nombreux acteurs contribuent à la réalisation des objectifs des stratégies en matière de politique de la santé. Il s'agit des services de la Confédération, des cantons, des organisations non gouvernementales ainsi que des associations régionales et nationales qui interviennent dans les différentes thématiques. Plusieurs plates-formes partenaires ont été créées pour assurer la mise en œuvre coordonnée et ciblée des mesures. Elles ont fait leurs preuves et servent à échanger des expériences et de bonnes pratiques, afin d'apporter une réponse efficace et coordonnée aux défis, aux niveaux national et cantonal. Les plates-formes sont adaptées aux besoins résultant des nouvelles stratégies.

Une conférence des parties prenantes sur les MNT est instaurée, afin d'aborder régulièrement la mise en œuvre de la stratégie et d'offrir aux acteurs une plate-forme pour un échange pratique de leurs expériences.

Mettre en place une conférence des parties prenantes

Une conférence des parties prenantes sur les MNT est instaurée sous la responsabilité du Dialogue Politique nationale suisse de la santé afin de poursuivre le dialogue et de promouvoir la collaboration et l'échange d'expériences. Elle a pour but de discuter de la mise en œuvre de la stratégie, d'évoquer des approches réussies, les enjeux spécifiques et d'approfondir les orientations. Des projets de mise en œuvre réussis peuvent être présentés et des procédures communes développées. Ainsi, la conférence des parties prenantes sur les MNT encourage non seulement la collaboration et la coordination, mais renforce également le transfert de connaissances.

Un groupe d'experts sera mis en place pour conseiller sur des questions spécifiques concernant la prévention dans le domaine des soins.

Constituer un groupe d'experts pour la prévention dans le domaine des soins

La mise en place d'un groupe d'experts est souhaitée pour répondre à certaines questions concernant la prévention dans le domaine des soins. Il doit être composé d'experts indépendants. La finalité, la forme et la méthode optimales recherchées et les interfaces avec les commissions existantes (p. ex. la Commission fédérale des prestations générales et des principes CFPP) doivent être définies, tout comme les tâches qui lui seront concrètement confiées.

Les tâches éventuelles de ce groupe d'experts sont l'évaluation des prestations de prévention dans le domaine des soins et la formulation des compétences requises pour la fourniture des prestations de prévention. Il peut aussi avoir pour mission de proposer des champs d'activités prioritaires, désigner les approches qui ne doivent pas être poursuivies et évaluer les possibilités de mise en œuvre et de financement des prestations de prévention.

5.4 Financement (CA 4)

Pour atteindre les objectifs formulés dans cette stratégie, il importe de garantir une utilisation des moyens financiers axée sur la stratégie et une affectation efficace des ressources. Un financement cohérent et bien coordonné par des établissements de droit public et privé est indispensable à cet égard.

Description du champ d'action

Les défis concernant les financements sont nombreux. Les trois aspects suivants sont essentiels :

Principaux défis

Auparavant, les ressources publiques existantes, très souvent affectées à des objectifs, s'orientaient sur différentes directives stratégiques (p. ex. le Fonds de prévention du tabagisme s'aligne sur le Programme national tabac, Promotion Santé Suisse (PSCH) sur le Programme national alimentation et activité physique). Il existe aujourd'hui de ce fait un grand nombre de mécanismes de pilotage différents pour les projets (et projet-pilotes), les structures et les prestations de base dans le domaine de la prévention. Ceci complique particulièrement le financement de projets focalisés sur plusieurs facteurs de risque. Par ailleurs, il en résulte une grande diversité des formes de financement qui sont souvent inefficaces aux yeux des demandeurs et manquent de transparence pour les bailleurs de fonds.

Actuellement, le soutien financier des projets et des mesures qui s'imposent pour tenir compte des nouveaux éléments de la stratégie n'est pas suffisamment garanti. Il en va de même des projets novateurs, de leur développement et de leur mise en place durable.

Les offres et les prestations de prévention sont fournies à l'intérieur et à l'extérieur du système de soins. La coordination des prestations et le conseil ciblé des personnes concernées doivent être rétribués de manière appropriée. Par ailleurs, il est nécessaire de rendre transparent le financement de ces diverses prestations.

Les axes d'intervention suivants sont essentiels pour ce champ d'action :

Axes d'intervention

Les instruments de financement dont disposent les pouvoirs publics sont alignés sur les objectifs et les axes d'intervention de la stratégie MNT. Les processus de demande et d'attribution de financement à des projets sont simplifiés et harmonisés en vue d'une utilisation plus efficiente des ressources.

Utiliser les moyens financiers en fonction de la stratégie

L'attribution des fonds est organisée en tenant compte des objectifs et des axes d'intervention de la stratégie MNT. Les acteurs doivent toutefois pouvoir définir de façon flexible les orientations au sein de ces axes d'intervention. En outre, il convient d'assurer le financement de mesures novatrices incluant plusieurs facteurs de risque.

A cet effet, le processus de demande et d'attribution de financement pour les mesures doit être simplifié et sa transparence améliorée afin de gagner en efficacité. Des normes de qualité et des critères homogènes pour l'attribution des fonds devront être formulés pour harmoniser les processus de demande et d'attribution des différents bailleurs de fonds. Différentes solutions sont évaluées à cet égard, par exemple, la constitution d'un comité de coordination pour examiner les demandes et définir des clés de répartition entre les différents instruments de financement.

En outre, pour exploiter les synergies et rationaliser l'utilisation des ressources, il conviendra d'examiner des modèles de financement fondés sur le partenariat, p. ex. des projets associant plusieurs offices fédéraux et d'autres organisations.

Des moyens supplémentaires doivent être engagés dans les deux domaines où les besoins sont les plus pressants, soit la prévention dans les soins et la prévention auprès des personnes âgées.

Comblent les lacunes de financement

Pour mettre en place des offres préventives dans le domaine des soins et pour renforcer la prévention auprès des personnes âgées, des moyens financiers supplémentaires sont nécessaires. Les domaines de la promotion de la santé et de la prévention où le besoin d'agir est grand doivent donc être renforcés de même que le soutien au développement et à la durabilité des projets novateurs.

A cet effet figure en premier lieu la demande faite par Promotion Santé Suisse pour l'augmentation des moyens pour la prévention des maladies en général qui est actuellement en cours d'examen auprès du DFI (mars 2016). Elle vise à financer les mesures dans les domaines de la santé psychique, de la prévention dans les soins et de la prévention auprès des personnes âgées.

Le financement des prestations de prévention dans le domaine des soins est clarifié. Les possibilités et conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et d'autres assureurs doivent être prises en compte. Ces précisions ainsi qu'une meilleure communication de celles-ci doivent faciliter la recherche de solutions.

Clarifier le financement des prestations de prévention

Dans le domaine des soins, les modalités de rémunération de la prévention ne sont actuellement pas claires pour une partie des prestations de prévention fondées scientifiquement et qui s'adressent à des personnes présentant des risques accrus ou à des personnes malades. Cela concerne aussi les offres de conseil des ligues de la santé. Les acteurs tels que les pouvoirs publics, les assureurs et les employeurs doivent trouver ensemble des solutions qui tiennent compte des différentes sources de financement. Ceci vaut également pour la rémunération appropriée des importantes fonctions de conseil et de coordination dans le cadre des prestations de prévention globales, notamment dans le domaine non médical.

En ce qui concerne l'assurance obligatoire des soins (AOS), le cadre de la prise en charge des prestations médicales de prévention est défini dans la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10). La prise en charge des coûts n'est possible que pour les prestations médicales effectuées ou prescrites par des médecins en faveur d'assurés particulièrement menacés. Ces prestations sont examinées sur la base du respect des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (critères EAE) et elles sont définitivement désignées (liste positive). Les critères EAE applicables à toutes les prestations doivent être appliqués de manière encore plus concrète et opérationnelle aux prestations de prévention. Les fournisseurs de prestations et les assureurs règlent les détails de la rétribution dans des conventions tarifaires. Concernant les nouvelles approches, il existe éventuellement un besoin de clarification et de communication, comme par exemple pour le coaching santé, où des questions de délimitation peuvent se poser.

5.5 Monitoring et recherche (CA 5)

Une politique de prévention des maladies non transmissibles fondée sur des données probantes requiert des bases scientifiques. L'innovation et la recherche doivent être encouragées en cas de lacunes. Des projets pilotes peuvent ainsi être testés sur le plan régional ou pendant une durée limitée pour en déterminer l'effet avant de les introduire sur l'ensemble du territoire ou pendant une durée prolongée.

Description du champ d'action

Un monitoring axé sur les objectifs de la stratégie constitue en outre la base de la vérification de la stratégie et de ses mesures, leur adaptation à de nouveaux défis et leur développement continu par la Confédération et les cantons.

Même si l'état des connaissances concernant les maladies non transmissibles s'est amélioré ces dernières années, d'importantes lacunes subsistent encore. Ainsi, par exemple, des données de qualité et représentatives sur le plan national concernant les MNT font défaut. D'autres lacunes importantes en matière de données existent dans le domaine de la qualité et de l'efficacité des projets, notamment à l'interface entre la prévention et les soins curatifs.

La promotion, le financement et l'accompagnement scientifique ciblés des projets pilotes et d'innovation pratiques et appliqués constituent en outre un enjeu de taille.

Les orientations suivantes sont essentielles pour ce champ d'action :

Un monitoring des MNT fondé sur des monitorages et bases de données existants est mis en place. Celui-ci enregistre des informations nationales sur la charge de morbidité, les facteurs de risque, les déterminants sociaux et les groupes de la population menacés.

Un monitoring des MNT en lien avec les objectifs et aux priorités de la stratégie MNT est mis en place. Il permet de mieux observer les évolutions actuelles de la santé dans le domaine des MNT. Le monitoring constitue par ailleurs la base d'une vérification et d'une adaptation de la stratégie et de ses mesures aux défis futurs pour la Confédération et les cantons. Il doit contribuer à la définition des priorités dans la promotion de la recherche et de l'innovation. Enfin, un monitoring complet constitue aussi une base indispensable pour l'évaluation de la stratégie MNT.

Le monitoring des MNT se base sur le système de monitoring éprouvé Alimentation et activité physique (MOSEB) et le remplace. Il intègre les données des sources de données nationales établies (p. ex. de l'OFS), englobe des informations sur la charge de morbidité, les facteurs de risque, les déterminants sociaux, les groupes de la population menacés ainsi que les coûts et vise à combler les lacunes en matière de données, notamment pour la classe d'âge des moins de 15 ans.

Les axes de recherche existants sont examinés et de nouvelles priorités sont définies si nécessaire. Le transfert de connaissances de la théorie à la pratique est encouragé.

Les orientations de la recherche qui méritent d'être encouragées sont déterminées sur la base des lacunes en matière de connaissances. Des déficits de connaissances importants existent notamment dans le domaine de la recherche sur les services de santé, qui englobe aussi la prévention, dans le sens de soins médicaux complets. C'est pourquoi le programme national de recherche « Système de santé » (PNR 74) suggère de prendre en compte certains aspects de la prévention des maladies non transmissibles.

Le transfert de connaissances de la théorie et de la science à la pratique est encouragé. Les partenaires et le public sont régulièrement informés des principaux enseignements et développements.

Principaux défis

Axes d'intervention

Mettre en place un monitoring des MNT

Stimuler la recherche et le transfert de connaissances

L'innovation dans le domaine de la prévention des MNT est soutenue. La priorité est l'accompagnement scientifique non seulement des projets de prévention multisectoriels, mais également des projets focalisés sur plusieurs facteurs de risque ainsi que des projets de renforcement des interfaces entre les soins médicaux et la prévention.

Des projets novateurs concernant les thématiques des deux principaux champs d'action (CA 1 et CA 2) sont notamment proposés et accompagnés scientifiquement afin de promouvoir l'innovation dans la prévention des MNT. En matière de promotion de la santé et de prévention primaire, l'accent est mis sur les projets de prévention multisectoriels et/ou focalisés sur plusieurs facteurs de risque. Les projets concernant les interfaces entre le domaine des soins et les offres de la promotion de la santé et de la prévention doivent être encouragés dans le cadre de la prévention dans le domaine des soins.

Ces projets ont pour objectif de rassembler un grand nombre de données probantes et d'assurer une transition réussie vers des offres régulières et garanties à long terme. En complément, les facteurs de succès d'un ancrage durable des projets pilotes et novateurs sont portés à la connaissance des personnes chargées de la mise en œuvre. Cela permet d'éviter que des projets dont la phase pilote a été concluante soient interrompus et ne soient pas transposés dans la pratique par faute de moyens financiers et de savoir-faire.

Le renforcement du financement de l'innovation par Promotion Santé Suisse et le Fonds de prévention du tabagisme est examiné dans le but d'en assurer la promotion.

5.6 Information et formation (CA 6)

La stratégie part du principe que les personnes sont responsables de leur mode de vie et de leur comportement. Pour cela, la population a toutefois besoin d'informations fiables et adaptées à son âge sur la santé, sa préservation et son rétablissement ainsi que sur les comportements préjudiciables ou bénéfiques à la santé. Seule une personne bien informée peut s'engager avec compétence en faveur de sa propre santé et de celles des autres. Il est donc essentiel que l'ensemble de la population, mais aussi les personnes en situation de vulnérabilité, soient suffisamment sensibilisées aux causes des MNT. Les multiplicateurs comme les enseignants ou les employeurs jouent un rôle décisif dans la transmission des connaissances.

Il s'agit d'encourager les offres de formation destinées aux personnes atteintes de maladies chroniques et à leurs proches et dont le but est de renforcer les compétences en matière de santé et l'auto-prise en charge de la maladie. Mais il est également essentiel pour les professionnels de la santé d'acquérir les compétences nécessaires en matière de prévention, par le biais des formations initiale et continues ainsi que d'autres formes de transmission des connaissances.

Les différents groupes cibles peuvent avoir des besoins fortement divergents et ils peuvent être plus ou moins faciles à toucher. Par exemple, les personnes qui sont atteintes de maladies chroniques et leurs proches, les personnes défavorisées sur le plan socio-économique et issues de la migration, les parents d'enfants en bas âge ainsi que les spécialistes ont déjà été pris en compte dans le cadre de différentes activités de prévention au cours des années passées. Sur cette base, il s'agit de développer une communication active, transparente, adaptée aux besoins et aux milieux respectifs des groupes cibles, en se focalisant davantage sur les aspects portant sur plusieurs facteurs de risque.

Description du champ d'action

Principaux défis

Les axes d'intervention suivants sont essentiels pour ce champ d'action :

Axes d'intervention

Le public est activement informé de la problématique des MNT, de leurs causes et de l'importance des conditions de vie, de travail et environnementales propices à la santé. L'accès des personnes en situation de vulnérabilité à des informations spécifiques est favorisé.

Informé le public

Les mesures de communication informent et sensibilisent la population en plaçant des thématiques spécifiques aux MNT dans le débat public et en fournissant des informations sur ces maladies, leurs causes et les actions possibles. Elles peuvent ainsi aider à améliorer les compétences en matière de santé et provoquer des changements d'attitude et parfois de comportement grâce à l'interaction avec d'autres mesures. Elles peuvent également contribuer à l'instauration de conditions de vie, de travail et environnementales propices à la santé.

Des mesures d'information et de sensibilisation spécifiques pour les personnes en situation de vulnérabilité, par exemple les migrants, sont requises en plus des mesures de communication destinées au grand public afin d'améliorer leurs compétences en matière de santé en fonction de leurs besoins spécifiques.

Les enfants et les adolescents méritent une attention particulière. Leur développement est soutenu, notamment par le renforcement de leurs ressources. La formation et la fonction de leurs systèmes de soutien, par exemple la famille et l'école ainsi que les groupes professionnels qui y interviennent, doivent être appuyées et renforcées.

Les offres de formation destinées aux personnes atteintes de maladies chroniques et à leurs proches et qui visent à renforcer les compétences en matière de santé et l'autogestion de la maladie sont encouragées en impliquant les personnes concernées.

Encourager les offres d'autogestion destinées aux personnes atteintes de maladies chroniques

Avec l'espérance de vie croissante, le nombre de personnes qui vivent avec des maladies chroniques augmente également. Le soutien apporté aux personnes touchées dans l'organisation d'une vie autonome, responsable et aussi longue que possible est donc essentiel. Il contribue également à empêcher ou à retarder le moment où des soins sont nécessaires.

Le renforcement des compétences en matière de santé et de l'autogestion des personnes malades et de leurs proches constitue donc une priorité, pour que les personnes concernées acquièrent une expertise concernant leurs maladies. Dans cette optique, les offres spécifiques à une maladie mais aussi les offres globales des organisations de patients, des ligues de la santé et des organisations comparables dans le domaine des soins ainsi que les offres d'aide à l'autonomie sont encouragées et leur financement est clarifié. Une attention particulière est accordée à l'utilisation des nouvelles technologies dans le but d'améliorer les compétences en matière de santé et d'encourager un style de vie propice à la santé.

Les professionnels de la santé sont soutenus dans leurs efforts pour acquérir des compétences pratiques en matière de prévention dans le domaine des soins et pour les utiliser efficacement.

Assurer la formation initiale et continue des professionnels de la santé

La transmission de connaissances pratiques concernant les approches en matière de prévention dans le domaine des soins, mais aussi de compétences sociales, interculturelles et de communication doit être renforcée dans le sens d'un conseil-santé global sur une base de connaissances homogène dans les formations initiale

et continue des professionnels de la santé. L'accent est mis sur les entretiens motivationnels ainsi que sur le parcours de santé en tant que cadre d'orientation complet pour les prestations de prévention. Une amélioration des interfaces et de la collaboration entre la prévention et les soins curatifs est ainsi recherchée.

A cet effet, il faut commencer par créer des modules intégrés spécifiques dans le contexte des différents niveaux de formation (initiale, continue et postgrade). Pour ce faire, il faut au préalable déterminer l'état actuel de la transmission des connaissances et des capacités en matière de prévention dans les formations initiales et postgrade, universitaires et non-universitaires des professionnels de la santé. La manière dont les compétences en matière de prévention pourraient être approfondies sera déterminée en conséquence. Ces contenus doivent ensuite être intégrés dans les catalogues des objectifs de formation des professions médicales universitaires (notamment médecine dentaire, pharmacie, chiropratique).

S'agissant des professions de la santé au niveau des hautes écoles spécialisées (HES), des échanges actifs sont engagés avec les conférences professionnelles, pour que les compétences en matière de prévention occupent une place plus importante dans la formation et la formation continue. L'intégration dans les cursus cadres est clarifiée en ce qui concerne les professions au niveau de l'école supérieure (ES) et au niveau de la formation de base. La possibilité de proposer également des modules interprofessionnels pour les professionnels de la santé doit être examinée.

5.7 Conditions-cadres (CA 7)

Les conditions de vie, de travail et d'environnement doivent être organisées de manière à encourager les personnes à adopter des comportements propices à la santé (« *Make the healthy choice the easy choice* »). Il existe de nombreuses possibilités concernant les mesures de prévention structurelle. Outre les réglementations légales (p. ex. la fixation des prix, la disponibilité, la publicité et la taxation des biens et services nocifs pour la santé), elles incluent également l'engagement des milieux économiques (p. ex. code de conduite ou engagements volontaires en faveur d'aliments sains) et la conception d'environnements propices à la santé (p. ex. promotion de pistes cyclables sûres et attrayantes ou de repas sains dans les cantines, sur le lieu de travail et dans les écoles, mise à disposition d'espaces naturels et de détente). Le renforcement d'une politique multisectorielle de la santé et de l'égalité des chances dans le domaine de la santé contribue également à améliorer les conditions de vie.

On sait, par exemple, que les personnes ayant de faibles revenus ou un faible niveau d'éducation ont moins de chances de vieillir en bonne santé. Il est donc important de créer des conditions-cadres adaptées aux besoins, qui améliorent les possibilités d'un style de vie propice à la santé. Les personnes en situation de vulnérabilité sont justement celles qui profitent le plus des mesures de prévention structurelle.

La santé dépend de différents déterminants, par exemple la formation, le revenu, la qualité de l'air, les transports, l'économie, la sécurité. Ces conditions-cadres sociales ne sont pas uniquement influencées par la politique sanitaire. Eu égard à la complexité de la question et aux nombreuses influences, d'autres secteurs de la politique doivent être sensibilisés à des aspects sanitaires et être activement associés. Cela peut souvent nécessiter une coordination coûteuse et chronophage et les conflits d'intérêts peuvent compliquer la collaboration.

Les axes d'intervention suivants sont essentiels pour ce champ d'action :

Description du champ d'action

Principaux défis

Axes d'intervention

Les conditions-cadres sociales sont conçues et organisées de telle sorte qu'elles contribuent à l'égalité des chances et à la qualité de vie de la population et encouragent des styles de vie favorables à la santé.

Renforcer les conditions-cadres propices à la santé

Les conditions-cadres sociétales doivent si possible être aménagées aux différents niveaux de l'Etat et pour tous de manière à faciliter l'adoption de comportements favorables à la santé, la mobilité et l'activité. Des infrastructures spécifiques et des quartiers sûrs, équipés de pistes cyclables, d'aires de jeu ou d'espaces naturels et de détente doivent être développés dans cette perspective. Il est important de proposer aux personnes des options attractives, saines et facilement accessibles dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique. C'est ce que permettent, par exemple, les promesses d'actions volontaires du secteur privé en s'engageant à proposer des choix d'activités ou de produits favorables à la santé. En complément, il convient de vérifier que les bases légales existantes sont appliquées de façon optimale et qu'elles tiennent suffisamment compte des défis actuels.

L'accès à la promotion de la santé et à la prévention doit être possible pour tous. L'égalité des chances inscrite dans la Constitution fédérale doit être mise en œuvre dans le cadre de la santé publique. Ainsi, des accès facilités, spécifiques aux groupes cibles, sont notamment proposés pour les personnes en situation de vulnérabilité.

Les questions de prévention et de santé sont davantage prises en compte dans une politique sanitaire multisectorielle.

Renforcer la collaboration multisectorielle

Les mesures de lutte contre les MNT sont liées à de nombreux domaines de la politique et de la vie (p. ex. économie, environnement, formation, circulation, aménagement du territoire, etc.) et sont mises en œuvre par une multitude d'acteurs. Il est nécessaire d'assurer une bonne coordination entre les différents acteurs et de les sensibiliser à l'importance de la thématique de la santé dans leur domaine d'action respectif. Les décideurs à tous les niveaux doivent donc être sensibilisés afin de tenir compte des aspects sanitaires et d'assumer leurs responsabilités. Il convient dans ce contexte de faire appel à la responsabilité sociale pour la santé.

La collaboration entre les différents départements et domaines politiques nationaux et cantonaux est maintenue ou optimisée, afin de renforcer les aspects et conditions-cadres en matière de santé.

Des projets, modèles et concepts pilotes privilégiant une approche globale de la politique multisectorielle de la santé sont encouragés.

La Suisse participe activement aux efforts internationaux visant à renforcer la santé au sein de la population et cultive l'échange international d'expériences.

Cultiver l'engagement au niveau international

La Suisse soutient activement les efforts de l'OMS et du bureau régional de l'OMS pour l'Europe en matière de prévention et de lutte contre les MNT et entretient des échanges internationaux, notamment avec l'UE. Ceci inclut aussi la participation à l'élaboration de recommandations internationales dans le domaine de la politique en matière d'alcool, de tabac, d'alimentation et d'activité physique. La Suisse se conforme aux stratégies et plans d'action internationaux de l'OMS et de l'UE, et entend toujours ratifier la convention sur le tabac de l'OMS (convention-cadre pour la lutte antitabac, CCLAT). Mais pour ce faire, la loi sur les produits du tabac et un message concernant la ratification de la convention doivent encore être adoptés par le parlement.

6 Mise en œuvre de la stratégie

La stratégie MNT avec ses objectifs, ses champs d'action et ses axes d'intervention est élaborée pour la période de 2017 à 2024. Elle offre à tous les acteurs étatiques et non-étatiques un cadre d'orientation pour leurs engagements en faveur de la prévention des MNT. Cette approche sera également poursuivie lors de la mise en œuvre de la stratégie.

Une fois la stratégie adoptée, la Confédération (OFSP), les cantons (CDS) et Promotion Santé Suisse, conjointement avec d'autres acteurs, définiront ensemble, dès 2016, des mesures qui seront mises en œuvre à partir de 2017. Les mesures sont approuvées par le Dialogue Politique nationale suisse de la santé. En outre, les mesures de la Confédération sont adoptées par le Conseil fédéral. Les mesures de la stratégie MNT, de la stratégie nationale Addictions et du projet Santé psychique sont élaborées ensemble, pour autant que ce soit possible et judicieux. Elles seront développées sur la base du droit fédéral et cantonal existant et en tenant compte des responsabilités respectives.

Elaboration des mesures

Les mesures doivent se baser sur ce qui existe déjà, assurer la continuité et renforcer les approches axées sur plusieurs facteurs de risque ainsi que les approches de la prévention en matière de soins. Elles peuvent être focalisées sur les facteurs de risque, le cadre de vie, mais aussi les phases de l'existence. Les expériences, les acquis et les connaissances résultant de la mise en œuvre des programmes de prévention antérieurs sont pris en compte dans les futures mesures. La transition à partir des mesures et structures existantes s'effectue de manière fluide.

Les programmes cantonaux existants doivent être poursuivis et progressivement adaptés aux objectifs, aux champs d'action et aux axes d'intervention de la stratégie MNT.

Programmes cantonaux

Les objectifs stratégiques seront quantifiés dès 2016 en relation avec l'élaboration des mesures et en concertation avec les acteurs impliqués. Une valeur cible à atteindre sur une période déterminée doit au minimum être définie pour chaque objectif MNT. La fixation des valeurs cibles (quantification) sert à vérifier l'efficacité de la stratégie et reflète également la définition des priorités des mesures. Le système de monitoring des MNT recueillera les indicateurs correspondants et rendra compte régulièrement de l'avancée des travaux dans la perspective de la réalisation des objectifs.

Quantifier les objectifs

Les autres acteurs étatiques et non-étatiques sont invités à focaliser leurs activités sur les objectifs de la stratégie MNT et à les développer de manière à ce qu'elles se soutiennent et se complètent mutuellement. Les différents acteurs ont cependant toute latitude pour fixer eux-mêmes leurs orientations.

Soutien aux objectifs stratégiques

Une conférence des parties prenantes concernant les MNT sera instaurée dès 2017, afin d'aborder régulièrement la mise en œuvre de la stratégie et d'offrir à tous les acteurs une plate-forme pour échanger leurs expériences, comme décrit au chap. 5.3. Elle permet de présenter les approches réussies, encourage le développement de projets de mise en œuvre spécifiques et renforce aussi bien les réseaux que le transfert des connaissances.

Conférence des parties prenantes

Un comité stratégique de mise en œuvre sous l'égide de la Confédération (OFSP), des cantons (CDS) et de Promotion Santé Suisse (PSCH) coordonnera la mise en œuvre de la stratégie MNT dès 2017, conjointement avec des représentants d'autres acteurs importants.

Coordination

En outre, l'OFSP, la CDS et PSCH rendent régulièrement compte au Dialogue Politique nationale suisse de la santé sur les différentes étapes de la mise en œuvre visant à atteindre les objectifs fixés. Les rapports présentés contiennent les résultats et les conclusions de la conférence des parties prenantes. Le Conseil fédéral sera informé des progrès de la mise en œuvre de la stratégie au moyen d'un rapport intermédiaire en 2020. La mise en œuvre sera ensuite évaluée en détail sous l'angle de la pertinence, de l'efficacité, de l'économicité et de la durabilité des mesures en 2023. Un rapport sera de nouveau soumis au Dialogue Politique nationale suisse de la santé. Le Conseil fédéral sera ensuite informé de l'évolution de la stratégie et statuera sur la suite de la procédure. Si nécessaire, des évaluations spécifiques des projets pourront en outre être réalisées.

**Etablissement de rapports
et évaluation**

Le financement de la mise en œuvre chez les acteurs s'effectue par des ressources propres ainsi que des contributions provenant de sources de financement existantes mis à disposition par Promotion Santé Suisse ou le Fonds de prévention du tabagisme.

Financement

La demande de Promotion Santé Suisse visant à augmenter les moyens destinés à la prévention des maladies en général est actuellement en cours d'examen auprès du DFI (mars 2016).

Annexe

Exemples

CA 1 Promotion de la santé et prévention

Prévenir les facteurs de risque

- Entreprise sans fumée – *Intégration de la prévention du tabagisme dans la gestion de la santé en entreprise* : <http://www.entreprisesansfume.ch/>
- MiniMove - activité physique pour les enfants en bas âge : <http://www.ideesport.ch/fr/projets-pour-enfants-et-jeunes/mini-open-sunday/minimove>

Favoriser les approches « phases de la vie » et « cadre de vie »

- Projet MIAPAS de Promotion Santé Suisse
http://www.stillfoerderung.ch/logicio/pmws/indexDOM.php?client_id=stillen&page_id=aktuell&lang_iso639=fr
- Réseau suisse d'écoles en santé : <http://www.radix.ch/Ecoles-en-sante/Reseau-suisse-decoles-en-sante/PXoYa/?lang=fr>
- Via – Promotion de la santé des personnes âgées : <http://promotionsante.ch/public-health/promotion-de-la-sante-des-personnes-agees.html>
- M-Well – Projet pilote pour la promotion de la santé en entreprise : www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/14489/index.html?lang=fr

Soutenir les personnes en situation de vulnérabilité

- Femmes-Tische – un programme de prévention et de santé pour les femmes, majoritairement en contexte migratoire : <http://femmestische.ch/fr/>
- Hometreatment Aargau – Aufsuchende Familienarbeit : www.hota.ch

CA 2 Prévention dans le domaine des soins

Encourager la prévention dans le domaine des soins

- Le projet pilote «Girasole» dans le canton du Tessin associe le coaching santé au projet PAPRICA et vise, dans une prochaine étape, à étendre le projet à l'ensemble du parcours de santé : www.gesundheitscoaching-khm.ch, <http://www.paprica.ch>
- Prévention des chutes : <http://www.ligues-rhumatisme.ch/Sturzpraevention?language=fr>, www.bpa.ch/fr/pour-les-sp%C3%A9cialistes/pr%C3%A9vention-chutes
<http://promotionsante.ch/public-health/promotion-de-la-sante-des-personnes-agees.html>
- Eviprev – programme de prévention et de promotion de la santé à l'intention des médecins praticiens : www.eviprev.ch

Améliorer les interfaces entre la prévention et la médecine curative

- Nouvelle Stratégie Cybersanté Suisse dès 2018 – Intégration de la prévention dans le dossier électronique du patient : www.e-health-suisse.ch
- Plateforme Interprofessionnalité – Les soins de base sont assurés dans un cadre interprofessionnel : www.interprofessionnalite.ch/

Elaborer des lignes directrices

- NICE Pathways – Guides et standards de qualité : <https://pathways.nice.org.uk>
- QualiCCare – Elaboration de traitements standards pour le diabète et la bronchopneumopathie chronique obstructive (BCPO) : <http://qualiccare.ch/fr/>

CA 3 Coordination et coopération**Utiliser les plates-formes existantes :**

- Journées Plans d'action cantonaux alcool (PAC) : <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/10916/10922/15816/index.html?lang=fr>
- Conférence annuelle actionsanté: http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05245/11260/15808/index.html?lang=fr

Mettre en place une conférence des parties prenantes :

- Rencontre des partenaires MNT : <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/14877/15482/index.html?lang=fr>

CA 4 Financement**Utiliser les moyens financiers en fonction de la stratégie**

- Conventions de programmes selon la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons.
- Examen des possibles conventions de collaboration (notamment contrats de prestations, protocoles d'accord)

Comblent les lacunes de financement

- Financement conjoint de projets dans la politique multisectorielle de la santé, p. ex. Centre de services pour une mobilité novatrice : www.are.admin.ch/dienstleistungen/00908/index.html?lang=fr.

Clarifier le financement des prestations de prévention

- KIDSSTEP Obesity: www.akj-ch.ch/de/fachpersonen/therapie-msitmgp.html

CA 5 Monitoring et recherche**Mettre en place un monitoring des MNT**

- Système de monitoring alimentation et activité physique (MOSEB) : http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/index.html?lang=fr
- Données de l'Office fédéral de la statistique dans le domaine de la santé : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14.html>

Stimuler la recherche et le transfert de connaissances

- Programme national de recherche PNR 74 « Système de santé » : <http://www.nfp74.ch/fr/Pages/Home.aspx>

Soutenir l'innovation

Fonds Projets novateurs de Promotion Santé Suisse (Fonds IP) : <http://promotionsante.ch/public-health/soutien-de-projets/fonds-projets-novateurs.html>

CA 6 Information et formation

Informier le public

- Million Hearts® – Campagne de sensibilisation de la population aux maladies cardiovasculaires : <http://millionhearts.hhs.gov>
- Informations sur la santé pour les migrants : <http://www.migesplus.ch/fr/>

Encourager les offres d'autogestion destinées aux personnes atteintes de maladies chroniques

- Evivo – Autogestion en cas de maladie chronique : www.evivo.ch/web/evivo-fr/home
- « Mobile Health » – Mesures médicales soutenues entre autres par des appareils mobiles comme un smartphone ou un assistant numérique personnel : www.e-health-suisse.ch/umsetzung/00135/00218/00278/index.html?lang=fr

Assurer la formation initiale et continue des professionnels de la santé

- Coordination des compétences déterminantes des professionnels de la santé au niveau tertiaire grâce à l'élaboration et à la mise en œuvre de lois cohérentes, telles que la LPMéd, la LPsy, le projet de LPSan : www.bag.admin.ch/themen/berufe/index.html?lang=fr
- Intégration du coaching santé dans la formation médicale postgraduée des médecins de famille et des pédiatres, en collaboration avec l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) : [/www.fmh.ch/fr/formation-isfm.html](http://www.fmh.ch/fr/formation-isfm.html), www.gesundheitscoaching-khm.ch

CA 7 Conditions-cadres**Renforcer un cadre de vie propice à la santé**

- *Healthy Cities* pour un cadre de vie propice à la santé : www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities
- actionsanté – manger mieux, bouger plus : www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05245/index.html?lang=fr
- Achats tests d'alcool - Un guide pratique: www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/13088/14457/index.html?lang=fr

Renforcer la collaboration multisectorielle

- Dialogue sur l'intégration de la Conférence tripartite sur les agglomérations sur le thème « Dès la naissance – Entrer dans la vie en bonne santé » : www.dialog-integration.ch/fr/avant-l-ecole
- Stratégie pour le développement durable de l'Office fédéral du développement territorial : www.are.admin.ch/themen/nachhaltig/00262/00528/index.html?lang=fr

Cultiver l'engagement au niveau international

- Convention sur le tabac de l'OMS (Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, CCLAT / FCTC) www.bag.admin.ch/fctc/index.html?lang=fr
- Elaboration d'une stratégie en matière d'activité physique par le bureau régional de l'OMS pour l'Europe <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/news/news/2015/01/who-europe-first-region-in-the-world-to-develop-strategy-for-physical-activity>

Abréviations

AI	Assurance-invalidité
APVP	Années potentielles de vie perdues
ARPS	Association suisse des responsables cantonaux pour la promotion de la santé
AVS	Assurance vieillesse et survivants
CA	Champ d'action
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
FCTC/CCLAT	Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac
WEF	Forum économique mondial
FMH	Fédération des médecins suisses
FPT	Fonds de prévention du tabagisme
GMC	Gestion des maladies chroniques
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LPMéd	Loi fédérale sur les professions médicales universitaires
LPSan	Loi sur les professions de santé
LPsy	Loi fédérale sur les professions relevant du domaine de la psychologie
MNT	Maladies non transmissibles
MOSEB	Système de monitoring alimentation et activité physique
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OFSPo	Office fédéral du sport
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisations non gouvernementales
OSAV	Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires
PSCH	Fondation Promotion Santé Suisse
RFA	Régie fédérale des alcools
SECO	Secrétariat d'Etat à l'économie
UE	Union européenne

Remerciements

La stratégie MNT a été élaborée en étroite collaboration avec les acteurs. Le Conseil fédéral et la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) remercient les institutions ci-dessous de leur engagement lors de l'élaboration de la stratégie MNT.

Addiction Suisse ; Association des pharmaciens cantonaux (APC) ; Association suisse des infirmiers et infirmières (ASI) ; Association suisse des services d'aide et de soins à domicile ; Association Suisse du Diabète (ASD) ; Association suisse pour la prévention du tabagisme (AT) ; Caritas Suisse ; Collège de Médecine de Premier Recours (CMPR) ; Conférence nationale suisse des ligues de la santé (GELIKO) ; Conseil Suisse des Activités de Jeunesse (CSAJ) ; Croix-Rouge suisse (CRS) ; Association suisse des associations de patients/Dachverband Schweizerischer Patientenstellen (DVSP) ; Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung in der Arztpraxis (EviPrev) ; Fédération Suisse des Associations professionnelles du domaine de la Santé (FSAS) ; Fondation Careum ; Fondation Suisse de Cardiologie (FSC) / CardioVasc Suisse ; Fédération des entreprises suisses (economiesuisse) ; Fédération des médecins suisses (FMH) ; Fondation Suisse de l'Obésité (FOSO) ; Fonds de prévention du tabagisme (FPT) ; Hochschule Luzern (HSLU) ; IG eHealth ; Institut Tropical et de Santé Publique Suisse (Swiss TPH) ; Interpharma ; canton Argovie (AG) ; canton Bâle campagne (BL) ; canton de Fribourg (FR) ; canton des Grisons (GR) ; canton Saint-Gall (SG) ; canton du Tessin (TI) ; canton de Vaud (VD) ; canton de Zoug (ZG) ; Les assureurs-maladie innovants (curafutura) ; Les assureurs-maladie suisses (santésuisse) ; Ligue pulmonaire ; Ligue suisse contre le cancer / Oncosuisse ; Ligue Suisse contre le rhumatisme ; PAPRICA (physical activity promotion in primary care) ; Procap Suisse – pour personnes avec handicap ; Promotion Santé Suisse ; QualiCCare ; RADIX ; Régie fédérale des alcools (RFA) ; Société Suisse de Nutrition (SSN) ; Société Suisse des Pharmaciens (pharma-Suisse) ; Solothurner Spitäler AG (soH) ; Union patronale suisse (UPS) ; Vivre sans tabac

Glossaire

Notion	Définition
Approche « cadre de vie »	<p>Le cadre de vie dans lequel évolue l'individu joue un rôle important dans la prévention des maladies non transmissibles. On peut le voir comme un système délimité fondé sur le milieu social qui exerce une influence sur la santé des individus et des groupes. L'école, le lieu de travail, la commune, le quartier ou l'habitat social environnant en sont des exemples. Cette approche se fonde sur le constat selon lequel les problèmes de santé résultent de l'interaction entre les conditions socio-économiques et culturelles et le style de vie personnel. Le but de cette approche consiste à organiser les cadres de vie de telle sorte qu'ils aient une influence positive sur la santé.</p>
Approche « groupe cible »	<p>Pour parvenir à sensibiliser certains groupes de la population avec des messages et des offres spécifiques, il est important de communiquer et d'agir de manière ciblée et non pas seulement au niveau de la population globale. Un groupe cible englobe des personnes ayant des traits et des besoins communs et/ou des situations de vie similaires ; cette approche en tient compte pour fixer des objectifs et des mesures adaptés à la spécificité d'un groupe cible. Dans le contexte de la prévention, les groupes cibles sont généralement ceux qui présentent des risques accrus et disposent de ressources limitées.</p> <p>Les groupes cibles peuvent être de jeunes hommes ou femmes sans emploi, des mères ou pères célibataires dans un contexte socio-économique difficile, des personnes âgées dans des maisons de retraite, des migrants, etc.</p>
Approche « phases de la vie »	<p>L'approche « phases de la vie » considère l'ensemble du cycle de vie, différencié selon les phases de la vie : enfance et adolescence, âge adulte et vieillesse. Alors que la croissance et un développement sain constituent la priorité durant l'enfance, ainsi que le développement d'un style de vie propice à la santé à l'adolescence, il est primordial à l'âge adulte de préserver la santé, d'éviter les maladies, et de contribuer à la vie sociale et à la productivité. Le maintien de l'indépendance, la qualité de vie et la prévention des handicaps et de la dépendance sont essentiels à un âge avancé. En fonction des phases de l'existence, les cadres de vie, les personnes de référence ainsi que les spécialistes prennent une importance différente. En tant que multiplicateurs, ils exercent une influence déterminante sur le style de vie et les conditions-cadres sanitaires de chaque individu. Chez les nourrissons et les enfants en bas âge, les sages-femmes, les conseillers en puériculture, mais aussi le pédiatre ou l'environnement personnel représentent les principaux interlocuteurs pour les questions relatives à l'alimentation et aux soins de l'enfant, alors que ceux des adolescents se trouvent souvent à l'école ou dans des organisations de loisirs.</p>
Auto-prise en charge ou autogestion	<p>L'auto-prise en charge ou autogestion est un aspect de la compétence en matière de santé. En présence d'une maladie chronique, l'auto-prise en charge ou autogestion désigne également un processus dynamique qui englobe les capacités d'un individu à gérer de manière adéquate et active les symptômes, les effets corporels et psychosociaux et le traitement de la maladie chronique et à adapter son style de vie en conséquence. L'auto-prise en charge ou autogestion peut</p>

	être favorisée et soutenue par des formations, programmes et technologies appropriés.
Charge de morbidité	Dans le cadre de la stratégie MNT, le terme « charge de morbidité » regroupe les concepts de décès (prématurés) ou mortalité, de souffrance chronique (morbidité) et de baisse de la qualité de vie.
Compétence en matière de santé	La compétence en matière de santé signifie que les individus sont capables de prendre au quotidien les décisions qui ont une influence positive sur la santé.
Conseil-santé	<p>Le conseil-santé est un conseil professionnel qui suggère et soutient des processus de changement au niveau individuel grâce à des méthodes scientifiquement fondées et issues des domaines de la psychologie et du social (p. ex. entretien motivationnel). Il a pour but de promouvoir la santé, d'empêcher la maladie et/ou d'aider à surmonter une maladie.</p> <p>Le conseil-santé se base globalement sur les conditions de vie concrètes et les besoins spécifiques des individus et soutient le développement à long terme de compétences personnelles. Les individus apprennent à exercer une plus grande influence sur leur propre santé et leur cadre de vie et à gérer les changements dans différentes phases de leur existence, les contraintes, les maladies et les handicaps.</p>
Décès prématurés	Selon la définition de l'OFS, les décès prématurés ou la mortalité prématurée se mesurent à l'aide du nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP). Les APVP sont des années de vie perdues au cours d'une année civile suite à des décès avant l'âge de 70 ans révolus.
Dépistage précoce / Intervention précoce	Le dépistage précoce est une forme de diagnostic qui vise à reconnaître le plus tôt possible les symptômes des maladies. Leur traitement est nommé intervention précoce / traitement précoce.
Efficacité, adéquation et économicité	L'efficacité, l'adéquation et l'économicité sont mentionnées en relation avec la LAMal. Il s'agit de critères de qualité auxquels doivent correspondre des prestations pour être remboursées par les caisses-maladie. En dehors de la LAMal, il convient d'employer les termes « fondé sur des données probantes » et « affectation efficiente des ressources ».
Egalité des chances	L'équité ou égalité des chances en matière de santé vise à ce que toutes les personnes aient la possibilité de développer, de gérer et de préserver leur santé indépendamment des différences sociales, économiques, ethniques ainsi que du sexe et de l'âge. A cette fin, il est nécessaire qu'elles aient accès aux ressources sanitaires de façon juste et équitable.
Facteurs d'influence (déterminants de la santé)	« Facteurs d'influence » est le terme générique pour les facteurs de risque et les facteurs de protection qui influencent l'apparition d'une maladie.
Facteurs de risque	Facteurs qui accroissent par une relation causale la probabilité d'être atteint d'une MNT; facteurs de risque comportementaux : tabagisme, consommation abusive d'alcool, alimentation déséquilibrée, manque d'activité physique; facteurs de risque physiologiques: hypertension, hyperglycémie, surcharge pondérale, obésité, taux de cholestérol élevé.
Facteurs de protection	Facteurs qui en tant que facteurs de prévention de la maladie limitent l'influence des facteurs de risque et rendent ainsi moins probable l'apparition d'une maladie; p. ex. alimentation saine, activité physique, repos suffisant, réseau social de soutien.

Maladies non transmissibles (MNT)	Les maladies non transmissibles ou MNT sont des affections non contagieuses de longue durée et d'évolution généralement lente. Leur fréquence tend à augmenter dans la population, notamment chez les personnes âgées. On les appelle souvent « maladies chroniques » ou « maladies de civilisation ». Outre les troubles psychiques, cinq groupes de maladies sont à l'origine d'une grande part de la charge de morbidité en Suisse : cancer, diabète, maladies cardio-vasculaires, affections chroniques des voies respiratoires et maladies musculo-squelettiques. Ces MNT sont dues en grande partie à quatre facteurs de risque très répandus et liés au style de vie des individus : la mauvaise alimentation, la sédentarité, le tabagisme et l'abus d'alcool.
Promotion de la santé	La question de savoir si et à quel égard la promotion de la santé se distingue de la prévention fait l'objet de controverses parmi les spécialistes. Etant donné qu'il s'agit en premier lieu dans la promotion de la santé comme dans la prévention de renforcer les facteurs de protection et de réduire les facteurs de risque, les deux termes sont utilisés ici comme synonymes (cf. définition de la prévention).
Parcours-santé	Le parcours-santé constitue un exemple concret du conseil-santé. Le parcours-santé est un processus standardisé, coordonné, fondé sur des données probantes qui vise à amener la personne concernée et les fournisseurs de prestations à trouver une approche personnalisée qui facilite les changements de style de vie de l'individu touché. Ce parcours-santé peut s'appliquer non seulement aux malades (prévention tertiaire) mais aussi aux personnes qui, par leur style de vie, présentent un risque accru de développer une MNT (prévention secondaire).
Personnes en situation de vulnérabilité	Les personnes en situation de vulnérabilité présentent des facteurs de risque multiples et un déficit de facteurs de protection. Elles peuvent être vulnérables dans une situation de crise (court terme) ou à cause de leurs conditions de vie (long terme). Une vulnérabilité accrue de la santé peut avoir de nombreuses raisons, elle peut p. ex. concerner des personnes issues de couches de la population qui n'ont guère accès à la formation, qui ont un faible revenu, voire aucun revenu, ou qui sont désavantagées sur le plan socio-économique pour des raisons culturelles ou linguistiques. Une attention particulière est accordée au soutien des personnes en situation de vulnérabilité.
Prestations en matière de prévention	Les prestations en matière de prévention sont le conseil offert par les professionnels de la santé dans les soins de base et le conseil en santé. Elles visent à empêcher ou à retarder l'apparition d'une MNT chez les personnes à risque accru et à améliorer la qualité de vie chez les sujets déjà malades.
Prévention Primaire, secondaire et tertiaire	La prévention est le terme générique pour toutes les mesures visant à réduire l'apparition, la propagation et les effets négatifs des maladies ou des atteintes à la santé. Par mesures de prévention, on entend les interventions médicales, psychologiques et éducatives, la surveillance de l'environnement, les mesures législatives, le travail de lobbying et les campagnes médiatiques. La prévention primaire sert à créer des cadres de vie propices à la santé, à améliorer les compétences en matière de santé et d'autres facteurs de protection, mais aussi à réduire les facteurs de risque dans le but d'éviter l'apparition de la maladie.

	<p>La prévention secondaire met l'accent sur le dépistage et l'intervention précoce en cas de risque concret et/ou sur les premiers signes d'une maladie et se concentre sur les groupes à risques.</p> <p>La prévention tertiaire vise à éviter l'évolution chronique et les séquelles d'une maladie chez les personnes déjà atteintes, et cherche à améliorer la qualité de vie.</p>
Prévention comportementale et prévention structurelle	<p>La prévention comportementale vise à renforcer les compétences en matière de santé de la population. Les approches sont centrées directement sur l'individu chez lequel on entend induire un changement d'attitude ou de comportement.</p> <p>La prévention structurelle a pour but d'améliorer la structure sociale. Les approches retenues à cet égard consistent à créer un cadre de vie favorable à la santé.</p>
Vulnérabilité	La vulnérabilité se définit par le rapport entre les facteurs de risque et les facteurs de protection.

Mémento statistique

Maladies	Prévalence et incidence (en % de la population suisse)	Coûts directs et indirects ⁱ (en CHF)	Décès prématurés ⁱⁱ (en %)	Evolution
Ensemble des 5 MNTⁱⁱⁱ	Multimorbidité 22 % de tous les plus de 50 ans 41,3 % de tous les plus de 80 ans Espérance de vie en bonne santé à 65 ans : Hommes : 13,6 années, femmes : 14,2 années (2012)	Coûts méd. directs : 25,6 Mrd Coûts indirects : 27,3 Mrd	Hommes 49,9 % Femmes 59,6 %	Augmentation de l'importance des MNT dans les décès prématurés : le taux des décès prématurés dus à une MNT (-47 % pour les hommes, -42 % pour les femmes) a moins baissé entre 1993 et 2013 que le taux de décès en général (-51 % pour les hommes, -44 % pour les femmes).
Cancer^{iv}	40 % font l'expérience du cancer au cours de leur vie Nouveaux diagnostics de cancer chaque année : hommes : 20 634, femmes : 17 942	- Coûts méd. directs : 4,0 Mrd - Coûts indirects : 5,8 Mrd	- Hommes 29,3 % - Femmes 45,1 %	Augmentation du taux d'incidence entre l'âge de 25 et 64 ans : chez les hommes de 1 à 141 pour le cancer du côlon, de 0,3 à 197,1 pour le cancer du poumon et de 0,1 à 357,1 pour le cancer de la prostate, chez les femmes de 6,1 à 324,5 pour le cancer du sein pour 100 000 habitants.
Diabète^v	4,7 % avec un diagnostic médical de diabète : hommes 5,5 %, femmes 3,9 % 3,5 % ont été traités dans les derniers 12 mois : hommes 4,4 %, femmes 2,7 %	- Coûts méd. directs : 1,0 Mrd - Coûts indirects : 1,3 Mrd	- Hommes 1,2 % - Femmes 0,9 %	Augmentation de la prévalence du diagnostic de diabète : de 3,3 % (1997) à 4,7 % (2012)
Maladies cardiovasculaires^{vi}	Décès causés par des maladies cardiovasculaires : hommes 9 719, femmes 11 793 Soins en milieu hospitalier : hommes 53 208, femmes 67 549	- Coûts méd. directs : 10,3 Mrd - Coûts indirects : 6,4 Mrd	- Hommes 16,6 % - Femmes 10,5 %	Augmentation de la prévalence de l'infarctus aigu du myocarde : de 149,9 (2000) à 177,9 (2012) cas pour 100 000 habitants
Affections chroniques des voies respiratoires^{vii}	Asthme: 6,7 % des adultes 7,4 % des enfants MPOC : 9,1 % des 18-60 ans	- Coûts méd. directs : 1,6 Mrd - Coûts indirects : 1,6 Mrd	- Hommes 2,8 % - Femmes 3,2 %	Augmentation de la prévalence de la bronchite / de l'emphyse chronique entre l'âge de 25 et 64 ans : de 1,2 % pour les hommes et 2,3 % pour les femmes (25-34 ans) à 3 % pour les hommes et 4 % pour les femmes (55-64 ans)
Troubles musculo-squelettiques^{viii}	Maux de dos ou de reins : 40 % hommes 34,9 %, femmes 44,9 % Arthrose/arthrite 7,3 % hommes 5,6 %, femmes 9,0 %	- Coûts méd. directs : 8,7 Mrd - Coûts indirects : 12,2 Mrd	- Hommes 0,3% - Femmes 0,6%	Prévalence relativement stable pour les maux de dos ou de reins 40,8 % (1992) et 40 % (2012) Prévalence en baisse de l'arthrose/arthrite : 8,4% (2007) et 7,3% (2012)

Facteurs de risque comportementaux	Prévalence (en % de la population suisse dès 15 ans)	Indicateurs complémentaires choisis	Evolution
Alcool ^{ix}	Consommation chronique à risque (12 derniers mois) <ul style="list-style-type: none"> • Risque élevé : 1 % • Risque moyen : 2,9 % • Globalement : 3,9 % Ivresse ponctuelle <ul style="list-style-type: none"> • 21 % au moins 1x / mois • 5,9 % au moins 2x / mois 	Consommation d'alcool à risque (combinaison d'une consommation chronique à risque et d'une ivresse ponctuelle 1x / mois) 22 % Mortalité : 1 600 décès imputables à l'alcool chaque année chez les 15 – 74 ans (2011)	- Plutôt stable : consommation à risque - Diminution : consommation chronique à risque chez les femmes - Augmentation : ivresse ponctuelle
Tabac ^x	Fumeurs (dès 15 ans) : 25 % Fumeurs quotidiens : 17,6 % Fumeurs occasionnels : 7,4 % Fumeurs chez les 25 – 34 ans : 34,4%	Exposition au tabagisme passif 1+heure / jour : 6 % (18,6 % chez les 15 – 19 ans) 1+heure / semaine : 35,1 % Souhait d'arrêter : 52,7 % Mortalité : 9 200 décès dus au tabac chaque année	Plutôt stable à un niveau élevé : augmentation jusqu'à la fin des années 1990, puis diminution progressive à 33% en 2001 (monitorage du tabac et début du PNT) et à 25% en 2008 ; depuis stagnation Exposition à la fumée passive : réduction de 35 % (2001) à 6 % (2013) 2010 (10%) introduction de la Loi fédérale sur la protection contre le tabagisme passif
Alimentation ^{xi}	Recommandation : manger au moins deux portions de fruits et au moins trois portions de légumes par jour suivie : 7 jours/semaine : 11% <ul style="list-style-type: none"> • Hommes 6% • Femmes 16% partiellement suivie : 5 jours/semaine 8,2%	Personnes soucieuses de leur alimentation : 68 %, hommes 61 %, femmes 75 % Consommation quotidienne de fruits par les enfants / adolescents âgés de 11 à 15 ans : <ul style="list-style-type: none"> • Garçons 38 % • Filles 48 % 	Adultes : attention accordée à l'alimentation stable à un faible niveau (1992–2012) Enfants / adolescents âgés de 11 à 15 ans : légère augmentation de la consommation quotidienne de fruits (2002–2010) : garçons de 31 à 38 %, filles de 41 à 48 %
Activité physique ^{xii}	Respect des recommandations en matière d'activité physique : 72 % <ul style="list-style-type: none"> • Hommes 76 % • Femmes 69 % Sédentarité supérieure à 8,5h : <ul style="list-style-type: none"> - Hommes 19 % - Femmes 12 % 	Respect des recommandations en matière d'activité physique par les enfants / adolescents âgés de 11 à 15 ans : <ul style="list-style-type: none"> • Garçons 16 % • Filles 9 % Proportion de personnes suivant un entraînement physique (au moins 3 fois/semaine avec des épisodes de transpiration liés à l'activité physique) : 28 %	Adultes : augmentation des personnes actives de 10 % (2002 et 2012) Enfants / adolescents âgés de 11 à 15 ans : stable (2002-2010)

Facteurs de risque physiologiques	Prévalence (en % de la population suisse dès 15 ans)	Indicateurs complémentaires choisis	Evolution
Surpoids, obésité ^{xiii}	41 % surpoids + obésité (IMC ≥ 25) 30,8 % en surpoids (25 ≤ IMC < 30) 10,3% obèses (IMC ≥ 30) <ul style="list-style-type: none"> • Surpoids + obésité chez les hommes : 50 % • Surpoids + obésité chez les femmes : 32 % 	Enfants / adolescents de 6 – 12 ans <ul style="list-style-type: none"> • 19 % surpoids + obésité • 7 % obésité Tour de taille à risque chez les 15 ans et plus : 53 % <ul style="list-style-type: none"> • Hommes 48 % • Femmes 58 % 	Adultes : augmentation du surpoids et de l'obésité de 30 % (1992) à 41 % (2012), avec une forte augmentation de l'obésité de 5 % (1992) à 10 % (2012) Enfants / adolescents âgés de 6 à 12 ans : stable (2002-2012)
Hypertension artérielle ^{xiv}	26,8 % avec un diagnostic médical Hypertension artérielle <ul style="list-style-type: none"> • Hommes 28 % • Femmes 25,7 % 	Diagnostic d'hypertension artérielle selon l'âge : <ul style="list-style-type: none"> • 38,5 % des 55 – 64 ans • 51,5 % des 65 – 74 ans • 57,9 % des plus de 75 ans Prise de médicaments contre l'hypertension : 15,8 %	Augmentation de la prévalence du diagnostic d'hypertension artérielle : de 20,1 % (1997) à 26,8 % (2012)
Taux de cholestérol élevé ^{xv}	17,4 % avec un diagnostic médical de taux de cholestérol élevé <ul style="list-style-type: none"> • Hommes 19,1 % • Femmes 15,7 % 	Diagnostic de taux de cholestérol élevé selon l'âge : <ul style="list-style-type: none"> • 31,8 % des 55 – 64 ans • 38,4 % des 65 – 74 ans • 29,0 % des plus de 75 ans Prise de médicaments contre un taux de cholestérol élevé : 8 %	Augmentation de la prévalence du diagnostic de taux de cholestérol élevé : de 11,8 % (1997) à 17,4 % (2012)

-
- ⁱ **Coûts directs et indirects** Définitions : les coûts médicaux directs sont les coûts liés au traitement comme les médicaments, les hospitalisations, etc. / les coûts indirects résultent principalement des pertes de productivité comme les arrêts de travail dus à une maladie ; Wieser et al., Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz, ZHAW 2014. <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/index.html?lang=fr>
- ⁱⁱ **Décès prématurés** Définition des décès prématurés : années potentielles de vie perdues entre la première et la 70^e année de vie ; Statistique des causes de décès, OFS, Années potentielles de vie perdues : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/04/key/01.html> ; <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/00/09/blank/ind42.indicator.420018.420005.html> ;
- ⁱⁱⁱ **5 Ensemble des 5 MNT** Définition de la multimorbidité : survenue simultanée de deux maladies chroniques ou plus (5 MNT plus dépression, démence, cataracte et maladie de Parkinson) ; Bulletin 4/2013 de l'Obsan : La multimorbidité chez les personnes de 50 ans et plus ; collecte des données : SHARE. http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_bulletin_2013-04_f.pdf ; Statistique des causes de décès, OFS, Années potentielles de vie perdues : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/04/key/01.html> ; Observatoire suisse de la santé (éd.), 2015, La santé en Suisse – Le point sur les maladies chroniques. Rapport national sur la santé 2015, Berne : Hogrefe Verlag
- ^{iv} **Cancer** Le cancer en Suisse : état et évolution de 1983 à 2007, OFS, 2011. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/05/dos/01.html> ; NICER, Institut National pour l'Epidémiologie et l'Enregistrement du Cancer, Incidence du cancer. Valeurs 2012. <http://www.nicer.org/fr/statistiques-atlas/incidence-cancer/> ; Observatoire suisse de la santé (éd.), 2015, La santé en Suisse – Le point sur les maladies chroniques. Rapport national sur la santé 2015, Berne : Hogrefe Verlag
- ^v **Diabète** Coûts indirects du diabète sans maladies associées ; Enquête suisse sur la santé 2012, OFS. <http://www.portal-stat.admin.ch/sqb2012/>
- ^{vi} **Maladies cardiovasculaires** Décès : nombre, évolution et causes, OFS, 2015. Valeurs 2013. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/04/key/01.html> ; Statistiques de la santé 2014, OFS, Neuchâtel 2014. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.html?publicationID=%205766> ; Observatoire suisse de la santé (éd.), 2015, La santé en Suisse – Le point sur les maladies chroniques. Rapport national sur la santé 2015, Berne : Hogrefe Verlag
- ^{vii} **Affections chroniques des voies respiratoires** Leuenberger P. Air pollution in Switzerland and respiratory disease in adults, Sapaldia study, Schweiz Rundsch Med Prax 1995; 84:1096-11000; Robertson et al. International comparison of asthma prevalence in children : Australia, Switzerland, Chile. Pediatr Pulmonol 1993;16:219-225; Bridevaux et al., Long-term decline in lung function, utilization of care and quality of life in modified GOLD stage 1 COPD. Thorax. 2008;63:768-74 (SAPALDIA) ; Observatoire suisse de la santé (éd.), 2015, La santé en Suisse – Le point sur les maladies chroniques. Rapport national sur la santé 2015, Berne : Hogrefe Verlag
- ^{viii} **Troubles musculo-squelettiques** Enquête suisse sur la santé 2012, OFS. <http://www.portal-stat.admin.ch/sqb2012/>
- ^{ix} **Alcool** Monitoring suisse des addictions : Consommation d'alcool, de tabac et de drogues illégales en Suisse en 2013, www.suchtmonitoring.ch, 2013 ; Marmet, et al, Alcohol-attributable mortality in Switzerland between 1997 and 2011, Addiction Suisse, 2013
- ^x **Tabac** Monitoring suisse des addictions : Consommation d'alcool, de tabac et de drogues illégales en Suisse en 2013, www.suchtmonitoring.ch, 2013 ; Les décès dus au tabac en Suisse entre 1995 et 2007, OFS 2009
- ^{xi} **Alimentation** Enquête suisse sur la santé 2012, OFS. <http://www.portal-stat.admin.ch/sqb2012/> ; Système de monitoring Alimentation et activité physique (MOSEB), Indicateur 2.1 : Comportement alimentaire de la population résidente suisse (consommation de fruits et légumes). http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/07835/07859/index.html?lang=fr ; Stamm HP et al., Analyse der Studie Health Behaviour of School-Aged Children (HBSC) unter den Aspekten von Ernährung und Bewegung, Zurich, 2012
- ^{xii} **Activité physique** Enquête suisse sur la santé 2012, OFS. <http://www.portal-stat.admin.ch/sqb2012/> ; Stamm HP et al., Analyse der Studie Health Behaviour of School-Aged Children (HBSC) unter den Aspekten von Ernährung und Bewegung, Zurich, 2012
- ^{xiii} **Surpoids, obésité** Définition de l'IMC : Indice de masse corporelle : poids en kg / taille en m² ; Définition du tour de taille à risque : tour de taille ≥ 80 cm chez les femmes et ≥ 94 cm chez les hommes ; Enquête suisse sur la santé 2012, OFS. <http://www.portal-stat.admin.ch/sqb2012/> ; Murer et al., Pediatric adiposity stabilized in Switzerland between 1999 and 2012, Eur J Nutr. 2014, 53:865-875 ; Chappuis A. et al. (2011), Swiss survey on salt intake : main results. CHUV, Lausanne ;
- ^{xiv} **Hypertension artérielle** Enquête suisse sur la santé 2012, OFS. <http://www.portal-stat.admin.ch/sqb2012/>
- ^{xv} **Taux de cholestérol élevé** Enquête suisse sur la santé 2012, OFS. <http://www.portal-stat.admin.ch/sqb2012/>