



PREMIER MINISTRE



2012 **PANORAMA**
QUESTIONS SOCIALES

300

propositions,
innovations
et curiosités sociales
venues de l'étranger


Travaux coordonnés par :

Marie-Pierre Hamel
Sylvain Lemoine
Marie-Cécile Naves

www.strategie.gouv.fr


I.1. La santé

► I.1.1. Drogue, alcool, tabac et autres addictions

 1. Au **Canada**, de nombreux chercheurs ont co-signé un article faisant état d'une chute de la mortalité par overdose de 35 % depuis l'ouverture d'*InSite* à Vancouver, un « site d'injection supervisée ». Le gouvernement de Stephen Harper s'est opposé à l'existence de tels sites, mais le plus haut tribunal du pays a rabroué le gouvernement en statuant que de refuser à la clinique *InSite* de Vancouver de poursuivre ses activités violait le droit à la vie garanti par la Charte canadienne. Au Québec, suite à cette décision, le ministre de la Santé et des Services sociaux, Yves Bolduc, a donné son feu vert à l'implantation de sites d'injection supervisée pour toxicomanes. Le ministre prenait officiellement position pour la première fois depuis un jugement rendu par la Cour suprême le 30 septembre 2011 (projets des organismes « Cactus », à Montréal, et « Point de repères », à Québec).

Source : site d'information *Cyberpresse*, 12/10/2011


http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201110/12/01-4456296-sites-dinjection-supervisee-yves-bolduc-donne-son-feu-vert.php?utm_categorieinterne=traficdrivers&utm_contenuinterne=cyberpresse_les-plus-populaires-title_accueil_ECRAN1POS5

 2. Pour connaître les évolutions de la consommation de drogues dans la population, on s'en remet traditionnellement à des enquêtes par sondage. Ces enquêtes ne sont pas très fiables, en raison de phénomènes de sous-déclaration. Une autre méthode, prometteuse, vient d'être mise au point par des scientifiques **norvégiens**. Elle consiste à analyser les eaux usées d'une municipalité et à en tirer des enseignements sur l'usage de drogues dans la population de la ville. Cette méthode évite les biais propres aux enquêtes d'opinion. Mais des problèmes techniques demeurent : en cas de fonte brutale des neiges par exemple, les mesures doivent être re-calibrées pour tenir compte de la dilution des composants que l'on cherche à déceler.

Source : revue *Environmental Science and Technology*, n° 45/13, juillet 2011, p. 5676-82, et *quotidien International Business Times*, 20/06/11


<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21648435>

<http://sanfrancisco.ibtimes.com/articles/165995/20110620/whole-cities-tested-for-drugs-scientists-norway-pocis.htm>


 3. Venue à l'origine des régions d'Amazonie frontalières de la Bolivie et du Pérou, on la trouve désormais dans tous les grands centres urbains du **Brésil** : l'oxi, un dérivé de la cocaïne, est considéré comme étant pire que le crack. Il s'agit d'un mélange invraisemblable, composé de cocaïne, d'un combustible comme du kérosène, de l'essence ou du fuel mélangé avec du permanganate de potassium ou de la chaux. Les malheureux qui fument ce mélange subissent une addiction immédiate, plus forte encore que le crack car l'effet est plus court. Les effets sont, sans surprise, lourds de conséquences : comportement altéré, problèmes rénaux, vomissements, diarrhées, amaigrissement et chute des dents, la mort pouvant survenir en moins de deux ans.

Source : quotidien *The Guardian*, 30/05/11


<http://www.guardian.co.uk/society/2011/may/30/oxi-crack-cocaine-south-america>

 **4.** En Suisse, une étude du Centre d'évaluation des choix technologiques (TA-SWISS) s'intéresse à la consommation de substances destinées à améliorer les performances cérébrales, appelées *enhancers*. En Allemagne, des données montrent que 5 % des personnes professionnellement actives prennent des médicaments délivrés sur ordonnance ou non, afin d'accroître leurs performances au travail. La Suisse ne disposant pas de telles données, TA-SWISS recommande aux autorités de mener une analyse de l'utilisation de ces produits, et d'envisager une régulation dans le cadre de la loi sur les produits thérapeutiques. En effet, si interdire la vente de ces produits risquerait d'être interprété comme une forme de paternalisme, TA-SWISS estime qu'il serait souhaitable d'établir clairement les risques et de s'assurer de la véracité de la publicité dont ils font l'objet.


Source : site du Centre d'évaluation des choix technologiques, 24/05/11
<http://www.ta-swiss.ch/fr/media/communiques/24052011/>

 **5.** L'OMS s'inquiète, dans son dernier rapport, de la consommation élevée d'alcool chez les jeunes **danois**. En moyenne, ces derniers consommeraient deux fois plus d'alcool que leurs voisins européens. L'OMS recommande donc de relever l'âge légal d'achat de boissons alcoolisées dont la teneur en alcool est inférieure à 16,5 % (la bière et le vin) de 16 ans à 18 ans. L'Organisation suggère également de relever la taxe sur les alcools.


Source : quotidien *The Copenhagen Post*, 22/09/11

 **6.** D'après le *NHS Information Centre for Health and Social Care*, le centre national d'informations sur la santé du **Royaume-Uni**, le pourcentage, dans le pays, de jeunes âgés de 11 à 15 ans ayant consommé de l'alcool a baissé de 55 à 45 % entre 2009 et 2010. L'échantillon comptait près de 7 300 adolescents de 246 collèges. Seul un jeune sur 20 déclarait être un fumeur régulier. Les filles fumeraient davantage que les garçons. On note également une forte baisse dans la consommation de drogues. En 2001, 29 % des jeunes interrogés déclaraient prendre de la drogue (surtout le cannabis) ; en 2010, ils n'étaient plus que 18 %. D'après le *NHS Information Centre*, l'enquête est satisfaisante parce qu'elle montre une baisse des comportements à risques (alcool, drogues et toxicomanie) et une tolérance moindre à leur égard de la part des jeunes.

Sources : site de la BBC, 28/07/11 et rapport « Smoking, Drinking and Drug Use among Young People in England in 2010, NHS Information Centre, 2011
<http://www.bbc.co.uk/news/health-14323667>
http://www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/003_Health_Lifestyles/Smoking%20drinking%20drug%20use%202010/Smoking_drinking_and_drug_use_among_young_people_in_England_2010_Full_report.pdf

 **7.** Les adolescents **suédois** boivent moins d'alcool aujourd'hui qu'il y a dix ans. C'est le résultat mis en évidence dans un rapport récent du Conseil suédois pour l'information sur l'alcool et les autres drogues (*Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning – CAN*). Le pourcentage d'adolescents de 15 ans ayant essayé l'alcool au cours de l'année est tombé à 55 %, contre 77 % il y a seulement 10 ans. La consommation de tabac est également en décroissance. Un point important révélé dans le rapport est que la baisse de la consommation d'alcool chez les filles est moins forte que chez les garçons. Certains interprètent ce résultat comme une conséquence de la nouvelle culture jeune, liée en particulier aux jeux vidéo, où le fait d'être vif et rapide est important. Or les garçons jouent davantage aux jeux vidéo que les filles.

Source : quotidien *The Local*, 5/07/11
<http://www.thelocal.se/34748/20110705/>

 **8.** Aux **États-Unis**, de plus en plus d'employeurs, d'assureurs et d'experts politiques prônent la mise en place d'un système permettant aux entreprises de prendre à leur charge, en totalité ou en partie, les frais médicaux de leurs employés relatifs à la prévention sanitaire (arrêt du tabac, dépistage des cancers, perte de poids, etc.). En 2008, un sondage montrait que 19 % des entreprises de plus de 500 employés étaient prêtes à le faire. Cette « *value-based insurance* » est incluse dans le projet de réforme de la santé d'Obama, même si l'éventuelle baisse des coûts de santé à long terme qui en résulterait reste aujourd'hui impossible à évaluer. Pourraient s'y adjoindre des systèmes de *coaching* en entreprise pour inciter les employés à utiliser ces dispositifs, car il semble que la gratuité ne suffise pas. Cela pourrait néanmoins également devenir obligatoire pour les employés, sous peine de sanctions ou de contre-incitations financières.

Sources : revue *Health Affairs* et quotidien *The Washington Post*, 29/11/10


<http://www.healthaffairs.org/>

<http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2010/11/29/AR2010112904751.html>

Publication
département Questions sociales


« Vaut-il toujours mieux prévenir que guérir ? »

La *Note de veille* n°167, parue en mars 2010, répond à cette question en proposant des arguments pour une prévention plus ciblée. En effet, si la France jouit d'indicateurs généraux d'état de santé globalement positifs, deux problèmes persistent : la mortalité prématurée est parmi les plus élevées de l'Union européenne et les inégalités de santé entre catégories sociales sont importantes. Face à ces difficultés, la prévention est souvent présentée comme une réponse à la fois universelle (elle serait efficace pour l'ensemble des individus) et peu coûteuse (elle permettrait même de faire des économies). En réalité, la prévention peut certes permettre d'améliorer à coût raisonnable la santé des populations, mais à condition de sélectionner les stratégies les plus efficaces, à savoir celles qui ciblent au plus près les groupes à risque.


 **9.** L'omniprésente consommation de tabac en **Chine** a conduit à des taux élevés de cancer des poumons et d'autres maladies. L'OMS estime que dans ce pays, deux millions de personnes vont décéder d'ici 2020 de maladies liées à la consommation du tabac. Ainsi, sans doute pour séduire la génération future, des compagnies de tabac du pays financent désormais des écoles primaires. Les écoles portent souvent les noms de marques de cigarettes chinoises placés au-dessus des portails d'entrée, tels que Zhongnanhai ou Liqun. Dans certains cas, on trouve des slogans dans les espaces de jeux « Travailler dur génère du talent – le tabac vous aide à devenir talentueux » (*Sichuan Tobacco Hope Primary School*). Il y a aujourd'hui 16 millions de fumeurs de moins de 15 ans en Chine, soit 6,3 % de cette tranche d'âge.

Source : site d'information *China Digital Times*, 22/09/11


<http://chinadigitaltimes.net/2011/09/china-tobacco-funding-primary-schools/>

 **10.** Selon une étude publiée récemment au **Canada** par des chercheurs de l'Université Concordia, les taxes sur les cigarettes adoptées par les gouvernements pour encourager les citoyens n'incitent pas tous les fumeurs à rompre avec leur habitude. À long terme, seuls les plus précaires et les représentants de la classe moyenne ont tendance à arrêter de fumer quand il y a majoration des taxes sur le tabac. En revanche, une telle mesure ne suffit pas à convaincre les fumeurs âgés de 25 à 44 ans ou figurant parmi les plus nantis. Ainsi, une hausse de 10 % du paquet de cigarettes sous forme de taxes entraîne une diminution d'environ 2,3 % du tabagisme.

Source : revue *Canada International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(5), 2011, p. 1583-1600.

 **11.** Aux **États-Unis**, la *US Food and Drug Administration* étudie actuellement la possibilité d'interdire la vente et la distribution de cigarettes mentholées dans le pays. Ce type de cigarettes est considéré comme le plus fumé et le plus addictif. Les publics les plus concernés sont les jeunes, les Noirs et les Hispaniques, mais aussi les gays et les transsexuels, lesquels fumeraient en moyenne deux fois plus que la population générale, et préférentiellement des menthols. Le think tank *Center for American Progress* plaide pour que les habitudes « tabacologiques » de ces groupes de populations soient étudiées spécifiquement. Plus généralement, la consommation de tabac, notamment mentholé, est, aux États-Unis, un indicateur fort du fossé sanitaire entre les riches et les pauvres.

Source : site du think tank *Center for American Progress*, 12/05/11
http://www.americanprogress.org/issues/2011/05/menthol_ban.html


 **12.** En juillet 2011, l'Organisation mondiale de la santé a publié un rapport qui corrobore les conclusions de la *Food and Drug Administration* **américaine** concernant les avertissements sur les paquets de cigarettes : leur grande taille et la radicalité de leurs messages seraient dissuasifs pour les fumeurs. Ainsi, neuf nouvelles images et textes seront mis en place en 2012 ; ils couvriront au moins 20 % de la partie publicitaire, ainsi que la moitié supérieure de l'avant et de l'arrière des paquets.

Sources : quotidien *The New York Times*, 8/07/11 et 21/06/11
<http://www.nytimes.com/2011/07/09/opinion/09sat4.html?scp=1&sq=perils%20of%20smoking&st=cse>
<http://www.nytimes.com/2011/06/22/health/policy/22smoke.html>

Publication département Questions sociales

« Nouvelles approches de la prévention en santé publique »


En matière de prévention sanitaire, les campagnes d'information et de communication destinées au grand public permettent souvent d'éveiller les consciences mais elles peinent à modifier les comportements à risque. Le rapport paru en mars 2010 s'intéresse aux apports des sciences comportementales et des neurosciences cognitives dans le but d'optimiser les stratégies de prévention. Ainsi faire appel à la raison, la peur, la surprise, la responsabilité, le plaisir ou le dégoût n'a pas la même efficacité selon que l'on s'adresse à des jeunes ou des personnes âgées, des fumeurs ou des personnes en surpoids. En étudiant le fonctionnement cérébral du consommateur conjointement aux travaux sur son comportement, il est possible de mieux comprendre comment un individu réagit à un message ou une image utilisé dans le cadre d'une campagne de prévention.

 **13.** En **Italie**, les femmes parient de plus en plus. Aujourd'hui, elles représentent un tiers des 1 200 000 « joueurs pathologiques », selon l'association Hasard et nouvelles dépendances (*Azzardo e nuove dipendenze* – AND). Par voie de conséquence, elles fréquentent désormais également davantage les centres de désintoxication. Le profil de ces joueuses varie. Généralement âgées de 30 à 60 ans et plus, elles ont le plus souvent un niveau d'éducation moyen, voire faible, même si les parieuses compulsives ne manquent pas parmi les classes sociales plus aisées et plus instruites. Ce phénomène touche aussi bien les mères au foyer que les femmes actives, mais il concerne tout particulièrement les retraitées. Cette tendance sociétale serait notamment liée à un marketing dorénavant ciblé autant sur les femmes que sur les hommes. Ainsi, les entreprises de ce secteur développent de nouvelles stratégies de vente, transformant les salles de jeu et s'implantant dans des lieux plus proches des clientes afin de leur ouvrir le monde traditionnellement plus masculin du jeu et des paris.

Source : site d'information *L'Espresso*, 2/09/11

<http://espresso.repubblica.it/dettaglio/sorpresa-lazzardo-e-donna/2159698/13>

► I.1.2. Obésité, hygiène alimentaire, maladies métaboliques et infectieuses

 **14.** Au **Royaume-Uni**, le risque de développer un cancer à l'âge de 50 ans a augmenté de près de 20 % en une génération. Parmi les hommes et les femmes âgés de 40 à 59 ans, le nombre de personnes atteintes d'un cancer est passé de 44 000 en 1979 à 61 000 en 2008. Cependant, l'institut *Cancer Research UK* relativise les conclusions que l'on pourrait tirer de ces chiffres : les augmentations constatées sont en grande partie dues à l'introduction de diagnostics plus précoces. Par ailleurs, les chances de survie à 10 ans après un cancer ont doublé et concernent près de la moitié des cas. Du reste, plus le diagnostic est précoce, plus les chances de rémission sont élevées.

Source : quotidien *The Independent*, 18/07/11

<http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/why-rising-cancer-rates-among-over45s-are-not-all-bad-news-2315549.html>


Point de vue

Vanessa Wisnia-Weill, chargée de mission
département Questions sociales



L'évolution de l'espérance de vie dans les pays occidentaux

Cette brève sur l'augmentation des cancers souligne les biais attachés à l'introduction de diagnostic plus précoces. Toutefois, cela nous rappelle qu'à côté des scénarios d'augmentation de l'espérance de vie généralement adoptés dans les prévisions de croissance et pour évaluer les financements des retraites (voir, par exemple, les projections de population à horizon 2060 de l'INSEE publiées en octobre 2010), d'autres scénarios plus contrastés – et critiqués – existent. En particulier, la prise en compte du développement de l'obésité, d'une dégradation des conditions de travail ou des nuisances environnementales sont de nature à les alimenter. Ces éléments rejoignent les stagnations observées aux États-Unis (voir Crimmins E. M. et Beltrán-Sánchez H. (2010), *Mortality and Morbidity Trends: Is there Compression of Morbidity?*; voir aussi le blog de Jean Galdrey sur *Alternatives Economiques*).


 **15.** Si de récents sondages montrent qu'en **Suisse**, la population fait de plus en plus de sport, un quart des individus sont toutefois complètement inactifs. Une nouvelle loi sur « l'encouragement au sport » va donc être prochainement adoptée par le Parlement fédéral. Cette loi vise notamment à « faire bouger » les jeunes pour réduire leur obésité croissante. Elle prévoit que les enfants puissent participer dès 5 ans au lieu de 10 au programme « Jeunesse+Sport » (J+S) qui offre aux élèves des cours facultatifs. Il faut savoir que le système suisse donne la priorité à l'initiative privée, aux fédérations et aux clubs. La Confédération, et avant tout les cantons et les communes, sont chargés de mettre à disposition de la population des installations et de définir des conditions-cadres, notamment en matière de sport à l'école.

Source : site de l'Assemblée fédérale de la confédération suisse
www.admin.ch ; <http://www.admin.ch/ch/f/ff/2011/4543.pdf>


Publication
département Questions sociales

**« Comment inciter le plus grand nombre à pratiquer
un sport ou une activité physique ? »**

L'incitation à la pratique régulière d'un sport ou d'une activité physique est au cœur des préoccupations de l'ensemble des pays développés car elle renvoie à des enjeux majeurs de santé, de bien-être (notamment au travail) et de lien social. En 2009, 40 % des Européens (48 % des Français) de plus de 15 ans déclaraient faire du sport au moins une fois par semaine. Or des différences existent, dans la population, en fonction du revenu, de l'âge, du genre et du territoire d'habitation. Dès lors, les pouvoirs publics doivent veiller à ce que l'offre en matière d'infrastructures soit adaptée à la pratique de masse non compétitive, et mettre en place des incitations efficaces pour tous les publics. L'entreprise est également fortement concernée. Ces sujets ont été développés dans *La Note d'analyse n°217*, parue en avril 2011.


 **16.** Le gouvernement **israélien** devrait adopter un plan de moyen terme pour encourager la prévention par le sport et les styles de vie « sains », en complémentarité des approches de santé publique fondées sur le soin. Le plan devrait encourager l'exercice physique, diffuser des bonnes pratiques d'alimentation, restreindre la publicité à la télévision et la vente dans les établissements scolaires des aliments peu sains à destination des mineurs. Des mesures pour réduire les écarts dus aux revenus en matière d'alimentation saine seront aussi promues. Globalement, il s'agit de lutter contre la diffusion de l'obésité (15 % d'obèses et 37 % d'Israéliens en surpoids parmi les plus de 18 ans) et des maladies cardio-vasculaires, suivant les recommandations de l'OCDE. Des associations d'usagers accueillent positivement ce plan mais soulignent qu'il ne doit pas venir amputer les budgets consacrés aux soins traditionnels.

Source : *The Jerusalem Post*, 28/11/11
<http://www.jpost.com/Health/Article.aspx?id=247220>

 **17.** Au **Canada**, alors qu'un crédit d'impôt pour les dispositifs d'incitation à l'activité physique des enfants existe depuis 2007, Stephen Harper, le chef du parti conservateur, a promis de créer un crédit d'impôt pour l'activité physique des adultes s'il est toujours au pouvoir en 2016. En ce qui concerne les enfants, pour avoir droit au maximum annuel de 150 dollars canadiens, une famille devra consacrer au moins 1 000 dollars canadiens à l'activité physique dans l'année. Ce projet est critiqué parce qu'il pourrait surtout profiter aux familles aisées qui ont les moyens d'y consacrent des sommes élevées.

Source : ministère fédéral de la Santé du Canada

<http://www.hc-sc.gc.ca/>

 **18.** En **Suisse**, d'après une étude de la fondation Promotion Santé, un enfant sur cinq est en surpoids, ce qui place la Confédération dans la moyenne des pays européens. L'augmentation constante de ce chiffre a amené le département de l'Instruction publique de Genève et le service Santé de la jeunesse à développer des camps intitulés « Surpoids ? Fourchette et baskets », qui sont des colonies de vacances pour enfants en surcharge pondérale. Ouverts aux jeunes de 8 à 12 ans, ils leur offrent les services d'experts afin de leur apporter une éducation alimentaire et une bonne hygiène de vie. Ces colonies répondent à un besoin d'autant plus important que beaucoup d'enfants en surpoids ne veulent pas aller dans les colonies traditionnelles par peur du regard des autres ou de ne pouvoir suivre le rythme des activités. Dans les autres cantons romands, seuls des organismes privés proposent de tels dispositifs.

Sources : sites de la fondation Promotion Santé et département de l'Instruction publique de Genève, 7/09/11 et du département de l'Instruction publique de Genève

<http://www.gesundheitsfoerderung.ch/?lang=f;>


<http://www.geneve.ch/dip/>

Point de vue


Julian Jappert, directeur
Sylvain Landa, directeur adjoint
Think tank « Sport et Citoyenneté »

Le sport, outil de la citoyenneté ?

Si une conscience collective se fait jour sur le sujet, le défi du Comité scientifique du think tank « Sport et citoyenneté » est d'approfondir la réflexion pour que la société tout entière considère le sport comme une nécessité vitale, entre autres concernant les bienfaits pour la santé. Sans naïveté et sans omettre les risques d'une pratique sportive excessive et non contrôlée, nous avons pu mesurer l'ampleur des bénéfices du sport. Mettre en exergue des bonnes pratiques, comme celle des autorités de Genève pour les enfants de huit à douze ans, permet de renforcer nos arguments et de créer des partenariats et des réseaux pour générer des projets qui viendront enrichir des actions déjà existantes. Nous espérons surtout que, pour mettre ces bienfaits du sport sur la santé au cœur des enjeux politiques et médiatiques à venir, chaque sportif professionnel ou amateur pourra s'approprier la devise « *mens sana in corpore sano* ». Tout cela dans l'optique de contribuer au bien-être physique et mental de notre société et des citoyens (cf., *Sport et Citoyenneté*, mars 2008, numéro spécial sur le sport et la santé). Un schéma éclairant place l'individu équilibré, le citoyen épanoui et engagé au centre de quatre cercles symbolisant une vie active dans quatre thématiques : la vie spirituelle, sociale, psychique et physique. L'activité physique et sportive (le cercle physique) apparaît comme un élément essentiel de cet équilibre.

 **19.** Aux **États-Unis**, le maire de New York, M. Bloomberg, souhaite réduire l'obésité et le diabète de ses administrés en interdisant l'utilisation de bons d'alimentation (*food stamps*) pour l'achat de boissons sucrées. Ces bons sont distribués aux plus démunis, par ailleurs proportionnellement davantage touchés par les maladies métaboliques que le reste de la population. Il a déclenché la colère des industries et des lobbies agroalimentaires, qui y voient une mesure paternaliste et redoutent un effet en chaîne. De son côté, l'administration new-yorkaise estime que 75 millions de dollars, sur les 135 distribués chaque année sous la forme de bons dans la métropole, sont dépensés dans l'achat de sodas. Leur vente est du reste déjà interdite par l'État fédéral dans les cantines des écoles de l'ensemble du pays.

Sources : site de la ville de New York et quotidien *The New York Times*, 29/04/11
www.nyc.gov
<http://www.nytimes.com/2011/04/30/us/politics/30food.html>

 **20.** Au **Canada**, le directeur d'une unité de réflexion sur les stratégies d'innovation en matière de santé au *Massey College* de l'université de Toronto propose de mettre en place des *Healthy living vouchers* (HLV). Il s'agirait de bons monétaires alloués annuellement pour des dépenses (non médicales) permettant de vivre « en meilleure santé », dont les composantes seraient définies par un individu et son médecin traitant (*primary care provider*). Cette idée a comme point de départ l'échec des campagnes actuelles pour la promotion de l'activité physique ou d'une alimentation saine.


Source : livre de Neil Seeman et Patrick Luciani, *XXL. Obesity and the Limits of Shame*, Presses universitaires de Toronto, 2011
<http://www.amazon.com/XXL-Obesity-Limits-Management-Administration/dp/0772786283>

Point de vue

Jean-Philippe Vinquant
Secrétaire général
Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)

Les *healthy living vouchers*, une solution d'avenir ?

Les réflexions de nos amis canadiens participent du retour sur le devant de la scène, depuis quelques années, des déterminants primaires de la santé : environnement et logement, alimentation, activité physique. De façon croissante, les experts et décideurs en matière de santé publique considèrent que l'action sur les comportements est un levier majeur de l'amélioration de l'état de santé des populations. Cette évolution doit conduire les stratèges des systèmes publics de santé ou d'assurance maladie à une plus grande humilité – les prestations de soins préventifs ou curatifs ne sont pas forcément l'alpha et l'oméga d'une politique nationale de santé publique. Mais elle peut également les soulager d'une partie de la pression qui pèse sur eux : une grande partie des réponses aux problèmes de santé publique sont à trouver en dehors du système de soins. De façon croissante, on verra fleurir des dispositifs mariant littéralement la carotte (« bio » de préférence, subventionnée par exemple pour les ménages modestes par la création de « chèques fruits et légumes ») et le bâton, sous la forme de taxes sur les produits gras ou sucrés, comme celle qui a été créée par la loi de finances pour 2012.

 **21.** Plusieurs chaînes de restauration rapide ont conclu un accord avec le gouvernement **britannique** pour indiquer aux consommateurs le nombre de calories qu'ils ingèrent en fonction des menus choisis. Cet accord reposant entièrement sur le volontariat est très récent au Royaume-Uni – il date de septembre 2010 –, alors que de telles dispositions existent depuis 2007 aux États-Unis. Néanmoins, d'après une étude conduite à l'heure du déjeuner dans 11 chaînes de restauration rapide, seule une minorité de personnes (une sur six) modifierait son comportement en fonction des indications caloriques des aliments. Selon cette même étude, les personnes qui choisissent des menus moins caloriques reconnaissent l'influence qu'a eue l'information diffusée par la chaîne de restauration rapide.

Sources : quotidien *The Guardian*, 26/07/11


<http://www.guardian.co.uk/lifeandstyle/2011/jul/26/fast-food-study-calories-labelling>

<http://www.bmj.com/content/343/bmj.d4464>

Publication
département Questions sociales

« Lutte contre l'obésité : repenser les stratégies préventives en matière d'information et d'éducation »

Si la France fait encore partie des pays de l'OCDE les moins concernés par le problème de l'obésité, celui-ci s'accroît depuis une vingtaine d'années. S'élevant à 14,5 % aujourd'hui pour les adultes, le taux de prévalence de l'obésité pourrait atteindre, selon un scénario tendanciel, 22 % d'ici à 2025. Face à l'ampleur des coûts et à la multiplicité des risques que fait peser l'obésité, les stratégies préventives en matière d'information et d'éducation gagneraient à être améliorées. *La Note d'analyse* n°166, parue en mars 2010, s'attache à montrer comment de nouvelles connaissances scientifiques peuvent contribuer à remodeler les messages sanitaires pour en optimiser la clarté et favoriser des changements comportementaux. Qu'il s'agisse des bandeaux sanitaires apposés au bas des publicités, des informations nutritionnelles sur les emballages, de la promotion de l'activité physique ou des supports éducatifs à l'attention des enfants, les différents aspects des stratégies de communication peuvent bénéficier des apports des neurosciences comportementales.

 **22.** Au Danemark, une taxe sur les matières grasses a été instaurée à l'automne 2011. C'est le premier pays à mettre en place une telle mesure. Elle s'applique aux aliments contenant une forte proportion de graisses saturées (plus de 2,3 %). Ses opposants mettent en doute son effet réel sur la santé et font valoir qu'elle touchera davantage les plus modestes. Certains scientifiques souhaitent par ailleurs qu'un dispositif semblable s'applique aux produits riches en sucres rapides. La taxe ne semble pas encore changer les habitudes de consommation : selon un sondage, les deux tiers des personnes interrogées estiment que le montant de la taxe est trop faible pour les inciter à changer leurs habitudes. Selon le Conseil danois de l'agriculture et de l'alimentation, une association de professionnels du secteur, la taxe coûte à une famille danoise, avec deux enfants, environ 1 000 couronnes danoises par an (135 euros). Pour les deux tiers des personnes interrogées, le gouvernement ferait mieux de supprimer la TVA sur les aliments sains et de l'augmenter sur ceux qui contiennent trop de sucre ou de graisse. La TVA est de 25 % au Danemark pour la plupart des biens de consommation.


Sources : site du ministère danois de la Santé, site de la BBC, 1/10/11, quotidien *The Copenhagen Post*, 28/12/10 et site d'information *Xinhua News*

<http://www.im.dk/English.aspx>

<http://www.bbc.co.uk/news/world-europe-15137948>

<http://www.cphpost.dk/business/business/50733-fat-tax-will-hit-poor-hardest-chamber-warns.html>

http://news.xinhuanet.com/english2010/health/2011-11/23/c_122326655.htm

 **23.** Aux États-Unis, un livre récemment paru et intitulé « Maggie fait un régime » (*Maggies Goes on a Diet*, Aloha Publishers, 2011) relance le débat sur les troubles de l'alimentation et de l'image de soi chez les enfants et les adolescents. L'héroïne, âgée de 14 ans, est en surpoids et malheureuse. Après un régime réussi, elle devient une collégienne « populaire ». L'auteur, Paul Kramer, explique avoir voulu délivrer un message sanitaire aux enfants sur la nécessité d'avoir une alimentation équilibrée et de pratiquer une activité physique. Il s'est néanmoins attiré les foudres d'experts (médecins, psychologues), qui l'accusent de brouiller le message. Selon eux, dire aux enfants qu'être mince implique d'être aimé(e) des autres, et inversement, se révèle dangereux, car cela peut entraîner dépression et anorexie. Selon le *Council on Size and Weight Discrimination*, 50 % des petites filles de neuf ans ont déjà fait un régime (le taux monte à 80 % chez celles âgées de dix ans et à 90 % chez les collégiennes et lycéennes). Le phénomène des troubles alimentaires chez les jeunes s'avèrerait finalement aussi préoccupant que celui de l'obésité dont il peut être le corollaire.

Source : quotidien *The Washington Post*, 30/08/11

http://www.washingtonpost.com/blogs/on-parenting/post/should-girls-be-dieting/2011/08/28/gIQA6mInJ_blog.html


Point de vue

Anne Sophie Joly
Présidente

Collectif national des associations d'obèses


Les personnes en surpoids toujours trop stigmatisées

Tout un chacun porte une attention particulière à sa représentativité dans la société. Et cette tendance est accentuée par les images diffusées par les médias : les personnes sont « formatées » et incitées à miser sur leur apparence physique, car c'est la première chose que nous voyons et donc le premier ressenti que nous avons. Mais il est loin d'être la totalité de l'individu. Certains sont prêts à mettre leur vie en danger pour ressembler à une image fautive, irréaliste et retouchée, loin de la réalité et de l'authenticité. Ce phénomène traverse les générations et touche toutes les femmes, de la petite fille à la femme mûre. Par exemple, certains magazines destinés aux femmes de 45 ans et plus choisissent de mettre en « une » des jeunes filles retouchées par ordinateur. Dès lors, au détriment de leur santé, autrement dit de leur capital indispensable à la vie, elles essaient des propositions mercantiles dites « miraculeuses ». Le seul résultat obtenu est de creuser un peu plus leur mal être physique et mental. Et pour quel résultat... Avoir tout, tout de suite, sans effort, ni implications. La solution dite miracle, qui ne permet aucune remise en cause de son propre comportement personnel et familial. Nous nous mettons de plus en plus à une alimentation saine et « bio », alors qu'*a contrario*, nous sommes moins authentiques et toujours plus conditionnés par des images que renvoie la société. Faisons avec ce que Mère Nature nous a donné, arrêtons de vouloir ressembler à tout le monde et prenons soin, plutôt, d'être « bien dans nos baskets », en étant acteur de notre santé.

 **24.** Une étude réalisée par la *Schools Health Education Unit* révèle qu'au **Royaume-Uni**, 38 % des filles âgées de 10 ans sont mécontentes de leur poids. La proportion augmente au fil de l'âge. De plus, seules 32 % des filles de 10 ans n'évoquent pas de problème à ce sujet. Les chiffres ne sont pas aussi impressionnants pour les garçons mais ils sont tout de même 31%, chez les 6-10 ans, à déclarer vouloir perdre du poids. Cette étude, qui s'appuie sur des données collectées auprès de 83 000 enfants âgés de 6, 8 et 10 ans au Royaume-Uni, indique qu'un tiers des filles de 10 ans n'avait rien mangé au petit-déjeuner le jour de l'enquête. Parmi celles-ci, un quart a admis avoir aussi sauté le déjeuner la veille. L'étude montre également que, plus les enfants avancent en âge, moins ils mangent de fruits et de légumes. En moyenne, 41 % des garçons (et 31 % des filles) déclarent ne pas manger de fruits frais, de salade ou de légumes « la plupart du temps ». L'étude montre enfin que l'activité sportive des filles a tendance à décliner avec l'âge : à 6 ans, 70 % font du sport trois fois par semaine, contre 46 % à 10 ans.


Source : quotidien *The Telegraph*, 30/10/11

http://www.telegraph.co.uk/health/children_shealth/8857345/Teenage-girls-skip-meals-amid-weight-concerns-report-shows.html

 **25.** Le géant de l'alimentaire Kellogg's souhaite ajouter des vitamines D dans ses céréales, afin de lutter contre le rachitisme des enfants au **Royaume-Uni**. Cette volonté – qui devrait être mise en place d'ici fin 2012 – s'inscrit dans un programme plus large de prévention en santé publique. Une étude menée par Kellogg's indique que 82 % des nutritionnistes spécialisés en pédiatrie ont constaté une augmentation des cas de rachitisme chez les jeunes enfants dans les cinq dernières années, la moitié d'entre eux ayant été diagnostiqués depuis 2010. Le nombre d'enfants de moins de 10 ans admis à l'hôpital pour rachitisme aurait par ailleurs augmenté de 140 % entre 2001 et 2008. Les déficits en vitamine des enfants pourraient s'expliquer par le fait qu'ils passent davantage de temps aujourd'hui à l'intérieur des maisons, devant la télévision ou les jeux vidéo. Les nutritionnistes saluent l'initiative de Kellogg's.


Source : quotidien *The Telegraph*, 28/10/11

<http://www.telegraph.co.uk/health/healthnews/8854634/Kelloggs-adds-vitamin-D-to-cereal-to-fight-rickets.html>

 **26.** Pour réduire l'absentéisme scolaire, exigez des enfants qu'ils se lavent les mains ! C'est la recommandation de chercheurs **danois** qui ont observé, dans le cadre d'une expérience contrôlée, que les enfants à qui l'on demandait de se laver les mains trois fois par jour manquaient moins souvent l'école (26 % de jours d'absentéisme en moins) et étaient moins souvent malades (22 % de moins) que ceux auxquels on ne demandait rien.


Source : site d'information Abclocal, 26/08/11

<http://abclocal.go.com/wls/story?section=news/health&id=8328453>

 **27.** Faut-il ou non lancer une campagne d'information sur la vaccination contre la grippe ? Le ministère de la Santé **britannique** a considéré qu'il était plus efficace de demander aux généralistes d'identifier parmi leurs patients ceux qui avaient le plus de risques de contracter le virus. En 2010, le ministre, Andrew Lansley, avait déjà défendu une telle décision, au grand dam des organisations de médecins. Ces dernières rappellent que durant l'hiver 2010 ce sont plus de 600 personnes qui sont décédées de la grippe et que des centaines d'autres ont encombré les hôpitaux. La campagne d'information, à leurs yeux, plus de chance de toucher un vaste public, et donc de prévenir la diffusion du virus.

Source : quotidien *The Guardian*, 15/09/11


www.guardian.co.uk/politics/2011/sep/15/doctors-furious-free-flu-jabs?INTCMP=SRCH

 **28.** Un débat oppose actuellement, en **Israël**, les défenseurs de la « dé-privatisation » totale de la médecine scolaire et les partisans des contrats déléguant une fonction anciennement assumée par les services publics. La médecine scolaire a été privatisée dans le pays il y a quelques années. De nombreux rapports, y compris émanant des organes de contrôle de l'État, évaluent aujourd'hui négativement cette privatisation. Selon les experts, le service de base de vaccination dans les écoles n'est plus assuré, tandis que les actions complémentaires de prévention disparaissent. En outre, les économies budgétaires annoncées seraient moindres que prévu, notamment du fait des coûts d'intermédiation et des emplois indirects. Une expérimentation de renationalisation des services de médecine scolaire sera menée dans une région et pourrait ensuite être étendue au reste du pays.

Source : quotidien *The Jerusalem Post*, 23/11/11

<http://www.jpost.com/LandedPages/PrintArticle.aspx?id=246633>

► I.1.3. Troubles mentaux, dépression, suicide

 **29.** Au **Royaume-Uni**, 400 chercheurs spécialistes ont signé un plaidoyer dans la revue *Nature* pour soutenir les actions de prévention et de dépistage des troubles de la santé mentale. Ils estiment que ces troubles sont insuffisamment repérés au Royaume-Uni, à la différence d'autres pathologies comme le diabète ou les maladies cardiaques.

Source : revue *Nature*, n° 475, 07/11, p. 27-30

<http://www.nature.com/nature/journal/v475/n7354/full/475027a.html>


Point de vue

Sarah Sauneron, chargée de mission
département Questions sociales




Les enjeux sociétaux de la santé mentale

Selon l'OCDE, la santé mentale doit être le « nouveau défi prioritaire pour le marché du travail ». En effet, dans son rapport « Mal être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale au travail » publié en décembre 2011, l'organisation internationale conclut que la précarisation croissante des emplois et l'augmentation actuelle des pressions au travail pourraient entraîner une aggravation des problèmes de santé mentale dans les années à venir. En effet, on constate un développement sans précédent des pathologies dites « de la modernité » (stress, détresse psychologique, dépression, suicide), notamment chez les salariés. L'Organisation internationale du travail évalue entre 3 % et 4 % du produit intérieur brut des États de l'Union Européenne, les coûts directs et indirects de la mauvaise santé mentale pour les individus concernés, les employeurs et la société (perte de productivité et absentéisme). En synthétisant des études menées dans plusieurs pays, l'OCDE estime elle qu'une demande de pension d'invalidité sur trois, et dans certains pays une sur deux, est motivée par des problèmes mentaux. Ces données justifient pleinement la mise en place d'une stratégie de santé publique en santé mentale ambitieuse qui combine le dépistage et la prévention des troubles à des politiques de promotion du bien-être.


 **30.** En **Suisse**, une récente étude détaille les problèmes de santé des détenus d'une prison préventive. Près de 58 % souffriraient de différents problèmes médicaux, 40 % seraient consommateurs d'au moins une drogue illégale et 16 % présenteraient des troubles mentaux. Les chercheurs soulignent que comparative ment à la population générale, la prévalence de la tuberculose, de l'hépatite C et de l'usage d'héroïne est plus de dix fois supérieure chez les prisonniers. La nationalité des détenus pourrait être un critère incitant à un dépistage des maladies infectieuses plus poussé. Ainsi, chez les Géorgiens, le taux d'hépatite C atteint 20,8 %, contre 5,7 % en moyenne dans la prison et 0,7 % dans la population générale. Pour les auteurs, l'emprisonnement devrait être considéré comme une occasion de dispenser des soins médicaux et des mesures préventives aux migrants.

Source : site de l'Association des médecins du canton de Genève (AMGE), 4/06/11


<http://www.amge.ch/2011/06/06/pres-de-60-des-detenus-de-champ-dollon-ont-des-problemes-medicaux/>

 **31.** Selon une enquête **australito-britannique**, en Australie, au moins un jeune sur douze s'infligerait des blessures volontaires pendant l'adolescence (coupures, brûlures, etc.). Ce phénomène concernerait davantage les filles que les garçons. Mais il disparaîtrait avant l'âge de 20 ans dans 90 % des cas, même lorsque l'adolescent n'a suivi aucun traitement particulier. C'est ce que révèle la première enquête qui suit des enfants violents envers eux-mêmes jusqu'à l'âge adulte. La violence dirigée contre soi est l'un des principaux facteurs de risque pour les comportements suicidaires : 60 % des cas de suicide ont été précédés de formes de violences volontaires. Le panel de l'enquête était constitué de 1 800 Australiens, garçons et filles, interrogés neuf fois de l'âge de 14 ans jusqu'à plus de 20 ans. La disparition progressive des comportements de violences volontaires serait due, selon les auteurs de l'étude, à des transformations du cerveau au moment du passage de l'enfance à l'âge adulte.


Sources : quotidien *The Telegraph*, 17/11/11, revue *The Lancet*, 17/11/11
<http://www.telegraph.co.uk/health/healthnews/8894057/Most-self-harming-stops-by-twenties.html>
<http://www.lancet.com/search/results?fieldName=Authors&searchTerm=George%20C+Patton>

 **32.** Un programme de télésanté mentale a été lancé et évalué en **Allemagne**. Les cas de dépression sont très fréquents et leurs impacts, souvent sous-estimés : en particulier, ils peuvent évoluer sous la forme d'une altération générale de l'état de santé des individus. L'objectif de ce programme est de fournir des instruments pertinents pour permettre à chacun une autoévaluation de son état de santé, grâce aux technologies modernes de l'information et de la communication. Par ailleurs, il vise à mieux évaluer les effets d'une prise en charge précoce de ces états de dépression : il s'agit en particulier de savoir si une offre de soutien et d'aide dans une phase précoce peut induire des modifications de comportements et permettre d'éviter l'apparition d'un stade de dépression sévère.

Source : site du ministère fédéral allemand de la Santé, 8/07/11
<http://www.bmg.bund.de/ministerium/presse/pressemitteilungen/2011-03/e-mental-health-programm.html>

 **33.** Selon les premiers résultats d'une étude lancée par le psychiatre Pierre Gagné, alors que le taux de suicide au **Canada** est en baisse dans la population en générale, il est en hausse chez les médecins. Les médecins de famille (généralistes) sont les plus touchés. La pression exercée sur les praticiens en serait la principale cause. L'auteur de l'étude espère que les facultés de médecine aborderont bientôt la question du mal-être psychologique chez les médecins, sujet jusqu'à maintenant tabou.

Source : compte-rendu de l'étude sur le site d'information d'*Expertise santé*, 22-23/09/11
http://expertise-sante.com/modules/AxialRealisation/img_repository/files/documents/Sante%20MD/Programme_SanteMD2011_Web_15aout.pdf

 **34.** Si Bangalore est aujourd'hui la troisième ville d'**Inde**, après New Delhi et Mumbai, et considérée par certains comme la « Mecque » de l'informatique, elle est aussi devenue la capitale indienne du suicide. La ville enregistre en effet, depuis dix ans, le plus fort taux de suicide (38 pour 100 000 habitants, contre une moyenne nationale de 10,9 en 2009), et une augmentation de près de 40 % en 10 ans. L'urbanisation rapide, l'insécurité de l'emploi dans un environnement ultra-compétitif, les conditions de travail stressantes et le sentiment d'aliénation et de solitude que peut engendrer la vie dans une grande ville expliquent ce taux de suicide anormalement élevé. De nombreux cas de suicide seraient également liés à des problèmes financiers auxquels sont confrontés les jeunes cadres de l'informatique. Pour y remédier, les habitants de Bangalore se mobilisent : des cellules d'écoute ont été créées et plusieurs entreprises ont décidé de venir en aide à leurs employés en les encourageant à participer à des programmes de thérapie « antistress ».

Source : site d'information *Aujourd'hui l'Inde*, 24/10/11

<http://inde.aujourhuilemonde.com/bangalore-capitale-indienne-de-l%E2%80%99informatique-et-du-suicide>


Point de vue

Caroline Lensing-Hebben, chargée de mission
département Questions sociales



Le suicide

On relève des différences majeures dans l'attitude des groupes sociaux et des sociétés envers le suicide. A l'époque de l'Empire romain, Sénèque, philosophe païen de l'école stoïcienne, le saluait comme le dernier acte de l'homme libre. Saint Augustin au contraire le concevait comme un péché par essence. Condamné dès le Moyen Age par l'Eglise catholique, avec une confiscation de la propriété du suicidé prévue par le droit médiéval, le suicide reste interdit par le christianisme, le judaïsme et l'islam. S'interroger aujourd'hui sur le suicide d'un point de vue sociologique impose nécessairement une référence au fondateur de l'école française de sociologie, Émile Durkheim, qui consacra en 1897 tout un ouvrage (*Le Suicide*) à l'étude de ce qu'il considérait comme un phénomène social: le taux de suicide est ainsi abordé en tant qu'indicateur de la morale prévalant dans une société donnée. Les explications couramment avancées au 19^e siècle, à savoir l'hérédité, la folie, le climat ou encore la contagion sont récusés par Durkheim. Son intuition selon laquelle le suicide constitue bel et bien un phénomène social a été largement prolongée par de nombreux sociologues.

 **35.** Selon une équipe de chercheurs de l'université de Lund, en **Suède**, un test sanguin pourrait permettre de détecter une tendance suicidaire chez les patients. Les chercheurs ont montré que les patients ayant tenté de se suicider se caractérisaient par un niveau d'interleukine 6 (IL6) anormalement élevé. L'interleukine 6 est une cytokine clé dans la régulation de l'inflammation aiguë et chronique, et joue un rôle de messenger entre les cellules impliquées dans ce processus. Des hauts niveaux d'IL6 indiquent que les patients suicidaires semblent souffrir d'une inflammation du cerveau, ce qui les distingue des personnes dépressives sans tendance suicidaire. Les chercheurs vont tenter de savoir si de tels patients pourraient voir leur état s'améliorer si on leur administrait un mélange d'antidépresseurs et d'anti-inflammatoires.

Source : site de la Faculté de médecine de l'université de Lund, 11/10

<http://www.lunduniversity.lu.se/>

<http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordId=1711071&fileId=1737714>

Point de vue


Sylvain Lemoine, chef de département
département Questions sociales



La médecine « prédictive »

Les promesses de la médecine « prédictive » sont appelées à bouleverser les politiques de prévention. Elles suscitent autant d'espérances que de craintes, et constitueront sans doute un des principaux débats en matière de santé publique dans les années à venir. D'une part, comme l'illustre cette brève, la capacité à anticiper la manifestation de certains maux invite à accélérer cette recherche. D'autre part, l'utilisation des informations ainsi collectées peut transformer, voire menacer, les mécanismes traditionnels de solidarité. Les exigences comportementales à l'égard des patients à risque seront-elles plus importantes ? Si le voile d'ignorance est levé, comment les assurances publiques et privées fonctionneront-elles à l'avenir ? Il s'agit donc de dessiner une voie permettant de bénéficier des progrès scientifiques tout en prévenant les innombrables dérives potentielles. Si le constat est partagé, les réponses éthiques et politiques tardent encore à émerger.


► I.1.4. Inégalités d'accès aux soins

 **36.** Aux **États-Unis**, selon une étude réalisée par l'Université de Washington sur les années 1987 à 2007, l'espérance de vie des Américains (75,6 ans pour un homme et 80,8 pour une femme en 2007) se situe en deçà de la moyenne des autres pays industrialisés (37^e place mondiale) et varie considérablement d'une région à l'autre, voire diminue dans un nombre croissant d'endroits. Les chercheurs définissent ainsi une zone « noire », qui va de la Virginie occidentale jusqu'au Nord du Texas. *A contrario*, l'espérance de vie augmente chez certaines populations de diverses aires géographiques (les Noirs dans le District de Columbia, les séropositifs à New York, etc.). Le Nord de la Virginie, la Colorado, le Minnesota, l'Utah, la Californie, l'État de Washington et la Floride présentent les taux les plus élevés. Parmi les explications avancées : l'obésité, le tabac (notamment chez les femmes), l'hypertension et la pénurie de médecins. Or, les dépenses de santé par tête sont aux États-Unis 50 % supérieures à celles des pays européens. Mais les inégalités y sont plus criantes.

Source : site de l'*Institute for Health Metrics and Evaluation* et quotidien *The Washington Post*, 15/06/11


<http://www.healthmetricsandevaluation.org/news-events/news-release/life-expectancy-in-us-counties-2011>

http://www.washingtonpost.com/national/life-expectancy-in-the-us-varies-widely-by-region-and-in-some-places-is-decreasing/2011/06/13/AGdHuZVH_story.html?hpid=z3

 **37.** Les écarts d'espérance de vie se creusent entre le Nord et le Sud du **Royaume-Uni**. Ils sont aujourd'hui de 13 ans. Bien que l'espérance de vie augmente de manière générale dans le pays (78,2 ans pour les hommes et 82,3 pour les femmes), les statistiques de l'*Office for National Statistics (ONS)* montrent que les enfants nés dans le Sud de l'Angleterre vivront potentiellement plus longtemps que ceux nés dans le Nord et en Écosse. En affinant le constat, on peut ainsi constater que les garçons de Kensington et Chelsea, deux quartiers huppés de Londres, ont une espérance de vie à la naissance de 85,1 ans (89,8 pour les filles), alors que celle des garçons naissant à Glasgow s'élève à 71,6 ans (78 pour les filles). Les associations dénoncent ces inégalités territoriales qui ont augmenté depuis les derniers chiffres publiés sur la question (2004/2006). L'*ONS* pointe le rôle de l'augmentation des inégalités de santé sur le territoire britannique. Du côté du *Labour*, on insiste sur les conséquences néfastes de la réforme en cours du financement du *National Health Service*, qui risque d'accroître encore la rareté des moyens médicaux dans les zones économiquement défavorisées.


Source : quotidien *The Independent*, 19/10/11

www.independent.co.uk/news/uk/home-news/life-expectancy-divide-widens-2372860.html

 **38.** Dans son *Annual Report 2010-2011*, la *Care Quality Commission* (CQC) **britannique** dresse un bilan sévère : seule la moitié des hôpitaux et des maisons de repos prodiguant des soins infirmiers répondent aux indicateurs de performance, en particulier pour ce qui concerne la sûreté et la qualité des soins. Un tiers des établissements (privés et/ou gérés par le *National Health Service* [NHS]) sont en-deçà des standards en matière de bien-être des patients et de nourriture fournie. La CQC relève néanmoins des progrès sur la propreté et l'hygiène des établissements. Par ailleurs, dans son *State of Care Overview* pour 2010-2011, la CQC explique que les délais d'attente pour se faire soigner ont augmenté dans les premiers mois de 2011 pour les patients admis dans des hôpitaux publics. Alors que ce délai ne doit pas excéder dix-huit semaines après la première visite chez le généraliste, selon les textes officiels du NHS, cet objectif n'est plus tenu. Le nombre de patients qui doivent attendre plus longtemps a augmenté d'un tiers pour atteindre, en juillet 2011, 10 % de l'ensemble des patients hospitalisés.

Source : quotidien *The Guardian*, 15/09/11


www.guardian.co.uk/society/2011/sep/15/hospitals-care-homes-inadequate?INTCMP=SRCH

 **39.** Selon le *Healthcare Industry Barometer* 2011 publié le 13 septembre, les usagers **britanniques** sont de plus en plus nombreux à se tourner vers des services de santé privés, au détriment des structures publiques, notamment pour les fractures du col du fémur, les opérations de la cataracte ou les hernies. La réforme du *National Health Service* souhaitée par le gouvernement de coalition comporte en effet un volet budgétaire drastique : retour à une augmentation annuelle des dépenses quasi nulle (+ 0,1 %) et gains d'efficacité de 20 milliards de livres d'ici 2015. Pour les usagers, cela se traduit souvent par des délais de prise en charge allongés.

Sources : quotidien *The Guardian*, 13/09/11, et site du *Healthcare Industry Barometer*, 13/09/11


www.guardian.co.uk/business/2011/sep/13/private-healthcare-boosted-by-nhs-rationing

www.healthinvestor.co.uk/pdfs/NabarroHealthcareBarometer2011_web.pdf

 **40.** Afin de réduire les inégalités en matière de santé, le gouvernement **brésilien** est décidé à mieux répartir les médecins dans le pays. En effet, 75 % des médecins vivent dans les villes et, selon le Conseil fédéral de médecine, 22 % des 5 506 villes ne comptent aucun praticien parmi leurs résidents. Le ministre de la Santé du Brésil a donc lancé un ambitieux programme dont le but est d'envoyer des professionnels de la santé dans les villes qui bénéficient de ressources limitées en matière de santé.


Source : Organisation mondiale de la santé

<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/4/08-030408/en/index.html>

 **41.** Le **Québec** est confronté à une pénurie de médicaments qui s'aggrave depuis quelques années : elle a augmenté de 232 % en trois ans. Plusieurs raisons à cela : les matières premières sont de plus en plus concentrées dans certains pays, une simple catastrophe naturelle suffisant à bouleverser le marché mondial. Des laboratoires ferment par ailleurs inopinément parce qu'ils ne respectent pas certaines normes sanitaires ou parce que les employés sont en grève. Les sociétés pharmaceutiques sont aussi soupçonnées de ralentir parfois la production de certains médicaments « moins rentables ». Au cours des derniers mois, plusieurs discussions ont eu lieu entre la Régie de l'assurance maladie du Québec, l'Institut national d'excellence en santé et les associations de pharmaciens pour trouver des solutions. Les pharmaciens souhaiteraient la création d'un système permettant de connaître l'état des stocks de médicaments en temps réel dans toutes les régions du Québec. Des mesures pour obliger les sociétés pharmaceutiques à produire certaines molécules en priorité sont également demandées.


Sources : site de Radio-Canada, 25/08/11 et site d'information *Cyberpresse*, 5/10/11

http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201110/04/01-4454275-medicaments-contre-le-cancer-des-penuries-qui-font-mal.php?utm_categorieinterne=traficdrivers&utm_contenuinterne=cyberpresse_B4_manchettes_231_accueil_POS3
<http://www.radio-canada.ca/emissions/desautels/2011-2012/chronique.asp?idChronique=170168>

 **42.** Un changement important est intervenu dans l'univers des politiques de santé au **Québec**. Le ministre de la Santé, Yves Bolduc, a annoncé en novembre 2011 le dépôt du projet de loi 41 qui, s'il est adopté, permettra aux pharmaciens d'offrir des services d'ordonnance, dans certains cas précis et selon certaines contraintes. Tant du côté du parti libéral que de l'opposition officielle, il y a maintenant unanimité : grâce à cette loi, certaines prescriptions pourront être prolongées par les pharmaciens, une fois le diagnostic médical posé. Il s'agit entre autres de faciliter l'accès aux « soins » de populations vivant dans des zones qualifiées de « déserts médicaux ». Il faut rappeler que ces derniers ne seront pas habilités à poser eux-mêmes des diagnostics. De tels dispositifs existent déjà dans quatre provinces canadiennes : la Colombie-Britannique, l'Alberta, le Nouveau Brunswick et l'Ontario.


Source : quotidien *Le Devoir*, 16/11/11

<http://www.ledevoir.com/societe/sante/336188/gain-de-pouvoir-pour-les-pharmaciens>

 **43.** En **Suisse**, la pratique dite de la « propharmacie », qui autorise les médecins à vendre des médicaments, est répandue en Suisse alémanique. Treize cantons le permettent alors qu'une interdiction de principe prévaut dans neuf autres. Berne, les Grisons et Schaffhouse ont instauré des systèmes mixtes : les médecins sont habilités à dispenser des pilules quand aucune pharmacie ne se trouve à proximité. Le Conseil fédéral, qui souhaite limiter cette pratique, a décidé de reporter à 2012 son projet de loi, face à la réaction virulente des médecins lors de la procédure de consultation. Deux mesures sont envisagées : l'interdiction pure et simple de la propharmacie ou son autorisation, à titre exceptionnel, dans les zones rurales.

Source : site de la Fédération des médecins suisses

<http://www.fmh.ch/fr/fmh.html>

 **44.** À Montréal, au Québec, une deuxième maison pour femmes enceintes vulnérables vient d'ouvrir, une première ayant été créée en 2007. Ces « Maisons bleues » sont des centres de « périnatalité sociale ». Sous un même toit, on trouve des médecins, des sages-femmes, des infirmières, des travailleuses sociales et des éducatrices spécialisées. Le travail d'équipe interdisciplinaire dans un seul lieu doit rendre les interventions plus efficaces. Ces centres offrent un suivi et de l'aide aux femmes enceintes qui vivent des situations difficiles (femmes violées, battues, en situation de précarité, etc.), et les suivent après que leurs enfants sont nés.


Source : site d'information *Cyberpresse*, 16/10/2011

<http://www.cyberpresse.ca/actualites/201110/15/01-4457595-une-maison-pour-des-femmes-enceintes-vulnerables.php>

Publication
département Questions sociales

**« Quelles opportunités pour l'offre de soins demain ?
Les coopérations entre professionnels de santé »**


Les coopérations entre professionnels de santé restent encore peu développées en France. *La Note d'analyse* n°254, parue en décembre 2011, montre comment certains pays étrangers sont parvenus à optimiser leur production de soins en instituant durablement des modes d'exercice collectif et des transferts d'activités entre acteurs de santé. Dans le champ des soins primaires, les coopérations entre médecins généralistes et infirmières spécialisées notamment, permettent en effet d'améliorer l'accès aux soins courants et la qualité de prise en charge des malades chroniques, voire de développer, en ville, des services traditionnellement délivrés à l'hôpital. Un tel essor des coopérations en France pourrait ainsi renforcer le secteur ambulatoire et améliorer l'efficience du système de santé en réduisant le poids des dépenses hospitalières. Il nécessite toutefois l'évolution préalable des cultures, des statuts juridiques, des modes de rémunération et de formation de l'ensemble des professionnels de santé.

 **45.** En Islande, deux hôpitaux privés vont être créés afin d'accueillir des « touristes médicaux », en particulier pour des soins dentaires, orthopédiques et cardiaques, et en chirurgie de l'obésité, et ce, à des coûts compétitifs en comparaison d'autres pays européens. Ce secteur du tourisme médical est en plein développement dans le pays. Or, il s'agit conjointement de promouvoir des soins faisant appel aux spécificités de la nature et des éléments (sources d'eau chaude, etc.), et qui pourraient être couplées à des activités touristiques, ce qui peut également être bénéfique à l'économie du pays. La prise en charge complète des patients et de leur famille pourrait ainsi, à terme, créer des milliers d'emplois.

Sources : revue *International Medical Travel Journal*, 19/01/11, et site d'information *Iceland Review*, 11/01/11

<http://www.imtj.com/news/?EntryId82=269056>

http://icelandreview.com/icelandreview/daily_news/?cat_id=29314&ew_0_a_id=372384

 **46.** En **Inde**, le tourisme médical est en plein essor. À 200 kilomètres de Bombay, la ville de Pune devient sur ce plan l'une des destinations les plus prisées. La plupart des patients viennent du Royaume-Uni, du Kenya, du Nigeria et d'Irak pour des traitements liés aux reins, au cœur, à la chirurgie esthétique. Dans les hôpitaux concernés, le coût des soins est près de 30 % moins cher que dans les pays d'origine, les hôpitaux étant pourtant équipés selon les standards internationaux. Des traducteurs sont présents et des séjours touristiques sont souvent proposés aux proches des patients. Parmi la clientèle ciblée : les hommes d'affaires susceptibles de combiner déplacements professionnels et tourisme médical.

Sources : site de la ville de Pune et *Times of India*, 22/11/10

<http://www.punesite.com/>

http://articles.timesofindia.indiatimes.com/2010-11-22/pune/28248496_1_medical-tourism-number-of-medical-tourists-patients-from-foreign-countries



Partie II

Comment adapter les politiques publiques à l'évolution des besoins sociaux ?

On peut rassembler l'évolution des besoins sociaux en trois catégories principales.


En premier lieu, le vieillissement de la population. Il appelle de nombreux ajustements dans l'ensemble des politiques sociales : évolution de l'offre de soins, adaptation des infrastructures et des services, développement des métiers du *care*, adaptation des logements, sans oublier le débat sur le droit à mourir dans la dignité. L'allongement de l'espérance de vie fait aussi écho à l'accroissement de la solitude lorsque les proches disparaissent ou sont éloignés géographiquement, ou encore aux abus dont peuvent être victimes les personnes vulnérables.

En deuxième lieu, les transformations des structures familiales. L'augmentation significative du nombre de divorces, l'accroissement du nombre de familles monoparentales et de familles recomposées appellent des ajustements tant sur le plan des droits que des prestations et services. Faut-il chercher à prévenir ces séparations ? Quels droits accorder aux beaux-parents ? Alors que de nouveaux couples se forment tardivement, et notamment suite à ces séparations, comment aider ces « nouvelles » familles à avoir des enfants ? Comment accompagner la nouvelle génération de grands-parents, dont le rôle et la place ont beaucoup évolué ?

En troisième lieu, les préoccupations liées à l'amélioration de la qualité du cadre de vie. Ces demandes concernent des domaines aussi divers que la préservation des ressources environnementales, la lutte contre toutes les formes de pollution et l'accès à des logements adaptés à prix abordable. Alors que de plus en plus de citoyens habitent en ville, par choix ou par contraintes professionnelles, comment les aider à se loger ? Comment faire en sorte que ces solutions d'habitat prennent en compte le respect de l'environnement ? Comment faciliter les déplacements, étant donné que leur durée s'allonge et que les infrastructures routières et de transports publics sont souvent sur-utilisées ? Comment veiller à ce que la qualité de vie et la tranquillité de chacun soient respectées ? Comment préserver une certaine mixité sociale ?

Dans l'ensemble de ces champs, les pouvoirs publics font face aux mêmes questionnements, concernant le juste dosage entre assurance collective et responsabilité individuelle, la place réservée aux entreprises dans la formulation de la réponse à ces besoins, ou encore la recherche de la juste combinaison entre prestations et services, incitation et réglementation.

II.1. Le vieillissement et la dépendance

 **112.** Le **Royaume-Uni** connaît une crise grave de financement pour les soins et services aux personnes âgées. D'après les chiffres officiels, les budgets alloués par les collectivités aux actions en direction des plus de 65 ans auraient connu une baisse de 1,3 milliards de livres depuis 2010. Le Chancelier de l'Échiquier avait annoncé l'an passé une dotation supplémentaire et exceptionnelle de deux milliards de livres pour les collectivités qui dépensent le plus en direction des personnes âgées (maisons de retraite, distribution de repas à domicile et services de soins infirmiers). Il semblerait, d'après une enquête de la *Commons Library*, que ces dotations n'ont pas empêché un repli des financements pour les collectivités. D'après une étude de l'organisme caritatif *Age UK*, les deux tiers des collectivités augmentent les coûts des services aux personnes âgées, comme le portage de repas. Elles se montrent également très réticentes à prendre en charge les frais occasionnés par les visites chez un gériatre. Près de la moitié des collectivités ont en outre augmenté les frais payés directement par les personnes lorsqu'elles souhaitent bénéficier de services de maintien à domicile.


Source : quotidien *The Guardian*, 28/10/11

<http://www.guardian.co.uk/uk/2011/oct/28/elderly-social-care-funding-cuts>


Publication
département Questions sociales

**« Vivre ensemble plus longtemps.
Enjeux et opportunités pour l'action publique
du vieillissement de la population française »**

Le vieillissement de la population française est un phénomène majeur, qui sera amené à s'accélérer de façon très importante d'ici à 2035. En 2005, un individu sur cinq était âgé de 60 ans ou plus en France métropolitaine ; ce sera un sur trois en 2050, selon les projections de l'INSEE. Ce vieillissement va transformer profondément la société en modifiant sa structure d'âge. Si ce processus est inéluctable, ses conséquences peuvent être infléchies. Le rapport, paru en juillet 2010, met en évidence les multiples conséquences du vieillissement en matière de politiques publiques et montre que relever ce défi peut être une véritable opportunité pour l'ensemble des politiques publiques (logement...). La synthèse du rapport est présentée dans *La Note de veille* n°185.

 **113.** Le nombre de retraités qui auraient travaillé pour subvenir à leurs besoins se serait accru de manière considérable depuis une dizaine d'années en **Allemagne**. En 2010, près de 660 000 personnes ayant entre 65 et 74 ans auraient exercé une activité temporairement (notamment sous la forme de « mini-jobs » – emplois à temps très partiel dont leurs détenteurs sont exonérés de cotisations sociales et d'impôt sur le revenu lorsqu'ils n'ont pas d'autre activité par ailleurs –, soit une augmentation de 60 % par rapport à 2000. Par ailleurs, en 2009, 400 000 personnes âgées de plus de 65 ans percevaient l'équivalent du minimum vieillesse, contre 258 000 en 2003. Cet accroissement des situations de pauvreté parmi les retraités s'expliquerait essentiellement par des trajectoires professionnelles plus discontinues, marquées par des périodes de chômage ou d'activités précaires. Une proposition de loi pourrait être déposée au début de l'année 2012 pour permettre au système de retraite de garantir une limitation du risque de pauvreté lié à la vieillesse.

Source : hebdomadaire *Der Spiegel*, 22/08/11
<http://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/0,1518,781534,00.html>


 **114.** Au **Canada**, la ministre responsable des Aînés, Marguerite Blais, a annoncé en août 2011 un investissement de 2,1 millions de dollars sur trois ans pour créer 30 « carrefours d'information » destinés aux personnes âgées. L'idée est que des bénévoles se déplaceront au domicile de ces dernières ou dans les lieux qu'elles fréquentent, afin de les aider à accomplir leurs démarches administratives ou de mieux connaître les services auxquels elles ont droit. La ministre explique que cette annonce s'inscrit dans la philosophie d'une nouvelle politique qu'elle dévoilera en 2012 et qui s'appelle « vieillir chez soi ». Il s'agit pour elle d'une importante évolution culturelle et organisationnelle : elle n'a pas hésité à parler d'un véritable « changement de paradigme ».

Source : site de Radio-Canada, 18/08/11
<http://www.radio-canada.ca/nouvelles/Politique/2011/08/18/002-marguerite-blais-personnes-agees-carrefours-information.shtml>


Publication
département Questions sociales

**« Le vieillissement cognitif,
un enjeu pour les politiques publiques »**

Si tous les individus connaissent une évolution de leurs capacités mentales (concentration, mémorisation, résolution de problèmes, vitesse de traitement, etc.) au fil des années, ils ne sont pas tous atteints de façon équivalente et irréversible. Ainsi, chacun peut espérer influencer sur la réserve cognitive dont il dispose. L'analyse des données empiriques dessine quelques axes en faveur d'une stratégie de promotion en santé cognitive conçue à chaque période de la vie. Dans une société caractérisée par une révolution de la longévité, ces observations soulèvent des enjeux dans la sphère professionnelle, pour l'emploi des seniors ; dans la sphère de l'aide à la personne âgée, pour les aidants professionnels et familiaux ; et plus généralement dans une visée de promotion de la qualité de la vie et du vieillissement en bonne santé. *La Note d'analyse* n°179, parue en juin 2010, s'intéresse précisément à ces différents sujets.

 **115.** Si le vieillissement de la population touche toute la population du **Canada**, ce phénomène affecte aussi les prisonniers. Selon un rapport rendu public par l'Enquêteur correctionnel du Canada (sous responsabilité fédérale, il supervise les enquêtes pénales et s'assure qu'une suite est donnée aux plaintes déposées), la part de la population carcérale du pays qui a plus de 50 ans a augmenté de 50 % au cours de la dernière décennie. Le rapport s'inquiète des conséquences du vieillissement des prisonniers et demande un plan d'action sur la question. Les établissements pénitentiaires ne sont en effet pas adaptés pour fournir à ces individus les soins de santé dont ils ont besoin. On remarque entre autres que les personnels ne sont pas formés pour prendre soin des personnes dépendantes, que les locaux sont mal adaptés aux fauteuils roulants, et que les personnes âgées craignent souvent d'être maltraitées par les prisonniers les plus jeunes.

Source : rapport 2010-2011 de l'Enquêteur correctionnel du Canada
<http://www.oci-bec.gc.ca/rpt/annrpt/annrpt20102011-eng.aspx>


 **116.** En **Allemagne**, la caisse publique d'assurance maladie, City BKK a fait faillite en juillet 2011. C'est une première, même si la mise en place en 2009 d'un nouveau système de financement le laissait envisager. Jusqu'en 2009, l'assurance maladie et l'assurance dépendance étaient gérées par des caisses autonomes, en autogestion. Elles étaient libres de fixer le montant des cotisations, les salariés ayant le choix de leur caisse. Or, avec le vieillissement des assurés, certaines connaissent de grosses difficultés. Une tendance à la hausse des cotisations s'observe. Pour l'endiguer, le gouvernement souhaite encourager la solidarité entre les caisses, leur regroupement et une gestion plus rigoureuse de leurs ressources. En 2009 a ainsi été créé un « fonds de santé » fédéral, pour compenser l'insuffisance de cotisations de certaines caisses. Bien que les cotisations aient cessé de croître, que les déficits augmentent moins vite et que la compétitivité des entreprises se soit améliorée, les dépenses de santé continuent d'augmenter. Une vingtaine d'autres caisses publiques sont ainsi menacées de faillite.

Source : site d'informations sociales *Metis*, 24/06/11
http://www.metiseurope.eu/allemande-une-caisse-publique-d-assurance-maladie-fait-faillite_fr_70_art_29145.html


Évènement département Questions sociales

« Le vieillissement des sociétés : un défi pour les sociétés. Regards croisés France-Allemagne »


Le Centre d'analyse stratégique s'est associé à la Fondation Konrad Adenauer pour organiser ce colloque le 29 juin 2011. Le vieillissement est un défi majeur pour les sociétés occidentales, au premier rang desquelles la France et l'Allemagne. Dans nos deux pays, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus passera respectivement de 16 % à 27 % et de 20 % à 27 % entre 2005 et 2050. Certains enjeux sont communs : financer les dépenses sociales sans les laisser exploser, maintenir les seniors dans l'emploi le plus longtemps possible et prendre en charge les personnes dépendantes en permettant le maintien à domicile. En revanche, la démographie des deux pays est différente. La France maintient un taux de natalité élevé, ce qui entraîne des perspectives différentes sur le régime de Sécurité sociale en général et sur la branche dépendance en particulier. Les répercussions sont également importantes sur le système de soins et l'accompagnement. Ce colloque, qui a réuni des experts des deux pays, a permis une comparaison systématique sur les impacts du vieillissement en matière de finances publiques, de dynamisme du marché du travail et de prise en charge de la dépendance.

 **117.** Aux **États-Unis**, l'assurance dépendance ne serait pas rentable pour les compagnies privées d'assurance. Fin 2010, l'entreprise *MetLife* avait jugé impossible de proposer ce produit, sauf à augmenter les primes de 44 %. Il n'était pas le seul. Or l'aide publique ne sera pas en mesure de faire face, seule, au coût de la dépendance, et compte sur les assurances privées. La tendance qui se dessine à moyen terme est que la dépendance sera, au moins en partie, financée par le capital personnel des bénéficiaires ou des familles.


Sources : site du ministère américain de la Santé et hebdomadaire *Businessweek*, 11/11/10
http://www.longtermcare.gov/LTC/Main_Site/Paying_LTC/Private_Programs/LTC_Insurance/index.aspx
<http://www.businessweek.com/news/2010-11-11/metlife-halts-sale-of-new-long-term-care-insurance.html>

 **118.** L'organisation **britannique** de consommateurs *Which ?* a publié en 2011 les résultats d'une enquête menée *incognito* dans quatre maisons de retraite. Ses enquêteurs se sont fait passer pour des résidents et ont pu constater de graves dysfonctionnements concernant la nourriture, la sécurité, la santé et l'organisation de l'emploi du temps. Dans l'un des établissements, ils ont constaté que certaines personnes âgées étaient constamment et violemment repoussées dans leurs chaises roulantes quand elles souhaitaient se lever. Dans trois maisons de retraite, les résidents devaient attendre entre 16 et 17 heures entre le dîner et le petit-déjeuner, tandis que dans le dernier établissement, le déjeuner était servi à peine une heure et demie après le petit-déjeuner. Les quatre établissements ont également en commun une faible offre d'activités physiques et ludiques pour les résidents. *Which ?* a saisi la Commission nationale sur la qualité des soins, qui leur a retiré l'agrément. Selon son porte-parole, les résultats de cette enquête rendent compte de pratiques très isolées.


Sources : site de l'association *Which ?* et quotidien *The Guardian*, 19/04/11
<http://www.which.co.uk/campaigns/food-and-health/care-homes-investigation/which-care-homes-investigation/>
<http://www.guardian.co.uk/money/2011/apr/19/care-homes-sub-standard-practices>

 **119.** Au **Canada**, une étude publiée en janvier 2011 par l'Institut de recherche en politiques publiques a comparé la qualité des services offerts dans les établissements privés et publics destinés à l'hébergement des personnes âgées. Les auteurs concluent que les établissements privés à but lucratif sont plus susceptibles de fournir des soins de moindre qualité que les établissements publics ou privés conventionnés. Cette étude intervient dans un contexte où le gouvernement se tourne massivement vers le financement de « lits » privés à but lucratif.

Source : site de l'Institut de recherche en politiques publiques, 24/01/11
<http://www.irpp.org/fr/summary.php?id=359>

 **120.** Selon une étude rendue publique fin mai par l'Association **québécoise** des retraités des secteurs public et parapublic (AQRP), plus de la moitié des Québécois espèrent ne pas terminer leurs jours dans une résidence pour personnes âgées. Les Québécois sont extrêmement inquiets des récents cas médiatisés de mauvais traitements, de décès ou de suicides dans de telles institutions. En tout, 84 % se disent un peu ou beaucoup préoccupés par ce qu'ils ont vu ou entendu dans les médias. L'AQRP profitait de ces résultats pour critiquer le projet de loi du gouvernement destiné à resserrer la certification des résidences privées pour personnes âgées, plaidant plutôt pour le développement du secteur public.

Source : <http://ruefrontenac.com/nouvelles-generales/sante/38082-residences-personnes-agees-sondage>

 **121.** Au Québec, avec la loi sur les résidences privées pour personnes âgées adoptée en septembre dernier, le gouvernement établit notamment un seuil minimal d'employés devant être présents afin d'assurer une surveillance adéquate. On rend aussi obligatoire la vérification systématique des antécédents judiciaires du personnel et des bénévoles. La loi permet au gouvernement d'exiger, par règlement, l'implantation de « comités de milieu de vie » dans les résidences privées pour personnes âgées. Enfin, le gouvernement fixe des exigences de formation du personnel et met en place des amendes conséquentes en cas d'infractions.

Source : Santé et services sociaux Québec. *Communiqué de la ministre déléguée aux Services sociaux*, le 30/11/11

<http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommunique.php?id=133>


Publication
département Questions sociales

**« Les défis de l'accompagnement du grand âge.
Perspectives internationales pour éclairer le débat national sur la dépendance »**

Commandé par le Premier ministre et réalisé en collaboration avec la DREES et des experts de l'OCDE, ce rapport, publié en juin 2011, propose une analyse comparée des systèmes de prise en charge de la dépendance dans six pays de l'Union européenne (Allemagne, Danemark, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède), ainsi qu'aux États-Unis et au Japon. Le rapport identifie deux défis majeurs qui pèsent sur l'ensemble des pays. Le premier est financier : il s'agit de concilier l'objectif de maîtrise des dépenses publiques avec les exigences de protection auxquelles aspirent les personnes âgées en perte d'autonomie. Le second défi est organisationnel : permettre une meilleure couverture des besoins de soins des personnes âgées dépendantes, en leur assurant une prise en charge de qualité, selon leurs souhaits soit à domicile, soit dans une structure adaptée, notamment par un soutien aux différents intervenants (professionnels ou aidants familiaux). À l'issue de ce travail de comparaison internationale, plusieurs tendances communes apparaissent :


- les prestations deviennent progressivement universelles, mais ciblées sur les personnes ayant les besoins les plus élevés ;
- priorité est donnée au maintien à domicile, par le biais de politiques de structuration de l'offre de services à domicile, d'adaptation des logements, de diversification des lieux de vie et de soutien aux aidants familiaux ;
- la coordination des acteurs reste un enjeu majeur des politiques de prise en charge du grand âge ;
- l'importance et l'efficacité des politiques de prévention de la perte d'autonomie est partout reconnue, même si les programmes sont encore peu développés.

La synthèse de ce rapport est présentée dans *La Note de synthèse* n° 229, de juin 2011.

 **122.** *Southern Cross*, le plus gros opérateur privé de maisons de retraite au Royaume-Uni, était à l'été 2011 en état de quasi faillite. Il a annoncé mi-juillet 2011 l'arrêt de son activité et le transfert des structures existantes (750 établissements, qui hébergent 31 000 personnes et emploient 44 000 salariés) vers d'autres opérateurs. *Southern Cross* est victime de l'augmentation des loyers pour ses établissements, son modèle économique reposant en effet sur le fait d'acquérir, puis vendre et enfin de louer ses locaux afin de bénéficier des effets de l'augmentation des prix de l'immobilier.

Source : quotidien *The Guardian*, 11/07/11

<http://www.guardian.co.uk/business/2011/jul/11/southern-cross-landlords-take-over-all-homes>

 **123.** Au **Royaume-Uni**, les aidants familiaux permettraient d'économiser 119 milliards de livres chaque année, soit un montant approximativement égal au coût total du *National Health Service*, si leur activité était évaluée sur la base du coût occasionné par les professionnels de santé. Ce chiffrage, réalisé par l'association *Carers UK* en partenariat avec des chercheurs de l'université de Leeds, repose sur l'hypothèse que les 6,4 millions d'aidants informels, s'ils étaient payés pour leur contribution, le seraient à hauteur de 18 livres par heure effectuée auprès des personnes âgées. L'association *Carers UK* appelle à une revalorisation de la prestation versée aux aidants, la *carer's allowance*. À l'heure actuelle, celle-ci se monte à 55,55 livres par semaine, pour une contribution supérieure ou égale à 35 heures.


Source : quotidien *The Guardian*, 12/05/11

<http://www.guardian.co.uk/society/2011/may/12/carers-save-uk-119bn-a-year>

Publication
département Questions sociales


« Comment soutenir efficacement les 'aidants' familiaux de personnes âgées dépendantes ? »

Depuis une vingtaine d'années, la prise en charge des personnes dépendantes est inscrite à l'agenda politique dans la plupart des pays de l'Union européenne. En France, le débat s'est longtemps focalisé sur la question de la prestation à accorder aux aidés, clé de voûte du dispositif de prise en charge des personnes âgées dépendantes, ce qui a contribué à occulter la question des aidants familiaux. De plus, habituellement posé sous l'angle de la prise en charge des jeunes enfants, le problème de la conciliation entre vie professionnelle et tâches familiales est resté largement ignoré dans sa dimension relative à la prise en charge des aînés dépendants. *La Note de veille* n°187, parue en juillet 2010, met en évidence quatre enjeux majeurs d'une politique d'appui aux aidants des personnes âgées en perte d'autonomie : la reconnaissance d'un statut juridique et de droits sociaux, la conciliation de la vie professionnelle et du rôle d'aidant, l'allègement des tâches administratives et domestiques et le développement de structures ou de services permettant des moments de répit et de loisirs.

 **124.** Les grandes lignes de la réforme du système de prise en charge de la dépendance ont été présentées à la mi-novembre par le ministre **allemand** de la santé. Elle vise à améliorer la prise en charge des besoins des patients dépendants (notamment des patients souffrant de formes de démences), tout en assurant un financement durable du risque de dépendance. Cette réforme entend renforcer l'attrait des métiers de la prise en charge de la dépendance. Concernant les aidants familiaux, elle devrait améliorer les possibilités déjà existantes pour prendre du temps pour soigner leur proche. Une reconnaissance à des droits à la retraite pourrait être accordée de façon simultanée à plusieurs aidants (pour une même personne prise en charge). En matière de financement, il est prévu pour le 1^{er} janvier 2013 une hausse de 0,1 point du taux de cotisation obligatoire de l'assurance publique (ce qui permettrait d'obtenir 1,1 milliard d'euros en plus dans les caisses d'assurance dépendance).


Source : Ministère allemand de la Santé, 16/11/11

http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Laufende_Verfahren/P/Pflegereform/Eckpunkte_Pflege.pdf

 **125.** En **Allemagne**, à la suite de la mise en place, depuis mars 2011, du congé familial de *care* (*Familienpflegezeit*), le gouvernement a publié une brochure qui s'adresse aux employeurs et s'intitule : « Accompagner ses parents : comment les employeurs peuvent soutenir leurs salariés ». L'objectif est de donner aux employeurs une idée des besoins de ces salariés, par ailleurs aidants familiaux, et de leur proposer une liste d'actions qui permettraient à ces salariés de concilier leur vie professionnelle et leur vie familiale.

Source : site du *Magazin für Soziales und Familie*, 09/11

<http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Magazine/01MagazinSozialesFamilie/09/t-1-firmen-unterstuetzen-bei-haeuslicher-pflege.html>

 **126.** Fin mars 2011, en **Allemagne**, le congé de soutien familial, qui avait été créé en 2008, a été modifié pour permettre au salarié de diminuer son activité sans subir de baisse de salaire trop importante. Le principe est le suivant : le salarié peut diminuer son temps de travail jusqu'à une durée d'*a minima* 15 heures par semaine, pendant une période maximale de deux ans, pour s'occuper d'un parent malade. La diminution de salaire ne sera pas pour autant proportionnelle : par exemple, si un salarié choisit de travailler à mi-temps, il continuera de percevoir 75 % de son salaire de départ ; en contrepartie, à l'issue de son congé, lorsqu'il reprendra son emploi à temps plein, il percevra cette même rémunération réduite jusqu'à ce que l'avance sur salaire consentie par son employeur soit entièrement compensée. La loi, qui entrera en vigueur en 2012, prévoit d'octroyer un prêt à taux zéro à l'employeur pour qu'il finance cette avance sur salaire.

Source : site du gouvernement fédéral allemand, 23/03/11


<http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2011/03/2011-03-23-familienpflegezeit.html>

Point de vue

Marie-Agnès Barrère-Maurisson
chargée de recherche au CNRS
(Centre d'économie de la Sorbonne, université Paris 1)

Pour une nouvelle forme de « conciliation intergénérationnelle » dans l'emploi et la famille


Avec l'allongement de la durée de vie et le vieillissement des classes nombreuses issues du baby-boom, une nouvelle préoccupation émerge reposant principalement sur la génération des parents en âge de pleine activité : celle de la prise en charge des « aînés ». Il y a donc lieu de repenser les conditions de travail des seniors qui vont être plus nombreux dans les prochaines années, en raison également de l'allongement de la durée de cotisation (notamment pour les femmes). Ainsi, les entreprises vont être plus souvent confrontées à la question des conditions d'emploi des seniors qui devront assumer la charge, partielle ou plus importante, de leurs propres parents âgés, à laquelle s'ajoutera la prise en charge, à des degrés divers, de leurs petits-enfants. La société est confrontée à un nouveau défi à travers la préservation du lien intergénérationnel, conjointement dans la sphère privée et dans la sphère professionnelle. C'est pourquoi l'on prêchera pour une stratégie renouvelée autour de la notion de flexi-sécurité dans une acception globale : dans le domaine de l'emploi comme dans celui de la famille, pour préserver et protéger non seulement la parentalité, mais aussi les solidarités familiales dans un contexte d'évolutions fortes. Il y a bien là un enjeu de responsabilité sociétale et un enjeu de « conciliation intergénérationnelle » (voir « Actualité et pertinence de la relation travail-famille : les mutations d'un enjeu sociétal », in *L'interface vie travail – vie privée*, L'Harmattan, 2012). La période postmoderne, marquée par la mise en difficulté de nos systèmes de protection sociale et le redéploiement des régimes d'État-providence, verrait alors l'implication de tous les acteurs sociaux, à tous les échelons. Au niveau macro-social : le supranational et le national ; au niveau méso-social : les acteurs « intermédiaires », dont les entreprises, les organisations, etc. ; et au niveau micro-social : l'individu et sa famille.

 **127.** Aux **États-Unis**, environ 15 000 infirmières, souvent bénévoles, fournissent aux personnes âgées et dépendantes des services gratuits : le « *faith community nurse movement* » est disponible pour tous pour, par exemple, fournir une aide à la conduite automobile ou à la gestion des formalités administratives. Le service, très structuré localement, fonctionne sur le court terme et se prolonge par un suivi espacé mais régulier. Cette solidarité locale, issue des communautés religieuses, est parfois financée par ces dernières.

Sources : site de l'*International Parish Nurse Resource Center* » et quotidien *The New York Times*, 4/02/11

http://www.parishnurses.org/WhatisaParishNurse_220.aspx


<http://newoldage.blogs.nytimes.com/2011/02/04/nurses-without-borders/?scp=8&sq=long-term%20care&st=cse>

 **128.** Aux **États-Unis**, la *Domestic Workers' Bill of Rights* (droits fondamentaux des employés de maison), ou « *nanny law* », entrée en vigueur à l'automne 2010 dans l'État de New York, demeure peu connue. C'est cependant la seule loi, dans tout le pays, qui apporte une protection sociale spécifique aux employés à domicile (baby-sitters, femmes et hommes de ménage, aidants de personnes dépendantes...), dont le nombre était estimé, au printemps 2011, entre 120 000 et 240 000 personnes dans l'État de New York : allocation pour incapacité temporaire de travail, reconnaissance du harcèlement sexuel, de la discrimination et des heures supplémentaires, etc. Or de nombreux emplois de ce type sont occupés par des clandestins et le travail au noir est légion. Une campagne d'information sur le terrain a été mise en place.

Sources : site du « département » du Travail de l'État de New York et quotidien *The New York Times*, 14/04/11


<http://www.labor.ny.gov/sites/legal/laws/domestic-workers-bill-of-rights.page>

<http://www.nytimes.com/2011/04/15/nyregion/few-domestic-workers-know-about-law-protecting-them.html?nl=todaysheadlines&emc=tha29>


 **129.** Le ministre **danois** de l'immigration et du développement a introduit un changement dans la législation permettant aux retraités qui n'ont pas besoin de soins particuliers d'accueillir, pour une durée pouvant aller jusqu'à 24 mois, un jeune étranger (17-30 ans) au pair, pour effectuer 18 à 30 heures de ménage, cuisine et courses par semaine, en échange du gîte, du couvert et d'une rémunération mensuelle minimale de 3050 couronnes danoises (408 euros). Les opposants à cette réforme dénoncent un détournement d'une tradition d'échange culturel au profit d'une importation à peine déguisée de main-d'œuvre étrangère payée entre un quart et un tiers du salaire normal. Les jeunes filles au pair interrogées (au Danemark, elles sont philippines pour 80 % d'entre elles) ne semblent pas hostiles à la réforme. Certaines reconnaissent tout de même qu'il ne reste plus grand-chose de l'idée initiale l'échange culturel.

Source : quotidien *The Copenhagen Post*, 2/06/11

<http://www.cphpost.dk/news/making-the-cut/51744-au-pairs-weigh-in-on-controversial-proposal.html>

 **130.** Une enquête récente de la Société **canadienne** d'hypothèques et de logement s'intéresse aux logements privés (non subventionnés) qui visent une clientèle âgée de 65 ans et plus. Il s'agit de logements qui incluent des services que l'on ne retrouve pas dans les logements « normaux », comme des repas ou des soins de santé. On apprend ainsi qu'environ 200 000 personnes vivent dans ces logements, dont le coût mensuel varie entre 1 397 et 2 677 dollars canadiens. Les services les plus souvent offerts sont une « sonnette d'urgence 24 heures sur 24 », des soins infirmiers sur place, des services de transport, des salles de sport, de cinéma, des pharmacies ou des piscines. On constate que l'offre se diversifie afin de répondre aux exigences accrues de cette population.

Source : quotidien *The Globe and Mail*, 5/07/11

 **131.** La société d'habitation du **Québec** publiait récemment une étude sur le logement des aînés dans la banlieue de Montréal et de Québec. Selon les auteurs, durant les 20 prochaines années, le vieillissement de la population se fera sentir davantage dans les banlieues que dans les centres urbains. En raison notamment de services de proximité souvent très dispersés dans ces banlieues, la question se pose de savoir si elles sont adaptées aux personnes en perte d'autonomie. Faut-il construire dans ces quartiers des maisons spécialement conçues pour loger les aînés ? Faut-il encourager les services à domicile, l'adaptation des logements ? Comment faire face à la mixité générationnelle dans ces environnements bâtis pour de jeunes familles ?


Source : revue *Le Bulletin d'information de la Société d'habitation du Québec*, vol. 5, n° 2, printemps 2011, repris par le site d'information Politiques sociales.

<http://www.politiquessociales.net/IMG/pdf/H01152.pdf>

Publication
département Questions sociales


« L'adaptation du logement au vieillissement et à la dépendance »

Consacrée à la problématique de l'adaptation du logement au vieillissement, *La Note d'analyse* n° 245, publiée en octobre 2011, a particulièrement examiné les questions de législation et de financement des travaux d'adaptation. La législation française est relativement déséquilibrée, en faisant porter un maximum d'obligations d'adaptation sur le flux mais en encourageant peu l'effort sur le stock. La *Note* préconise donc un rééquilibrage. Par ailleurs, l'Agence nationale de l'habitat (ANAH), que le centre a sollicité dans le cadre de la note, chiffre à près de 24 milliards d'euros HT le montant total des travaux engendrés par l'adaptation nécessaire des logements dans les prochaines années. Le financement devra passer par un « mix » de financements publics et de facilitation de l'accès au financement privé, par exemple par une garantie publique des emprunts contractés pour réaliser les travaux d'adaptation.

 **132.** Le gouvernement **israélien** renforce les obligations juridiques de mise en conformité des bâtiments pour permettre l'accès aux handicapés. Si, depuis 2009, les nouveaux bâtiments sont tenus de prévoir des accès *ad hoc*, ce n'était pas le cas du parc existant, bien que le principe en soit retenu depuis 2006. Une commission sera chargée de vérifier l'avancement et la mise en place effective des dispositifs. Le secteur privé devrait fournir une accessibilité réelle d'ici 2015, tandis que les collectivités locales seraient engagées pour 2021 et les autres bâtiments publics pour 2018. Toutefois, les délais de réalisation sont très courts et des amendements pourraient être imaginés pour faciliter le processus de mise en conformité. D'ici là, une campagne publique à destination du marché privé sera programmée pour communiquer sur les nouvelles obligations et les possibilités techniques de s'y conformer.


Source : quotidien *The Jerusalem Post*, 4/07/11

<http://www.jpost.com/NationalNews/Article.aspx?id=227787>

 **133.** Une équipe de recherche **canadienne** a publié une étude, en février 2011, sur la pauvreté des personnes en situation de handicap et leur participation sociale et citoyenne. Ils ont proposé une évaluation des mesures fédérales et locales mises en place et sur leur impact sur les conditions et le niveau de vie de ces populations, en se centrant notamment sur le rôle, en la matière, de l'intégration professionnelle des handicapés. Des entretiens ont été menés avec des services sociaux spécialisés et des scénarios de micro et de macro évaluation des bénéfices et limites de la sécurité financière et de l'emploi.

Source : site du Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales, Université du Québec à Montréal, 02/11

http://www.larepps.uqam.ca/Page/Document/pdf_insertion/Cahier_11-05.pdf

 **134.** En **Israël**, un rapport vient de conclure à la pertinence de mobiliser les individus en situation de handicap pour soutenir d'autres personnes souffrant de la même situation dans des actions de bénévolat, notamment pour améliorer leur intégration sociale. En outre, cela permettrait de combler l'érosion du bénévolat que connaît actuellement Israël, tout en répondant à une aspiration importante : un tiers des personnes en situation de handicap souhaiteraient s'engager dans le bénévolat. Toutefois, cela suppose un accompagnement spécifique, humain ou technologique. Par exemple, pour ceux qui peuvent difficilement se déplacer, un travail à distance peut s'envisager sous réserve d'un équipement adéquat. Des mesures de sensibilisation des PME à ces ressources humaines potentielles seront aussi envisagées. Enfin, le bénévolat est présenté comme une étape possible pour l'accès à l'emploi.


Source : quotidien *The Jerusalem Post*, 24/11/11

<http://www.jpost.com/LandedPages/PrintArticle.aspx?id=246776>

Publication
département Questions sociales

«Développer, accompagner et valoriser le bénévolat »


La Note d'analyse n° 241, parue en juin 2011, abordait notamment ces enjeux. En 2010, 32 % des Français de plus de 18 ans étaient engagés dans une activité bénévole dans le domaine sportif, humanitaire, économique, écologique, culturel ou social, ce qui regroupe situations très diverses (degré d'implication des individus, taille des associations concernées, domaines d'intervention, etc.). En faisant de 2011 l'année du bénévolat et du volontariat, l'Union européenne visait à encourager l'engagement des citoyens, mais aussi à favoriser l'intégration professionnelle des jeunes. Le bénévolat est cependant confronté aux défis de l'individualisme et du vieillissement de la population, qui modifient les besoins des bénévoles comme des bénéficiaires de leurs actions. Il s'inscrit également dans un contexte d'évolution du monde du travail et des modalités d'action des pouvoirs publics, qui invitent à questionner les conditions de son exercice. Comment promouvoir l'engagement bénévole et comment soutenir les nouvelles formes de bénévolat adaptées aux mutations économiques et sociétales, sans risquer de trop l'encadrer ou de trop l'institutionnaliser ?

 **135.** En **Suède**, deux jeunes femmes handicapées moteur souhaitant sortir en discothèque ont appelé un service des renseignements pour savoir quelles étaient les boîtes de nuit les plus adaptées aux personnes en fauteuil roulant. Elles se sont entendu répondre qu'une boîte de nuit n'était pas un endroit adapté aux fauteuils roulants et qu'elles risquaient même de provoquer un accident du fait de l'obscurité.

Sources : guide en ligne de la ville de Stockholm et quotidien *The local*, 3/05/11


<http://www.stockholmcityguide.com/>

<http://www.thelocal.se/33548/20110503/>

 **136.** En **Allemagne**, à compter du 1^{er} septembre 2011, les personnes handicapées peuvent voyager gratuitement (en deuxième classe) dans les trains régionaux de la Deutsche Bahn. Cette mesure concernera potentiellement près de 1,4 million d'individus. Les personnes les plus lourdement handicapées peuvent également bénéficier d'une gratuité du transport pour leur accompagnateur. Jusqu'alors, seuls les trajets de moins de 50 kilomètres autour du domicile étaient offerts par la Deutsche Bahn. D'autres entreprises privées de transport avaient déjà mis en place cette gratuité dans les transports pour les personnes handicapées.

Source : site du *Magazin für Soziales und Familie*, 09/11


<http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Magazine/01MagazinSozialesFamilie/09/t-2-freifahrt.html>

 **137.** Selon un sondage réalisé, au **Canada**, dans le cadre du salon « Prendre sa place 2011 » qui s'est tenu en mai 2011, trois Québécois sur quatre seraient d'accord pour que des personnes en situation de handicap puissent recourir à des assistants sexuels. La pratique, qui est en vigueur dans certains pays d'Europe, donne le droit aux personnes handicapées de recevoir des massages, touchers et autres gratifications sexuelles contre rémunération. Le soutien à ce type d'initiative n'est cependant plus que de 43 % lorsqu'il est suggéré que ces « services » soient payés par les contribuables.

Sources : institut de sondage CROP, 6/01/11 et site d'information *Canoe*, 29/05/11


<http://www.crop.ca/fr/blog/2011/63/>

<http://fr.canoe.ca/infos/quebeccanada/archives/2011/05/20110529-031456.html>


 **138.** En 2011, certaines discussions parlementaires **italiennes** ont opposé les partisans et les adversaires des déclarations anticipées de traitement médical. Dans cette atmosphère tendue, certaines villes ont décidé de donner la possibilité à leurs résidents de rédiger leur « biotestament ». La commune d'Udine, dans la région du Frioul, a ainsi signé une convention avec le Conseil provincial des notaires, afin que les habitants puissent déposer leurs souhaits de soins pour leur fin de vie, dans le cas où ils seraient dans l'impossibilité médicale de pouvoir les exprimer. L'accord prévoit que ces directives seront conservées au Conseil des notaires et pourront être corrigées ou détruite à la demande des intéressés. Le maire précise qu'il ne s'agit pas d'autoriser l'euthanasie et que rien ne sera contraire à la loi en vigueur. Qu'Udine prenne une telle décision n'est pas une surprise : c'est en effet dans cette ville qu'Enluana Englaro, jeune femme dans un état végétatif irréversible, avait pu mourir après la longue croisade de son père et des débats nationaux très médiatisés, faisant de son cas le symbole de la lutte contre l'acharnement thérapeutique.

Source : quotidien *Avvenire*, 13/10/11


<http://www.italialaica.it/news/rassegnastampa/34049>

 **139.** En **Suisse**, si l'euthanasie demeure interdite, la loi autorise l'assistance au suicide d'individus atteints de maladies incurables, tant qu'elle n'est pas motivée par un mobile dit « égoïste ». L'organisation d'aide au suicide, Exit, compte ainsi plus de 70 000 membres, dont plus de 15 000 en Suisse romande. Une autre association, Dignitas, propose ce service à des étrangers, d'où l'expression, parfois, de « tourisme de la mort ». Ces personnes doivent fournir des documents médicaux et se soumettre au diagnostic d'un médecin de l'association qui délivre, ou non, l'ordonnance de médicaments mortels, que le patient s'administre lui-même ou avec l'aide d'un tiers (infirmière, etc.). L'organisation a accompagné en douze années d'existence 1138 personnes, dont 592 en provenance d'Allemagne et 102 de France. En mai 2011, dans le cadre d'un référendum, les électeurs du canton de Zurich ont rejeté une initiative visant à limiter le « tourisme de la mort ». Le texte exigeait que seules des personnes habitant depuis plus d'un an dans le canton puissent bénéficier de l'assistance au suicide.


Sources : Grand Conseil du canton de Zurich et Télévision Suisse Romande (TSR), 15/05/11
<http://www.kantonsrat.zh.ch/>
<http://www.tsr.ch/info/monde/3143368-les-zurichois-refusent-de-limiter-l-aide-au-suicide.html>

 **140.** La Société royale du **Canada** a rédigé un rapport qui appelle à légaliser le suicide assisté ou l'euthanasie. Elle propose en particulier de s'inspirer, en la matière, de la législation néerlandaise. Au niveau fédéral, les conservateurs, tout comme les libéraux, affirment cependant ne pas vouloir ouvrir le débat. Au niveau provincial, on remarque toutefois qu'en 2009 le Québec a demandé à un comité d'étudier la question. Son rapport, intitulé « Mourir dans la dignité » devrait ainsi être rendu dans les prochains mois.

Source : quotidien *The Globe and Mail*, 15/11/11.
<http://www.theglobeandmail.com/life/health/end-of-life/politicians-of-all-stripes-refuse-to-act-on-calls-to-legalize-assisted-suicide/article2237600/>

 **141.** Une entreprise de Güttingen, en **Suisse** alémanique, vend depuis septembre 2011 des tampons encres « anti-réanimation cardiaque ». Les personnes intéressées s'appliquent l'indication « *No CPR* » (*no cardiopulmonary resuscitation*) sur la poitrine pour indiquer aux équipes soignantes qu'elles ne souhaitent pas de massage cardiaque en cas de malaise. L'encre étant lavable à l'eau, il faut renouveler le tampon après chaque douche, ce qui garantit que la décision est toujours d'actualité selon les concepteurs dudit tampon. En un mois, l'entreprise « *No CPR* » a vendu quelque 130 pièces, preuve d'une certaine demande. Cependant, le service de secours zurichois a indiqué que son personnel ne prendrait pas en compte l'indication « *No CPR* » sur des patients ayant besoin d'un massage cardiaque, tant qu'il n'aurait pas reçu un ordre des autorités fédérales allant dans ce sens.

Source : quotidien *Tages Anzeiger*, 06/10/11
<http://www.tagesanzeiger.ch/schweiz/standard/Stempel-gegen-unerwuenschte-Lebensrettung-verkauft-sich-gut/story/19303545>

 **142.** Trois aides à domicile **suédois** ont été licenciés pour avoir parié sur la date de décès de leur patient. Ils ont été dénoncés à la police par l'un de leurs collègues.

Source : quotidien *The Daily Mail*, 29/08/11
<http://www.dailymail.co.uk/news/article-2031396/Swedish-nursing-home-staff-bet-patients-die.html#ixzz1Yazr7tbf>



Partie IV

Comment « faire mieux avec moins » ?


La conduite des politiques sociales fait face à un apparent paradoxe : rationaliser les dépenses publiques tout en améliorant la qualité du service rendu pour répondre aux exigences croissantes des usagers.

En dématérialisant les formulaires, en regroupant les informations dans des guichets uniques, en utilisant les nouvelles technologies pour mieux informer les citoyens ou pour leur permettre d'avoir accès à des services, il apparaît néanmoins possible à la fois d'améliorer le service rendu et de limiter les dépenses.

On assiste également au développement du croisement des données administratives, qui permettent à la fois de limiter les fraudes (et donc les dépenses), mais également de détecter les droits des usagers.


De la même manière, on constate un recours accru à la logique d'évaluation des politiques sociales, qui permet tout à la fois d'améliorer la qualité du service rendu, de diminuer le coût de sa production, ou de justifier sa suppression.

IV.1. Utiliser les technologies de l'information et de la communication

 **253.** La toile est de plus en plus considérée comme une source d'expertise en santé. Selon *l'Annuario Scienza e Società 2011*, un **Italien** sur cinq (particulièrement les femmes, les jeunes et les personnes d'un niveau socio-économique supérieur à la moyenne) utilise Internet comme source d'informations médicales, aussi bien après l'annonce d'un diagnostic grave qu'avant une consultation avec un médecin. Ainsi, selon un sondage, mené en 2010 par l'Université *La Sapienza* de Rome, Internet serait devenu un substitut au médecin de famille pour six internautes sur dix. Les évaluations sur la qualité de la prise en charge des établissements hospitaliers sont tout spécialement recherchées. Internet est également très utile aux usagers après l'annonce d'un diagnostic, notamment en matière d'oncologie. En effet, les médecins n'ont pas toujours le temps d'entrer dans les détails et, par ailleurs, le choc suivant l'annonce d'une pathologie grave empêche généralement les patients d'assimiler l'ensemble de l'information fournie lors de la consultation. Enfin, notons que si 60 % des utilisateurs du web santé trouvent difficile d'estimer la crédibilité de l'information qu'ils y trouvent, les chercheurs constatent que les données présentes sur les sites participatifs sont très soigneusement contrôlées (et modifiées si besoin est) par d'autres patients, souvent eux-mêmes devenus experts de leur maladie.

Source : quotidien *Il Corriere della Sera*, 11/11/11

http://www.corriere.it/salute/sportello_cancro/11_novembre_06/dossier-web-prim-medico-martinella_43039000-06d6-11e1-b2db-bf661a45e1f2.shtml

 **254.** Une première en **Italie** : un cœur artificiel contrôlable à distance *via* Internet a été implanté à l'Istituto Clinico Humanitas di Rozzano de Milan. Ce cœur de nouvelle génération permet au patient de télécharger sur son ordinateur les données relatives à son état de santé et surtout au fonctionnement de sa pompe. Il peut ensuite les transmettre par Internet à l'équipe soignante, qui peut effectuer un contrôle et intervenir en cas de besoin. Pour l'heure, seuls 18 patients au monde, faisant partie d'un essai clinique piloté par les centres de chirurgie cardiaque de Berlin et Bruxelles, bénéficient d'un cœur doté d'une telle télésurveillance. À terme, ce système devrait être doté d'une carte SIM capable de transmettre les données en continu dans toutes les zones pourvues d'une couverture réseau, sans que le patient n'ait besoin de télécharger régulièrement les informations sur son ordinateur.


Source : quotidien *Il Corriere della Sera*, 17/11/11

http://www.corriere.it/salute/cardiologia/11_novembre_16/cuore-artificiale-controllo-via-internet_abc82a6c-1048-11e1-a756-4c2fd73eac66.shtml

Publication
département Questions sociales

**« Quelles opportunités pour l'offre de soins demain ?
La télésanté »**


Les technologies de l'information et de la communication permettent d'assurer des actes et services de santé à distance : on parle de télésanté. Celle-ci semble ouvrir de nouvelles perspectives pour la réorganisation de notre système de soins. *La Note d'analyse* n°255, parue en décembre 2011, explique comment celle-ci pourrait concourir à une meilleure coordination des acteurs et à l'établissement d'une gradation des soins, permettant à chacun, où qu'il se trouve sur le territoire, d'accéder à une prise en charge adaptée, au meilleur coût. Au-delà de cette rationalisation de l'offre de soins, la télésanté pourrait accompagner l'émergence d'un usager plus autonome, co-producteur de sa propre santé. Le déploiement de la télésanté nécessitera néanmoins une politique volontariste pour lever les freins qui ont jusqu'aujourd'hui entravé son essor en France.

 **255.** En **Italie**, la première étude de « médecine narrative sur Internet » (sponsorisée par le laboratoire pharmaceutique Pfizer) a été lancée sur le site en ligne du quotidien national *La Repubblica*, en partenariat avec l'Institut supérieur de la santé, l'Institut de recherche pharmacologique Mario Negri, de l'Agence sanitaire de Florence et de la Société européenne pour la santé et la sociologie médicale. Le questionnaire disponible en ligne sur l'espace « Viverla tutta » cherche à recueillir les témoignages des patients, de leurs proches et des professionnels de santé pour mieux comprendre le vécu et le ressenti de la maladie, au-delà de la vision coutumière de la maladie comme un ensemble de symptômes, de causes et de remèdes éventuels. Une analyse de ces témoignages conduira à l'élaboration de recommandations visant à mieux intégrer médecine narrative (*narrative-based medicine* – NBM) et médecine « scientifique » traditionnelle (*evidence-based medicine* – EBM) dans le traitement des maladies chroniques comme des maladies rares.

Source : quotidien *La Repubblica*, 09/11


[http://www.repubblica.it/speciali/salute/viverla-](http://www.repubblica.it/speciali/salute/viverla-tutta/)

[tutta/edizione2011/2011/09/12/news/il_racconto_delle_malattie_un_laboratorio_in_tempo_reale-21550198/](http://www.repubblica.it/speciali/salute/viverla-tutta/edizione2011/2011/09/12/news/il_racconto_delle_malattie_un_laboratorio_in_tempo_reale-21550198/)


 **256.** Le Conseil fédéral **suisse** a mis en consultation de juin à novembre 2011 une révision de la loi sur les professions médicales auprès de l'ensemble des parties prenantes (au total 119 associations professionnelles, de patients, collectivités territoriales, syndicats ou partis politiques ont fait part de leur position). Cette révision prévoit notamment l'obligation pour les médecins de se former aux principes des médecines complémentaires, comme l'homéopathie ou la phytothérapie, afin de pouvoir renseigner et orienter leurs patients. Ce texte met aussi l'accent sur la communication des soignants. Les technologies de l'information prenant une place croissante dans le quotidien des personnes, les professionnels doivent être sensibilisés au thème de la relation médecin/patient ainsi qu'au potentiel et à l'utilisation des données médicales et des informations sur les patients. Les connaissances, les capacités et les aptitudes correspondantes seront ainsi approfondies durant la formation initiale et continue.

Source : site de l'administration fédérale suisse, 29/06/11


<http://www.admin.ch/aktuell/00089/?lang=fr&msg-id=39873>

 **257.** En **Allemagne**, depuis octobre 2011, les caisses d'assurance maladie délivrent à leurs assurés des cartes électroniques de santé qui viendront, à terme, remplacer les actuelles cartes d'assurés sociaux. La nouvelle carte contient des données personnelles (nom, adresse, photo, caisse d'assurance, etc.), mais également des informations « en cas d'urgence » que l'assuré peut choisir d'y faire figurer (par exemple, être un potentiel donneur d'organe). Elle permet également l'échange d'informations médicales sur l'état du patient entre professionnels de santé, grâce à des dispositifs sécurisés. L'objectif est bien d'améliorer la communication entre les offreurs de soins, par exemple à travers la lettre électronique du médecin, et ainsi de gagner en efficacité. L'introduction de cette carte nécessite pour les hôpitaux et les praticiens libéraux de se doter de nouveaux terminaux de lecture ; ils bénéficieront d'une subvention – dont le montant peut aller jusqu'à 850 euros pour un cabinet médical – pour financer ces outils.


Source : site du ministère allemand de la Santé, 20/09/11
<http://www.gesundheit-adhoc.de/index.php?m=1&id=11128>

 **258.** Au **Canada**, selon le Vérificateur général du Québec (équivalent de notre Cour des comptes), la création des dossiers médicaux informatisés est un échec. Il fait référence au dossier santé du Québec (DSQ) : alors que son coût était évalué à 563 millions en 2006, l'informatisation du réseau de la santé coûtera au bas mot 1,4 milliard et ne sera achevée qu'en 2016, soit six ans plus tard que ne le prévoyait l'échéancier. L'an dernier, le ministère de la Santé et des Services sociaux, après avoir dépensé 308 des 563 millions, avait décidé d'abandonner le DSQ tel que conçu à l'origine. Il était prévu d'établir une plateforme unique pour ces dossiers informatisés. Or on mise maintenant sur la constitution de dossiers patients électroniques (DPE) croisant diverses plateformes informatiques.

Source : rapport du Vérificateur général du Québec et quotidien *Le Devoir*, 5/05/11
http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2010-2011-T1/fr_Rapport2010-2011-T1-Chap05.pdf
<http://www.ledevoir.com/politique/quebec/322644/dossiers-medicaux-un-echec-sur-toute-la-ligne>


 **259.** Au **Canada**, le gouvernement Harper a demandé à PricewaterhouseCoopers un rapport sur la façon de ramener à moins de 20 le nombre de centres fédéraux de traitement de l'information – il y en a aujourd'hui 308. Le Premier ministre a affirmé durant la dernière campagne électorale que la consolidation des systèmes informatiques « fragmentés » du gouvernement se traduirait par des économies annuelles de quatre milliards de dollars canadiens, dont il a besoin pour équilibrer les finances du pays d'ici à 2014. En août 2011, la création de « Services partagés Canada », une nouvelle agence qui prendra en charge le traitement de l'information, les courriels et le réseautage d'une quarantaine de ministères fédéraux, a été annoncée. Entre autres conclusions, le rapport interne laisse entendre que les économies projetées sont de long terme, la consolidation ne devant pas être achevée avant 2024.

Source : quotidien *Le Devoir*, 12/09/11
<http://www.ledevoir.com/politique/canada/331208/centralisation-des-centres-de-donnees-peu-d-economies-a-court-terme-selon-un-rapport>

 **260.** L'Institut de la statistique **italien**, l'ISTAT, a lancé en septembre 2011 un recensement « revisité ». Le questionnaire comprend de nouvelles demandes, concernant entre autres l'environnement (par exemple, le type d'énergie utilisé dans les habitations) ou encore l'accès aux nouvelles technologies (par exemple, Internet et téléphones portables). De plus, le recensement prendra désormais en compte le concubinage (quelle que soit l'orientation sexuelle des individus). Par ailleurs, fini le porte à porte, les recensements s'effectueront dorénavant par le truchement de questionnaires envoyés par la poste, la possibilité étant donnée de le remplir sur Internet.

Source : quotidien *La Repubblica*, 13/09/11

http://www.repubblica.it/economia/2011/09/13/news/istat_censimento-21622165/

 **261.** Le kennitala est un identifiant individuel obligatoire tant pour les **Islandais** que pour les résidents étrangers, qui suit l'individu jusqu'à la mort et qui est utilisé dans toutes les démarches administratives, y compris par exemple pour réaliser un dépôt dans une banque. On peut même connaître en ligne le nom du titulaire d'un compte à partir de son kennitala. On trouvera dans le lien ci-dessous le regard intrigué d'une jeune allemande résidant actuellement en Islande sur ce système.

Source : site internet d'informations Icelandreview, 27/04/11

[http://www.icelandreview.com/icelandreview/daily_life/The_Magic_Number_\(KH\)_0_377079.news.aspx](http://www.icelandreview.com/icelandreview/daily_life/The_Magic_Number_(KH)_0_377079.news.aspx)


Point de vue

Mehdi Benchoufi
président
think tank « Club Jade »⁷

Vers des systèmes plus sûrs d'identification ?


La question de l'identité numérique est un enjeu décisif pour la traçabilité et la sécurité de toutes les démarches entreprises sur internet, au premier rang desquelles les démarches administratives. La mise en place d'un système fiable est une des clés de la dématérialisation des supports de l'information, dont on sait tous les gains d'efficacité qu'elle recèle et qui pourrait à elle seule tenir lieu de RGPP. De plus, la portée politique d'une telle identification permettrait sans doute de proposer des procédures de vote électronique plus sûres. À titre d'exemple, ne pourrait-on pas penser, conformément à nos idéaux démocratiques, que le parrainage des candidats gagneraient à être « rafraîchi » par des dispositifs électroniques assurant l'expression de chaque citoyen ? Signalons les très nombreuses initiatives de la société civile telle Capucine.net ou OpenID, qui visent précisément à développer des systèmes sûrs d'identification, ou encore les réussites récentes de Dossier médical personnalisé au Canada, dont la mise en place assure une prise en charge médicale moins coûteuse, plus simple et plus sûre.

⁷ <http://www.club-jade.fr/>

 **262.** En **Inde**, le gouvernement a lancé en 2011 une très vaste opération d'attribution d'un numéro d'identité à chaque citoyen adulte résidant en Inde, nommé *Unique Identification Number* (UID). Ce système centralisé d'identification permettra aux autorités du pays de disposer d'informations démographiques (nom, âge et sexe) et biométriques (empreintes des dix doigts et de l'iris) pour chaque Indien. Le responsable du programme estime que la moitié de la population sera dotée d'un numéro d'identité en 2014.

Source : *Population et sociétés*, INED, n° 478, mai 2011.

http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/pop_soc/bdd/publication/1540/

 **263.** Un nouveau site Internet, baptisé « Betra Island » (« Pour une Islande meilleure ») vient de voir le jour en **Islande**. Son but est de rapprocher les électeurs de leurs représentants, en permettant aux parlementaires de consulter directement la population et de lancer des « appels à idées ». Ce site est construit sur le modèle du portail web *Better Reykjavik*, qui a remporté un franc succès, mais est destiné à aborder les questions nationales et non locales.

Source : site d'information *Icenews*, 19 novembre 2011.

<http://www.icenews.is/index.php/2011/11/19/new-direct-democracy-website-opens-in-iceland/#ixzz1eLbbZfV2>

Point de vue


Sélim Allili
président

Observatoire français des think tanks⁸

Le web comme avatar du citoyen expert

Parmi les nombreux usages liés aux technologies numériques, il existe désormais la possibilité pour certains citoyens d'interagir avec leurs élus de manière quasiment instantanée et dans des proportions inédites. Il s'agit d'une certaine manière de formes plus avancées des cahiers de doléances de 1789. Nous ne sommes encore qu'aux prémices de cette nouvelle citoyenneté numérique qui regorge de possibilités encore inexploitées, aux sources d'un renouveau de nos pratiques démocratiques. Pour autant, tous les usages ne se valent pas et l'usage des TIC à visée politique ne peut pas avoir pour seul et unique objet d'aboutir à de simples chambres d'enregistrement où chaque citoyen viendrait y déposer ses demandes, ses doutes ou encore ses colères, transformant un peu plus la relation au personnel politique de manière utilitariste. L'émergence ces dernières années de nombreux think tanks ou groupe de réflexions qui ont pour seule vitrine leur site web et pour seuls outils de communication les réseaux sociaux démontre que c'est d'abord la volonté de citoyens éclairés de se réunir et de travailler sur des enjeux sociétaux en marge des partis politiques qui demeure l'élément décisif.

⁸ www.oftt.eu

 **264.** En **Norvège**, le gouvernement s'attaque au jargon utilisé par l'administration. Selon une enquête du gouvernement norvégien, un Norvégien sur trois a des difficultés à comprendre les courriers officiels qu'il reçoit. Le gouvernement norvégien, et au premier rang l'agence norvégienne de l'administration publique et du e-gouvernement (Difi) a donc lancé une initiative visant à promouvoir l'utilisation d'une langue accessible à tous dans les documents administratifs. Il reçoit pour ce faire les conseils du docteur Annetta Cheek, architecte aux États-Unis du *Plain Writing Act*, ratifié par Barack Obama en octobre 2010.

Source : site d'information *The Foreigner*, 11/03/11

<http://theforeigner.no/pages/news/norwegian-government-to-cut-the-jargon/>

Point de vue


Virginie Gimbert, chargée de mission
département Questions sociales



Du droit à l'information des usagers au droit à l'information *compréhensible* ?

Ce constat norvégien vaut pour de nombreux pays : l'administration s'exprime en langage codé et normé, parfois difficile à déchiffrer pour certains citoyens.

En France, un « Comité d'orientation pour la simplification du langage administratif » a été lancé en 2002 par le ministre de la Fonction publique et celui de la Culture et de la Communication, et a donné lieu à la mise en place de différents outils (logiciel d'aide à la rédaction administrative, guide de rédaction administrative...). Au-delà du langage administratif lui-même, ce sont la complexité du système et sa lisibilité qui rendent la communication complexe. Des évolutions notables ont été observées dans de nombreux domaines en France, par exemple, avec le droit à l'information des malades (2002), le droit à l'information concernant les retraites (loi de 2010), etc. Cela renvoie plus largement à des exigences accrues, pour l'administration, de transparence et de proximité vis-à-vis de l'utilisateur.

 **265.** L'**Islande** est devenue la première nation au monde à utiliser Internet pour se doter d'une nouvelle constitution. Bien qu'une révision importante de la constitution islandaise fût en chantier depuis quelques temps, c'est la catastrophe économique de 2008 qui a rendu cette dernière réellement urgente. En avril 2010, un Conseil de 25 membres a été élu pour rédiger une nouvelle constitution. Son travail s'est d'abord fait sur la base d'un rapport de 700 pages qui condensent l'opinion d'un millier d'Islandais sur des sujets tels que la séparation des pouvoirs, les relations internationales, etc. Chaque jour, le Conseil a publié sur son site les comptes-rendus de ses discussions. Chacun était invité à commenter ces propositions, poser des questions, faire des propositions sur le site du Conseil comme sur la page Facebook et le compte Twitter des Sages. Chaque jeudi, les réunions de travail étaient ouvertes au public et diffusées en direct sur la chaîne YouTube du comité. Le projet de constitution est entre les mains du Parlement depuis octobre mais un vote d'adoption populaire doit avoir lieu, en même temps que les présidentielles, en juin 2012.

Sources : site du Conseil, 27/06/11, chaîne France 24, 29/07/11 et site d'information *Wired*, 1/08/11

<http://blog.constitutioncenter.org/iceland-in-2011-united-states-in-1787/>

<http://www.france24.com/fr/20110729-islande-projet-constitution-collaborative-participatif-twitter-facebook-youtube-comite-conseil-parlement-referendum>


<http://www.wired.co.uk/news/archive/2011-08/01/iceland-constitution>

Point de vue

Mehdi Benchoufi
président
think tank « Club Jade »⁹


Internet, un outil de la démocratie participative

Parmi les formidables opportunités qu'offre le web, il y a la possibilité de se retrouver tous ensemble en un même lieu, et ce, en quelques clics. Ainsi, la démocratie représentative, qui devait faire face à des contraintes techniques, ne semble plus l'horizon indépassable de notre régime. L'évolution vers une démocratie plus interactive, assise sur des réseaux distribués de prise de décision est en marche. L'exemple islandais montre qu'il est aujourd'hui possible de puiser dans le formidable réservoir d'intelligence collective présent sur le web à des fins démocratiques. On ne compte plus aujourd'hui les initiatives faisant appel à la co-création politique : aux États-Unis, l'administration Obama a lancé un concours « *Save the award* », offrant à chaque employé de l'administration la possibilité de formuler des propositions, avec l'engagement que celles des lauréats seraient appliquées : une sorte de RGPP, le dernier P tenant lieu de Participatif. De la même façon, de très nombreuses villes aux États-Unis, en Australie ou au Canada organisent des « *App Contest* », autrement dit des concours d'utilisation d'*Open Data* mis à la disposition de la communauté des développeurs en vue de compléter et d'améliorer l'offre de service de la municipalité. Au plan local, des applications mobiles comme « *FixMyStreet* » au Royaume-Uni connaissent un succès retentissant. Elles permettent à tout citoyen d'avertir les autorités locales de problème de toute nature – dégradation de mobilier urbain, aménagement de la voirie... – et de suggérer des solutions. Ceci permet d'augmenter la réactivité de la municipalité, de répondre en temps réel aux besoins de ses habitants et d'engager un dialogue, propre à renouer un lien de confiance entre décideurs publics et citoyens. Or la confiance est la ressource la plus précieuse d'une démocratie efficace.

 **266.** Pour qui voter lors des prochaines élections fédérales ? En **Suisse**, la plateforme « *Smart-vote* », créée en 2003 par l'association Politools, se propose d'aider chaque citoyen à faire son choix de manière éclairée. Fondé sur un formulaire de 75 questions adressé à tous les candidats, cet outil en ligne permet de connaître leurs positions sur des sujets allant du maintien des bureaux de poste à l'euthanasie active. L'internaute peut ainsi identifier le candidat le plus proche de ses opinions. La base de données permet aussi de détailler les positions des partis et les clivages en leur sein, d'offrir des graphiques en toile d'araignée (« *smartspider* ») résumant visuellement le positionnement politique d'un élu, ou de mesurer la popularité d'une proposition au sein de la classe politique. Pour ses détracteurs, *Smartvote* n'autorise à répondre que par « oui, non, plutôt oui, plutôt non » à des questions complexes et ne peut prendre en compte certaines problématiques récentes, comme celle du franc fort. Reste qu'avec un million de recommandations de vote produit lors des élections fédérales de 2007 le site est devenu un trait structurant du paysage électoral suisse : pour preuve, 94 % des candidats au Conseil national avaient répondu au questionnaire en 2007.

Source : plate-forme internet *Smart-vote*
<http://www.smartvote.ch>


⁹ <http://www.club-jade.fr/>

 **267.** Les **Suisses** sont de plus en plus nombreux à rédiger des directives anticipées à l'attention de leur personne de confiance. Ce faisant, elles déterminent les mesures médicales qu'elles approuvent ou non en cas d'incapacité de discernement, de façon à décharger leurs proches de décisions difficiles. Ces documents peuvent renseigner sur la volonté d'être réanimé, d'être alimenté artificiellement, de donner ses organes, de subir une autopsie ou encore de bénéficier d'un accompagnement spirituel. Pour faciliter cette démarche, la Fédération des médecins suisses (FMH) vient de mettre à disposition, sur son site, un modèle type de directives anticipées en deux versions : une courte, comportant les souhaits les plus fréquemment exprimés, et une détaillée permettant au patient de décrire ses souhaits et ses valeurs personnelles. D'après la FMH, ces documents ont été téléchargés en très grand nombre depuis leur mise en ligne.

Sources : Fédération des médecins suisses (FMH) et quotidien *La tribune de Genève*, 8/06/11

<http://www.fmh.ch/fr/fmh.html>

<http://www.tdg.ch/donner-organes-reanime-patient-pourra-choisir-2011-06-08>


 **268.** Après le vote du parlement **italien** en juillet, la « loi Levi », réglementant le prix des livres, est entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2011. Désormais, l'ensemble des vendeurs (petites librairies, grande distribution et commerces en ligne) ne pourront plus faire de rabais au-delà de 15 % du prix de couverture. Deux exceptions sont à noter : une réduction de 20 % sera tolérée pour les salons littéraires, les organismes à but non lucratif et les bibliothèques municipales notamment. En outre, une réduction de 25 % pourra être pratiquée directement par les éditeurs, dans la limite d'un mois maximum et hors période des fêtes de fin d'année. Cette loi, présentée comme une protection accordée aux petites maisons d'édition italiennes, a été rebaptisée dans les médias « loi anti-Amazon ». En effet, c'est bien l'e-commerce des livres qui est principalement visé. Toutefois, si l'Association italienne des éditeurs et l'Association des libraires italiens s'en sont félicités, les associations de consommateurs ont protesté, dénonçant une loi corporatiste adoptée au détriment des consommateurs. Ce nouveau texte va-t-il influencer le comportement des lecteurs italiens, aujourd'hui en queue du classement européen en nombre d'ouvrages lus par an ? Par ailleurs, les « ebooks », auxquels s'applique une TVA de 20 % et non de 4 % comme pour les formats papier, ne sont pas concernés par la loi.

Sources : quotidiens *La Vera Cronaca*, 31/08/11, *Corriere della Sera*, 1/09/11, et *La Repubblica*, 26/07/11

http://www.laveracronaca.com/index.php?option=com_content&view=article&id=940:legge-sul-prezzo-dei-libri-vietati-gli-sconti*

http://www.corriere.it/cultura/11_settembre_01/sconti-libri-legge-levi_ca86c2a4-d468-11e0-b70d-4333dfe15096.shtml

<http://temi.repubblica.it/espresso-open-politix/2011/07/26/editoria-bloccati-gli-sconti-su-libri-ed-ebook/>


 **269.** Le Conseil fédéral **suisse** vient d'adopter un rapport sur « l'avenir et l'encouragement de la presse ». Ce dernier note des processus de concentration (il ne reste que sept des dix plus grands groupes de presse écrite de 2000), la diminution du nombre de titres (on comptait 32 quotidiens payants en 2009 contre 45 en 2000) ainsi que la baisse des recettes publicitaires. En outre, le rapport regrette une détérioration de la qualité de l'information. Cependant, le gouvernement ne compte pas agir pour le moment : il pense que les solutions doivent venir avant tout du secteur de la presse lui-même. Le rapport invite ainsi les médias à créer une base économiquement viable pour l'offre journalistique en ligne, à améliorer les conditions de travail des journalistes et à garantir la qualité dans le domaine en ligne. Un nouvel état des lieux sera dressé en 2015 : si les efforts de la branche n'ont pas suffi, certaines mesures seront envisagées, comme le développement de la formation des professionnels de médias numériques, l'allégement de la TVA ou l'octroi d'aides financières directes.

Source : Rapport du Conseil fédéral disponible en ligne, 29/06/11
<http://www.news.admin.ch/NSBSubscriber/message/attachments/23505.pdf>


Publication
département Questions sociales

**« La presse à l'ère numérique :
comment ajouter de la valeur à l'information ? »**

La presse écrite connaît actuellement une crise sévère dans la grande majorité des pays de l'OCDE. Au déclin de sa diffusion lié à l'évolution des modes de vie, s'ajoutent la baisse des recettes publicitaires dans un contexte de crise économique mais aussi le développement d'une nouvelle offre numérique. *La Note d'analyse* n°253, parue en novembre 2011, se propose d'analyser l'évolution des métiers et des modèles économiques de ce secteur. Les enjeux de la presse numérique ne sauraient en outre se réduire à la seule dimension économique. La lecture traditionnelle du journal papier laisse place en effet à une relation beaucoup plus interactive entre l'internaute et le journaliste dont le monopole dans la fabrication de l'information semble définitivement remis en cause. Les journaux en ligne doivent se réinventer, innover et trouver de nouveaux atouts pour se différencier et valoriser l'information produite.

 **270.** Le 6^{ème} sommet national sur les technologies de l'information (« IT-Gipfel ») qui s'est tenu le 6 décembre 2011 à Munich, en **Allemagne**, traitait de la télésanté et de la télémédecine. Pour encourager le recours à de telles technologies, il a été décidé de mettre en place, d'ici une année, un système d'information et de soutien aux professionnels qui permette de partager l'information existante sur ces dispositifs et leur utilisation. L'objectif est de structurer l'information disponible, d'éviter les doubles emplois, d'économiser des ressources et de permettre des évolutions comparables. Il est également prévu de travailler à l'intégration des standards techniques et médicaux dans les différents systèmes d'information afin de permettre une interopérabilité de ces dispositifs, quels que soient le secteur (ambulatoire ou hospitalier), la région, voire le pays.


Source : document *Pressemitteilung n° 62* sur le site du ministère allemand de la Santé, 6/12/11

 **271.** En **Allemagne**, 45 % des femmes et 60 % des hommes sont en surpoids ou obèses, d'après une étude de l'OCDE. Le centre de recherche et de traitement de l'obésité de Leipzig a lancé un programme de thérapie par internet. L'idée est d'aider les personnes obèses à contrôler leurs envies soudaines de manger. Pendant les quatre mois du programme, le patient et les thérapeutes communiquent par internet et ont des rendez-vous fixés à l'avance. L'objectif est de donner les moyens aux patients d'observer leurs comportements et de les aider à tenir un journal quotidien alimentaire dans lequel sont notés le nombre d'envies subites de manger par semaine, le contexte, etc. Le patient peut recevoir des conseils d'un thérapeute à tout moment. Aujourd'hui, 25 patients suivent ce programme, mais il y a une grande liste d'attente en Allemagne ou provenant d'autres pays germanophones. Ce programme est étudié de près par les experts qui souhaitent en mesurer l'efficacité : jusqu'à l'été 2012, des questionnaires sont régulièrement envoyés aux patients pour évaluer les effets d'une telle thérapie.

Source : site d'informations *Weltonline*, 29/12/12


<http://www.welt.de/gesundheit/article13788921/Fettsuechtige-werden-jetzt-uebers-Internet-therapiert.html>

IV.2. Évaluer les politiques sociales

 **272.** Au **Canada**, la « loi 88 » entrée en vigueur en juillet 2009 prévoit la signature de « conventions de gestion » entre les écoles du Québec et leurs commissions scolaires (équivalents des académies). Ces contrats détaillent les objectifs de réussite et les moyens de les atteindre. Les enseignants ressentent cependant un malaise à l'égard des cibles chiffrées pour mesurer la réussite des élèves. Tant et si bien que plusieurs écoles ont refusé, en 2011, de signer la convention de gestion et de réussite avec leur commission scolaire et que d'autres pourraient les imiter.


Source : quotidien *Le Devoir*, 8/06/11

<http://www.ledevoir.com/societe/education/325019/reussite-scolaire-chiffree-des-ecoles-refusent-de-collaborer>

 **273.** Aux **États-Unis**, le Président Obama a indiqué à plusieurs reprises son souhait de revoir la loi « *No Child Left Behind* » de son prédécesseur, qui définissait notamment des niveaux standardisés de connaissance en lecture et mathématiques pour tous les élèves. Le problème est qu'en 2011, 82 % des écoles publiques n'étaient pas en mesure d'atteindre les objectifs. Or les subventions fédérales sont conditionnées à ces résultats. De l'avis général (presse, hommes politiques, établissements scolaires, etc.), la principale raison en incombe à la faible qualité de l'enseignement : les professeurs sont mal payés et la profession n'attire donc pas les meilleurs. À cela s'ajoute le fait que chaque État fédéré établit ses propres normes de connaissances à acquérir par les enfants, ce qui crée des inégalités et occasionne tricheries et dérogations. Le programme « *Race to the top* », mis en place par Obama, inclut entre autres une évaluation des enseignants et pourrait inspirer une réforme plus vaste, voire le remplacement pur et simple de « *No Child Left Behind* ».

Source : hebdomadaire *The Economist*, 13/08/11

<http://www.economist.com/node/21525942>

 **274.** Aux **États-Unis**, l'évaluation des enseignants fait l'objet de vives controverses depuis quelques semaines : Barack Obama, qui estime que leur rôle est prépondérant pour l'avenir des enfants américains (plus que les conditions socio-économiques, par exemple), a invité les écoles (et donc les *districts*) à faire preuve de davantage d'exigence dans le recrutement et la notation des professeurs. Ceux-ci peuvent ainsi être facilement licenciés s'ils n'atteignent pas leurs « objectifs », jugés très stricts par les intéressés comme par leurs syndicats, qui demandent une revalorisation du métier d'enseignant du primaire et du secondaire. Selon l'OCDE, en 2008, le salaire moyen d'un professeur de cours élémentaire aux États-Unis était de 40 % inférieur à celui d'un autre employé titulaire d'un diplôme universitaire équivalent. L'OCDE estime que dans les écoles américaines, les dépenses sont trop faiblement attribuées à l'enseignement *per se*, en comparaison du sport ou du transport scolaire. Or l'enjeu, aujourd'hui, pour l'État fédéral, est de réduire drastiquement ses dépenses et l'éducation est dans sa ligne de mire.

Sources : quotidiens *The Washington Post*, 18/03/11, et *The New York Times*, 16/03/11


http://www.washingtonpost.com/local/education/evaluating-teachers-is-a-delicate-conversation/2011/03/09/ABpPILn_story.html?hpid=z3

<http://www.nytimes.com/2011/03/16/education/16teachers.html?scp=6&sq=teachers&st=cse>


Publication
département Questions sociales

« Que disent les études sur l'effet enseignant ? »

Pour des raisons d'efficacité autant que de justice sociale, l'amélioration du niveau scolaire de tous les élèves constitue l'objectif prioritaire de toute politique éducative. Pour remplir cet objectif, de nombreux leviers ont été mobilisés, avec des résultats variables : réaménagement du temps scolaire, révision des programmes, modulation des moyens (taille des classes, cours de soutien), etc. Mais la clé de voûte de tout enseignement n'est-elle pas l'enseignant lui-même ? C'est dans cette perspective que *La Note d'analyse* n° 232, parue en juillet 2011, synthétise les résultats des études menées sur ce sujet. Celles-ci mettent en évidence un impact important mais variable de l'enseignant sur les acquisitions des élèves et indiquent que l'efficacité d'un enseignant ne se laisse pas prédire par des éléments aisément objectivables tels que son niveau de formation initiale ou son ancienneté. La *Note* présente et discute plusieurs voies susceptibles de favoriser la capacité des enseignants à faire progresser leurs élèves.

 **275.** Dans une étude rendue publique en septembre 2011, l'organisme d'expertise *Sutton Trust* fait un certain nombre de propositions pour améliorer l'efficacité des enseignants au **Royaume-Uni**, en particulier ceux qui interviennent auprès d'élèves de zones défavorisées. L'« effet enseignant » est un élément essentiel de la performance des établissements scolaires, selon l'étude menée par un groupe d'économistes de l'éducation rassemblés au *Centre for Economic Performance* de la *London School of Economics*. Deux résultats notables se dégagent : d'une part, les différences entre les bons et les mauvais professeurs sont beaucoup plus importantes qu'on ne l'imagine de prime abord ; d'autre part, l'effet enseignant ne se laisse pas aisément prédire avant que le professeur ait fait cours. D'où une série de propositions sur le montant des rémunérations (qui doit prendre davantage en compte l'effet enseignant, à travers les résultats des élèves et des inspections plus fréquentes) et sur la formation (qui doit mettre l'accent sur la mise en situation devant les classes).

Source : rapport du *Sutton Trust*, 09/11
www.suttontrust.com/public/documents/1teachers-impact-report-final.pdf

 **276.** En **Suède**, la fédération nationale des écoles indépendantes (*Friskolornas riksförbund*) exige des statistiques nationales évaluant les performances des écoles, qu'elles soient municipales ou indépendantes. Selon la fédération, une information de meilleure qualité est en effet indispensable pour que les parents puissent effectuer un choix pertinent. Surtout, en l'absence d'information sur la qualité des écoles, la liberté de choix (introduite en 1991 en Suède) risque de perdre sa principale fonction : améliorer la qualité de l'enseignement *via* l'émulation.

Source : quotidien *The Local*, 5/06/11
<http://www.thelocal.se/34184/20110605/>


Point de vue

Pierre-Yves Cusset, chargé de mission
département Questions sociales




La question de la liberté de choix des usagers


Qu'il s'agisse de l'éducation ou d'autres secteurs de l'intervention publique (comme la santé par exemple), la liberté de choix du prestataire est de plus en plus souvent exigée par les usagers. Cette exigence n'émane pas uniquement des ménages aisés ou moyens, bien au contraire. Comme l'explique, sondages à l'appui, le Professeur Julian Le Grand, ancien conseiller de Tony Blair, ce sont les ménages modestes qui attendent le plus cette liberté. En effet, les classes moyennes et les plus nantis savent dialoguer avec les enseignants ou avec les médecins, déposer un dossier, faire appel devant un tribunal, changer d'école ou avoir accès aux meilleurs services médicaux malgré l'absence apparente de choix. Les moins munis, eux, sont cantonnés dans les hôpitaux et les écoles de mauvaise qualité de leur quartier. Pour éclairer ces choix, une information fiable et accessible facilement est indispensable. En ce domaine aussi, les innovations sont nombreuses.

 **277.** Lors de la dernière Assemblée générale de la Fédération **suisse** de la formation des parents, la création d'un label de qualité pour les formateurs de parents et d'une formation de formateur de parents certifiée par un brevet fédéral a fait l'objet de discussions, sans parvenir à un accord. À l'origine de cette proposition, un constat : un micro marché s'est développé autour des parents et de leurs interrogations concernant l'éducation des enfants. De plus en plus de professionnels aux profils divers « gravitent » autour des parents sans que l'on connaisse leurs spécificités (coaches, conseillers et guides en éducation, médiateurs ou autres animateurs issus des professions de la santé, de l'enseignement et du social...).

Source : newsletter du site de la Fédération suisse de la formation des parents, 03/11
http://www.formation-des-parents.ch/images/4_NL_Formation_Parents_CH_MARS_11.pdf

 **278.** Au **Canada**, l'Université de Regina, en Saskatchewan, fait le pari que ses diplômés trouveront un emploi dans leur domaine dans les six mois suivant l'obtention de leur bac, quelle que soit leur discipline. S'ils n'y arrivent pas, ils auront droit à une année d'études supplémentaire sans frais. Cette offre n'est qu'un des aspects du programme « *UR Guarantee* », lancé en septembre dernier. De leur côté, les étudiants doivent aussi fournir leur contribution. Tout au long de leur scolarité, ceux qui choisissent d'y participer – ils étaient 350 en 2010-2011 – s'engagent à assister à des ateliers, à rencontrer un conseiller pédagogique, à suivre des stages et à prendre part à des activités étudiantes.

Sources : site de l'université de Regina et site d'information *L'actualité*, 3/05/11
<http://www.uregina.ca/urguarantee/>
<http://www.lactualite.com/societe/education/diplome-universitaire-emploi-garanti-ou-un-gratuit>

 **279.** Grâce aux applications du web 2.0, les sites d'évaluation des ressources hospitalières et des soignants par les usagers se sont développés ces dernières années au **Canada**. Une doctorante a ainsi choisi d'analyser les commentaires laissés par des patients à propos de 24 médecins de la ville de Calgary sur un de ces sites. Comme l'écrivait récemment une journaliste, « cette étude est intéressante car ces sites d'évaluation des soignants ont fait l'objet d'une couverture médiatique assez importante, insistant notamment sur leur mauvaise réception par les médecins, mais ont été peu analysés. Il serait maintenant nécessaire de cerner la façon dont les internautes font usage de ces ressources ».


Source : portail d'informations Internet « Internet et santé », 5/05/11

<http://blogsgrms.com/internetsante/2011/05/05/que-disent-les-patients-de-leur-medecin-sur-le-site-ratemds-com/>

Publication
département Questions sociales


**« Médecine de ville :
quelles nouvelles pratiques pour quels gains d'efficience ? »**

Sans un contexte marqué par l'importance croissante des maladies chroniques, par la modification des attentes des patients et des nouvelles générations de médecins, et par des tensions accrues sur les finances sociales, *La Note d'analyse* n°204, publiée en décembre 2010, pose la question de la régulation des dépenses en médecine de ville, qui est au cœur des enjeux. Celle-ci implique avant tout un encadrement équilibré des pratiques des professionnels de santé. Par ailleurs, on constate que l'assurance maladie se positionne de plus en plus comme un accompagnateur pour le professionnel de santé, mais aussi pour le patient. Cela pose la question des modalités de coopération optimales entre assureurs (public et privé) et professionnels. Enfin, la réorganisation de l'offre de soins elle-même peut permettre d'accroître l'efficience globale des dépenses de santé, comme en témoignent plusieurs expérimentations à l'étranger. Il conviendrait alors d'examiner dans quelle mesure elles peuvent nourrir les réflexions sur l'avenir du système français en matière de médecine de ville.


 **280.** En **Suisse**, dès 2008, le site Okdoc.ch a proposé aux internautes d'évaluer leurs médecins selon un ensemble de critères allant du temps d'attente pour être reçu par le praticien à l'efficacité du traitement prescrit. Après un départ fulgurant, les médecins ont menacé de porter plainte pour non-respect de la protection des données. Le site a alors été réorienté en un outil de recommandation, aucune note négative n'étant publiée. Depuis peu, le site Medicosearch.ch propose à son tour de noter les médecins, mais aussi les dentistes, les hôpitaux et les médicaments. Ces sites sont soutenus par les associations de consommateurs suisses, qui considèrent néanmoins la récente publicité faite par une caisse d'assurance maladie à ses sociétaires pour Medicosearch comme « un mélange des genres délicat ».

Source : site de l'Association des médecins du canton de Genève (AMGE), 7/06/11

<http://www.amge.ch/2011/06/07/donnez-une-note-a-votre-medecin/>


 **281.** Aux **États-Unis**, le Président Obama souhaite faire en sorte que les médecins ne refusent pas de malades, en particulier ceux qui bénéficient de l'assurance publique de santé (notamment *Medicaid*). En effet, certains médecins estiment être mal remboursés par celle-ci. Pour ce faire, le Président a pour projet d'envoyer des faux malades en consultation, dans un premier temps *via* la prise d'un rendez-vous téléphonique avec le praticien. Ces opérations de *testing* seront complétées par des appels de personnes se présentant comme des bénéficiaires d'une assurance privée, afin de mesurer la différence de traitement de la part des médecins. Washington s'inquiète en effet de l'aggravation du phénomène si la réforme de la santé est mise en place.

Source : « USA : de faux patients pour débusquer les refus de soin », quotidien *Le Figaro*, 27/06/11

 **282.** En **Suisse**, à la suite d'un rapport du Contrôle des Finances, la commission nationale de la santé a décidé de modifier la loi sur l'assurance maladie afin de revoir le mode de rémunération des médecins généralistes. Actuellement, le tarif médical (Tarmed) est fixé selon le seul caractère économique des prestations : un certain nombre de points tarifaires est attribué à chaque acte en fonction du temps nécessaire, du degré de difficulté, de l'infrastructure requise et du canton. Or ce mode de rémunération ne convient plus, en particulier car les médecins généralistes prennent en charge de nombreux patients atteints de maladies chroniques. La commission veut mettre en place une nouvelle méthode qui tienne compte de la qualité des prestations et qui inclut la morbidité de l'ensemble des patients de chaque médecin.

Source : Contrôle fédéral des finances de la Suisse, Rapport « Tarmed : le tarif des prestations médicales ambulatoires. Evaluation de la réalisation des objectifs et du rôle de la Confédération », 11/10

<http://www.efk.admin.ch/pdf/8381%20Rapport%20fran%C3%A7ais%20d%C3%A9c%202010.pdf>

 **283.** Un test est actuellement réalisé par les services sociaux de la ville de New York, aux **États-Unis**. Le programme d'aide au logement pour les personnes les plus à risque, intitulé *Homebase* et démarré en 2004, offre des formations professionnelles, des conseils et de l'argent pour aider les individus, anciens sans-abri, à garder leur logement. Toutefois, il n'y a pas assez d'argent pour que tous les demandeurs en bénéficient. D'où la mise en place du programme, qui porte sur 400 ménages : 200 se voient accorder un logement ; 200, non, alors qu'ils sont éligibles (mais l'ignorent). Il s'agit de voir combien, parmi ces derniers, retrouvent alors un toit par leurs propres moyens. Le but est d'évaluer l'efficacité des mesures de relogement. L'étude a été approuvée par l'économiste Esther Duflo, spécialiste de la pauvreté. Les résultats ne sont pas encore connus. Il existe des études semblables qui sont pilotées par l'État fédéral (sur 18 mois, dans 10 villes, jusqu'à 3 000 familles).

Source : quotidien *The New York Times*, 9/12/10


<http://cityroom.blogs.nytimes.com/2010/12/09/morning-buzz-housing-placebo-denounced/>

Évènement
département Questions sociales

**« La cohésion sociale par ses instruments.
Quelle actualité des approches et des méthodes dans le champ social ? »**

Ce cycle de séminaires a été organisé conjointement par le Centre d'analyse stratégique et la Direction générale de la cohésion sociale, de septembre 2010 à avril 2011 ; il s'est donné comme principaux objectifs une identification et une caractérisation des approches et méthodes dans le champ social, l'évaluation de leurs acquis et limites, l'opportunité de leur diffusion ou généralisation, dont l'examen des conditions d'une meilleure appropriation par les collectivités locales, les professionnels de l'intervention sociale mais aussi les usagers. Il s'agissait notamment de tirer les conséquences des constats répétés de la Cour des comptes et de l'Inspection générale des affaires sociales dans le cadre de leurs missions de contrôle et d'évaluation : difficultés d'identification et de généralisation des « bonnes pratiques » ; faible recours à l'expérimentation (que ne saurait occulter le succès du RSA) ; déficit d'appropriation des outils d'évaluation, de contrôle et de pilotage dans le champ de l'intervention sociale ; prépondérance des approches individuelles ou curatives au détriment des approches d'intérêt collectif ou plus préventives. Les huit séances de ce cycle ont notamment été consacrées à la prévention précoce, le travail social communautaire, l'entrepreneuriat social, l'expérimentation sociale, la recherche-action et les conférences de consensus.

IV.3. Lutter contre la fraude et les abus

 **284.** Lucerne est le deuxième canton **suisse** à mettre en place une « liste noire » des mauvais payeurs de l'assurance maladie. Les prestataires de services comme les hôpitaux et les médecins seront tenus de ne prodiguer que les soins d'urgence aux personnes signalées dans ce répertoire. Cette mesure entrera en application courant 2012.

Source : site du canton de Lucerne et quotidien *La Tribune de Genève*, 28/01/11

<http://www.lu.ch/>

<http://www.tdg.ch/actu/suisse/lucerne-mauvais-payeurs-ne-soignes-urgence-2011-01-27>


Point de vue

Philippe Warin
directeur de recherche au CNRS
(PACTE, IEP Grenoble)
responsable scientifique
Observatoire des non-recours aux droits et services
(ODENORE – MSH Alpes)


Lutter contre la fraude mais aussi contre le non-recours aux soins

La mesure prise dans ce canton au cœur de la Suisse se retrouve dans les propositions de lutte contre la fraude, énoncées en France à la suite du rapport de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale, remis en juin 2010 par le député Dominique Tian. On retrouve notamment l'idée de cette mesure, arrêtée en Suisse, dans la création un fichier inter-régimes des personnes ayant commis une fraude sociale. Sans discuter le bien-fondé des mesures nécessaires pour enrayer le phénomène de la fraude sociale (sans parler de la fraude fiscale et douanière, d'une toute autre ampleur financière), il est néanmoins bon de remarquer que la création de fichiers est proposée ici sans détour, alors que pour identifier et prévenir le phénomène inverse du non-recours aux droits sociaux, le repérage et le profilage des populations vulnérables à ce risque apparaissent beaucoup plus difficiles, sans qu'il n'y ait pour autant des questions techniques insurmontables. En Suisse (comme en France) Il faut donc des enquêtes populationnelles, comme celle de l'équipe de soins primaires et de médecine d'urgence des Hôpitaux universitaires de Genève, pour remarquer que 14,5 % de la population du canton de Genève renoncent à des soins et que 74 % de ces non-recourants ne peuvent accéder à des soins dentaires pour raisons économiques (1). Sachant que les soins dentaires ne sont pas inclus dans la couverture maladie de base obligatoire en Suisse, le problème du non-recours aux soins est aussi lié aux dispositifs de couverture maladie. Aussi patent soit le non-recours aux soins, la lutte contre la fraude prend le dessus.

(1) Wolff H., Gaspoz J.-M., Guessous I. (2011), « Health Care Renunciation for Economic Reasons in Switzerland », *Swiss Medical Weekly*, 141, (www.smw.ch).

 **285.** Jusqu'où peut aller l'Office de l'Assurance Invalidité (AI) pour vérifier qu'un assuré mérite bien les indemnités qu'il reçoit ? Telle est la question tranchée par le Tribunal fédéral (TF) suisse. Le cas opposait l'Office de l'AI du canton de Saint-Gall à une assurée qui avait été surprise en train de nettoyer énergiquement son balcon, une tâche en inadéquation avec le handicap déclaré. Pour le prouver, l'AI avait fait appel aux services d'un détective privé qui avait également réalisé des vidéos de l'assurée se promenant et faisant ses courses. Sur la base de ces observations, l'AI lui avait dénié le droit de toucher une rente d'invalidité. Alors que le Tribunal des assurances du canton de Saint-Gall avait annulé cette décision, constatant une atteinte à la vie privée de la plaignante, le TF a cassé ce verdict, jugeant que l'utilisation d'une vidéo montrant un assuré n'est pas exclue s'il se trouve dans un endroit visible du domaine public. Pour recourir à un détective privé, l'AI doit cependant avoir des doutes quant à l'incapacité de travail alléguée par un assuré, précise le TF.

Source : quotidien *Le Matin*, 28/11/11

 **286.** Au Royaume-Uni, la lutte contre la fraude sociale était l'un des thèmes de campagne du Premier ministre David Cameron. Le *Department of Work and Pensions* (ministère du Travail et des Retraites) a annoncé en février 2011 le recrutement de 200 nouveaux inspecteurs pour repérer et sanctionner 10 000 fraudes supplémentaires par an. Un système de récompenses pour les agents publics qui fourniront des informations aboutissant à des économies substantielles a été également évoqué. Un budget supplémentaire de 425 millions de livres sur quatre ans sera consacré à la lutte contre la fraude sociale. L'économie espérée d'ici 2014-2015 est de 1,4 milliard de livres.

Source : site du ministère du Travail et des Retraites et quotidien *The Guardian*, 1/02/11

<http://www.dwp.gov.uk/>

<http://www.guardian.co.uk/society/2011/feb/01/benefits-fraud-investigators?INTCMP=SRCH>


Point de vue

Philippe Warin
directeur de recherche au CNRS
(PACTE, IEP Grenoble)
responsable scientifique
Observatoire des non-recours aux droits et services
(ODENORE – MSH Alpes)

Le problème des prestations sociales non versées


Les moyens consacrés à la lutte contre la fraude sociale ne sont pas négligeables, surtout si on les compare au milliard de livres sterling dus à cette fraude, au 1,1 milliard expliqué par des indus et également au 1,1 milliard d'erreurs attribué aux services. Présentant ces chiffres dans son rapport de 2010, le National Audit Office (l'équivalent de la Cour des comptes) constate que la fraude sociale ne pèse cependant que pour 1 % du budget du ministère du Travail et des Retraites (150 milliards annuels) et que son montant est égal à celui des indus (1,1 milliard de livres) et à celui des erreurs de l'administration (également 1,1 milliard). Surtout, le rapport annuel de cette autorité publique compare fraude et non-recours pour rappeler au gouvernement britannique que 16 milliards de prestations ne sont pas versées par an alors qu'ils devraient l'être. Dit autrement, le NAO signale que le problème majeur n'est pas là où l'on cherche à le faire croire à l'opinion publique : non pas dans les tricheries de certains avec les prestations sociales, mais dans les difficultés d'un grand nombre dans l'accès à leurs droits légitimes (1).

(1) National Audit Office (2010), « Department for Work and Pensions: Resource Accounts 2009-10 » (www.nao.org.uk/publications/1011/dwp_account_2009-10.aspx).

 **287.** L'État du Maharashtra, en **Inde**, va faire la chasse aux étudiants « fantômes ». Une enquête publiée en octobre 2011 révèle que, sur les 700 000 étudiants de la région du Maharashtra (celle de Mumbai), 135 000 seraient inscrits dans les établissements sans pour autant suivre les enseignements. Au total, le gouvernement local dépense chaque année l'équivalent de près de 3.8 milliards d'euros pour l'éducation, dont presque 353 millions pour ces étudiants invisibles. Les autorités locales utiliseraient ce type de processus pour profiter de financements supplémentaires du gouvernement local. Dès lors, celui-ci va lancer une opération de contrôle des inscriptions dans les établissements scolaires de la région.

Source : quotidien *Times of India*, 24/09/11


<http://timesofindia.indiatimes.com/home/education/news/Maharashtra-to-check-actual-no-of-students-in-schools/articleshow/10098429.cms>

 **288.** Aux **États-Unis**, un site Internet, baptisé *NYC's Worst Landlords* (« Les pires propriétaires à New York »), recense les propriétaires de logements qui se dérobent à leurs obligations, notamment l'entretien des appartements destinés à la location. À ce jour, 200 immeubles et 320 propriétaires y sont répertoriés. Le dispositif a le soutien du maire, M. Bloomberg. Ces propriétaires se verraient priver de certaines aides fiscales et refuser un renouvellement de leur bail dans les agences immobilières de la ville. La municipalité pourrait aider juridiquement les locataires qui porteraient plainte.

Sources : site de la ville de New York et quotidien *The New York Times*, 3/04/11


www.nyc.gov

<http://www.nytimes.com/2011/04/04/nyregion/04housing.html>

 **289.** En **Suisse**, selon une récente étude, dans huit cas sur dix, les locataires paient à tort des dépenses d'entretien qui devraient être à la charge des propriétaires. En effet, conformément aux règles en vigueur, les locataires doivent se limiter à payer les seules dépenses dites de « petit entretien » ne dépassant pas 150 à 200 francs suisses. Au-delà de ce prix, le règlement de la facture est à la charge du propriétaire. Mais, dans plus de 80 % des cas, les locataires la paient eux-mêmes pour éviter les tracasseries administratives ou les tensions avec leur gérance, voire simplement par ignorance : le sondage montre ainsi que 57 % d'entre eux ne connaissent pas les règles en la matière.


Source : site de l'Institut Comparis

http://fr.comparis.ch/~media/files/mediencorner/konsumentenstimme/ausgabe%202011_06/petit_entretien.pdf

 **290.** Une analyse de documents fiscaux effectuée par la presse **canadienne** conclut que les salaires de certains travailleurs dans le domaine des organismes de charité sont étonnamment élevés. Les organisations caritatives doivent ainsi dévoiler à l'Agence du revenu du Canada le montant du salaire de leurs 10 employés les mieux payés. La banque de données de cette agence montre que plus de 6 000 travailleurs de ce secteur ont gagné plus de 120 000 dollars canadiens en 2010. Quelques centaines d'entre eux auraient même empoché plus de 350 000 dollars. Les organismes de charité défendent leurs décisions en plaidant qu'ils doivent parfois déboursier beaucoup pour attirer les individus les plus talentueux.


Source : quotidien *Le Devoir*, 11/07/11

<http://www.ledevoir.com/economie/actualites-economiques/327167/de-generoux-salaires-pour-des-employes-du-secteur-caritatif>

 **291.** En **Inde**, Anna Hazare, un gandhien de 74 ans, incarne un mouvement de protestation que l'Inde n'avait pas connu depuis des décennies. Inspiré par les méthodes non-violentes du Mahatma Gandhi, ce militant a décidé d'entamer une grève de la faim pour pousser le gouvernement à adopter une législation plus stricte contre la corruption. Au cœur de son combat : la corruption, et plus particulièrement le projet de loi anti-corruption proposé par le gouvernement. Celui-ci permettrait de condamner les fonctionnaires pour corruption, mais ne viserait pas la haute fonction publique et les hauts responsables politiques. Dans ces conditions, Anna Hazare souhaite que le Premier ministre, les juges ou les députés puissent aussi être poursuivis durant l'exercice de leur mandat. Il a réussi à mobiliser des milliers de personnes dans plusieurs villes comme New Delhi. Son arrestation, le 17 août 2011, avait provoqué une mobilisation exceptionnelle pour réclamer sa libération. Devenu le fer de lance de la lutte contre la corruption, Anna Hazare est devenu un véritable héros, rassemblant la population indépendamment de toute considération de caste, de classe, ou de religion.

Source : Radio France International, 18/08/11

<http://www.rfi.fr/asia-pacifique/20110818-anna-hazare-symbole-lutte-anti-corruption-inde>

 **292.** En **Suisse**, la loi sur la protection des animaux, entrée en vigueur en 2008, a instauré le fait que les animaux dits « sociables », tels les hamsters, cochons d'Inde ou perruches, doivent vivre à deux. Les cas litigieux sont pour la plupart réglés avec l'acquisition par le propriétaire d'un second animal pour tenir compagnie au premier. Cependant, lorsque tel n'est pas le cas, l'amende encourue par le propriétaire va jusqu'à 10 000 francs suisses (notons que, sur les 850 amendes infligées l'an passé, la plus élevée était de 1 000 francs). Selon les autorités, cette règle entraîne des effets pervers, avec l'augmentation des cas de délation, la loi ne prévoyant pas de contrôles réguliers chez les propriétaires d'animaux de compagnie. Or ces dénonciations ne sont pas généralement pas le fait de personnes soucieuses du bien-être de l'animal isolé, mais d'individus qui ont un différend avec leur voisin.

Sources : site des autorités fédérales de la Confédération suisse et quotidien *Le Figaro*, 17/08/11

http://www.admin.ch/ch/f/rs/455_1/a13.html

<http://blog.lefigaro.fr/suisse/2011/08/en-suisse-les-animaux-domestiques-doivent-etre-en-couple.html>

Point de vue


Mathilde Reynaudi, chargée de mission
département Questions sociales



Vers un excès de normes ?


En dépit des apparences, cette brève nous en apprend moins sur les relations de bon voisinage en Suisse qu'elle ne reflète deux tendances de fond, bien au-delà du monde helvétique. D'une part, l'inflation normative se poursuit, malgré les efforts fournis dans de nombreux pays. Il semble toutefois légitime de s'interroger sur la pertinence du recours à la loi. Pourquoi légiférer dans des domaines, relevant entre autres de la sphère privée, dont on sait par avance qu'ils poseront problème aux pouvoirs publics, incapables (heureusement ?) d'en contrôler l'application ? D'autre part, l'empressement à dénoncer des voisins « portant atteinte à la qualité de vie des animaux sociables » (notons que l'enfant unique ne paraît étonnamment pas encore poser problème), nous pousse à réfléchir à la place croissante faite à la société civile pour détecter les « comportements déviants ». En effet, les autorités semblent apprécier de plus en plus le concours des populations pour assurer le respect des lois. Des initiatives privées peuvent d'ailleurs se révéler lucratives. Prenons l'exemple du Royaume-Uni qui, avec plus de quatre millions de caméras installées sur la voie publique, ne dispose pas des moyens suffisants pour contrôler l'ensemble des images et intervenir rapidement en cas de besoin. Qu'à cela ne tienne, les internautes peuvent désormais, derrière leur écran d'ordinateur, sur Internet Eyes, scruter les images diffusées en direct par les caméras couvrant le pays et se faire rétribuer en fonction du nombre d'alertes données. Quelle devrait être la place du citoyen dans la surveillance ?

IV.4. Une illustration sectorielle : les politiques de santé publique

 **293.** Une équipe de chercheurs de l'université polytechnique des Marches, en **Italie**, a étudié 100 000 entretiens réalisés par l'Institut national de la statistique (ISTAT) concernant le rapport des Italiens à leur santé. 15 % des répondants font confiance aux médecines alternatives et complémentaires, dites MAC. L'ostéopathie arrive en tête, suivie de l'homéopathie, l'herboristerie et l'acupuncture. Il en ressort un fort degré de satisfaction des patients, que leur maladie soit aigüe ou chronique : par exemple, 80 % des personnes ayant eu recours à l'ostéopathie et 71 % à l'homéopathie. Toutefois, le directeur de l'Agence italienne du médicament, soulignant le manque de réglementation, a annoncé avoir chargé l'une de ses équipes d'évaluer sur deux à trois ans le degré de sécurité et d'efficacité des produits utilisés par ces médecines alternatives. Par ailleurs, deux projets de lois visant à réglementer l'homéopathie et l'acupuncture ont été déposés devant le Sénat, preuve que cette inclinaison croissante pour les MAC suscite à la fois enthousiasme et inquiétudes.


Source : site du *Quotidianosanita*, 11/10/11

http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=5622

 **294.** En **Suisse**, suite à une initiative populaire, cinq médecines dites « complémentaires » seront remboursées en Suisse à partir du 1^{er} janvier 2012 : la médecine anthroposophique (à base de remèdes liquides provenant de minéraux, de plantes ou d'animaux), l'homéopathie, la thérapie neurale (par injection de faibles quantités d'anesthésique local), la phytothérapie et la médecine traditionnelle chinoise. Le remboursement des soins pratiqués par un médecin reconnu ne sera assuré que jusqu'à fin 2017. Cette période de cinq ans sera mise à profit pour clarifier les aspects controversés de ces médecines. Dans cet objectif, un institut de recherche indépendant sera en charge d'en évaluer l'efficacité, l'adéquation et l'analyse coûts/avantages.

Source : site de l'administration fédérale suisse, 19/09/11

<http://www.admin.ch/ch/f/pore/vi/vis331.html>

 **295.** Au **Royaume-Uni**, la *Health Foundation*, organisation indépendante des pouvoirs publics, a publié en juin 2011 un rapport qui plaide pour le développement de services de soins communautaires (*community-based services*), dont la qualité est similaire à celle des hôpitaux pour un moindre coût. Le rapport suggère que les patients bénéficiant déjà de tels services s'en disent satisfaits (facilité d'accès, proximité géographique, délais d'attente inférieurs). Ce rapport montre également que ce type de services de soins pourrait permettre de réduire les coûts actuellement supportés par le *National Health Service* : les patients ne nécessitant plus de soins intensifs mais ne pouvant encore retourner à leur domicile pourraient ainsi être suivis de façon plus légère. Le rapport se termine néanmoins par quelques réserves sur l'utilisation de ces résultats obtenus à partir d'études très circonstanciées, sur de petits échantillons de patients.

Source : site du ministère britannique de la Santé, 06/11

www.health.org.uk/publications/getting-out-of-hospital/

Point de vue


Philippe Warin
directeur de recherche au CNRS
(PACTE, IEP Grenoble)
responsable scientifique
Observatoire des non-recours aux droits et services
(ODENORE – MSH Alpes)

Community-based services et accès aux soins

Quand on compare les résultats des *community-based services* à ceux des centres de santé en France (médecine de premiers soins, polyvalente et de proximité), l'efficacité et le succès de ces dispositifs sont confirmés. Partant également d'études locales, comme celle menée en 2008 auprès des centres de santé de la ville de Grenoble par l'Agence nationale des solidarités actives, en lien avec des équipes universitaires (médecine et sciences sociales) (1), on observe, s'agissant de la performance médico-économique, que les centres de santé ne démontrent pas d'économie significative en termes de dépenses de santé, mais pas non plus de surcoûts préoccupants, notamment au regard de la typologie des patients pris en charge (majoritairement précaires ou très précaires). Concernant précisément l'évaluation de la qualité de cette offre de soins, les travaux soulignent l'intérêt de ce type d'organisation pour le suivi et la promotion des bonnes pratiques, à la fois pour les pathologies chroniques, mais également pour le suivi médical des patients. En croisant ces conclusions avec les caractéristiques psychosociales de la population usagère des centres, on peut confirmer la pertinence de cette organisation de soins en faveur d'une population qui cumule de grandes difficultés de recours et d'accès aux soins. Les centres de santé en France comme probablement les *community-based services* en Grande-Bretagne représentent donc un outil efficace de lutte contre les inégalités d'accès aux soins, permettant à une population en difficulté d'accéder à une offre de soins de qualité et dans une échelle économique qui ne se distingue pas des autres.

(1) Fabien Tuleu, Anna Cruaud, Philippe Pichon, Patrice François et Philippe Warin, Centres de santé de la ville de Grenoble.

Synthèse des travaux conduits avec l'Agence Nouvelle des Solidarités Actives (ANSA) (<http://odenore.msh-alpes.fr/centres-sante-ville-grenoble-synthese-travaux-conduits-avec-l%E2%80%99agence-nouvelle-solidarites-actives-an>)

 **296.** Après sept ans de travaux parlementaires, la révision de la loi fédérale **suisse** sur l'assurance-maladie (LAMal) portant sur les réseaux de soins intégrés (« *managed care* ») a été adoptée par les deux chambres du Parlement. Ces réseaux sont des associations de professionnels de santé qui prennent en charge un collectif déterminé de patients, pour lesquels un contrat a été passé avec les caisses maladie privées. Le réseau dispose d'une rémunération forfaitaire par tête, qui couvre l'ensemble des soins dispensés, dont le recours aux spécialistes et les hospitalisations. Ce système devrait en principe permettre une meilleure qualité de la prise en charge, ainsi qu'une plus grande maîtrise des coûts. Cependant, le Conseil national et le Conseil des États ont connu de fortes divergences et une conférence de conciliation a dû être organisée à propos du reste à charge différencié des assurés. Résultat, la quote-part applicable aux sociétaires qui rejoignent un réseau est de 10 % des frais médicaux (une fois la franchise atteinte), avec un plafond fixé à 500 francs suisses, contre respectivement 15 % et 1000 francs suisses pour les partisans du libre choix.


Source : site d'informations *Tsrinfo*, 22/09/11

<http://www.tsr.ch/info/suisse/3413254-lamal-les-reseaux-de-soins-integres-acceptes.html>

Publication
département Questions sociales


**« Combien les Français sont-ils prêts à consacrer aux dépenses de santé ?
Démocratie sanitaire et consentement au financement de la santé »**

La Note de veille n°171, parue en avril 2010, pose la question du niveau optimal de dépenses de santé, alors qu'existent des positions très divergentes sur ce sujet. Entre cibles basses (limitation de la part des dépenses dans le PIB à un niveau proche du niveau actuel), et cibles hautes (près de 30 % du PIB dans certains scénarios), cette question du niveau optimal de dépenses ne peut être envisagée indépendamment des modalités de leur financement. Allocation des ressources à la santé plutôt qu'à d'autres politiques publiques, part de l'assurance obligatoire des assurances complémentaires et « reste à charge » des ménages... Si les développements récents de la science économique visent à mieux éclairer les choix des décideurs en matière de santé, face à des arbitrages essentiellement politiques, la qualité du débat public sur la santé est indispensable. Pour éviter notamment que les décisions ne soient prises implicitement, par une accumulation de dispositifs « techniques », renforcer la démocratie sanitaire en consolidant les instances de débat sur la santé est un objectif à privilégier.

 **297.** Les médecins **israéliens** ont entamé en avril 2011 une grève contre une réforme du ministère des Finances. Les médecins réclament de fortes augmentations (l'Israel medical association demande ainsi une augmentation de 42 % pour ses 17 000 médecins) et la création de places additionnelles en soin intensif pour mieux prendre en charge le flux des patients, notamment en périphérie. Ils critiquent aussi les horaires intensifs auxquels sont soumis les jeunes médecins. Le ministère des finances offrait une augmentation de 8 % en échange d'une pointeuse mesurant la présence effective et les temps de consultations. Dans le cadre des négociations, le ministère des finances offrait aussi une augmentation de 28 % en échange d'une présence augmentée des médecins titulaires en soirée et le week-end. L'État entendait porter plainte contre le blocage des hôpitaux publics par les médecins, mais la cour de justice a préféré pour l'instant ne pas intervenir dans les négociations en cours.


<http://www.haaretz.com/news/national/finance-health-ministries-ask-court-for-injunctions-to-stop-ongoing-doctors-strike-1.365196>

<http://www.jpost.com/Health/Article.aspx?id=225715>

 **298.** Au **Canada**, dans un éditorial du *Canadian Medical Association Journal*, des chercheurs s'inquiètent des conséquences du manque de sommeil chez les médecins. Avec la pénurie de praticiens, ce problème gagnerait en importance et aurait des conséquences délétères. L'année dernière, des chercheurs faisaient état, par exemple, de taux élevés de complications chirurgicales lorsque les médecins avaient dormi moins de six heures la nuit avant les opérations.

Source : revue *Canadian Medical Association Journal*, 24/05/11

<http://www.cbc.ca/news/health/story/2011/05/24/sleep-deprivation-doctors.html>

 **299.** Jugées dangereuses et dépassées par les médecins résidents, les gardes de 24 heures consécutives dans les hôpitaux seront bientôt chose du passé. **Québec** a six mois pour réduire les horaires de garde à un maximum de 16 heures par jour. Une décision accueillie favorablement par le ministre de la Santé, Yves Bolduc, qui entend se soumettre à la sentence arbitrale. C'est une victoire pour la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ), qui se bat depuis plusieurs années pour faire reconnaître que les gardes de 24 heures mettent en danger la santé et la sécurité des patients comme des résidents.


Source : quotidien *Le Devoir*, 8/06/11

<http://www.ledevoir.com/societe/sante/325017/quebec-force-de-mettre-fin-aux-gardes-de-24-heures>

Publication
département Questions sociales


« Y a-t-il encore des marges d'efficience à l'hôpital ? »

Les établissements hospitaliers sont aujourd'hui confrontés à de fortes contraintes budgétaires, tout en étant obligé de s'adapter à l'évolution des besoins de santé de la population (vieillesse, augmentation des pathologies chroniques, démographie médicale, etc.). Des travaux sur les évolutions françaises passées et des expériences menées à l'étranger dessinent cependant des pistes. La redéfinition du périmètre de l'hôpital et l'évitement des hospitalisations non pertinentes (développement des alternatives à l'hospitalisation, du secteur médicosocial, meilleure régulation des urgences) ainsi qu'une conduite raisonnée des recompositions hospitalières permettraient de conjuguer qualité des soins et économies. Si ces éléments mériteraient d'être confortés par des études et données complémentaires, *La Note de veille* n°181, parue en juin 2010, propose des pistes d'amélioration.


 **300.** Le *General Medical Council* (GMC) **britannique** plaide dans un récent rapport pour l'introduction de formations complémentaires pour les médecins qui s'installent et les praticiens étrangers, afin de les familiariser avec les standards éthiques et professionnels du Royaume-Uni. Le GMC déplore que, sur les 12 000 médecins qui commencent à travailler chaque année dans le pays, bien peu reçoivent ce type de formation. Ce document fait suite à un précédent rapport, demandé par le gouvernement en 2010, qui s'intéressait aux soins prodigués les soirs et week-ends par des médecins nouvellement installés. Il en arrivait aux mêmes conclusions. Le GMC propose également d'accorder des licences temporaires pour l'exercice de la médecine. Le renouvellement ferait l'objet d'une procédure d'examen destinée à attester du respect des standards professionnels. Cette disposition sera introduite vraisemblablement dès 2012.

Source : quotidien *The Guardian*, 16/09/11


www.guardian.co.uk/society/2011/sep/16/gmc-induction-training-foreign-doctors?INTCMP=SRCH

 **301.** Les étudiants en soins infirmiers de l'arc jurassien, en **Suisse**, disposent de mannequins en silicone « high-tech » pour s'entraîner. Ces mannequins de nouvelle génération reproduisent les sons vocaux, les signes de douleur et les réactions physiologiques (rougissements, réflexes pupillaires, pouls, respiration, etc.). Durant les exercices, les formateurs peuvent à distance modifier les paramètres et simuler ainsi des chocs anaphylactiques ou des arrêts cardio-respiratoires. Les étudiants sont filmés, ce qui permet d'analyser avec eux l'exercice. Si ces méthodologies de simulation sont très répandues aux États-Unis et au Royaume-Uni, ce n'est encore le cas ni en Suisse, ni en France, où seuls quelques centres existent et sont réservés généralement aux médecins et à leur formation continue. Le principal frein identifié est le coût de ces mannequins haute fidélité (45 000 francs suisses pièce).

Source : site de l'Association des médecins du canton de Genève, 18/03/11
<http://www.amge.ch/2011/03/18/plus-vrai-que-nature/>

 **302.** En lien avec le gouvernement de l'Ontario, au **Canada**, un Conseil du Collège des acuponcteurs et des praticiens de la médecine chinoise de la province de l'Ontario a été récemment chargé de travailler sur la création d'une régulation, de normes et des politiques qui permettront à ce Collège de prendre sa place à côté des autres professions de santé qui sont régulées en Ontario. Rappelons que la Colombie-Britannique est la seule province à réguler les médecines chinoises au Canada. Le Québec et l'Alberta régulent pour leur part seulement la pratique de l'acupuncture.

Source : site du ministère canadien de la Santé, 1/09/11
http://www.health.gov.on.ca/en/news/release/2011/sep/nr_20110901_1.aspx

 **303.** L'avortement est légal en **Italie** depuis 1978 et le vote de la loi 194. Toutefois, l'application de ce texte pâtit de la spectaculaire augmentation du nombre médecins objecteurs de conscience, en libéral comme à l'hôpital (possibilité prévue par l'article 9 de la loi). Entre 2005 et 2009, le nombre de gynécologues refusant de pratiquer des IVG est passé de 58,7 % à 70,7 %. Ce nombre est encore plus élevé pour les interruptions thérapeutiques de grossesse. Le danger d'une recrudescence des avortements clandestins (les mineures et les immigrées étant les plus touchées) est d'autant plus grand que l'accès à la pilule du lendemain est également rendu particulièrement ardu. De nombreux hôpitaux doivent aujourd'hui avoir recours à des médecins étrangers pour garantir une application minimale de la loi. Les objecteurs de conscience ont aujourd'hui des carrières plus stimulantes et davantage couronnées de succès que les autres. Face à cette dévalorisation de leur métier et à cette forte pression de groupe, nombre de médecins viennent ainsi régulièrement grossir les rangs des objecteurs de conscience. En octobre 2011 se sont tenues à Rome les premières rencontres des gynécologues non objecteurs de conscience, qui souhaitent justifier et revendiquer leur choix tout en jetant la lumière sur un phénomène peu médiatisé mais bien réel.

Source : site d'informations // *Sole24Ore*, 18/10/11
<http://rassegna.lavoro.gov.it/PDF/2011/2011-10-18/2011101819946529.pdf>



Le panorama questions sociales
2012 est une publication
du Centre d'analyse stratégique

Directeur de la publication :
Vincent Chriqui, Directeur général
Directeur de la rédaction :
Pierre-François Mourier,
Directeur général adjoint




Contact presse :
Jean-Michel Roullé, responsable
de la Communication
01 42 75 61 37 / 06 46 55 38 38
jean-michel.roulle@strategie.gouv.fr



Le Panorama des Questions sociales
est disponible tous les mois

sur www.strategie.gouv.fr, rubrique publications

Retrouvez les dernières actualités du Centre d'analyse stratégique sur :

-  www.strategie.gouv.fr
-  [centredanalysestrategique](https://www.facebook.com/centredanalysestrategique)
-  [@Strategie_Gouv](https://twitter.com/Strategie_Gouv)

Le Centre d'analyse stratégique est une institution d'expertise et d'aide à la décision placée auprès du Premier ministre. Il a pour mission d'éclairer le gouvernement dans la définition et la mise en œuvre de ses orientations stratégiques en matière économique, sociale, environnementale et technologique. Il préfigure, à la demande du Premier ministre, les principales réformes gouvernementales. Il mène par ailleurs, de sa propre initiative, des études et analyses dans le cadre d'un programme de travail annuel. Il s'appuie sur un comité d'orientation qui comprend onze membres, dont deux députés et deux sénateurs et un membre du Conseil économique, social et environnemental. Il travaille en réseau avec les principaux conseils d'expertise et de concertation placés auprès du Premier ministre : le Conseil d'analyse économique, le Conseil d'analyse de la société, le Conseil d'orientation pour l'emploi, le Conseil d'orientation des retraites, le Haut Conseil à l'intégration.

www.strategie.gouv.fr