

L'EDI aux temps d'un chaos orchestré ou le risque d'un effet domino

PR PATRICK BODENMANN, DRE MELLISSA DOMINICÉ DAO, DRE SARA ARSEVER, PR YVES JACKSON, PRE CAROLE CLAIR ET DR RAPHAËL BIZE

Rev Med Suisse 2025; 21: 828-9 | DOI: 10.53738/REVMED.2025.21.914.47247

Le 27 janvier 2025, le président américain signait un nouveau décret présidentiel lié au slogan «*Making America Healthy Again*» (rendre l'Amérique à nouveau saine) et ciblant l'usage des fonds fédéraux destinés à renforcer l'équité (décrite comme marxiste), soutenir la recherche sur la santé des personnes LGBTIQ+ et développer un monde plus écoresponsable. Nombre de décrets suivront, restreignant la liberté académique, les financements sanitaires et les collaborations internationales, et générant un tollé chez nos collègues outre-Atlantique.

Un mois plus tard, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) annonçait qu'en raison de coupes budgétaires, il renonçait à plusieurs programmes essentiels dont la prévention dans les soins de santé, la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) (y compris la campagne Love Life) et l'équité en santé.

Faut-il y voir un hasard de dates, une association aléatoire, ou doit-on envisager un lien de causalité? En recherche, un lien de causalité entre une exposition et un résultat est établi notamment s'il y a plausibilité (lien raisonnable entre l'exposition américaine et le résultat suisse), une temporalité (l'exposition américaine a précédé le résultat suisse), une relation «dose-réponse» (la force de l'exposition américaine causant le résultat suisse), et de la cohérence (même résultat si l'exposition est répétée à un autre moment et que le résultat qui en découle est le même ... suivons les décrets américains à venir et leur impact en Suisse). S'agit-il des premières pièces qui tombent dans le cadre d'un effet domino?

Que signifie cette attaque contre l'équité sanitaire mais aussi l'égalité, la diversité et l'inclusion (EDI) du gouvernement américain au niveau de la recherche mais aussi de l'enseignement de la médecine et des soins? Que signifie cet abandon par la Confédération de thématiques visant à implémenter des solutions auprès des populations les plus vulnérables et à risque d'iniquités par leur exposition accrue à des déterminants socioéconomiques, com-

merciaux, environnementaux et culturels défavorables à la santé?

Selon l'outil d'intelligence artificielle (Perplexity AI), le concept EDI vise à promouvoir des environnements respectueux et inclusifs où chaque individu est valorisé, indépendamment de ses caractéristiques. L'équité garantit un traitement juste, la diversité célèbre la richesse des identités, et l'inclusion assure que chacun participe pleinement. Ensemble, ils favorisent l'égalité, la cohésion sociale et une meilleure santé.

La décision de l'OFSP implique que les personnes considérées comme pauvres (8% de la population vivant en Suisse), celles appartenant aux groupes LGBTIQ+ (13%), ou encore celles racisées, porteuses d'un handicap ou d'autres caractéristiques sociales, n'auront plus l'appui de l'État dans le domaine de l'équité en santé. Est-ce bien raisonnable?

La fenêtre d'Overton est une métaphore utilisée pour désigner le champ des idées, opinions ou actions qui sont considérées comme acceptables dans une société. En enchaînant avec aplomb les décisions extrêmes, l'administration Trump sidère et contribue à déplacer cette fenêtre en rendant acceptables, auprès de l'opinion publique, des décisions qui auraient suscité de vives réactions auparavant. Méfions-nous de l'effet de contagion possible de cette normalisation de l'abandon de principes constitutifs des droits humains.

Revenons à l'acronyme qui fâche et poussons un peu plus loin.

1. E pour Évidences

L'OFSP -notamment au travers de son soutien et de son accompagnement des projets d'équité en santé au cours des dernières années, a été un acteur clé pour générer des données probantes sur les inégalités sociales de santé et les iniquités des soins en Suisse, dont voici quelques exemples:

- l'espérance de vie des hommes issus des quartiers aux conditions économiques

les plus défavorables est réduite de 4 ans et demi par rapport à celle des habitants des quartiers les plus favorisés.

- Le renoncement aux soins est 3 fois plus fréquent chez les femmes issues de la migration par rapport à celles qui ne le sont pas (6 fois plus chez les hommes).
- La consommation de fruits et légumes est réduite d'un tiers dans les foyers au niveau de formation les plus bas par rapport à ceux avec une formation plus avancée.

Pendant la pandémie, les habitants des quartiers défavorisés en Suisse ont eu moins accès aux tests de dépistage et la proportion de résultats positifs était plus élevée que dans les quartiers plus prospères. L'analyse de 2,5 millions de personnes infectées a montré que les 10% les plus pauvres ont été hospitalisés aux soins intensifs deux fois plus souvent (29 admissions pour 100 000 habitants) que les 10% les plus riches (13 pour 100 000 habitants) et le taux de mortalité était inversement corrélé au niveau socioéconomique. Parmi les explications retenues, une exposition accrue au travail (souvent impossibilité de faire du télétravail), davantage de contacts non protégés (sur les chantiers ou dans les usines), moins d'accès au dépistage et une moindre capacité de s'isoler à domicile en cas d'infection.

2. D pour Dépenses annoncées

L'interruption du soutien à la prévention dans les soins et notamment du VIH et des autres IST engendrera à terme des coûts et une pression supplémentaires sur notre système de santé. On peut donc s'inquiéter du manque de vision stratégique de cette décision.

3. I pour Iniquités, Incrédulité et ... Inclusivité!

Iniquités ... à venir

Ainsi, nous nous préparons à plus d'iniquités pour les patientes et patients issus de la diversité, des groupes sociaux minorisés, et de toutes celles et ceux exposés à des déterminants socioéco-

nomiques de la santé et de la maladie défavorables. Si l'effet domino se poursuit, il se pourrait que les financements pour certaines thématiques de recherche s'arrêtent, que certains thèmes d'enseignement en santé disparaissent et que la participation aux institutions de santé mondiale soit abolie comme vient de le proposer un parti largement représenté sous la Coupole fédérale; soyons vigilants afin d'éviter les écueils d'un système sanitaire en proie aux dérives idéologiques telles que promues outre-Atlantique.

Incrédulité

Le sentiment qui nous envahit est l'incrédulité, le doute, le scepticisme. Peut-être une forme de sidération, voire une blessure morale (*moral failure*) ou de la colère? Attention, si les actrices/acteurs du système de santé commencent à ne plus y croire (pénurie, burnout, etc.), tout le système est menacé. Au contraire, il convient de garder un cap fermement ancré dans les valeurs humanistes qui ont fait notre identité.

Inclusivité ... droit devant !

Notre perspective doit être une médecine encore plus inclusive telle que déjà

définie en 1942 dans le prestigieux *British Medical Journal*, puis reprise par le Pr Michael Marmot dans le Lancet dès les années 2000. Cette vision inclusive permet de répondre aux besoins:

- de santé de nos patient-e-s issu-e-s de la diversité, de la précarité ou encore des groupes sociaux minorisés.
- De formations adaptées aux réalités sociétales auxquelles feront face nos futur-e-s soignant-e-s.
- Des structures sanitaires qui s'effondreront sans l'engagement de la diversité dans ses différents corps de métier (40% de médecins en Suisse ont été formé-e-s à l'étranger).

Certains diront qu'il s'agit d'un nouveau «coup de gueule» des médecins académiques; non, il s'agit d'un signal d'alarme objectivé par les données de professionnel-le-s travaillant au quotidien avec des personnes issues de la diversité et qui requièrent davantage d'égalité, d'équité et d'inclusivité pour faire fructifier leur plein potentiel de santé. Les valeurs d'une société se mesurent au travers de ce qu'elle met en place pour les plus vulnérables. Il n'y aura pas de santé et de santé publique sans EDI. Ni aux États-Unis ni en Suisse.

PR PATRICK BODENMANN

Département vulnérabilités et médecine sociale
Unisanté
1011 Lausanne
patrick.bodenmann@unisante.ch

DRE MELISSA DOMINICÉ DAO, DRE SARA ARSEVER ET PR YVES JACKSON

Service de médecine de premier recours
Hôpitaux universitaires de Genève
1211 Genève 14
melissa.dominice@hug.ch
sara.arsever@hug.ch
yves.jackson@hug.ch

PRE CAROLE CLAIR

Département des polycliniques,
Unisanté
1011 Lausanne
carole.clair@unisante.ch

DR RAPHAËL BIZE

Département épidémiologie et systèmes de santé
Unisanté
1010 Lausanne
raphael.bize@unisante.ch