



Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

Promouvoir la santé et prévenir maladies et accidents

Argumentaire

Impressum

Auteurs

Reto Wiesli, Bureau de politique de santé polsan Sàrl, Berne
Jean Simos, Directeur du Groupe de recherche en environnement et santé (GRES),
Institut des sciences de l'environnement et Faculté de médecine, Université de Genève

Groupe d'accompagnement

Antoine Casabianca, Uff. Promozione e valutazione sanitaria, Tessin
Gilles Crettenand, Service de la santé publique, Valais
Elisabeth Debenay, Direction générale de la santé, Genève
Catherine Favre Kruit, Promotion Santé Suisse
Alexia Fournier Fall, Commission de prévention et de promotion de la santé du GRSP (CPPS)
Vlasta Mercier, Service de la santé publique, Vaud
Claude-François Robert, Service de la santé publique, Neuchâtel, Président de la CPPS
Annick Rywalski, Service de la santé publique, Fribourg
Chloé Saas Vuilleumier, Fondation O₂, Jura
Lysiane Ummel Mariani, Service de la santé publique, Neuchâtel

Editeur

Promotion Santé Suisse
Avenue de la Gare 52
CH-1003 Lausanne
Tél. +41 (0)21 345 15 15
Fax +41 (0)21 345 15 45
office.lausanne@promotionsante.ch
www.promotionsante.ch

Texte original en français.

Ce document existe également en allemand.

Document disponible en format pdf sur www.promotionsante.ch/argumentaire

Illustrations: Mix & Remix

© Juin 2010, Promotion Santé Suisse, Lausanne et Berne

Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non-commerciales est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Table des matières

Synthèse	5
A La promotion de la santé: pour quoi faire?	7
B La promotion de la santé: comment faire?	9
C La promotion de la santé: qui en fait?	11
D La promotion de la santé: est-elle efficace?	13
E La promotion de la santé: est-elle rentable?	15
F La promotion de la santé: est-elle bonne pour l'économie?	18
G La promotion de la santé dans toutes les politiques publiques: plaidoyer pour les évaluations d'impact sur la santé	20
H Cas illustratif: promouvoir l'activité physique	22
I Le mot de la fin	24
J Références bibliographiques	25

Synthèse

Il existe une multitude de définitions pour la promotion de la santé et la prévention. Ce concept relativement jeune et évolutif mérite qu'on s'y attarde afin d'apporter des réponses aux interrogations suivantes:

La promotion de la santé: pour quoi faire?

La compréhension de la logique systémique du secteur de la santé n'est plus basée uniquement sur un raisonnement théorique, mais repose maintenant sur les performances réelles et les coûts observés. Or, il devient de plus en plus évident que, simultanément avec les autres actions réparatrices ou de réhabilitation de la santé en aval, il est primordial d'agir en amont, avant même que la maladie ne se déclare ou que l'accident ne survienne. Cette action à la source est nécessaire pour éviter qu'une partie des problèmes ne survienne et empêcher ainsi la faillite du système de santé.

La promotion de la santé: comment faire?

La prévention et la promotion de la santé (PPS¹) n'est pas que de l'éducation pour la santé. Elle doit agir auprès des individus pour promouvoir des modes de vie sains, mais aussi sur les conditions de vie, les facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent la santé. A cette fin, il faut notamment promouvoir des politiques publiques favorables à la santé.

La promotion de la santé: qui en fait?

La plupart des acteurs² du système de santé, mais aussi tous ceux qui œuvrent en matière de développement durable, ont un rôle à jouer dans la PPS. L'implication des acteurs privés tels que les méde-

cins et les pharmaciens est indiscutable, mais l'Etat ne peut faire fi de sa responsabilité et doit assumer son rôle central.

La promotion de la santé: est-elle efficace?

Un grand nombre d'interventions de PPS a déjà démontré son efficacité, même s'il faut parfois attendre pour cela un laps de temps relativement long. Des données probantes en quantité de plus en plus significative nous indiquent maintenant quelles sont les actions les plus efficaces.

La promotion de la santé: est-elle rentable?

Les investissements dans la PPS améliorent l'état de santé et la qualité de vie des individus. Ils permettent de préserver l'autonomie des personnes âgées, d'éviter ou de retarder la dépendance aux soins, et conduisent à une utilisation plus différenciée des prestations de santé, ce qui, à long terme, contribue à freiner l'augmentation des coûts du système de santé.

Les dépenses consenties en matière de PPS sont très souvent des investissements rentables (voire très rentables) pour l'ensemble de la société et, selon les cas, permettent au payeur de réaliser des économies.

La promotion de la santé: est-elle bonne pour l'économie?

Les données probantes montrent que bonne santé de la population et bonnes affaires vont ensemble («good health is good business»). La bonne gestion de la santé en entreprise permet de diminuer les coûts de l'absentéisme de manière significative. Elle a aussi comme conséquence positive une amélioration de l'image de l'entreprise. Ne serait-ce donc que pour des raisons purement économiques, les employeurs auraient intérêt à promouvoir la santé de leurs employés.

¹ Afin de ne pas alourdir le texte, le sigle «PPS» sera utilisé pour «prévention et promotion de la santé», dans l'argumentaire qui suit. De même, les références bibliographiques utilisées sont consignées en fin de document et ne sont pas indiquées dans le texte.

² Afin de ne pas trop alourdir la lecture de ce texte, l'usage de la forme masculine vaut également pour une signification au féminin.

La promotion de la santé dans toutes les politiques publiques: plaider pour les évaluations d'impact sur la santé

L'évaluation d'impact sur la santé (EIS) nous procure un outil d'aide à la décision apte à agir à la source pour améliorer la santé de la population et pour développer des politiques publiques favorables à la santé. Elle est l'outil par excellence de la PPS dans une perspective de développement durable et d'efficacité économique.

Cas illustratif: promouvoir l'activité physique

Promouvoir l'activité physique est une nécessité pour lutter contre une grave menace sanitaire actuelle: l'explosion de l'obésité et du surpoids. La sédentarité grève lourdement les coûts de la santé mais pèse aussi sur la productivité des entreprises. Lutter efficacement contre la sédentarité implique une stratégie globale et des mesures intégrées, notamment en adaptant en conséquence notre environnement urbain et en accordant une attention particulière aux questions d'inégalités sociales de santé.

Le mot de la fin

Les résultats des évaluations économiques montrent que le retour sur investissement pour les principales actions de PPS est largement positif et apporte un gain pour la société dans son ensemble. La rentabilité économique n'appréhende toutefois pas la totalité des aspects de la réalité, elle est souvent difficile à établir (problèmes méthodologiques, données lacunaires); elle ne doit donc pas être un «pré-requis» obligatoire à l'action politique.

A La promotion de la santé: pour quoi faire?



A première vue, tout le monde dit être en faveur de la promotion de la santé et de la prévention des maladies. Qui pourrait être contre, en effet? Qui pourrait vouloir travailler pour les maladies et contre la santé? Cet argumentaire est un plaidoyer pour une gestion responsable de notre santé au niveau individuel et collectif. Il doit permettre aux professionnels et surtout aux non-professionnels de la santé de prendre conscience de leur rôle au service de la prévention et de la promotion de la santé (PPS).

La PPS, qui est de nature participative et incitative, constitue **une des fonctions fondamentales de la santé publique**. Elle a un devoir aussi bien légal que moral et social d'investir dans des mesures qui servent à maintenir l'état de santé de la population et/ou à éviter sa dégradation.

Jusqu'à récemment, les politiques de la santé s'intéressaient surtout à la médecine curative et au financement du système de soins. Depuis quelques années, on observe un **effort de renforcement de la PPS** et de rééquilibrage du système. Cette tendance s'explique par une remise en question croissante des

grandes prémisses de la politique de la santé et comme une réponse aux défis contemporains:

- on prévoyait que l'allongement de la vie en bonne santé allait se poursuivre. La forte augmentation des maladies chroniques comme les troubles cardio-vasculaires, le diabète ou les troubles liés au stress, provoque à l'heure actuelle un renversement de cette tendance;
- vu l'évolution démographique et le développement des technologies médicales, améliorer l'efficacité du système curatif risque fort de ne plus suffire pour freiner l'augmentation des coûts et la faillite du système.

Dans les pays développés, le traitement des maladies chroniques correspond à environ 70% de tous les frais occasionnés en matière de santé. Environ **un tiers des dommages aurait pu être prévenu** en contrôlant certains facteurs de risque: tabagisme, faible consommation de fruits et légumes, consommation excessive d'alcool, inactivité physique. En plus, une marginalisation économique et sociale,

associée à ces facteurs de risque, conduit à **creuser les inégalités de santé**.

Renforcer les compétences en matière de santé de la population et créer des environnements physiques et socio-économiques qui permettent aux citoyens de mieux prendre en charge leur santé en leur facilitant les choix de modes de vie sains est indispensable. Les politiques favorables à la santé doivent considérer que la distribution des impacts au sein de la population n'est pas uniforme et peut influencer, favorablement ou défavorablement, les inégalités en matière de santé.

La compréhension de la logique systémique du secteur de la santé n'est plus basée uniquement sur un raisonnement théorique, mais repose maintenant sur les performances réelles et les coûts observés. Or, il devient de plus en plus évident que, simultanément avec les autres actions réparatrices ou de réhabilitation de la santé en aval, il est primordial d'agir en amont, avant même que la maladie ne se déclare ou que l'accident ne survienne. Cette action à la source est nécessaire pour éviter qu'une partie des problèmes ne survienne et empêcher ainsi la faillite du système de santé.

B La promotion de la santé: comment faire?



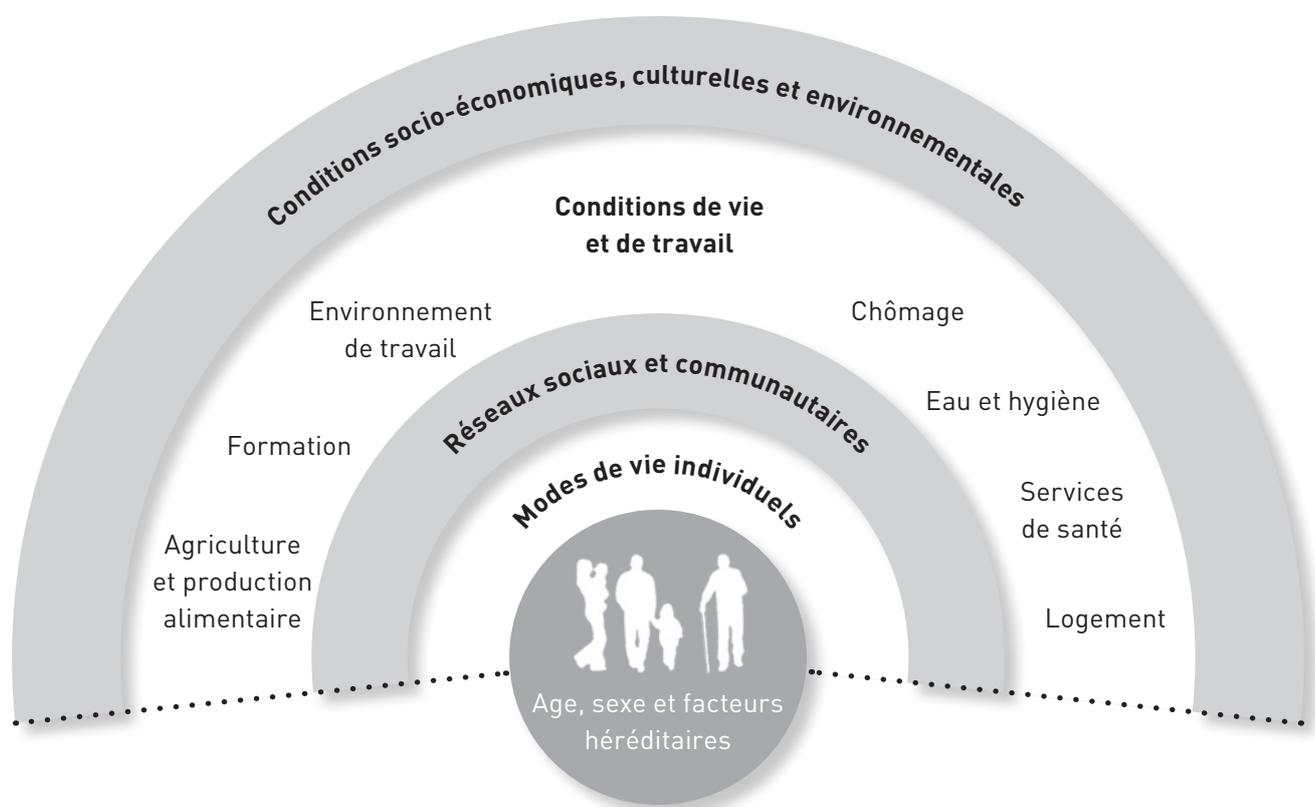
La promotion de la santé ne se définit pas seulement par l'éducation à la santé. Il faut aussi investir des ressources au-delà des services de santé, afin d'améliorer les compétences en matière de santé et d'induire des comportements positifs.

L'éducation à la santé a émergé au début des années 1950. De grands espoirs ont été fondés sur le pré-supposé que la santé allait s'améliorer grâce à la science et à l'introduction d'une éducation à la santé systématique. Les limites de cette démarche ont été perceptibles dès le début des années 1970. L'importance des facteurs liés à l'environnement physique et social ainsi que la stigmatisation des mauvais comportements individuels, conduisant à la **culpabilisation des victimes** et au creusement des inégali-

tés sociales de santé, ont contribué à une remise en question et à l'idée qu'il faut agir sur plusieurs niveaux.

La PPS, dont le cadre théorique a été posé par la Charte d'Ottawa en 1986, est un concept de santé positif et global. Son but est d'apporter à l'**individu** et à la **communauté** la capacité d'accroître leur contrôle sur les **déterminants de la santé** et donc d'améliorer leur santé et leur bien-être mental et spirituel.

Le concept de PPS inclut donc la promotion des modes de vie sains tout comme l'amélioration des conditions de vie, des facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent la santé. Il comprend l'**éducation à la santé couplée**



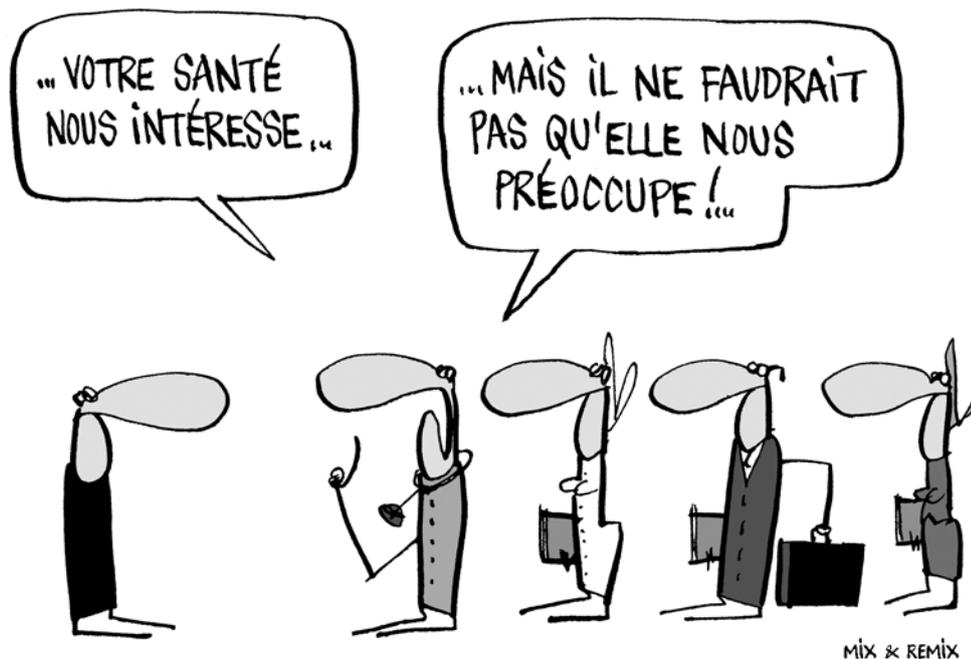
Dahlgren, G. (1995). European Health Policy Conference: Opportunities for the Future. Vol. 11 – Intersectoral Action for Health Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

à des politiques favorables et implique un rééquilibrage des responsabilités entre les professionnels de la santé et les citoyens.

Favoriser l'apprentissage des modes de vie sains et l'information permet au citoyen de s'impliquer dans les décisions collectives concernant les politiques favorables à la santé, d'exercer un contrôle sur sa propre santé et de participer aux prises de décision. L'éducation à la santé cesse ainsi d'être une injonction des professionnels pour devenir une aide à la décision et agir à la fois sur l'individu et la collectivité. La politique de PPS résultante se conçoit sur le long terme en mettant l'accent sur la **qualité de vie** (au-delà de la maladie) et non sur la seule espérance de vie.

La PPS n'est pas que de l'éducation pour la santé. Elle doit agir auprès des individus pour promouvoir des modes de vie sains, mais aussi sur les conditions de vie, les facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent la santé, à l'aide de politiques publiques favorables à la santé.

C La promotion de la santé: qui en fait?



La plupart des **acteurs du système de santé**, en particulier les médecins et les pharmaciens, revendiquent un rôle dans la PPS. Ils contribuent à la diffusion de messages de prévention. Ils opèrent aussi une action directe (récupération des médicaments périmés, échange de seringues, etc.) et sont en contact avec les personnes chargées de la santé de tiers. De même, les décisions prises en dehors du système sanitaire peuvent influencer la santé de la population en modifiant ses déterminants socio-économiques et environnementaux. D'une certaine manière, **tous les acteurs agissant pour un développement durable** sont des acteurs de PPS. La santé est à la fois un préalable au développement durable et sa conséquence, selon les relations montées par la figure réalisée par l'Agence de santé publique du Canada (page suivante).

Le financement des mesures usuelles de PPS dépend habituellement des fonds étatiques. Une **intervention publique est non seulement souhaitable mais nécessaire** pour les raisons suivantes:

- l'intérêt public d'avoir une population en bonne santé. Un **allongement de la période de vie sans maladie et sans infirmité** améliore non seulement

- la qualité de vie des citoyens, mais contribue également à diminuer le poids de la maladie, l'invalidité et la nécessité de recevoir des soins;
- le principe de l'**égalité des chances**. L'accès à toutes les institutions sociales et à des offres de qualité contribue à réduire les inégalités et à maintenir le principe de solidarité;
- la garantie des systèmes de **sécurité sociale**. Il convient de décharger le système de sécurité sociale pour contribuer à moins de dépenses publiques;
- l'amélioration du **développement économique**. Le bon état de santé de la population contribue à préserver ses capacités, à accroître sa productivité (taux d'absentéisme réduit) et garantit la croissance économique.



Stratégie de développement durable 2007-2010. Démarche de développement durable dans la santé publique, Ottawa, 2006

La plupart des acteurs du système de santé, mais aussi tous ceux qui œuvrent en matière de développement durable, ont un rôle à jouer dans la PPS. Celui des acteurs privés tels que médecins et pharmaciens est indiscutable, mais l'État ne peut faire fi de sa responsabilité et doit assumer son rôle central.

D La promotion de la santé: est-elle efficace?



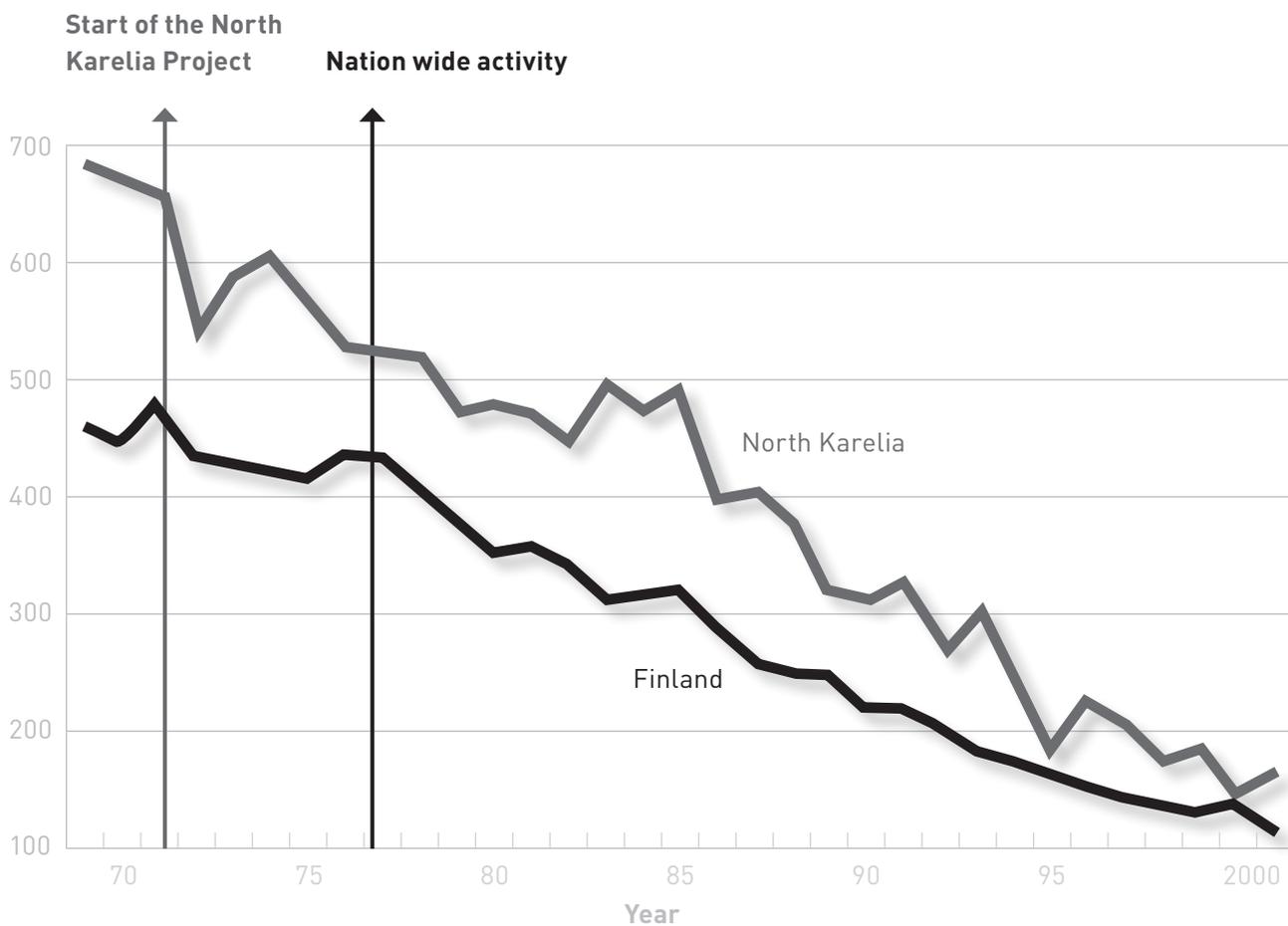
MIX & REMIX

De nombreux exemples de réussites bien documentés existent en matière de PPS. L'action poursuivie contre la mortalité cardio-vasculaire en Carélie du Nord est un bon exemple. Le projet de PPS pour cette région de Finlande a été lancé par l'OMS en 1972. Il visait à réduire un taux extraordinairement élevé de mortalité cardio-vasculaire. Une intervention multidimensionnelle de PPS a ainsi été conçue. Elle impliquait les différents acteurs et un plan d'action complété par des mesures législatives, des politiques publiques adéquates et une évaluation extensive. Les résultats, après 25 ans d'application de ce plan, étendu dès 1977 à tout le pays, sont probants. Le taux de tabagisme a baissé de près de moitié tandis que les changements des habitudes alimentaires ont conduit à une diminution du cholestérol, à la maîtrise de la haute pression artérielle et à l'accroissement du temps consacré aux activités physiques. Ces résultats se sont traduits par une amélioration impressionnante en matière de taux de mortalité et par un gain de l'espérance de vie (jusqu'à 7 ans) (voir graphique page 14). Après 10 ans, un plateau

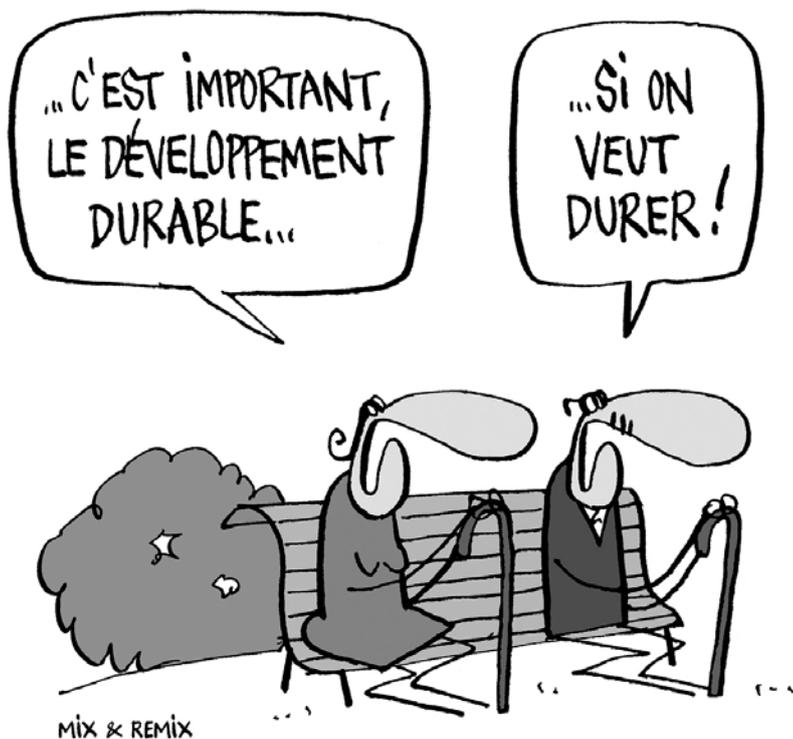
a été observé ce qui aurait pu inciter à mettre fin au projet. En fait, le projet ayant été poursuivi, il a conduit à des changements alimentaires importants qui ont fortement contribué à la reprise spectaculaire des améliorations. Ce qui prouve qu'en matière de PPS, une action sur le long terme est essentielle.

Un grand nombre d'interventions de PPS a déjà démontré son efficacité, même s'il faut parfois attendre pour cela un laps de temps relativement long. Des données probantes en quantité de plus en plus significative nous indiquent maintenant quelles sont les actions les plus efficaces.

Taux de mortalité ajustés selon l'âge pour les maladies cardio-vasculaires des hommes de 35 à 64 ans en Carélie du Nord et à l'ensemble de la Finlande de 1969 à 2001 (Puska, 2002)
(unité de l'axe des ordonnées: mortalité pour 100 000 personnes)



E La promotion de la santé, est-elle rentable?



La PPS ne représente qu'un **pourcentage marginal** des coûts totaux du système de santé qui s'élève à 2,2% pour la Suisse alors que la moyenne des pays de l'OCDE est de 2,7%. Et si on ne prend en compte que les dépenses en PPS des services des différents échelons étatiques, celles-ci ne représentent que 0,85% (404,2 mio CHF en 2002) des coûts totaux du système de santé. Un chiffre à mettre en balance avec les 20 milliards de dépenses qu'entraînent chaque année les différents comportements à risque, un coût que des mesures préventives peuvent réduire.

Il existe toutefois des obstacles à la comparaison directe entre ces divers montants et à la comptabilisation, à court terme, du potentiel de réduction des coûts de santé induit par la PPS. Le financement de la PPS doit donc faire face à de sérieux handicaps dont les plus importants sont:

- **l'identification des bénéficiaires de la prévention** liée à la complexité des différentes interactions;

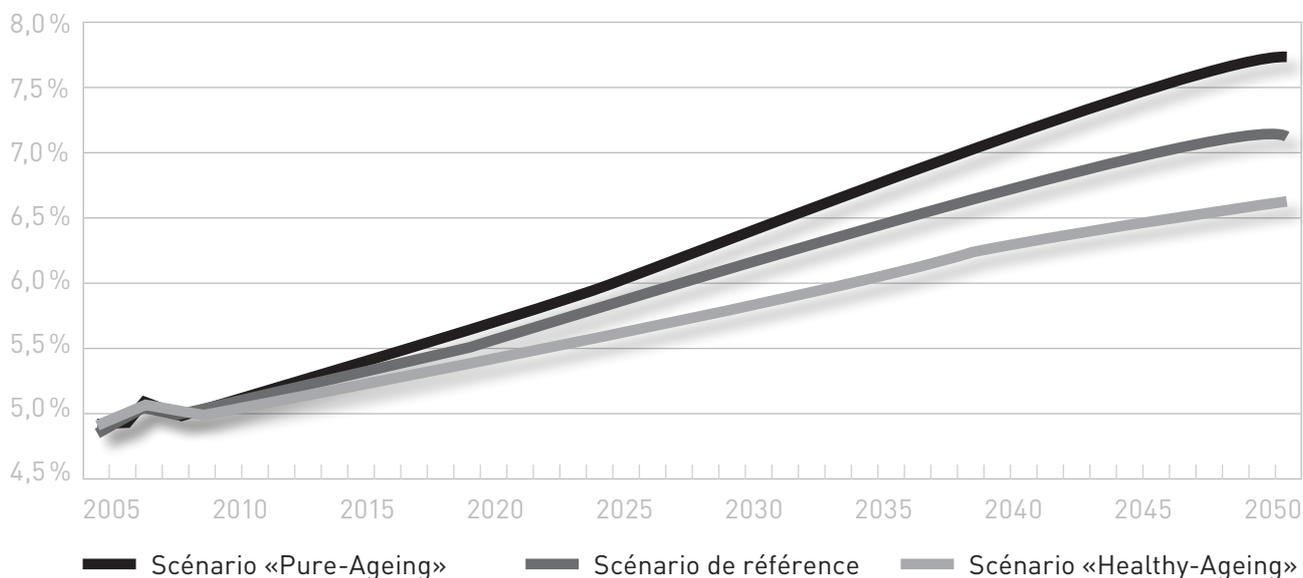
- **les coûts immédiats et des bénéfices différés.**

Ils sont caractérisés par le décalage, souvent à long terme, entre l'intervention de mesures PPS et leurs résultats ainsi que par le fait que les financeurs et les bénéficiaires ne sont pas nécessairement les mêmes.

Deux études récentes sur l'évolution, à long terme, des coûts dans le système de santé, l'une de l'Observatoire suisse de la santé et l'autre de l'Administration fédérale des finances (AFF) arrivent à des conclusions identiques et leurs projections indiquent clairement quel rôle les mesures de PPS pourraient jouer pour freiner l'évolution des coûts des soins de longue durée. Etant donné qu'une grande partie des coûts est supportée par les finances publiques, cette évolution a des conséquences considérables sur les charges financières supplémentaires auxquelles les collectivités publiques doivent s'attendre.

Evolution des dépenses sanitaires des pouvoirs publics en % du PIB (2005–2050)

BAG, Erläuternder Bericht zum Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung, 2008, S. 68



Les investissements dans la PPS améliorent l'état de santé et la qualité de vie des individus. Ils permettent de préserver l'autonomie des personnes âgées, d'éviter ou de retarder la dépendance aux soins, et conduisent à une utilisation plus différenciée des prestations de santé, ce qui, à long terme, contribue à freiner l'augmentation des coûts du système de santé.

L'autre aspect économique important concerne le véritable bénéficiaire de la PPS. Une **différenciation existe-t-elle entre celui qui la finance et celui qui en bénéficie?** Afin d'y répondre, une synthèse sur l'évaluation économique de la PPS réalisée au Canada en 2004, s'est focalisée sur cinq interventions représentatives de PPS:

- la vaccination des nourrissons et des préadolescents contre la varicelle;
- le dépistage du cancer colorectal;
- les programmes d'échange de seringues;
- la fluoruration de l'eau dans les collectivités;
- les services de garde et les programmes préscolaires.

Toutes les interventions étudiées se traduisent par un bénéfice net pour la société. Le programme d'échange de seringues et la fluoruration de l'eau sont aussi **rentables du point de vue du payeur**. Les autres interventions ne le sont pas (sauf lorsqu'il s'agissait de la vaccination contre la varicelle des enfants de moins de dix ans). Il s'agit, cependant, d'**investissements sensés en termes de santé**.

Une autre évaluation économique de programmes centraux de PPS a été menée en Australie de 1971 à 2000. Elle concernait des programmes de lutte contre le tabagisme, de prévention des maladies cardio-vasculaires et de prévention des accidents de la route. Elle a abouti à des résultats convergents avec l'étude canadienne, qui se traduit par un bénéfice net pour la société. Ces résultats rendent parfaitement pertinents les investissements publics dans la prévention et indiquent, pour les programmes de lutte contre le tabagisme, un très bon retour sur investissement.

Cette étude a servi de modèle pour la première recherche/synthèse d'envergure réalisée en Suisse en matière d'évaluation économique de la PPS. Il s'agissait d'une étude commanditée par la Confédération en lien avec le projet de loi fédérale sur la prévention. En voici les principaux résultats présentés en mars 2010:

- pour les programmes publics de prévention des accidents de la route, le retour sur investissement (ratio bénéfice-coût) est de 9 francs pour tout franc investi par la société dans son ensemble. Toutefois, si on examine de manière plus précise la contribution spécifique de certains programmes de PPS, on trouve des ratios encore plus favorables: 16 francs pour la promotion des casques de vélos, et un exceptionnel 101 francs pour le port de la ceinture de sécurité. Le rôle crucial joué par ce dernier élément dans la diminution des victimes de la route est un exemple instructif de la synergie positive qui existe souvent entre différents facteurs de prévention: progrès et règles techniques (invention de ceintures perfectionnées, obligation d'en équiper les nouvelles voitures), lois imposant un nouveau comportement (obligation de porter la ceinture), contrôles de la police veillant au respect de la loi, amélioration de la formation des conducteurs et programmes d'information réguliers. La forte opposition politique initiale à l'obligation de porter la ceinture paraît d'autant plus étrange aujourd'hui, si l'on songe à l'impact déterminant de cette mesure et au fait que boucler sa ceinture en voiture paraît désormais un geste naturel pour la plupart des usagers;
- pour les programmes de prévention de la consommation excessive d'alcool, le retour sur investissement pour la société est de 23 francs;
- pour les programmes de prévention du tabagisme, le retour sur investissement pour la société est de 41 francs;
- il n'a pas été possible de procéder à une analyse coûts-bénéfices de la prévention de l'obésité parce que les données relatives disponibles en Suisse ne le permettaient pas. Concernant ce volet, remarquons ici qu'une autre étude, menée en 2009 auprès des assurés de la caisse-maladie CSS, a conclu qu'entre 7 et 20% des dépenses totales de santé peuvent être attribuées au surpoids et à l'obésité. En plus, ces dépenses évoluent 2 à 4 fois plus rapidement que les dépenses totales de santé.

Comme le soulignent les auteurs dans leurs conclusions, cette recherche a prouvé que, dans les domaines précités, **les mesures publiques de préven-**

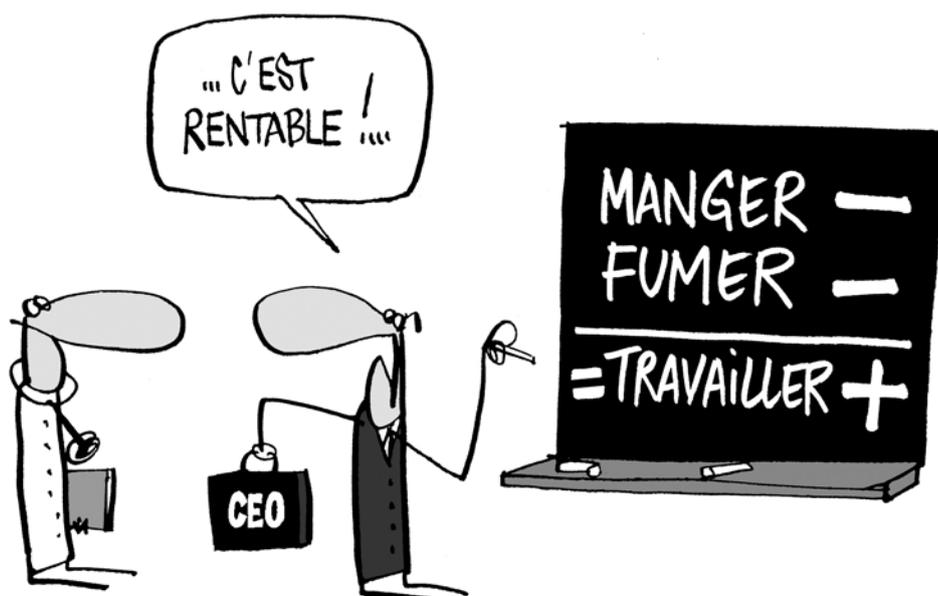
tion introduites en Suisse ont été efficaces et ont constitué un bon investissement. Ces mesures ont entraîné une diminution substantielle de la morbidité, de la mortalité prématurée et de la souffrance humaine connexe. Les bénéfices pour la population ont été considérablement supérieurs aux coûts de la prévention pour le contribuable.

L'addition des coûts sociaux engendrés par tous les accidents ou maladies que l'on peut prévenir permet aussi de réaliser une projection sur le potentiel d'économies que peut avoir la PPS en Suisse. Pour l'année 2003, on arrive à un total de 73,6 milliards de francs (dont plus de 15 milliards pour les seuls coûts directs ce qui correspond à environ 24% des coûts de santé de l'année de référence). Au delà de la seule prévention, des actions de promotion de la santé agissant en dehors du secteur sanitaire nous laissent entrevoir des économies potentielles encore plus conséquentes. Bien que peu d'études aient été encore menées dans cette direction, les premiers acquis des évaluations d'impact sur la santé nous fournissent déjà quelques indications intéressantes (voir section G).

De manière générale, les données probantes disponibles confirment que les résultats des mesures de PPS, en fonction d'analyses coûts-bénéfices, se traduisent en principe par des **gains pour la société dans son ensemble.**

Les dépenses consenties en matière de PPS sont très souvent des investissements rentables (voire très rentables) pour l'ensemble de la société et, selon les cas, permettent au payeur de réaliser des économies.

F La promotion de la santé: est-elle bonne pour l'économie?



L'état de santé de la population a une influence non négligeable sur la situation économique d'un pays. Conjointement avec le niveau de formation, l'état de santé stimule l'accumulation et la sollicitation du savoir, des capacités et des expériences d'une population. Une amélioration de la santé de la population freine l'augmentation des dépenses de santé et accroît le potentiel de production des personnes en rallongeant l'espérance de vie en bonne santé et en optimisant le taux d'occupation des postes de travail. Des conséquences positives sur l'économie sont, à long terme, prévisibles.

Dans le milieu du travail, des investissements dans les déterminants socio-économiques de la santé des employés et des changements dans les conditions et l'organisation du travail procurent des bénéfices aux employés et aux employeurs. Plusieurs expériences étudiées en Amérique du Nord le démontrent.

La mise sur pied d'un système de crèches et garderies par les entreprises, par exemple, contribue à diminuer le stress des employés partagés entre leurs obligations professionnelles et familiales. Des résultats convaincants ont aussi été observés dans des entreprises d'une certaine taille qui ont adopté,

en leur sein, des programmes ergonomiques ou encore de promotion de l'activité physique et du bien-être. Selon le Bureau fédéral de la santé au travail américain, de tels projets permettent de réaliser des économies substantielles en diminuant l'absentéisme jusqu'à 75% et en réalisant des retours sur investissements importants. Une évaluation réalisée sur les programmes de promotion de l'activité physique et du bien-être de six grandes entreprises américaines indique que pour un dollar dépensé, entre 2,74 et 5,96 dollars sont épargnés.

Une étude récente a évalué l'impact d'un programme intégré d'amélioration de la santé en comparant les employés concernés avec deux groupes d'employés similaires, mais qui n'ont pas bénéficié d'un programme analogue. L'impact du programme intégré est significatif et des résultats très positifs ont été obtenus, comme la diminution du nombre d'employés souffrant d'obésité et présentant un taux élevé de cholestérol. La consommation à risque d'alcool et le tabagisme ont aussi diminué, une meilleure gestion de la haute pression artérielle et du stress a été observée ainsi qu'une amélioration du régime alimentaire et une augmentation de l'exercice physique.

Les données probantes montrent que bonne santé de la population et bonnes affaires vont ensemble («good health is good business»). La bonne gestion de la santé en entreprise permet de diminuer les coûts de l'absentéisme de manière significative. Elle a aussi comme conséquence positive une amélioration de l'image de l'entreprise. Ne serait-ce donc que pour des raisons purement économiques, les employeurs auraient intérêt à promouvoir la santé de leurs employés.

G La promotion de la santé dans toutes les politiques publiques: plaider pour les évaluations d'impact sur la santé



Il s'agit d'identifier comment les actions de développement d'une société, notamment ses différentes politiques publiques, induisent des modifications non intentionnelles sur les déterminants de la santé et quels sont les changements potentiels sur l'état sanitaire des populations qui en résultent.

L'évaluation d'impact sur la santé (EIS) est une **combinaison de procédures, méthodes et outils** par laquelle une politique, un programme ou un projet peuvent être jugés selon leurs effets potentiels sur la santé (directs ou indirects, positifs ou négatifs) et leur distribution au sein de la population.

En examinant comment certaines actions peuvent affecter les **déterminants de la santé**, l'EIS vise à identifier les impacts potentiels des politiques publiques. Son but est d'améliorer leur qualité en introduisant dans le processus de décision la prise en considération de la protection et de la promotion de la santé. Ses recommandations se doivent d'être

techniquement fiables, socialement acceptables et économiquement faisables.

L'EIS est utilisée dans le cadre de projets, programmes ou encore de politiques situés le plus souvent en dehors du champ sanitaire. Elle est un outil qui sert:

- d'aide à la décision. L'EIS offre la possibilité de minimiser les impacts négatifs et de renforcer les effets positifs sur la santé avant que le processus décisionnel ne soit terminé;
- à mieux informer les décideurs et planificateurs;
- à améliorer la transparence du processus décisionnel vis-à-vis du public.

Elle propose une manière novatrice d'introduire, lors de la planification et la réalisation d'actions publiques, la promotion de la santé au service de toute la société. Le travail réalisé en 2007 par l'Observatoire européen de la santé avec le concours de l'OMS en a apporté la

preuve. Associer l'EIS à une politique publique apporte une valeur ajoutée de plusieurs façons:

- en promouvant une approche multisectorielle, transversale et systémique. Elle permet une plus grande cohérence ainsi qu'une efficacité et efficience des politiques publiques;
- en permettant une pesée des intérêts fondée sur des éléments objectifs ainsi qu'une prise en compte des besoins des populations vulnérables ou défavorisées. De la sorte, espère-t-on influencer de manière conséquente sur la prévalence de certaines pathologies et avoir un meilleur ciblage des ressources engagées au niveau de l'action publique;
- en améliorant la compréhension des enjeux stratégiques liés à la santé et en tenant compte des convergences entre développement durable et promotion de la santé lors de la conception, de l'application et de l'évaluation des politiques publiques.

Davantage d'informations sont disponibles sur le site de la plate-forme suisse EIS à l'adresse www.impactssante.ch.

L'évaluation d'impact sur la santé (EIS) nous procure un outil d'aide à la décision apte à agir à la source pour améliorer la santé de la population et pour développer des politiques publiques favorables à la santé. Elle constitue ainsi une façon économique pour faire de la PPS efficace.

H Cas illustratif: promouvoir l'activité physique



L'«épidémie d'obésité», comme la nomment les médias, constitue un des périls les plus importants qui préoccupent les autorités sanitaires des pays développés. L'obésité n'est pas une maladie en soi, mais, comme l'hypertension, avec laquelle elle est intimement liée, elle est à l'origine d'une multitude de problèmes de santé graves: maladies cardio-vasculaires, diabète, co-morbidité (obésité associée à d'autres maladies), exclusion sociale et dépression. Le surpoids et l'obésité, lorsqu'ils ne sont pas dus à un dysfonctionnement hormonal, résultent d'un excès de l'énergie reçue sous forme de nourriture par rapport à l'énergie dépensée par l'activité physique. Promouvoir une alimentation équilibrée et une activité physique suffisante sont donc les principales armes de la PPS pour **favoriser un poids corporel sain**. La relation positive entre activité physique et

amélioration de l'état de santé d'une population est largement établie. Elle favorise principalement:

- la diminution des risques de maladie cardio-vasculaire et d'infarctus, de diabète de type II, de cancer du côlon ainsi que d'ostéoporose;
- le maintien ou l'augmentation de la force et de la masse musculaire, de la flexibilité et de la densité osseuse, la réduction des graisses corporelles et du risque de chutes parmi les personnes âgées;
- l'amélioration de la santé mentale, la lutte contre les symptômes de dépression et d'anxiété, l'amélioration des compétences sociales et de l'estime de soi.

L'obésité est donc créée ou favorisée par une mauvaise alimentation et un mode de vie sédentaire. Au-delà de cette relation apparemment simple, il existe des interactions complexes entre les facteurs génétiques, environnementaux et comportementaux sous-jacents. Des données probantes existantes suggèrent que l'environnement construit, qui constitue notre cadre de vie moderne, influence l'alimentation et l'activité physique. En fait, la manière avec laquelle nous planifions notre **environnement urbain** et nous offrons l'accès à l'environnement naturel peut être d'un grand encouragement, ou, au contraire, se révéler être un frein redoutable à l'activité physique. D'autres barrières sont liées à l'**environnement social**. Parmi les personnes qui souffrent le plus des effets négatifs de l'obésité sur la santé, beaucoup appartiennent aux catégories les plus pauvres ou sont socialement défavorisées.

Inciter la population à faire du sport à l'aide de campagnes d'information est insuffisant. Aborder les besoins de tous les citoyens dans leurs différents cadres, au quotidien, est un pré-requis pour assurer une promotion de l'activité physique globale. Ainsi, des décisions prises concernant les politiques publiques peuvent s'avérer particulièrement efficaces pour encourager l'activité physique sur le long terme en faisant d'elle un **choix facilité et personnel du citoyen**.

Plusieurs études et réalisations, notamment dans les pays du nord de l'Europe, ont prouvé que des mesures de modération du trafic en ville ainsi que des changements dans les infrastructures augmentent les déplacements à pied et à vélo.

- Un des principaux obstacles à cette pratique est le nombre d'accidents parfois fatals résultant d'un trafic motorisé important. De nombreuses études montrent que les enfants disposant, dans leur voisinage, de trottoirs, de pistes cyclables et de croisements sécurisés sont davantage actifs physiquement, notamment en se rendant à l'école à pied ou à vélo, que ceux soumis au danger d'un flux important de trafic.
- Lorsque la mixité du voisinage est assurée par la présence de magasins, écoles, lieux de travail et autres destinations à proximité du domicile, les gens sont plus enclins à marcher. Selon une étude, les habitants de tels quartiers présentent, vis-à-vis de l'obésité, un risque inférieur (-35%) que les habitants d'autres quartiers.
- L'environnement social joue également un rôle, au travers notamment du statut socio-économique. Les personnes à faibles revenus ont moins de temps libre et moins de possibilités d'accès aux équipements et infrastructures. Ils sont moins enclins à faire du sport et font face à des risques plus élevés. Par exemple, davantage d'enfants sont blessés par le trafic en jouant dans la rue dans les quartiers plus pauvres, souvent par manque d'espaces de jeux appropriés.
- Créer ou améliorer les endroits où l'on peut faire de l'exercice physique peut aboutir à augmenter de plus de 25% la part de la population qui est physiquement active au moins 3 fois par semaine, surtout si ces actions sont coordonnées avec la distribution d'informations sur les bienfaits d'être ou de rester actif.

Des interventions simultanées, permettant de lutter contre la sédentarité, combinées à des modifications générales de l'environnement construit s'avèrent être les plus efficaces.

La sédentarité influe considérablement sur les **dépenses sanitaires**. L'augmentation de l'obésité et des maladies chroniques qui lui sont associées menace d'annihiler certains gains de santé obtenus depuis

plus de 3 générations, malgré la croissance exceptionnelle des dépenses consacrées au système des soins:

- Aux Etats-Unis, en l'an 2000, les coûts médicaux associés à l'inactivité physique étaient estimés à 76 milliards \$US et les coûts totaux dus à l'obésité à 117 milliards \$US. Les Canadiens évaluent à 4,3 milliards \$CAN par an les dépenses équivalentes pour leur pays.
- En Australie, les coûts cumulés de 6 interventions de PPS étaient estimés à 940 millions \$AUS. Les économies attendues à cause de la diminution des coûts de traitement des maladies liées au manque d'activité physique dépassaient les 1400 millions \$AUS.
- En Suisse, la sédentarité provoque chaque année au moins 2900 décès prématurés, 2,1 millions de cas de maladies et des frais de traitement directs d'un montant de 2,4 milliards CHF.
- Ces résultats montrent la nécessité d'inverser la tendance en investissant dans la PPS, sachant que les personnes actives physiquement présentent en moyenne des coûts médicaux directs moins élevés, un taux d'absentéisme plus bas et une productivité accrue.

Promouvoir l'activité physique est une nécessité pour lutter contre une grave menace sanitaire actuelle: l'explosion de l'obésité et du surpoids. La sédentarité grève lourdement les coûts de la santé, mais pèse aussi sur la productivité des entreprises. Lutter efficacement contre la sédentarité implique une stratégie globale et des mesures intégrées, notamment en adaptant en conséquence notre environnement urbain et en accordant une attention particulière aux questions d'inégalités sociales de santé.

I Le mot de la fin

Influencer l'attitude des citoyens à l'égard de leur santé, est-ce bien la mission de l'Etat? Les différentes politiques de ce dernier agissent de toute façon sur les déterminants de la santé. Il vaut donc mieux «prévenir que guérir» en évaluant ex ante l'impact de ces changements et en essayant de maximiser les bénéfices et minimiser les méfaits sur la santé par une conception de politiques favorables à la santé permettant d'améliorer l'environnement physique et socio-économique de tout citoyen.

Les actions étatiques de PPS, à des fins de protection sanitaire, vont jusqu'à imposer certaines limitations de liberté individuelle ou économique. Les éventuels conflits d'intérêts pouvant ainsi surgir doivent être abordés et examinés de manière franche et transparente, ménageant les aspirations fondamentales des uns et la protection optimale des autres. Que l'on parvienne à un consensus satisfaisant les différentes parties ou que l'on appelle à l'arbitrage des décideurs politiques ou du peuple, il est indispensable de documenter de manière experte et impartiale les impacts potentiels de toutes les décisions influant sur la santé.

La question des inégalités en matière de santé occupe une place prépondérante en PPS. Plus une société est inégale, plus sa santé générale est mauvaise et ses problèmes sociaux importants. Bien que les inégalités agissent principalement sur les personnes défavorisées, leurs effets sont visibles sur pratiquement tous les groupes, réduisant ainsi leur niveau de bien-être.

La PPS et l'économie d'un pays ou d'une entreprise ont des intérêts convergents, ce qui facilite encore plus l'action vers un développement durable. La plupart des mesures de PPS présentent un rapport très favorable bénéfice-coût ou retour sur investissement. La fascination que draine la sphère de l'économie ne doit cependant pas entraîner une fixation sur les seules données de rentabilité économique, comme le suggèrent les auteurs de l'étude canadienne de synthèse sur l'évaluation économique de PPS:

«Bien que les données relatives à l'évaluation économique apportent une contribution utile aux déci-

deurs politiques, nous ne recommandons pas d'en faire un pré-requis à l'action politique. Exiger des preuves économiques pour toute prise de décision retarderait à court terme la mise en place de programmes préventifs dont les effets sur la santé d'une grande population ont été démontrés et qui n'ont pas encore fait l'objet d'une évaluation économique. Plus important encore, à long terme, cette exigence serait discriminatoire envers la promotion de la santé, la protection de la santé et les interventions relatives aux politiques publiques favorables à la santé dont les coûts et les conséquences sont souvent difficiles à mesurer de façon crédible parce qu'ils concernent de multiples domaines sociaux et de santé.»

(Goldsmith)

J Références bibliographiques

- Agence de santé publique du Canada. *Stratégie de développement durable 2007–2010; Démarche de développement durable dans la santé publique*. Ottawa, 2006.
- Applied Economics, Abelson P. et al. *Returns on Investment in Public Health: An Epidemiological and Economic Analysis*. Department of Health and Aged Care, Australia, 2003.
- Aytur S. et al. *Promoting Active Community Environments through Land Use and Transportation Planning*. American Journal of Health Promotion, 21 (4S): 397–407, March/April 2007.
- Barton H., Tsourou C. *Urbanisme et santé. Un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants*. Organisation Mondiale de la Santé – Bureau régional pour l'Europe, Copenhague, 2004.
- Bauman A.E. *Updating the evidence that physical activity is good for health – an epidemiological review 2000–2003*. Journal of Science and Medicine in Sport; 7 (1): Supplement 6–19, 2004.
- Bennett G. et al. *Safe to Walk? Neighborhood Safety and Physical Activity Among Public Housing Residents*. Public Library of Science Medicine, 4 (10): 1599–606, October 2007.
- Breslow L. *From Disease Prevention to Health Promotion*. Journal of American Medical Association, March 17, 1999; 281 (11): 1030–1033 JAMA.
- CDC. *The Guide to Community Preventive Services: What Works to Promote Health?* United States Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, 2002. www.thecommunityguide.org/library/book.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Preventing Obesity and Chronic Diseases Through Good Nutrition and Physical Activity*. US Department of Health and Human Services, 2009. www.cdc.gov/nccdphp/publications/factsheets/Prevention/obesity.htm.
- Cobiac L.J., Vos T., Barendregt J.J. *Cost-Effectiveness of Interventions to Promote Physical Activity: A Modelling Study*. PLoS Med 6 (7): e1000110; doi: 10.1371/journal.pmed.1000110.
- Comité régional franco-genevois. *Projet d'agglomération franco-valdo-genevois; Cahier annexe no 6, Evaluation d'impact sur la santé*. CRFG, Genève, décembre 2007.
- Confédération Suisse. *Constitution fédérale de la Suisse du 18 avril 1999 (RS 1)*. www.admin.ch/ch/f/rs/101/index.html.
- Corless J., Ohland G. *Caught in the crosswalk: pedestrian safety in California*. San Francisco, Surface Transportation Policy Project, 1999.
- Dahlgren G. *Intersectoral Action for Health*. European Health Policy Conference «Opportunities for the future», Vol. 11, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1995.
- Davison K., Lawson C. *Do Attributes in the Physical Environment Influence Children's Physical Activity? A Review of the Literature*. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 3 (19), 2006.
- Département fédéral de l'intérieur – Office fédéral des assurances sociales (DFI-OFAS). *Prévention et promotion de la santé [dossier]*. Sécurité sociale: CHSS 2008; (6): 325–359, Berne, 2008.
- Département fédéral de l'intérieur (DFI-OFSP). *Prévention et promotion de la santé en Suisse; Rapport répondant aux postulats Humbel Näf et CSSS-CE*. Berne, 2007.
- Bundesamt für Gesundheit, *Erläuternder Bericht zum Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung*, 2008.
- Domenighetti G., Casabianca A., Villaret M., Wietlisbach V., Gutzwiller F., Paccaud F. *Prévention des maladies cardio-vasculaires; première évaluation du programme du canton du Tessin (1984–1989)*. Cahiers médico-sociaux, 1991, 35, 293–309, Genève, 1991.
- Edwards P., Tsouros A. *Promoting physical activity and active living in urban environments: the role of local governments*. World Health Organization, Copenhagen, 2006.
- Federal Occupational Health. *Investment Benefits of an Ergonomics Program*. <http://foh.dhhs.gov/Public/factsheets/Ergoinvestments.pdf>.

- Frank L.D., Engelke P. *How Land Use and Transportation Systems Impact Public Health: a Literature Review of the Relationship Between Physical Activity and Built Form*. Atlanta Centers for Disease Control and Prevention, 2000. www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/pdf/aces-workingpaper1.pdf.
- Giles-Corti B., Donovan R. *The Relative Influence of Individual, Social, and Physical Environment Determinants of Physical Activity*. *Social Science and Medicine*, 54 (12): 1793–1812, June 2002.
- Goldsmith L.J., Hutchison B., Hurley J. *L'évaluation économique appliquée aux quatre volets de la prévention: une perspective canadienne*, Centre for Health Economics and Policy Analysis, McMaster University, Ottawa, 2004.
- Gordon-Larsen P. et al. *Inequality in the Built Environment Underlies Key Health Disparities in Physical Activity and Obesity*. *Pediatrics*, 117: 417–424, 2006.
- Handy S. et al. *How the built environment affects physical activity: views from urban planning*. *American Journal of Preventive Medicine*, 2002, 23 (Suppl): 64–73.
- ICMA. *Active Living and Social Equity: Creating Healthy Communities for All Residents. A Guide for Local Governments*. International City/County Management Association, Washington DC, 2005.
- IUPES. *La Charte de promotion de la santé de Bangkok*. 6^e Conférence internationale de promotion de la santé, Bangkok, 2005.
- Jonsen A.R. *Bentham in a box: technology assessment and health care allocation*. *Law, Medicine and Health Care* 14: 172–174, 1986.
- Kickbusch I., McCann W., Sherbon T. *Adelaide revisited: from healthy public policy to Health in All Policies*. *Health Promotion International*, 2008; 23 (1): 1–4.
- Lalonde M. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Ministère de la Santé et du Bien-être, Ottawa, 1974.
- Loeppke R., Nicholson S., Taitel M., Sweeney M., Haufle V., Kessler R.C. *The impact of an integrated population health enhancement and disease management program on employee health risk, health conditions, and productivity*. *Population Health Management* 2008; 11 (6): 287–296.
- Lopez-Zetina J., Lee H., Friis R. *The Link Between Obesity and the Built Environment. Evidence from an Ecological Analysis of Obesity and Vehicle Miles of Travel in California*. *Health & Place*, 12 (4): 656–664, December 2006.
- Marques-Vidal P. *Evaluation des données des assurés de l'assurance CSS sur les prévalences des personnes traitées et les coûts des maladies liées au surpoids et à l'obésité en Suisse*. Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive, Lausanne, 2009.
- McCann B. *Designing for Active Transportation*. Active Living Research, San Diego, February 2005. www.activelivingresearch.org.
- McNeill L., Kreuter M., Subramanian S. *Social environment and physical activity: a review of concepts and evidence*. *Social Science and Medicine*, 63: 1011–1022, 2006.
- Molner B. et al. *Unsafe to play? Neighborhood disorder and lack of safety predict reduced physical activity among urban children and adolescents*. *American Journal of Health Promotion*, 18 (5): 378–386, May 2004.
- Muller-Riemenschneider F., Reinhold T., Willich S.N. *Cost-effectiveness of interventions promoting physical activity*. *British Journal of Sports Medicine*; 43 (1): 70–76, 2009.
- Munro D. *The Case for Business Action on the Socio-Economic Determinants of Health*. The Conference Board of Canada, Ottawa, 2008.
- Nutbeam D. *Health promotion glossary*. WHO & Health Promotion International, V 0113. no. 4., Oxford University Press, 1998.
- Office fédéral de la santé publique (OFSP). *Etude comparative des coûts sociaux de principaux déterminants de morbidité et mortalité évitables en Suisse*. OFSP, Berne 2004.
- Office fédéral du sport (OFSP) et al. *Activité physique et santé. Document de base*. Editeur: OFSPO, 2006.
- Oldenburg B.F., Harper T.A. *Investing in the future: prevention a priority at last*. *Medical Journal of Australia*, Volume 189 No 5, 2008.
- OMS. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Organisation Mondiale de la santé et Santé et Bien-être Canada, Ottawa, 1986.

- OMS. *Prévention des maladies chroniques: un investissement vital*. Organisation Mondiale de la Santé, Genève. www.who.int/chp/chronic_disease_report/en.
- O'Neill M. (sous la direction de). *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, Les Presses de l'Université Laval, Québec, 2006.
- ONU, Convention des Nations Unies sur les droits économiques, sociaux et culturels, 1966. www2.ohchr.org/french/law/cescr.htm.
- Pratt M., Macera C., Wang G. *Higher direct medical costs associated with physical inactivity*. *The Physician and Sportsmedicine*, 28: 63-70, 2000.
- Pucher J. *Urban transport in Germany. Providing feasible alternatives to the car*. *Transport Reviews*, 1998, 18: 285-310.
- Puska P. *Successful prevention of non-communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia project in Finland*. *Public Health Medicine*, 4 (1), 5-7, 2002.
- Racioppi F. et al. *Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2004.
- Rush E. (ed.). *400 concepts de santé publique et de promotion de la santé*. Université de Paris VII, Département de Santé Publique, Paris, 2003.
- Scott-Samuel A. *Health Impact Assessment - theory into practice*. *Journal of Epidemiology Community Health*, 52, 704-705, 1998.
- Simos J., Bury J. *Vers une politique cantonale de prévention et de promotion de la santé*. Département de l'économie et de la santé, Genève, 2003.
- UC Berkeley Traffic Safety Center Evaluation. *Walking and Biking to School. Making it Safe*. Online Newsletter of the UC Berkeley Traffic Center, 3 (4), Winter 2006-2007. www.tsc.berkeley.edu/newsletter/winter2006-07/safetoschool.html.
- US Surgeon General. *Physical activity and health: a report of the Surgeon General*. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 1996.
- Van Lenthe F., Brug J., Mackenbach J. *Neighbourhood inequalities in physical inactivity: the role of neighbourhood attractiveness, proximity to local facilities and safety in the Netherlands*. *Social Science and Medicine*, 60: 763-775, 2005.
- Wakefield J. *Fighting obesity through the built environment*. *Environmental Health Perspectives*, 112:616-618, 2004.
- WHO. *Guide to identifying the Economic Consequences of Disease and Injury*. Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 2009.
- WHO. *Physical activity and health in Europe: evidence for action*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2006.
- WHO Regional Office for Europe. *Health Impact Assessment: main concepts and suggested approach (Gothenburg consensus paper)*. European Centre for Health Policy, Copenhagen, 1999.
- WHO. *Second International Conference on Health Promotion. Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy, 1988*. www.who.int/hpr/archive/docs/adelaide.html.
- Wieser S., Jeanrenaud C. et al. *Economic evaluation of prevention measures in Switzerland*, Winterthur Institute of Health Economics WIG (Zurich University of Applied Sciences Winterthur) & Institut de recherches économiques IRENE (University of Neuchâtel). Rapport mandaté par l'Office fédéral de la santé publique, Berne, 2010.
- Wilkinson R. *Sociétés dysfonctionnelles: pourquoi l'inégalité importe*. 11^e Conférence nationale sur la promotion de la santé, Pfäffikon, 2009. www.iuhpeconference.net/pages/downloads/index.php?lang=f.
- Wilkinson R., Marmot M. (ed.). *The Solid Facts; Social Determinants of Health*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2003.
- Wismar M. et al. *The Effectiveness of Health Impact Assessment: Scope and Limitations of Supporting Decision-making in Europe*. Copenhagen, WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2007.
- Site Internet de la Plateforme suisse sur l'Évaluation d'Impact sur la Santé (EIS): www.impactsante.ch.

Dufourstrasse 30, Postfach 311, CH-3000 Bern 6
Tel. +41 (0)31 350 04 04, Fax +41 (0)31 368 17 00
office.bern@promotionsante.ch

Avenue de la Gare 52, CH-1003 Lausanne
Tél. +41 (0)21 345 15 15, Fax +41 (0)21 345 15 45
office.lausanne@promotionsante.ch

www.gesundheitsfoerderung.ch
www.promotionsante.ch
www.promozionesalute.ch