

14

Santé

213-0707

Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 2007

Enquête suisse sur la santé



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la statistique OFS



Neuchâtel, 2010

La série «Statistique de la Suisse»
publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS)
couvre les domaines suivants:

- 0** Bases statistiques et produits généraux
- 1** Population
- 2** Espace et environnement
- 3** Vie active et rémunération du travail
- 4** Economie nationale
- 5** Prix
- 6** Industrie et services
- 7** Agriculture et sylviculture
- 8** Energie
- 9** Construction et logement
- 10** Tourisme
- 11** Mobilité et transports
- 12** Monnaie, banques, assurances
- 13** Protection sociale
- 14** Santé
- 15** Education et science
- 16** Culture, médias, société de l'information, sport
- 17** Politique
- 18** Administration et finances publiques
- 19** Criminalité et droit pénal
- 20** Situation économique et sociale de la population
- 21** Développement durable et disparités régionales et internationales

Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 2007

Enquête suisse sur la santé

Rédaction Renaud Lieberherr, Jean-François Marquis,
Marco Storni, Gabriele Wiedenmayer

Collaboration rédactionnelle: David Altwegg

Editeur Office fédéral de la statistique (OFS)

Editeur: Office fédéral de la statistique (OFS)

Complément d'information: Marilina Galati-Petrecca, OFS, Section Santé de la population, tél. 032 713 65 62, e-mail: Marilina.Galati@bfs.admin.ch

Auteurs: Renaud Lieberherr, Jean-François Marquis, Marco Storni, Gabriele Wiedenmayer

Collaboration rédactionnelle: David Altwegg

Réalisation: DIAM/PP

Diffusion: Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel
tél. 032 713 60 60 / fax 032 713 60 61 / e-mail: order@bfs.admin.ch

Numéro de commande: 213-0707

Prix: 12 francs (TVA excl.)

Série: Statistique de la Suisse

Domaine: 14 Santé

Langue du texte original: Allemand et français

Traduction: Services linguistiques de l'OFS

Page de couverture: OFS; concept: Netthoevel & Gaberthüel, Bienne; photo: © Uwe Bumann – Fotolia.com

Graphisme/Layout: OFS

Copyright: OFS, Neuchâtel 2010
La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée

ISBN: 978-3-303-14137-3

Table des matières

L'essentiel en bref	6	4 Services de santé, aides informelles et dépistage des maladies	45
1 Introduction	8	4.1 Soins ambulatoires et hospitaliers	45
2 Etat de santé	9	4.2 Soins à domicile et aides informelles	52
2.1 La santé autoévaluée et les problèmes de longue durée	9	4.3 Examens de dépistage	54
2.2 Les troubles physiques	10	5 Conditions de travail et d'habitat et santé	60
2.3 Les maladies chroniques	12	5.1 Conditions de travail à risque et santé	60
2.4 Les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires	14	5.2 Conditions d'habitat et santé	67
2.5 La santé psychique	16	6 Méthodes	71
2.6 Les limitations d'activités à court terme	20	6.1 Construction de l'échantillon	71
2.7 Incapacités, handicaps	21	6.2 Réalisation de l'enquête	71
2.8 La santé sociale	25	6.3 Contrôle de la représentativité et méthode de pondération	72
3 Comportements influant sur la santé	29		
3.1 Activité physique	29		
3.2 Alimentation	31		
3.3 Tabac	35		
3.4 Alcool	38		
3.5 Drogues illégales	41		
3.6 Médicaments	43		

Avant-propos

La santé est essentielle pour la qualité de la vie. Une mauvaise santé peut compromettre fortement la vie sociale et le bien-être matériel de l'individu. Car la santé ne se réduit de loin pas à un organisme fonctionnant correctement.

La santé de la population a considérablement évolué depuis 1860, année de fondation de l'Office fédéral de la statistique (OFS), qui fête en 2010 ses 150 ans d'existence. La situation sanitaire était alors dominée par une mortalité infantile élevée, par les maladies infectieuses et par les épidémies. La tuberculose et le typhus étaient des causes fréquentes de décès. Aujourd'hui, les principales causes de mortalité sont les maladies cardiovasculaires et le cancer; l'hypertension, la surcharge pondérale et le diabète sont devenus des problèmes de santé majeurs. Ces maladies dites de civilisation sont liées en partie à notre mode de vie sédentaire, à une alimentation trop riche et déséquilibrée, à la fumée et à une consommation excessive de boissons alcoolisées. Mais l'augmentation de l'espérance de vie joue également un rôle, puisque ces affections se déclarent souvent à un âge avancé.

Le système de santé a lui aussi considérablement évolué depuis le milieu du XIX^e siècle. Les moyens d'action des médecins et des hôpitaux étaient alors limités. Une blessure infectée conduisait souvent à la mort, faute d'une hygiène suffisante. Les techniques de diagnostic étaient embryonnaires. Aujourd'hui, nous disposons d'une médecine de pointe très élaborée dans tous les domaines. Revers de la médaille: les coûts de la santé sont élevés. Ils absorbent plus du dixième de notre produit intérieur brut et pèsent toujours plus lourd dans les budgets publics et privés. Les responsables politiques doivent désormais faire face au dilemme de promouvoir la santé tout en limitant la hausse des coûts.

Des bases de décision fiables sont nécessaires pour cela. L'Office fédéral de la statistique a constitué dans le domaine de la santé une banque de données très complète, alimentée notamment par les données de l'enquête suisse sur la santé. Cette dernière fait partie des grandes enquêtes de la Confédération auprès de la population. Réalisée tous les cinq ans, elle couvre tous les aspects de la santé: état de santé, prestations médicales, comportements individuels et conditions de vie.

En présentant ici les principaux résultats de l'enquête suisse sur la santé de 2007, l'Office fédéral de la statistique entend apporter une contribution solide au développement du système de santé en Suisse.

Neuchâtel, octobre 2010



Jürg Marti
Directeur

L'essentiel en bref

Quel est l'état de santé de la population? Quels sont les comportements importants pour la santé et quels impacts ont-ils sur cette dernière? Comment la population recourt-elle aux services de santé? Quels sont les risques pour la santé que peuvent présenter le monde du travail ou les conditions d'habitat? Ces questions structurent le présent rapport qui expose les résultats de l'enquête suisse sur la santé 2007.

Etat de santé

87% de la population considèrent que leur santé est très bonne ou bonne. Cette proportion est encore de 65% parmi les personnes âgées de 75 ans et plus. Le gradient est sensible selon le niveau de formation: 72% des personnes avec une formation du niveau de la scolarité obligatoire évaluent leur santé comme bonne ou très bonne contre 93% de celles avec une formation de niveau tertiaire.

Une large part de la population souffre de troubles physiques, sur une période de quatre semaines, tels que des maux de dos (43%), une faiblesse généralisée (42%), des maux de tête (36%) ou des difficultés à s'endormir (35%). Les femmes sont davantage concernées que les hommes.

16% de la population souffrent de **détresse psychologique** moyenne ou élevée, sur une période de quatre semaines. Les jeunes femmes (25–34 ans) sont les plus concernées (23%). Plus le niveau de formation est bas, plus la part des personnes souffrant de détresse psychologique est élevée. Sur une période d'une année, 5% de la population présentent les symptômes d'un trouble dépressif majeur.

La santé fonctionnelle de la population se détériore avec l'âge, surtout à partir de 75 ans. Presqu'une personne sur deux de cette classe d'âge (les personnes vivant dans des homes ne sont pas prises en compte) est restreinte dans ses activités domestiques (faire à manger, achats, etc.) et plus d'une sur trois est limitée au niveau

de la vue, de l'ouïe ou des déplacements. Une personne sur six ayant 75 ans et plus a de la difficulté avec des activités de soins personnels (prendre un bain ou une douche, s'habiller, etc.).

La part des personnes avec un excès de poids s'est stabilisée entre 2002 et 2007 (37%), après avoir augmenté régulièrement depuis 1992 (30%). Les hommes sont nettement plus concernés que les femmes (44% contre 25%). 8% de la population est obèse.

Comportements vis-à-vis de la santé

Deux personnes sur cinq ont, durant leurs loisirs, une activité physique correspondant aux recommandations dans ce domaine. Les hommes sont un peu plus actifs que les femmes (43% contre 39%), surtout dans la tranche d'âge 15–34 ans. La part des personnes actives a augmenté entre 2002 et 2007, de 36% à 41%.

Les femmes font davantage attention à leur alimentation que les hommes (77% contre 63%). Les différences régionales sont sensibles entre la Suisse romande (55%), la Suisse alémanique (76%) et la Suisse italienne (71%). Les femmes sont nettement plus nombreuses que les hommes à manger des fruits ou des légumes au moins une fois par jour (83% contre 68%). 56% des femmes indiquent comme obstacle au fait de se nourrir sainement qu'une alimentation saine est relativement chère; 55% des hommes, qu'ils aiment bien manger.

Les hommes fument davantage que les femmes (32% contre 24%). Chez les hommes, la part des fumeurs est la plus élevée entre 25 et 34 ans (43%), puis elle recule. Chez les femmes, elle est proche de 30% entre 15 et 54 ans, avant de baisser. En dix ans, la part des fumeurs a reculé de 5 points de pourcentage, plus fortement chez les hommes que chez les femmes. La part des non-fumeurs exposés à la fumée passive durant au moins une heure par jour a nettement diminué ces cinq dernières années (de 27% à 16%).

6% des hommes et 5% des femmes ont une consommation d'alcool représentant un risque moyen ou élevé pour la santé. A l'opposé, 65% de la population ont une consommation d'alcool sans risque et 17% sont abstinents. Environ un quart des jeunes hommes de 15–24 ans se soûlent au moins une fois par mois.

Services de santé, aides informelles et dépistage des maladies

Sur une période d'une année, quatre personnes sur cinq ont au moins un contact avec un médecin; deux tiers de la population consultent au moins une fois un généraliste, un tiers un spécialiste. Le nombre annuel moyen de consultations augmente avec l'âge, principalement suite au recours plus fréquent aux médecins généralistes.

65% de la population consultent au moins une fois un dentiste sur une période d'une année, 46% un hygiéniste dentaire, 31% un opticien et 16% un physiothérapeute. Les femmes recourent deux fois plus souvent que les hommes à la médecine complémentaire (31% contre 15%).

12% de la population sont hospitalisés au moins une fois sur une période d'une année. Le nombre moyen de journées d'hospitalisation par habitant est multiplié par trois entre la classe d'âge des 45–54 ans et celle des 75 ans et plus.

Le recours aux soins à domicile augmente fortement à partir de 75 ans: 8% des hommes de cette classe d'âge et 17% des femmes y font appel. La part des personnes de cet âge recevant une aide informelle de leurs proches ou de connaissances est encore plus élevée (9% pour les hommes contre 24% pour les femmes).

Le dépistage de facteurs de risque des maladies cardiovasculaires est très fréquent: au cours d'une année, 84% des personnes entre 55 et 64 ans contrôlent leur pression sanguine et 57% leur taux de cholestérol. Cette part est encore plus élevée dans les classes d'âge ultérieures.

Le recours aux tests de dépistage varie fortement selon le type de cancer. 30% de la population de 40 ans et plus ont fait au moins une fois dans leur vie le test hémocult (recherche de sang dans les selles) pour dépister le cancer du côlon. 66% des hommes de 60–69 ans ont fait au moins une fois un examen pour dépister le cancer de la prostate. 80% des femmes entre 50 et 69 ans ont effectué au moins une mammographie dans leur vie afin de dépister le cancer du sein. Pour un quart des femmes de cette classe d'âge, le contrôle le plus récent a eu lieu au cours des douze derniers mois. Enfin, huit femmes sur dix de 20 ans et plus ont fait au moins une fois un frottis vaginal pour dépister le cancer du col de l'utérus. Pour la moitié des femmes entre 30 et 60 ans, le contrôle le plus récent date d'une année au plus.

Conditions de travail et d'habitat et santé

43% des personnes actives professionnellement sont exposées dans leur travail à au moins trois risques physiques, 33% à au moins trois risques psychosociaux.

13% des personnes actives craignent de perdre leur emploi. Plus le niveau de formation est bas, plus l'exposition à ces risques s'accroît. L'état de santé des personnes exposées à des conditions de travail à risque tend à être moins bon. Ainsi, la part des personnes avec une santé autoévaluée pas bonne est doublée parmi les personnes craignant de perdre leur emploi en comparaison à celles qui n'ont pas cette crainte.

Une personne sur deux, lorsqu'elle est à la maison, est exposée à au moins une nuisance provenant de l'extérieur. Les nuisances les plus fréquentes sont celles liées aux transports (une personne sur trois) et celles provoquées par le bruit de personnes ou d'enfants n'appartenant pas au ménage (presqu'une personne sur cinq). Avoir des insomnies est le problème de santé le plus fortement associé aux nuisances liées à l'habitat.

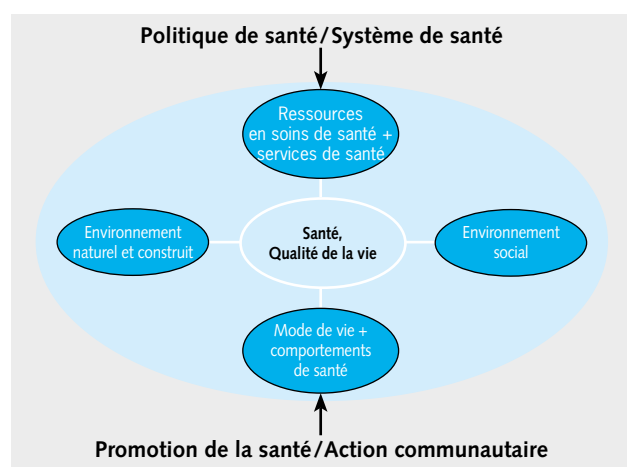
1 Introduction

Le présent rapport de l'Office fédéral de la statistique rend compte des résultats de l'enquête suisse sur la santé 2007. Son but est d'offrir une vue d'ensemble de l'état de santé de la population de la Suisse et des facteurs qui l'influencent.

L'enquête suisse sur la santé se fonde sur un modèle de la santé global et dynamique (G1). La santé d'un individu ne dépend pas seulement de ses prédispositions personnelles, mais aussi dans une très large mesure de son milieu (écologique, social, culturel), de son mode de vie et de ses comportements, ainsi que des prestations du système de santé.

Modélisation simplifiée de la santé et de ses déterminants

G1



Ce modèle structure le présent rapport¹. Le chapitre 2 brosse un tableau de la santé physique, psychique et sociale de la population. Le chapitre 3 fait un état des lieux des comportements souvent associés à l'état de santé : l'activité physique, les habitudes alimentaires, ainsi que la consommation de tabac, d'alcool ou de drogues.

Le chapitre 4 décrit le recours aux services de santé (et le rôle complémentaire des aides informelles) ainsi qu'aux mesures de dépistage de maladies. Enfin, le chapitre 5 aborde deux dimensions de l'environnement social – le travail et l'habitat – et leurs liens avec l'état de santé.

L'enquête suisse sur la santé est réalisée par l'Office fédéral de la statistique, tous les cinq ans depuis 1992. En 2007, 18'760 personnes ont été interrogées. Les données sont représentatives pour la population résidente permanente (de nationalité suisse ou étrangère), âgée de 15 ans ou plus et vivant dans un ménage privé disposant d'un raccordement téléphonique². Les personnes résidant dans des institutions médico-sociales (homes pour personnes âgées, établissements pour personnes handicapées, etc.) ne sont pas prises en compte. La santé des personnes âgées résidant dans des homes fait l'objet d'une enquête particulière.

L'enquête suisse sur la santé est une mine d'informations au sujet de l'état de santé de la population, des comportements et de l'environnement social qui peuvent l'influencer, ainsi que du recours aux services de santé. Elle est souvent la seule source de données représentatives à l'échelle nationale sur ces sujets. Elle permet également de suivre des évolutions au fil du temps, ce qui est particulièrement utile pour apprécier l'impact des politiques de santé, en particulier des mesures de prévention ou de promotion de la santé. Pour ces raisons, l'enquête suisse sur la santé est une base indispensable à la planification et à l'évaluation des politiques sanitaires.

¹ La base du rapport est constituée par les «tableaux standard» de l'enquête suisse sur la santé (BFS (2009): Enquête suisse sur la santé 2007: tableaux standard; application interactive sur CD-ROM. Neuchâtel). Les tableaux standard présentent sur toutes les thématiques des données selon le sexe, la classe d'âge, le niveau de formation et la région linguistique des personnes interrogées. Ils contiennent également des séries chronologiques, dans la mesure du possible.

² Cf. le chap. 6 consacré aux méthodes.

2 Etat de santé

La conception biomédicale de la santé s'est longtemps intéressée presque uniquement à l'aspect négatif de la santé, c'est-à-dire à la maladie sous ses diverses formes. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit cependant la santé comme «un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité»³. On retrouve l'esprit de cette définition lorsque la bonne santé est communément associée avec le fait d'«être en forme», de se sentir bien, d'être capable de travailler et de remplir ses tâches et obligations quotidiennes, d'avoir un bon équilibre psychologique, de maîtriser sa vie, ou encore d'entretenir de bonnes relations sociales. Le présent chapitre aborde successivement quelques-unes de ces facettes de la santé de la population.

2.1 La santé autoévaluée et les problèmes de longue durée

La santé autoévaluée englobe implicitement les différentes dimensions de la santé : physique, psychique et sociale. De nombreuses études longitudinales⁴ ont établi qu'elle a un bon pouvoir prédictif en termes de mortalité ou de maladie grave. Elle constitue à ce titre un bon indicateur synthétique de l'état de santé de la population.

La mesure de la santé autoévaluée

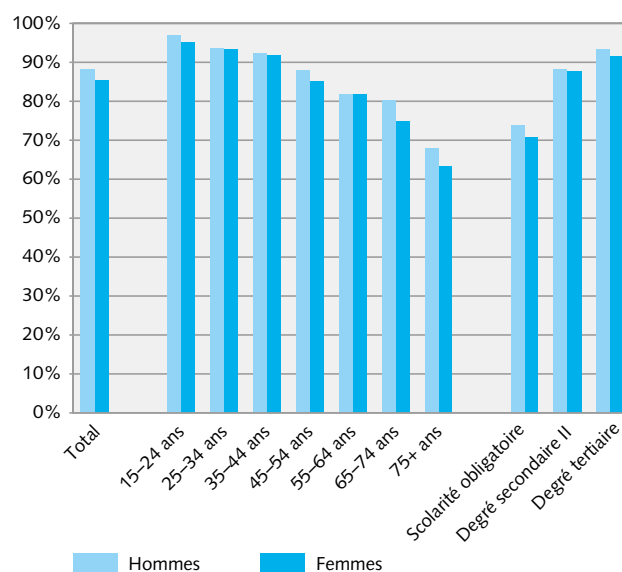
L'état de santé autoévalué est mesuré par la question: «comment est votre santé en général?». Une seule réponse est possible parmi cinq, allant de «très bonne» à «très mauvaise». Cette question appartient au «Mini module européen pour la santé» (MMES, en anglais MEHM pour Minimum European Health Modul), partie intégrante du «système européen d'enquêtes sur la santé par interview» mis en place par Eurostat, l'office statistique de l'Union européenne (UE), afin de permettre des comparaisons entre pays.

87% de la population de 15 ans et plus considèrent que leur santé est «bonne» ou «très bonne». Cette proportion est un peu plus élevée chez les hommes (88%) que chez les femmes (85%) (G2.1). L'état de santé autoévalué se dégrade avec l'âge: 96% des 15-24 ans le jugent très bon ou bon contre 65% des 75 ans et plus. Un gradient s'observe également selon le niveau de formation: 93% des personnes avec une formation de degré tertiaire jugent leur état de santé très bon ou bon, contre 72%

Bon ou très bon état de santé autoévalué, 2007

Part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 2.1



³ Préambule adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948 à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé. Cette définition de l'OMS n'a pas été modifiée depuis lors.

⁴ Rakowsky, W et al (1993): Self-assessments of Health and Mortality Among Older Persons, *Research on Aging*, 15/1: 92-116; Wolinsky FD, Johnson RJ (1992): Perceived Health Status and Mortality among Older men and Women, *Journal of Gerontology*, 46: 304-312

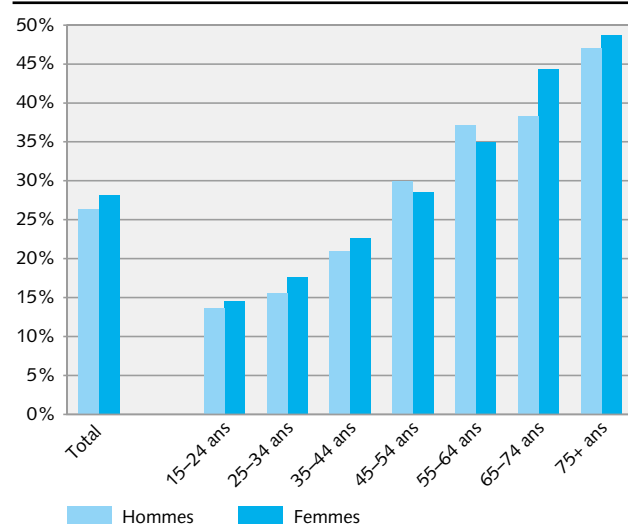
de celles avec une formation du niveau de la scolarité obligatoire. Ce gradient se retrouve dans toutes les classes d'âge. La part de la population déclarant une santé auto-évaluée (très) bonne a légèrement augmenté, de 84 % à 87 %, depuis la première enquête suisse sur la santé de 1992. Cette évolution positive se retrouve chez les hommes comme chez les femmes.

27 % de la population ont une «**maladie ou un problème de santé qui dure depuis longtemps**»⁵. Les femmes et les hommes sont concernés dans des proportions semblables. La part des personnes avec un problème de santé de longue durée augmente avec l'âge: elle passe de 14 % chez les 15–24 ans à 36 % chez les 55–64 ans et atteint 48 % chez les 75 ans et plus (G2.2). On constate également un gradient selon la formation: un tiers des individus avec une formation du niveau de la scolarité obligatoire déclarent un problème de santé chronique contre un quart de ceux au bénéfice d'une formation de degré tertiaire. Ce gradient est plus sensible dans les tranches d'âge comprises entre 25 et 54 ans. Les Alémaniques sont plus nombreux à déclarer un problème de santé de longue durée que les Romands et les Tessinois (28 % contre 24 %).

Problème de santé de longue durée, 2007

Part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 2.2



© Office fédéral de la statistique (OFS)

2.2 Les troubles physiques

Les troubles physiques pris en considération ont un caractère essentiellement symptomatique, ce qui n'empêche pas qu'ils puissent être fortement invalidants dans la vie quotidienne (maux de dos par ex.). Leur origine peut être psychosociale (stress).

Les maux de dos ou des reins sont les troubles physiques les plus fréquents: 43 % de la population en souffrent «un peu» ou «beaucoup». Le sentiment de faiblesse généralisée, de lassitude ou de manque d'énergie est presque aussi répandu (42 %). Les maux de tête et les difficultés à s'endormir touchent plus du tiers de la population. Les autres troubles physiques ont une prévalence (nettement) inférieure à 20 %.

L'intensité de ces troubles est le plus souvent modérée, la plupart des personnes déclarant n'en souffrir qu'«un peu». Ce n'est que dans le cas des maux de dos ou des reins que 10 % de la population en souffrent «beaucoup». La prévalence des troubles physiques et leur intensité sont toujours plus élevées chez les femmes que chez les hommes (G2.3).

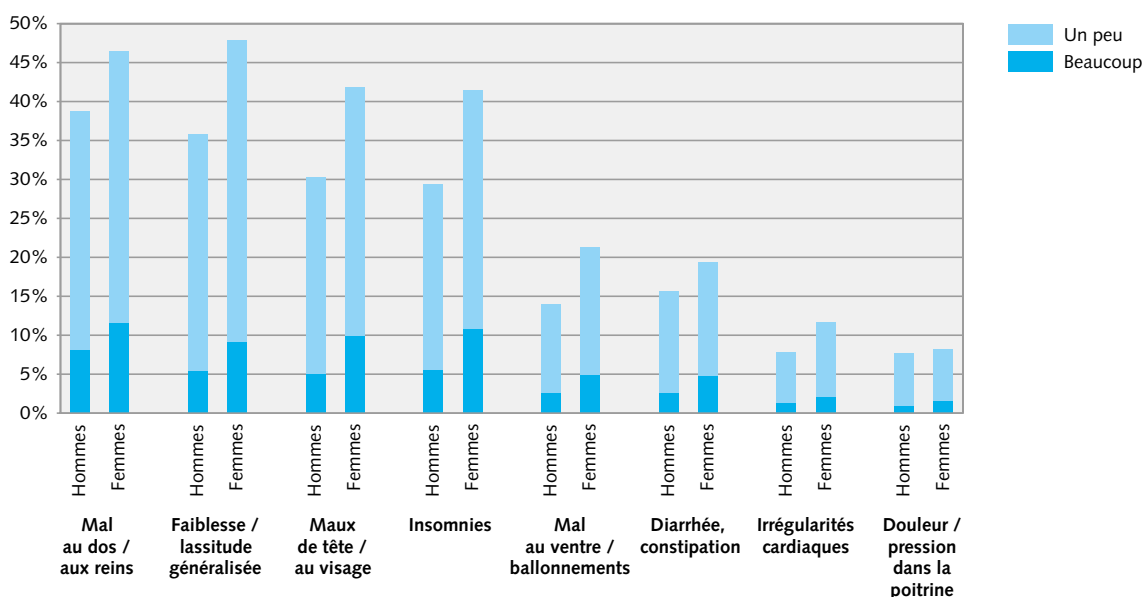
La prévalence des troubles physiques varie selon l'âge de manière différenciée. Elle augmente avec l'âge pour les maux de dos ou aux reins, la diarrhée ou la constipation, les difficultés à s'endormir ou les insomnies, les irrégularités cardiaques, les douleurs ou les sensations de pression dans la poitrine. Par contre, elle diminue pour le sentiment de faiblesse ou de lassitude, le mal au ventre ou les ballonnements ainsi que les maux de tête. Ainsi, la proportion des personnes ayant des difficultés à s'endormir ou des insomnies double (de 25 % à 50 %) entre la classe d'âge des 15–24 ans et celle des 75 ans et plus. Au contraire, la part des personnes souffrant de maux de tête baisse fortement, de 44 % chez les plus jeunes à 18 % chez les plus âgés.

⁵ Cette question fait également partie du MMES. Les personnes interrogées répondent par «oui» ou «non».

Troubles physiques, 2007

Sur une période de quatre semaines, part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 2.3



© Office fédéral de la statistique (OFS)

La prévalence: mesure de la fréquence des maladies

La prévalence d'une maladie dans une population est la proportion de personnes affectées à un moment donné. La prévalence peut être mesurée à une date donnée, sur une période (par ex. proportion de personnes affectées par une maladie au cours de douze mois) ou sur la vie (proportion de personnes atteintes par une maladie au moins une fois au cours de leur vie). La prévalence tient compte de tous les cas de maladie pour la période de référence, contrairement à l'incidence qui porte sur les nouveaux cas apparus durant un laps de temps donné parmi les individus sains.

La mesure des troubles physiques

Les personnes interrogées indiquent si elles ont souffert, au cours de quatre semaines, des huit troubles suivants: «mal au dos ou aux reins», «sentiment de faiblesse généralisée, de lassitude, ou de manque d'énergie», «mal au ventre ou ballonnements», «diarrhée, constipation ou les deux», «difficultés à [s']endormir ou insomnies», «maux de tête ou autres douleurs du visage», «irrégularités cardiaques (palpitations, tachycardie ou arythmie)», «douleurs ou sensations de pression dans la poitrine». Les réponses possibles sont: «pas du tout», «un peu» et «beaucoup». Les troubles survenus en association avec la fièvre, considérée comme indice d'une maladie aiguë, ne sont pas pris en compte.

Ces huit troubles sont regroupés dans un indicateur donnant une vision synthétique de leur importance: on parle alors de troubles physiques importants lorsque quatre d'entre eux au moins sont de forte intensité (réponse: «beaucoup»).

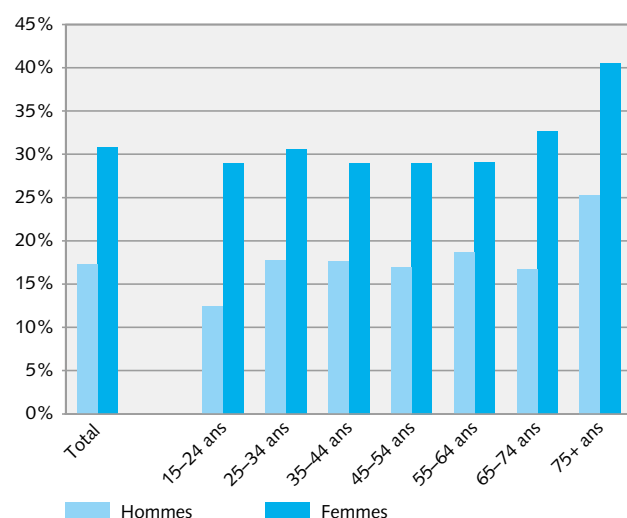
Les douleurs aux membres ou aux articulations sont un autre trouble physique relativement fréquent: sur une période de quatre semaines, 32% des hommes et 36% des femmes sont concernés. L'intensité des douleurs est forte pour 7% des hommes et 10% des femmes. L'effet de l'âge ressort nettement, avec une proportion des personnes affectées qui passe d'un quart chez les 15–24 ans à la moitié chez les 75 ans et plus.

L'indicateur synthétique mesurant les troubles physiques importants fait apparaître que ces derniers sont beaucoup plus fréquents chez les femmes (31%) que chez les hommes (17%). La prévalence des troubles physiques importants est relativement stable entre 15 et 64 ans pour les femmes, 25 et 74 ans pour les hommes. Elle augmente fortement ensuite (G2.4). On peut y voir l'effet de l'évolution divergente selon l'âge de la prévalence de chaque trouble considéré individuellement.

Indicateur de troubles physiques importants, 2007

Sur une période de quatre semaines, part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 2.4



© Office fédéral de la statistique (OFS)

Les personnes avec une formation de degré tertiaire sont nettement moins nombreuses (20%) à souffrir de troubles physiques importants que celles avec une formation du niveau de la scolarité obligatoire (32%). Il n'y a pas de différence entre les trois régions linguistiques.

La prévalence des troubles physiques importants est restée stable entre 1992 et 2007 (24%). Il en va de même pour la différence entre hommes et femmes.

2.3 Les maladies chroniques

Les maladies chroniques (cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, cancer, affections respiratoires chroniques, diabète, etc.) sont des affections de longue durée, non contagieuses, qui évoluent lentement en règle générale. Selon l'OMS, elles sont la première cause de mortalité dans le monde, responsables de 60% des décès⁶. Lorsqu'elles n'entraînent pas le décès, les maladies chroniques ont un impact important sur la vie quotidienne des personnes et sur leur consommation en matière de soins de santé.

Le traitement médical des maladies chroniques

Les personnes sont interrogées au sujet de quatorze maladies chroniques: migraine, asthme, diabète, arthrose ou arthrite, ulcère gastrique ou duodénal, ostéoporose, bronchite chronique ou emphysème, hypertension, infarctus, attaque, maladie des reins ou calculs rénaux, cancer ou tumeur, rhume des foins ou autres allergies, dépression nerveuse. Pour chacune d'entre elles, elles indiquent si elles sont actuellement en traitement médical, si elles ont suivi un traitement au cours des douze derniers mois ou il y a plus de douze mois, ou si elles n'ont pas suivi de traitement.

Du point de vue de la prévalence des traitements médicaux sur la vie, on peut distinguer trois grands groupes de maladies chroniques: premièrement l'hypertension, le rhume des foins et l'arthrose, avec des prévalences comprises entre 15% et 11%, deuxièmement la dépression nerveuse, l'asthme et la migraine (entre 8 et 6%) et, troisièmement, les cancer/tumeurs, les maladies des reins, la bronchite chronique, le diabète, l'ostéoporose, l'ulcère gastrique, l'infarctus du myocarde et l'attaque (entre 4% à 1%). Les traitements pour les maladies des reins, le diabète et les maladies cardiaques sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes, alors que c'est l'inverse pour l'arthrose, la dépression nerveuse, la migraine, l'ostéoporose et les cancer/tumeurs (G2.5).

15% de la population ont déjà suivi une fois dans leur vie un traitement médical contre l'**hypertension**; 10% sont actuellement en traitement pour cette maladie.

Les traitements pour le **rhume des foins et les autres allergies** sont également relativement répandus dans la population (14%). La proportion de personnes traitées médicalement contre le rhume des foins et d'autres allergies décroît régulièrement avec l'âge, passant de 19% chez les 15-24 ans à 8% chez les 75 ans et plus.

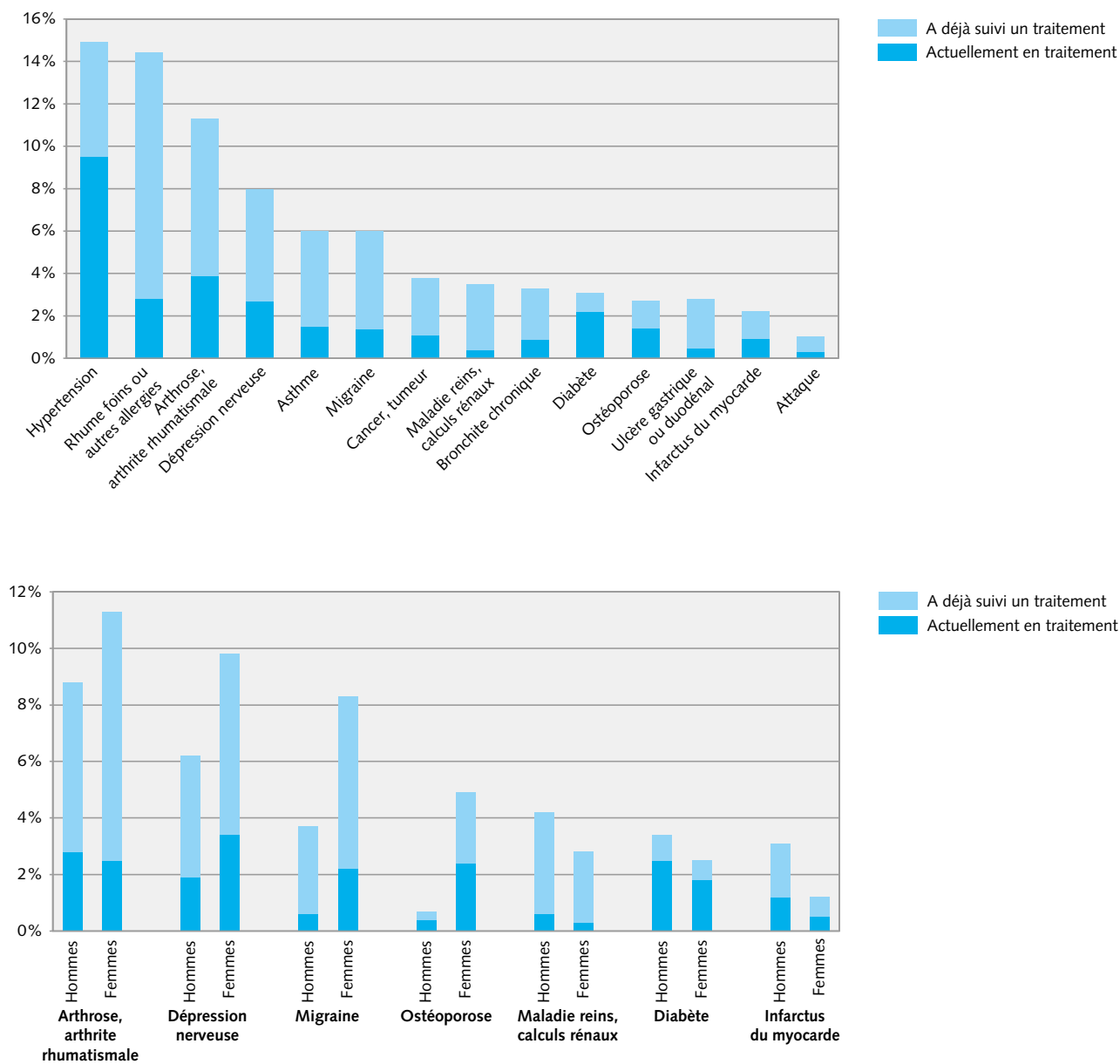
Les traitements pour des cas de **migraine** sont deux fois plus fréquents chez les femmes que chez les hommes (8% contre 4%). Comme pour le rhume des foins et les allergies, ils sont plus fréquents parmi les personnes plus jeunes (6% chez les 15-24 ans) que chez les plus âgées (3% chez les 75 ans et plus).

11% de la population ont suivi ou suivent encore un traitement pour de l'**arthrose**. Les femmes (14%) sont davantage concernées que les hommes (9%). La prévalence de ces traitements croît fortement avec l'âge: ne dépassant pas 5% jusqu'à 44 ans, elle atteint 39% pour les 75 ans et plus.

⁶ www.who.int/topics/chronic_disease/fr/.

Traitements pour des maladies chroniques, 2007

Part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 2.5

© Office fédéral de la statistique (OFS)

2.4 Les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires

En 2007, les maladies cardiovasculaires ont été responsables de 37% des décès en Suisse; elles sont la première cause de décès, devant les cancers et la démence⁷.

L'enquête suisse sur la santé permet de réunir des informations utiles pour connaître la prévalence de quelques-uns parmi leurs plus importants facteurs de risque. Cette section présente des données relatives à l'excès de poids ainsi qu'à l'hypertension et à l'hypercholestérolémie. Les questions du manque d'activité physique et de la consommation de tabac sont traitées au chapitre 3. La prévalence de quelques contrôles préventifs de base est présentée au chapitre 4.

2.4.1 L'excès de poids

L'excès de poids et l'obésité en particulier ont progressé dans le monde, au point que l'OMS parle de pandémie. Ils constituent un problème de santé publique majeure, car ils sont associés à de nombreuses maladies ainsi qu'à une surmortalité précoce élevée⁸. L'excès pondéral est en particulier associé à un risque accru d'hypertension, qui est elle-même un des principaux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires.

La Suisse est l'un des pays du monde où la part des personnes avec un excès de poids est la moins élevée⁹: 37% de la population sont en situation de surcharge pondérale, dont 8% souffrant d'obésité. Ces proportions sont semblables dans les trois régions linguistiques de la Suisse. Les hommes (46%) présentent nettement plus souvent que les femmes (29%) un excès de poids (obésité incluse). La prévalence de l'excès de poids augmente sensiblement jusqu'à l'âge de la retraite, de manière plus régulière chez les femmes (G2.6). Chez les hommes, on constate un saut entre la classe d'âge des 15–24 ans (15%) et celle des 25–34 ans (39%).

Chez les femmes, la part de celles en surpoids ne se rapproche de celles avec un poids normal qu'à partir de 65 ans. Chez les hommes, c'est dès 35 ans que la part de ceux en surpoids atteint le niveau de ceux avec un poids normal, puis le dépasse (G2.6)

L'Indice de masse corporelle (IMC)

L'instrument de mesure privilégié pour appréhender l'excès de poids est l'indice de masse corporelle (IMC; BMI pour «body mass index» en anglais)¹⁰. L'IMC est le rapport du poids (en kilos) sur la taille (en mètres) au carré. Malgré ses limites (impossibilité de différencier la masse grasseuse de la masse musculaire; non prise en considération dans la fixation des seuils d'éléments tels que le sexe, les caractéristiques ethniques ou nationales, etc.), cet indice a le grand avantage de permettre des comparaisons sur de vastes populations. Très couramment employées, les catégories de l'OMS distinguent les personnes en sous-poids (IMC inférieur à 18,5 kg/m²), celles en situation normale (IMC entre 18,5 kg/m² et 24,9 kg/m²), celles en surpoids (IMC entre 25 kg/m² et 29,9 kg/m²) et celles obèses (IMC à partir de 30 kg/m²). Ce dernier groupe est lui-même subdivisé en trois. Bien que les valeurs de l'OMS s'appliquent aux personnes âgées de 18 à 65 ans, l'enquête suisse sur la santé utilise ces catégories pour les personnes plus âgées également. Pour les 15–17 ans, les valeurs en percentiles de Kronmeyer-Hauschild¹¹ sont prises en considération ici, afin de tenir compte du développement corporel différent des jeunes.

Trois quarts des personnes de moins de 50 ans¹² avec une surcharge pondérale aimeraient perdre du poids; cette proportion atteint même 88% chez les personnes obèses. Les hommes souhaitent moins souvent maigrir que les femmes (71% et 88%, respectivement).

De manière générale, le poids ne semble pas être une source d'insatisfaction importante pour la population (G2.7). La différence entre hommes et femmes est cependant notable: la part des hommes satisfaits de leur poids est, dans toutes les classes d'âge, plus élevée que celle des hommes avec un poids normal; à l'inverse, jusqu'à 64 ans la part des femmes satisfaites de leur poids est inférieure à celle des femmes ayant un poids normal.

La part de la population souffrant d'un excès de poids est passée de 30% en 1992 à 35% en 1997 et à 37% en 2002 et 2007. Elle semble donc s'être stabilisée depuis cinq ans, après avoir augmenté au cours des années 90.

⁷ OFS (2008): Statistique des causes de décès. Causes de mortalité en 2005 et 2006. Neuchâtel

⁸ www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/index.html.

⁹ OCDE (2009): Panorama de la santé 2009. Les indicateurs de l'OCDE. Paris: OCDE

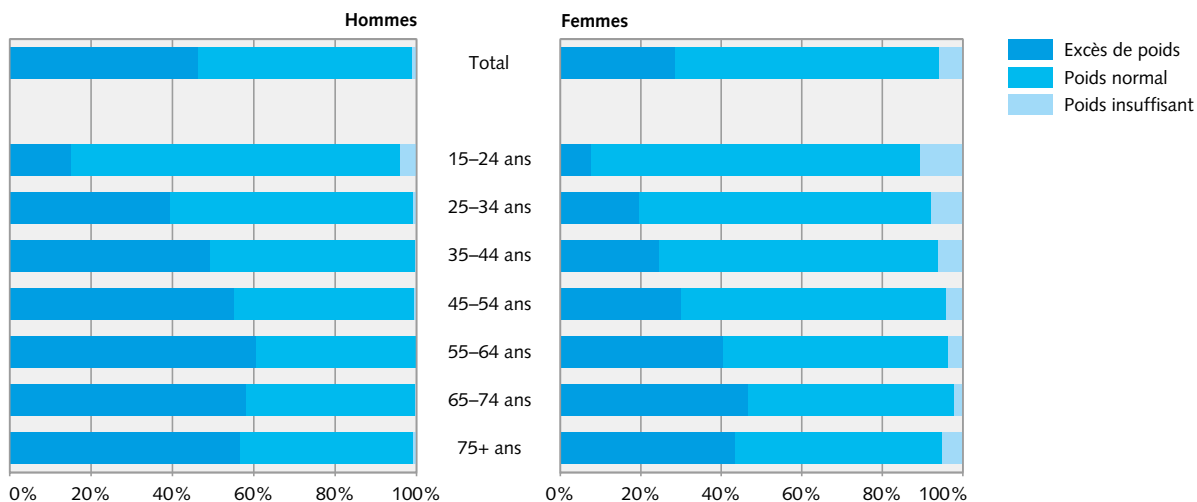
¹⁰ Pour des raisons pratiques, les participants à l'enquête suisse sur la santé n'ont pas pu être mesurés et pesés. Ils ont donc été priés d'indiquer eux-mêmes leur taille et leur poids. Les chiffres ainsi recueillis ne donnent qu'une approximation des valeurs objectives. Il a été montré que les individus ont tendance à surévaluer leur taille et à sous-évaluer leur poids, ce qui risque en particulier d'amener à une sous-estimation de la proportion d'individus en surpoids (Connor Gorber S, Tremblay M, Moher D, Gorber B (2007): A comparison of direct vs. self-report measures for assessing height, weight and body mass index: a systematic review. *Obes Rev*; 10.1111/j.1467-789X.2007.00347.x).

¹¹ Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D et al. (2001): Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben, *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 149, 807–818

¹² Ces questions relatives à la modification du poids n'ont été posées qu'aux personnes jusqu'à 49 ans.

Poids corporel, 2007

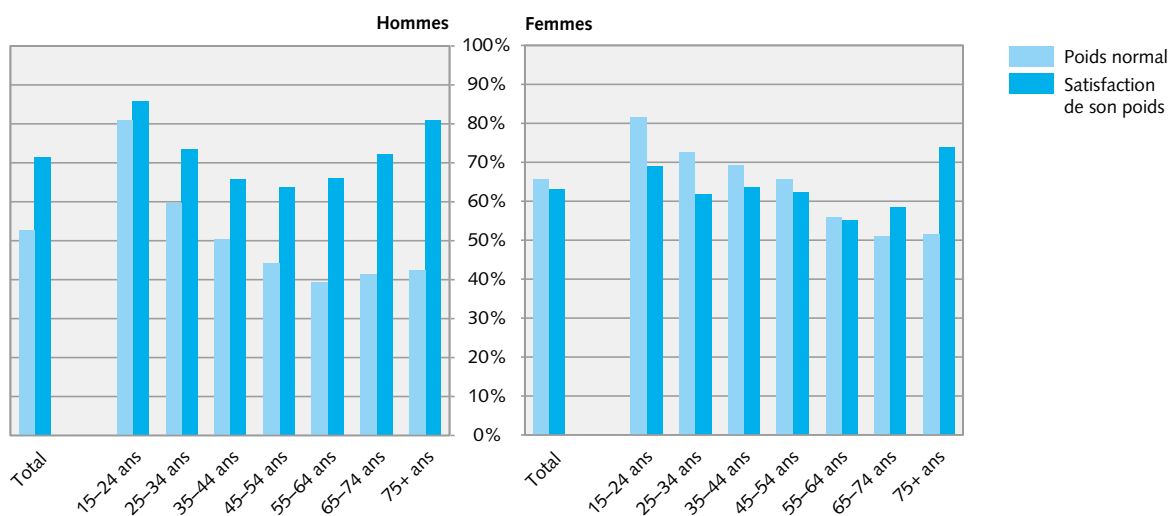
Part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 2.6

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Poids corporel et satisfaction à l'égard de son poids, 2007

Part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 2.7

© Office fédéral de la statistique (OFS)

2.4.2 L'hypertension artérielle

On parle d'hypertension artérielle (pression élevée du sang dans les artères) lorsque la tension artérielle est égale ou supérieure à 140/90 mm Hg (millimètres de mercure) de manière soutenue et qu'elle a été mesurée au moins à trois reprises pendant quelques semaines consécutives.

22% de la population ont déjà fait l'objet au moins une fois d'un diagnostic médical d'hypertension (hommes: 23%; femmes: 21%). La part des personnes concernées

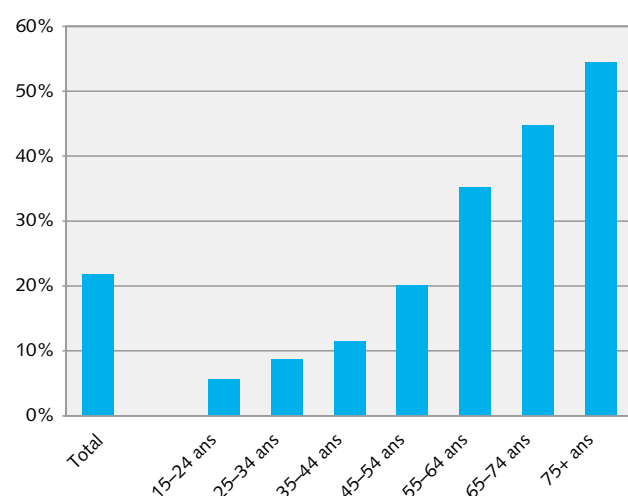
augmente avec l'âge (G2.8). Près de 4% de la population ont actuellement une tension artérielle trop élevée. 41% des personnes avec un diagnostic d'hypertension sont actuellement en traitement médical; de plus, 22% l'ont été au moins une fois au cours de leur vie.

La proportion de personnes avec une tension artérielle trop élevée augmente sensiblement en cas d'excès pondéral: si 2% des personnes avec un poids normal ont une tension artérielle trop élevée, ce taux passe à 5% chez celles avec une simple surcharge pondérale et à 10% chez celles qui sont obèses.

Diagnostic médical d'hypertension, 2007

Au moins une fois au cours de la vie, part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 2.8



© Office fédéral de la statistique (OFS)

2.4.3 L'hypercholestérolémie

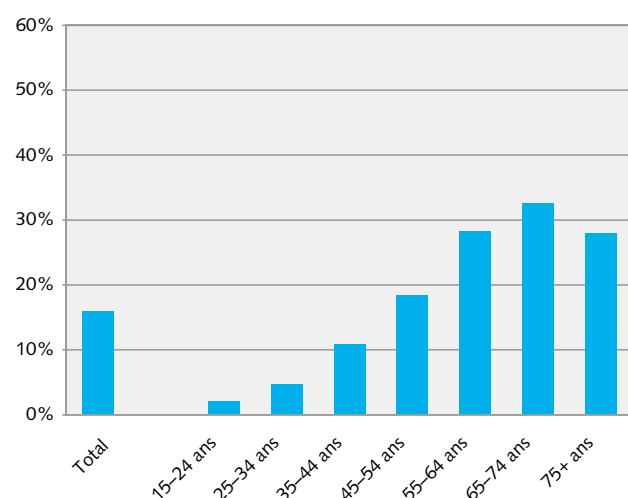
L'hypercholestérolémie, un taux élevé de cholestérol dans le sang, est un trouble du métabolisme qui est un facteur de risque de l'athérosclérose, pouvant être à l'origine de diverses maladies cardiovasculaires.

Un taux de cholestérol trop élevé a été diagnostiqué par un médecin au moins une fois auprès de 16% de la population (G2.9). Les hommes sont davantage concernés que les femmes (18% contre 14%). La prévalence du diagnostic d'hypercholestérolémie augmente avec l'âge: il est inférieur à 5% jusqu'à 34 ans; il passe ensuite

Diagnostic médical d'hypercholestérolémie, 2007

Au moins une fois au cours de la vie, part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 2.9



© Office fédéral de la statistique (OFS)

à 10% dans la classe d'âge 35–44 ans, puis continue d'augmenter pour atteindre un tiers chez les 65–74 ans. 3% de la population ont actuellement un taux de cholestérol trop élevé, les hommes et les femmes dans les mêmes proportions.

2.5 La santé psychique

On entend par santé psychique le sentiment de bien-être, d'assurance et d'équilibre d'une personne, son aptitude à établir des relations avec autrui, à affronter le quotidien, à accomplir un travail et à participer à la vie sociale. La santé mentale résulte d'un processus dynamique, influencé à la fois par des paramètres individuels et par des facteurs exogènes¹³. Elle est le produit d'une adaptation permanente entre les diverses contraintes qui s'exercent sur l'individu et les ressources externes et internes dont il dispose pour y faire face¹⁴.

Les troubles de la santé mentale sont très répandus. Ils se caractérisent par un dysfonctionnement des pensées, des émotions, du comportement et/ou des relations avec les autres. Ils peuvent avoir des implications importantes à divers niveaux: souffrance individuelle, complications dans les sphères de la santé physique (altérations des fonctions physiologiques, consommation excessive de tabac, de boissons alcoolisées ou de substances psychoactives, etc.) et sociale (isolement croissant, absentéisme au travail).

Les problèmes de santé mentale englobent un large éventail de désordres plus ou moins sévères, allant d'états de stress émotionnel demandant des soins appropriés aux maladies psychiques proprement dites. Toute souffrance psychique ne correspond pas à une maladie psychique: si les symptômes ne sont pas suffisamment marqués et persistants pour remplir les critères d'une maladie psychique, on parle de problèmes psychiques ou de souffrance psychique. On fera par ex. la distinction entre humeur dépressive et dépression diagnostiquée comme telle.

¹³ OMS (2001): Rapport sur la santé dans le monde 2001 – La santé mentale: Nouvelle conception, nouveaux espoirs. OMS: Genève

¹⁴ Schuler D, Rüesch P, Weiss C (2007): La santé psychique en Suisse. Monitoring, document de travail 24, Obsan: Neuchâtel

2.5.1 Le bien-être mental et la détresse psychologique

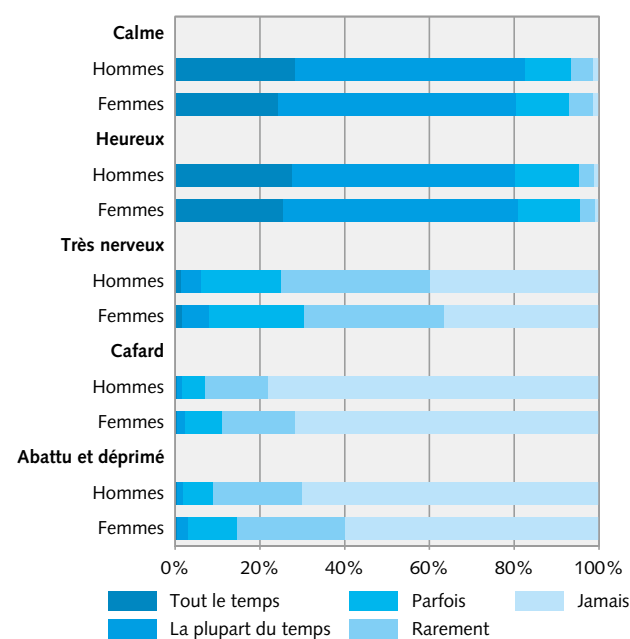
Une grande majorité de la population ressent beaucoup plus souvent des **émotions** positives que négatives. Sur une période de quatre semaines, 82 % des personnes se sont senties calmes et paisibles «tout le temps» ou «la plupart du temps», 81 % heureuses. Ces proportions sont semblables chez les hommes et les femmes (G2.10).

La prévalence du sentiment de calme augmente un peu avec l'âge, de 80 % chez les 15–24 ans à 86 % chez les 75 ans et plus. Il est également plus fréquent chez les personnes avec une formation de degré tertiaire (83 %) que chez celles avec une formation du niveau de la scolarité obligatoire (77 %). La part des personnes déclarant se sentir heureuses ne varie guère avec l'âge; elle augmente avec le niveau de formation.

Les émotions négatives sont peu fréquentes: au cours de quatre semaines, 7 % de la population éprouvent «tout le temps» ou «la plupart du temps» de la nervosité, 2 % du cafard et 3 % de l'abattement. Les femmes sont davantage concernées que les hommes (G2.10). La nervosité est plus fréquente que les deux autres émotions négatives: seuls 38 % de la population ne se sentent «jamais» très nerveux.

Etat psycho-émotionnel, 2007

Sur une période de quatre semaines, part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé **G 2.10**



© Office fédéral de la statistique (OFS)

La mesure du bien-être mental et détresse psychologique

L'enquête suisse sur la santé recourt aux cinq questions du MHI-5 (Mental Health Inventory) pour mesurer le bien-être mental et la détresse psychologique. Le MHI-5 est un module du SF-36 («Medical Outcome Study Short Form 36 Item Health Survey») conçu pour mesurer la qualité de vie liée à l'état de santé mental. Le MHI-5 s'intéresse à la fréquence de cinq états émotionnels – trois négatifs: se sentir très nerveux, avoir le cafard tel que rien ne peut remonter le moral, se sentir abattu ou déprimé – et deux positifs: se sentir calme et paisible et se sentir heureux – au cours d'une période de quatre semaines. Cinq fréquences sont à choix: «tout le temps», «la plupart du temps», «parfois», «rarement», «jamais».

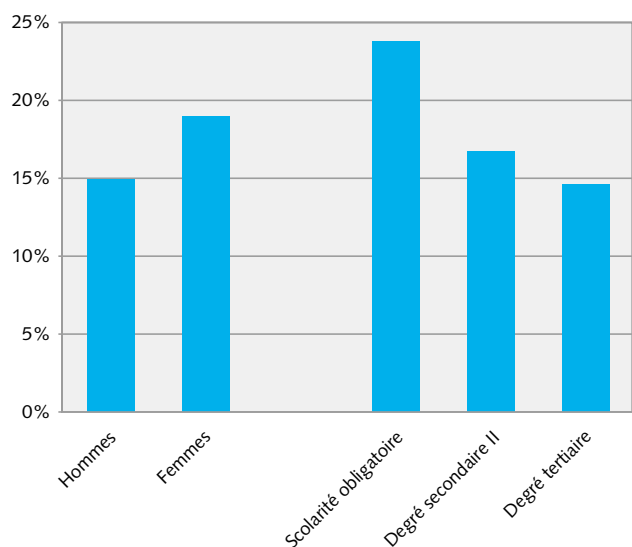
Le MHI-5 permet également de mesurer la détresse psychologique sur une échelle allant de 0 à 100. Trois catégories sont définies: les scores de 0 à 52 définissent une détresse psychologique «élevée», ceux de 53 à 72 une détresse psychologique «moyenne», et ceux de 73 à 100 une détresse psychologique «faible». Le MHI-5 ne pose pas de diagnostic précis mais permet d'estimer la proportion de la population ayant des symptômes suffisamment nombreux ou intenses pour être classée dans un groupe à risque de présenter un problème psychologique plus sérieux. La détresse psychologique ne constitue pas un trouble mental spécifique au même titre que la dépression, par exemple, et elle ne suppose pas nécessairement le recours aux services de santé.

En 2007, 83 % de la population présentent une **détresse psychologique** faible, 13 % une moyenne et 4 % une élevée. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à présenter une détresse psychologique moyenne ou élevée (19 % contre 15 %). Cette différence, qui se vérifie dans toutes les classes d'âge, est courante en santé mentale.

La prévalence de la détresse psychologique est relativement semblable entre classes d'âge. Elle varie par contre avec le niveau de formation: les personnes avec une formation du niveau de la scolarité obligatoire sont plus nombreuses à exprimer une détresse psychologique moyenne ou élevée que celles au bénéfice d'une formation plus élevée (G2.11).

Détresse psychologique «moyenne» et «élevée», 2007

Sur une période de quatre semaines, part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé **G 2.11**



© Office fédéral de la statistique (OFS)

2.5.2 Les troubles dépressifs

La dépression est un terme couramment utilisé, qui recouvre un ensemble d'états psychiques ou de maladies plus ou moins prononcés. Dans son acception stricte, la dépression est une maladie entraînant une gêne et une souffrance importantes, qui nécessite une prise en charge par un professionnel compétent. Le trouble dépressif majeur est le plus répandu parmi les états psychiques recouverts par la notion de dépression. Les personnes atteintes de ce trouble de l'humeur¹⁵ souffrent d'une profonde détresse et de difficultés importantes dans la réalisation de leurs activités habituelles (activités sociales, professionnelles, éducatives et autres aspects importants du fonctionnement). Le poids de la dépression sur la santé individuelle et sur la santé publique est d'autant plus important si l'on prend également en considération les comorbidités qui accompagnent souvent cet état.

Au cours d'une année, 15% de la population (hommes: 13%; femmes: 16%) ont vécu un épisode d'au moins quinze jours caractérisé par le fait d'être triste, cafardeux ou déprimé ou par une perte de tout intérêt pour la plupart des choses qui procurent habituellement du plaisir. Dans 86% des cas, ces états sont ressentis chaque jour ou presque. Ils durent toute la journée chez presque une personne concernée sur deux (49%).

¹⁵ Selon les critères de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10), similaires à ceux du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV), la dépression appartient aux troubles de l'humeur, qui comprend: les troubles dépressifs, les troubles bipolaires (psychose maniaco-dépressive selon l'appellation classique), les autres troubles de l'humeur (dus à une substance, à une affection médicale générale).

La mesure du trouble dépressif majeur

L'enquête suisse sur la santé répertorie les troubles dépressifs majeurs au moyen du CIDI-SF (Composite International Diagnostic Interview Short Form). Le CIDI-SF a été développé en 1995 dans le cadre de l'OMS.

Le trouble dépressif majeur mesuré par le CIDI-SF est avéré lorsque les trois critères suivants sont réunis:

- 1) la présence, au cours d'une période de référence d'une année, d'au moins un épisode caractérisé par le fait d'être triste, cafardeux ou déprimé ou par une perte de tout intérêt pour la plupart des choses (loisirs, travail, activités) qui procurent habituellement du plaisir. Cet épisode doit par ailleurs remplir trois conditions, de durée (au moins deux semaines consécutives), de fréquence (presque chaque jour) et d'intensité (presque toute la journée). On parle alors d'humeur triste ou d'anhédonie (perte de plaisir);
- 2) l'apparition, durant cet épisode, d'au moins quatre symptômes secondaires tels qu'une fatigue, un ralentissement psychomoteur, un changement d'appétit ou de poids, des insomnies, des difficultés à se concentrer ou à prendre des décisions, des idées de dévalorisation ou de culpabilité et des idées de mort récurrentes ou des tentatives de suicide;
- 3) enfin, une perturbation des activités habituelles causée par ces problèmes.

Le mot majeur ne signifie pas que la dépression est particulièrement grave mais que l'épisode dépressif est «caractérisé», c'est-à-dire qu'il correspond aux critères de dépression actuellement reconnus sur le plan international. L'avantage d'un outil standardisé tel que le CIDI-SF est de permettre de mesurer la prévalence parmi la population générale, hors contexte clinique.

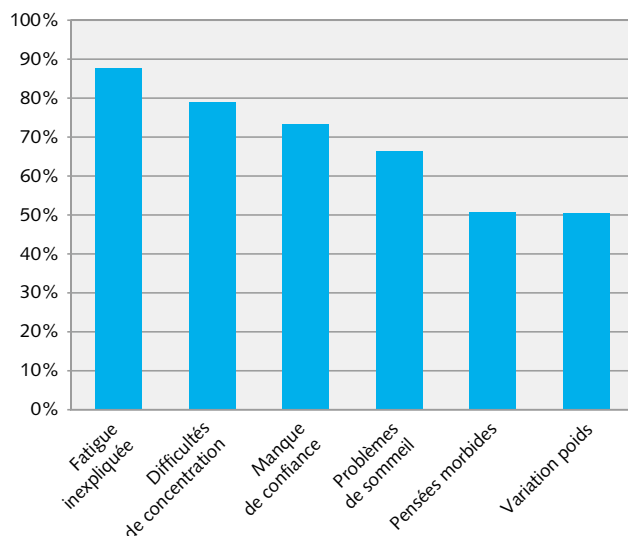
Chez 6% de la population, cet épisode remplit simultanément les conditions requises de durée (au moins quinze jours), de fréquence (presque chaque jour) et d'intensité (presque toute la journée) pour pouvoir parler d'humeur triste ou d'anhédonie (perte de plaisir). Il n'y a pas de différence entre hommes et femmes.

Le fait de se sentir plus épuisé ou faible qu'habituellement est le symptôme secondaire le plus fréquemment associé avec les symptômes d'humeur triste ou d'anhédonie. Les variations de poids et les pensées morbides sont les moins fréquemment associées (G2.12). Enfin, chez presque la moitié des personnes concernées, ces problèmes ont «beaucoup» perturbé leur vie ou leurs activités (G2.13). Il n'y pas de différence entre hommes et femmes.

Symptômes secondaires accompagnant l'humeur triste ou l'anhédonie (perte de plaisir), 2007

Parmi les personnes souffrant d'humeur triste ou d'anhédonie, sur une période d'une année

G 2.12



© Office fédéral de la statistique (OFS)

5% de la population réunissent les trois critères distinctifs d'un trouble dépressif majeur. La proportion d'hommes et de femmes concernés est semblable. Cette prévalence se situe dans la moyenne de celles mises en évidence dans les enquêtes réalisées ces dernières années en Europe (3 à 10%)¹⁶. Le trouble dépressif majeur touche dans une proportion relativement analogue toutes les classes d'âge jusqu'à 64 ans; on note ensuite un léger recul de sa prévalence. Cette dernière ne varie pas en fonction de la formation.

2.5.3 Les traitements pour des problèmes psychiques

Au cours d'une année, 5% de la population ont suivi un traitement pour des problèmes psychiques, les femmes davantage (6%) que les hommes (4%). Ces traitements sont moins fréquents chez les personnes de moins de 25 ans et chez celles de plus de 65 ans que dans les autres classes d'âge.

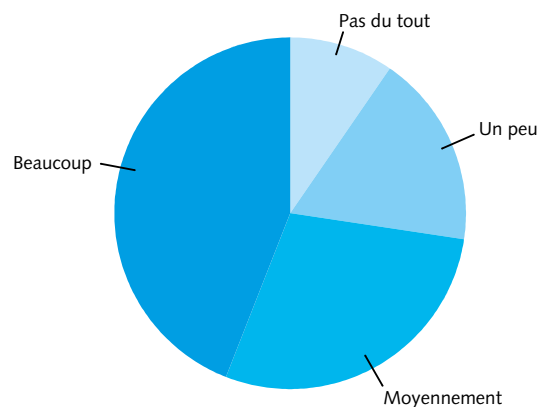
Les professionnels les plus souvent sollicités sont les psychiatres (43%) et les médecins généralistes (41%), suivis par les psychologues et psychothérapeutes (34%). Les hommes donnent clairement la préférence au psychiatre (48%) par rapport au médecin généraliste (40%) et au psychologue ou psychothérapeute (37%). Les femmes sont aussi nombreuses à aller chez le médecin généraliste

¹⁶ Selon une méta-analyse des estimations issues de 27 études en population générale en Europe sur la prévalence de la dépression au cours des 12 derniers mois (Wittchen HU, Jacobi F (2005): Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. European Neuropsychopharmacology. 2005, 15: 357–76)

Perturbations des activités en cas d'humeur triste ou d'anhédonie (perte de plaisir), 2007

Parmi les personnes souffrant d'humeur triste ou d'anhédonie, sur une période d'une année

G 2.13



© Office fédéral de la statistique (OFS)

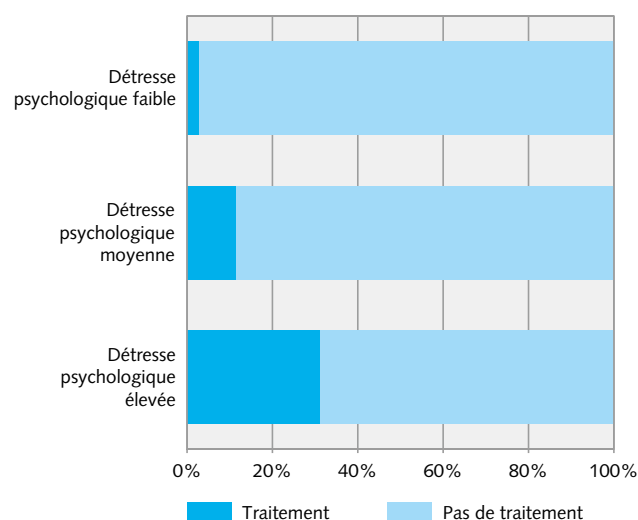
que chez le psychiatre (40%), le recours au psychologue ou au psychothérapeute étant également moins fréquent (31%). Une femme sur dix choisit un thérapeute à caractère non médical (thérapie par la danse, le dessin, un chaman, etc.) pour traiter un problème psychique.

Les personnes souffrant de détresse psychologique moyenne ou élevée ont nettement davantage recours à un traitement pour des problèmes psychiques que les autres. Mais les personnes suivant un traitement sont minoritaires même parmi celles déclarant une détresse psychologique élevée (G2.14).

Traitement pour des problèmes psychiques, selon le niveau de détresse psychologique, 2007

Sur une période de douze mois, part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 2.14



© Office fédéral de la statistique (OFS)

2.5.4 Le sentiment de maîtrise de la vie

Le sentiment de pouvoir faire face aux difficultés et de déterminer le cours de sa vie joue un rôle important pour la santé. Il est nécessaire pour gérer de manière constructive les problèmes quotidiens et les situations de crise, de même que pour œuvrer efficacement à la conservation de sa santé et à la prévention des maladies. Inversement, le sentiment d'impuissance et l'impression d'être submergé par les problèmes peuvent conduire notamment à un état dépressif.

La mesure du sentiment de maîtrise de la vie

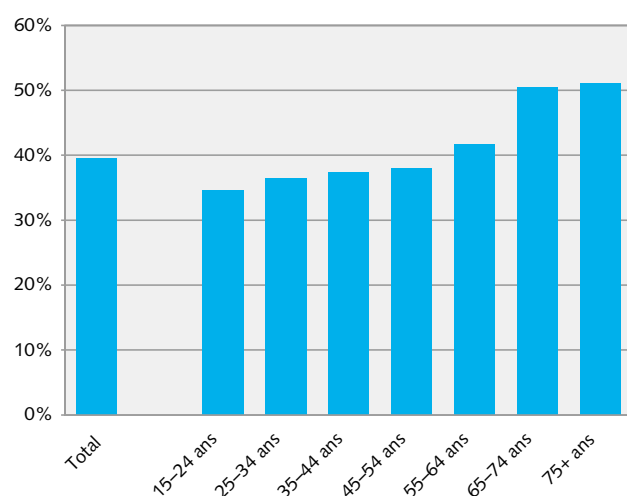
La mesure du sentiment de maîtriser sa vie est basé sur les réponses à quatre questions: «je n'arrive pas à surmonter certains de mes problèmes», «j'ai parfois l'impression d'être ballotté dans tous les sens», «j'ai le sentiment d'avoir peu de contrôle sur ce qui m'arrive» et «je me sens souvent submergé par les problèmes». A chaque question, quatre modalités de réponse sont possibles, échelonnées de «tout à fait d'accord» à «pas du tout d'accord». L'indicateur construit sur cette base distingue des niveaux de maîtrise bas, moyen et élevé.

Quatre personnes sur cinq ont un sentiment élevé ou moyen de maîtrise de la vie. Pour la moitié d'entre elles, ce sentiment est élevé. Les hommes ont en général un sentiment plus élevé de pouvoir déterminer le cours de leur vie que les femmes. Ce résultat converge avec ceux des recherches menées au plan international. Le sentiment de mieux maîtriser sa vie augmente avec l'âge, surtout à partir de 65 ans (G2.15).

Sentiment de maîtrise élevé, 2007

Part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 2.15



© Office fédéral de la statistique (OFS)

Les personnes avec le niveau de formation le plus bas (scolarité obligatoire) ont moins souvent le sentiment de pouvoir maîtriser leur vie que celles avec une formation plus élevée.

Le fait d'avoir un certain contrôle sur sa vie joue un rôle positif pour la santé. Ainsi, 1% des personnes avec un niveau de maîtrise élevée déclarent une détresse psychologique élevée; ce pourcentage s'élève par contre à 12% parmi celles avec un niveau de maîtrise bas. De même, parmi les personnes avec un sentiment de maîtrise élevé, à peine 2% ont déjà eu recours à un traitement médical contre la dépression, contre un quart parmi celles avec un sentiment de maîtrise bas. Enfin, la part des personnes évaluant leur santé comme bonne ou très bonne passe de 78% chez celles avec un sentiment de maîtrise bas à 93% chez celles avec un sentiment de maîtrise élevé.

2.6 Les limitations d'activité à court terme

Les personnes ayant des problèmes de santé (physique ou psychique) peuvent être limitées à court terme dans leur capacité à exercer leurs activités habituelles. Cela peut se traduire notamment par une incapacité temporaire de travail ou de s'occuper du ménage, qui a aussi un impact social et économique.

La mesure des limitations d'activité à court terme

Les personnes interrogées répondent d'abord à la question: «Pendant combien de jours avez-vous été handicapé par un problème de santé au point de ne pas pouvoir exercer votre activité normalement, au cours des 4 dernières semaines?» On demande ensuite, aux personnes qui n'ont pas répondu «jamais», pendant combien de jours, durant la même période, elles n'ont «pas pu aller au travail ou exercer [leur] activité habituelle (par ex. le ménage)» ou elles ont «dû rester au lit pour cause de maladie ou d'accident».

Au cours de quatre semaines, 17% de la population n'ont pas pu exercer leurs activités normalement, pendant au moins une journée, à cause d'un problème de santé. Les femmes (18%) sont proportionnellement plus nombreuses dans ce cas que les hommes (16%); cette différence s'observe dans tous les groupes d'âge. La prévalence de ces limitations diminue avec l'âge jusqu'à 74 ans, avant d'augmenter à nouveau. Pour la moitié des personnes concernées, cette limitation a duré au moins quatre jours.

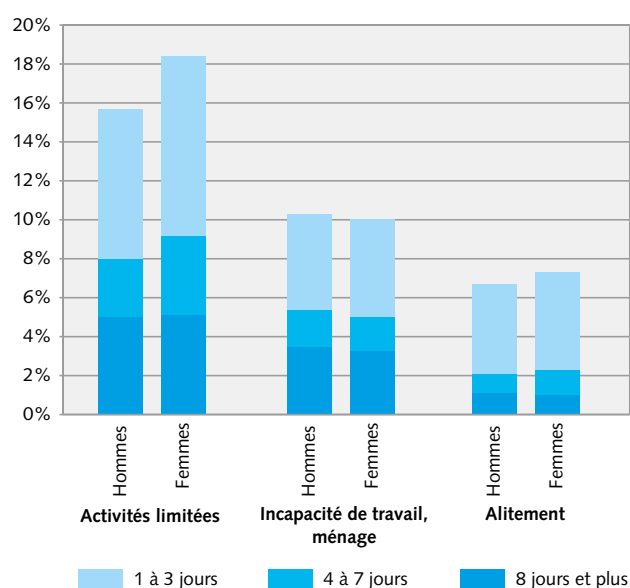
Deux dimensions permettent de préciser la portée de cette limitation d'activités à court terme, toujours sur une période de quatre semaines. Premièrement, 10% de la population n'ont pas pu aller à leur travail ou s'occuper de leur ménage pendant au moins un jour, à cause d'un problème de santé. Dans un cas sur deux, cette incapacité a duré au moins quatre jours. Deuxièmement, 7% ont dû garder le lit au moins un jour pour raison de maladie ou d'accident; dans un cas sur trois l'alitement a duré au moins quatre jours. On ne note pas de véritable différence entre hommes et femmes. (G2.16)

Sur une année entière, le nombre moyen de jours d'activité limitée pour raisons de santé est de 18 pour les hommes et les femmes. Le nombre annuel moyen de jours d'incapacité de travail ou de ménage est de 11 pour les femmes et 12,2 pour les hommes. Enfin, le nombre annuel moyen de jours d'alitement est de 4 pour les hommes et 4,5 pour les femmes.

Limitations à court terme à cause d'un problème de santé, 2007

Sur une période de quatre semaines, part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 2.16



© Office fédéral de la statistique (OFS)

2.7 Incapacités, handicaps

Les handicaps ou les incapacités peuvent être brièvement définis comme la perte de capacité à exercer des activités régulières et à assumer les rôles sociaux attendus. Ces termes recouvrent différentes dimensions, telles que les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de participation (classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé - CIF de l'OMS)¹⁷, le handicap ressenti, la santé fonctionnelle, le besoin d'aide pour les activités du quotidien, la reconnaissance administrative du handicap, etc. Les handicaps ou les incapacités peuvent avoir des conséquences limitatives sur l'autonomie des individus, nécessiter une assistance dans les tâches de la vie quotidienne, voire entraîner une prise en charge dans une institution médico-sociale. La prise en considération des difficultés ou des besoins d'aide pour accomplir les tâches quotidiennes permet donc d'apprécier les besoins en matière de soins et d'assistance aux personnes.

2.7.1 Les limitations d'activité à long terme

26% de la population sont limités depuis six mois au moins dans leurs activités habituelles par un problème de santé, 7% «fortement» et 19% «pas fortement». Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses dans ce cas que les hommes (29% contre 24%). La part des personnes concernées croît avec l'âge, de 19% chez les 15-24 ans à 46% chez les 75 ans et plus (G2.17).

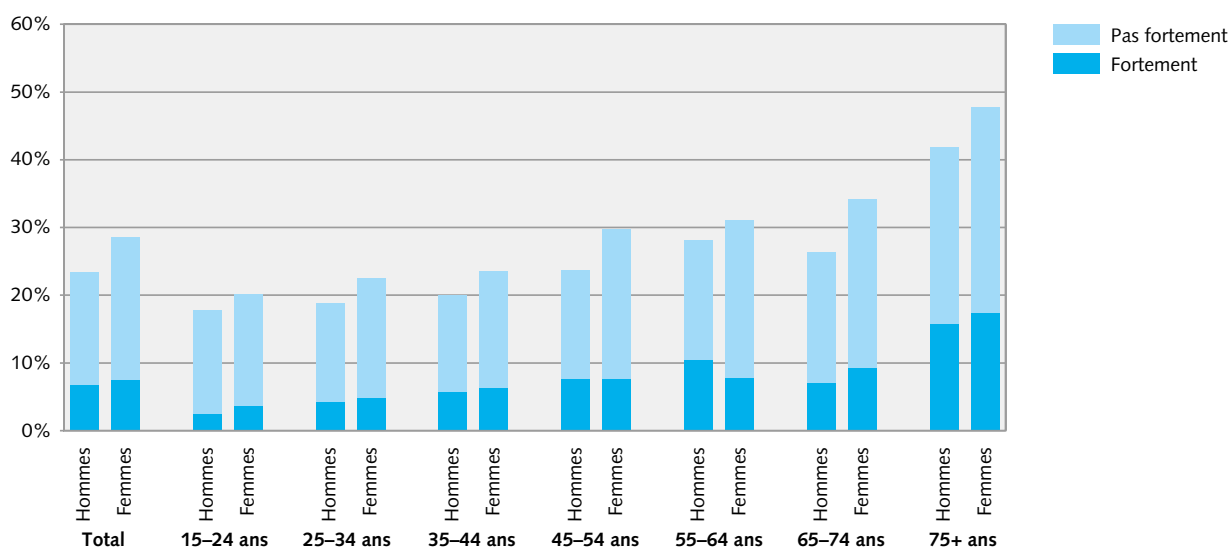
Plus le niveau de formation est élevé, plus la part des personnes affectées diminue: le taux passe de 35% chez celles avec une formation du niveau de la scolarité obligatoire à 22% chez celles avec une formation de degré tertiaire. Cette tendance se retrouve dans tous les groupes d'âges.

¹⁷ OMS (2001): Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, Genève

Limitations à long terme à cause d'un problème de santé, 2007

Depuis au moins six mois dans les activités habituelles, part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 2.17



2.7.2 La santé fonctionnelle

La santé fonctionnelle permet d'aborder les conséquences des maladies, accidents, malformations ou du vieillissement sur le fonctionnement de l'individu au quotidien, en termes de limitations fonctionnelles, d'une part, et de restrictions d'activités, d'autre part (cf. encadré).

Les **limitations fonctionnelles** désignent des altérations des fonctions physiques, sensorielles ou mentales. Elles se traduisent pour l'individu par des difficultés à mobiliser ces fonctions pour marcher, tendre un bras, entendre, se souvenir, etc. Dans certains cas, ces limitations peuvent être compensées (appareil auditif pour des problèmes d'ouïe, par exemple); dans d'autres cas, elles persistent en dépit de l'utilisation d'aide technique ou des ressources de l'environnement de l'individu.

Une personne sur dix déclare au moins une limitation fonctionnelle, sensorielle ou de locomotion. Les limitations sensorielles affectent 4% (vue) et 5% (ouïe) de la population. Elles sont un peu plus fréquentes que la limitation de locomotion (3%). Dans les trois cas, les personnes fortement limitées représentent un peu plus de 1% de la population. La prévalence des limitations fonctionnelles augmente fortement avec l'âge: la part des personnes souffrant d'au moins une limitation fonctionnelle ne dépasse pas 6% dans les trois classes d'âge les plus jeunes; elle est de 37% chez les 75 ans et plus (G2.18). Ces limitations fonctionnelles ne se cumulent

La mesure de la santé fonctionnelle

L'enquête suisse sur la santé couvre deux dimensions de la santé fonctionnelle:

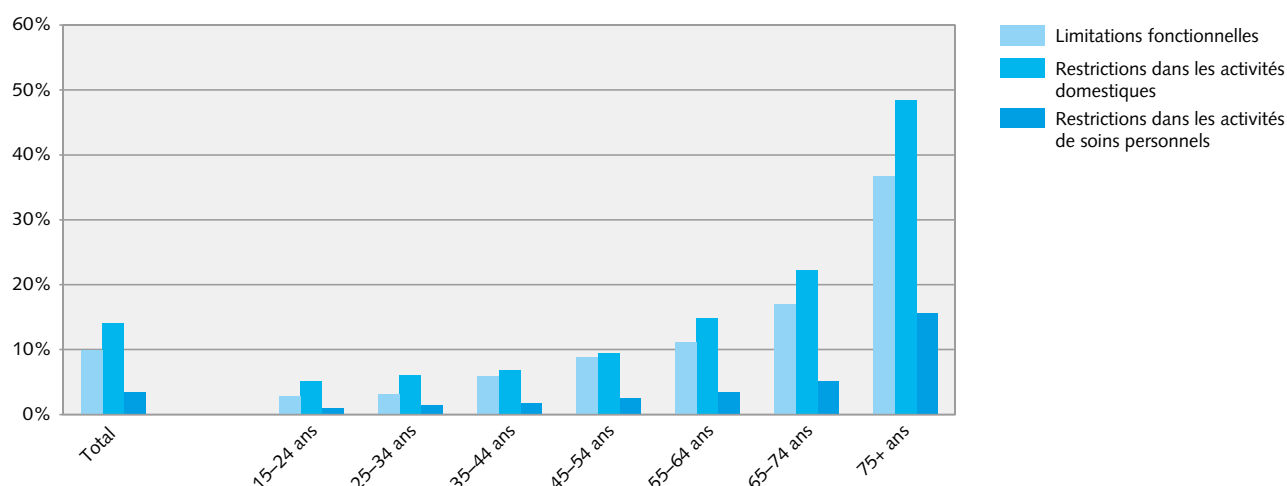
- Les limitations fonctionnelles sensorielles (vue et ouïe) et de locomotion. Il est demandé aux personnes interrogées si elles sont capables de lire un livre ou un journal (y compris avec des lunettes), de suivre une conversation à laquelle participent au moins deux personnes (y compris avec un appareil auditif) ou de marcher au moins 200 mètres sans aide et sans s'arrêter. Il est considéré qu'il y a limitation fonctionnelle lorsqu'elles répondent «oui, sans trop de difficulté», «oui, mais avec beaucoup de difficulté» ou «non». Les personnes sans limitation ont répondu «oui, sans difficulté».
- Les restrictions d'activités quotidiennes. Elles sont évaluées par deux séries de questions. La première concerne les activités domestiques (préparer des repas, faire des achats, la lessive, de petits travaux ménagers etc.) afin de repérer les restrictions «instrumentales» (IADL, pour Instrumental Activities of Daily Living). La seconde touche les activités de soins personnels (manger, se coucher, s'habiller, aller aux toilettes, prendre une douche) et permet de recenser les restrictions courantes (ADL pour Activities of Daily Living). Les deux séries de questions sont reprises du questionnaire des enquêtes européennes de santé (EHIS). Elles se réfèrent à l'indicateur d'indépendance des activités proposé par Katz¹⁸. Pour chacune de ces activités, les personnes interrogées sont priées de préciser si elles sont capables de les accomplir sans aide. Il est considéré qu'il y a restriction d'activité lorsqu'elles répondent «oui, avec quelque difficulté», «oui, mais avec beaucoup de difficulté» ou «non». Les personnes sans restriction ont répondu «oui, sans difficulté».

¹⁸ Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson B.A, Jaffe MW (1963): Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function, *Jama*, 185(12), pp. 914-919

Santé fonctionnelle, 2007¹

Au moins une limitation ou restriction, part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 2.18



¹ Pour les jeunes de 15 à 24 ans, les deux activités «faire la lessive sans aide» et «faire les comptes sans aide» n'ont pas été prises en compte dans le calcul: elles augmentent la proportion d'individus dans leur classe d'âge avec des restrictions dans les activités domestiques de 5% à 12%, de manière vraisemblablement inadéquate. Il s'agit sans doute d'une compréhension erronée de la question, et d'une interprétation en termes d'opportunité et de compétences (les jeunes ne font pas nécessairement la lessive, ni les comptes...) plutôt qu'en termes d'incapacité liée à une dépendance. Les 15-24 ans présentent d'ailleurs un bon état de santé global comme l'ont montré les divers éléments développés auparavant.

© Office fédéral de la statistique (OFS)

que légèrement: quatre cinquièmes des personnes concernées ne déclarent qu'une limitation fonctionnelle. Ce n'est qu'à partir de 75 ans que les individus sont plus nombreux à cumuler deux ou trois limitations fonctionnelles (10% contre 3% jusqu'à 64 ans).

Les **restrictions d'activités** se situent à la rencontre de l'état fonctionnel d'un individu et des activités qu'il peut être amené à devoir effectuer. Des restrictions relativement prononcées peuvent conduire au recours à des services d'aide à domicile ou à l'aide de proches, ou même au placement dans une institution¹⁹.

14% de la population souffrent d'au moins une restriction dans les **activités domestiques**. Les femmes sont davantage concernées que les hommes (16% contre 12%). La prévalence de ces restrictions d'activités augmente avec l'âge, passant de 5% chez les 15-24 ans à 49% chez les 75 ans et plus (G2.18). Elle est divisée par quatre entre les personnes avec une formation du niveau de la scolarité obligatoire (31%) et celles avec une formation de degré tertiaire (8%). Ce gradient se retrouve dans toutes les classes d'âge. En moyenne, chacune des activités prises en compte est une source de difficultés pour environ 4% de la population, les gros travaux ménagers occasionnels faisant exception (10%).

Les Tessinois sont plus nombreux à déclarer des restrictions d'activités domestiques (19% contre 14% pour la population des deux autres régions linguistiques).

Les restrictions dans les activités de **soins personnels** signalent un degré accru de perte d'autonomie²⁰. Elles concernent 3% de la population, sans véritable différence entre hommes et femmes. La prévalence de ces restrictions augmente avec l'âge, principalement à partir de 75 ans (G2.18). Un fort gradient existe selon le niveau de formation: la prévalence passe de 9% chez les personnes avec une formation de niveau scolarité obligatoire à 2% chez celles avec une formation de degré tertiaire. Bien que légèrement moins prononcé chez les 75 ans et plus, cet effet de la formation se vérifie dans toutes les classes d'âge. Chacune des activités de soins personnels est une source de difficulté pour environ 1% à 2% de la population.

Limitations fonctionnelles et restrictions d'activités se recouvrent partiellement. Parmi les personnes ne souffrant d'aucun problème sensoriel/de locomotion, 10% rencontrent des difficultés dans l'accomplissement des activités domestiques. Cette part passe à 46% parmi les

¹⁹ Il faut rappeler que l'enquête suisse sur la santé ne porte pas sur les personnes hébergées dans des institutions.

²⁰ Cambois E, Robine JM, Mormiche P (2007): Une forte baisse de l'incapacité en France dans les années 1990? Discussion autour des questions de l'enquête Santé, Population, 62 (2), 363-386

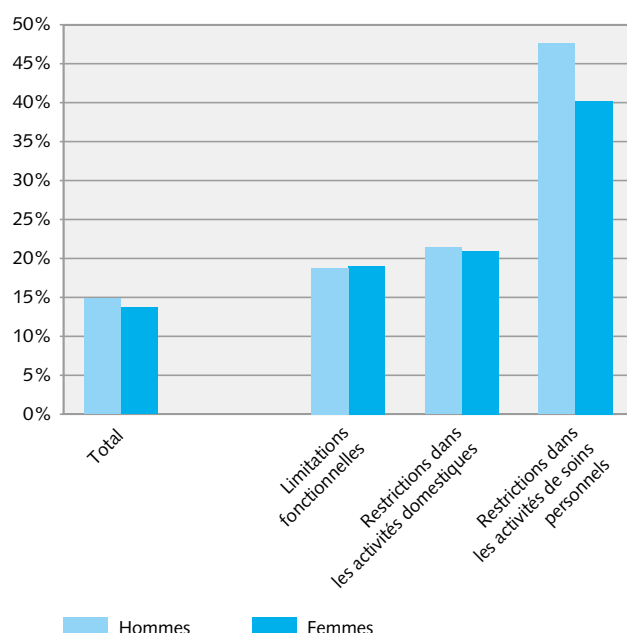
personnes avec un problème sensoriel/de locomotion et même à 80% chez celles avec 2 ou 3 problèmes sensoriels/de locomotion.

On constate que 62% des personnes souffrant de limitations fonctionnelles ou de restrictions d'activités se sentent limitées par leur handicap, 45% «un peu» et 17% «fortement». Il n'y a pas de différence entre hommes et femmes. Ce sentiment de limitation est nettement plus prononcé lorsque les personnes sont affectées par des restrictions dans les activités de soins personnels (G2.19).

Sentiment d'être fortement limité par son handicap, selon la santé fonctionnelle, 2007

Part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 2.19



© Office fédéral de la statistique (OFS)

2.7.3 L'aide dans les activités quotidiennes difficiles

Les incapacités et handicaps entraînent des besoins accrus d'assistance dans les tâches de la vie quotidienne. La manière dont il y est répondu change selon que les personnes concernées vivent seules ou en ménage avec d'autres personnes. C'est ce qu'illustre la situation des personnes souffrant de restriction d'activités (domestiques ou de soins personnels).

Parmi les personnes vivant en ménage avec d'autres personnes, la grande majorité (89%) sont aidées pour les activités qui leur sont difficiles par des personnes vivant avec elles et/ou par des parents ou amis vivant hors du ménage; 2% reçoivent de l'aide de la part d'un service de soins à domicile ou de manière informelle. Finalement, 9% ne reçoivent aucune aide.

Parmi les personnes vivant seules, 59% sont aidées par des parents ou amis et 15% le sont par un service de soins à domicile ou informellement. Il reste 26% des personnes vivant seules qui ne reçoivent aucune aide.

Globalement, 12% des personnes souffrant de restriction d'activités (domestiques ou de soins personnels) ne reçoivent aucune aide. L'exacte ampleur du phénomène est cependant délicate à mesurer, dans la mesure où il peut exister une certaine gêne sociale à reconnaître recevoir de l'aide. Ce genre d'information reste malgré tout essentiel pour mesurer l'importance des besoins en matière de prise en charge des personnes touchées par des problèmes de santé fonctionnelle.

2.8 La santé sociale

Les relations sociales dont dispose une personne et l'appui qu'elle peut y trouver contribuent à son bien-être. À l'inverse, un sentiment durable de solitude est le signe d'un bien-être (social) perturbé. Si certaines ressources sociales ont un effet direct sur la santé, d'autres agissent plus indirectement, un peu comme des «amortisseurs» dans les situations de crise^{21, 22}.

2.8.1 Les relations sociales

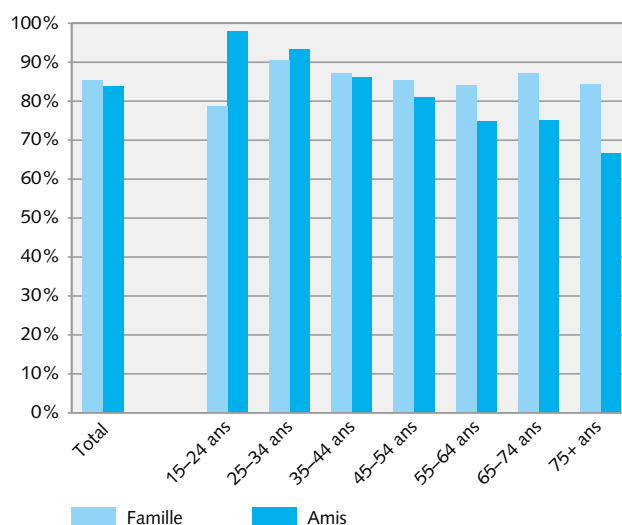
85% des personnes ont un contact (visite ou téléphone) au moins une fois par semaine avec leur **famille**. Les contacts téléphoniques hebdomadaires sont plus fréquents que les visites (G2.20): celles-ci peuvent être limitées par la distance, par les emplois du temps professionnels, etc.

Parmi les 3% de personnes qui ne reçoivent que très rarement, voire jamais, des visites des membres de leur famille, 40% ont avec eux des contacts téléphoniques au moins hebdomadaires. La part d'individus n'étant jamais en contact, par téléphone ou par des visites, avec les membres de leur famille est finalement peu élevée (moins de 2%).

Contacts sociaux selon l'âge et le sexe, 2007

Au moins un contact hebdomadaire (visite et/ou téléphone), part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 2.21



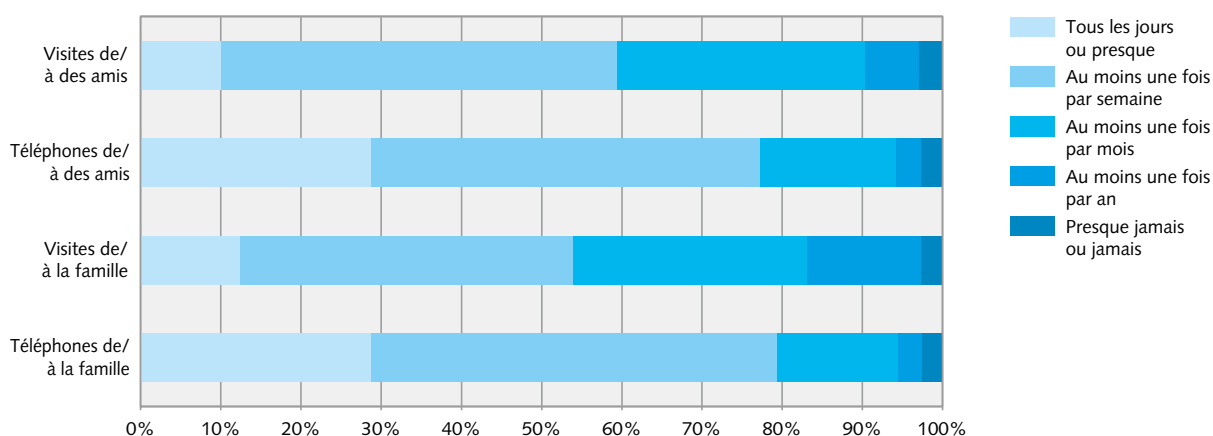
© Office fédéral de la statistique (OFS)

Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à avoir des visites ou des contacts téléphoniques hebdomadaires avec leur famille que les hommes (88% contre 82%), dans tous les groupes d'âge. La part des personnes ayant au moins un contact hebdomadaire (visite ou téléphone) avec leur famille varie très peu selon l'âge (G2.21).

Contacts sociaux, 2007

Part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 2.20



© Office fédéral de la statistique (OFS)

²¹ Borgetto B (2004): Entraide et santé – Analyses, résultats et perspectives en Suisse et en Allemagne. Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé. Ed. Hans Huber: Berne/Göttingen/Toronto.

²² Röhrle B (1994): Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. Weinheim: Beltz.

83% de la population ont un contact (visite ou téléphone) au moins hebdomadaire avec leurs **amis ou connaissances**, les femmes (85%) dans une proportion un peu plus élevée que les hommes (82%). Comme pour les relations avec la famille, les contacts téléphoniques sont plus nombreux que les visites (G2.20). Les personnes sans aucun contact avec leurs amis ou connaissances sont relativement peu nombreuses (un peu plus de 1%). La part des personnes ayant des contacts au moins hebdomadaires avec leurs amis ou connaissances diminue nettement avec l'âge, de 98% chez les 15–24 ans à 66% chez les 75 ans et plus (G2.21).

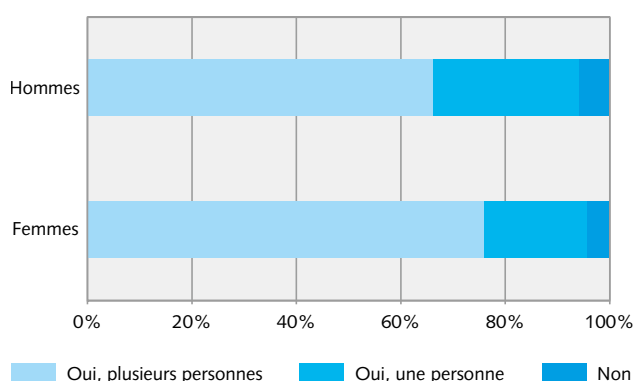
2.8.2 Les relations de confiance

Les relations de confiance sont une composante essentielle de la vie sociale. Par relations de confiance, on entend les relations partagées entre individus pouvant se parler de tout. Elles jouent un rôle particulièrement important dans les situations de crise²³. L'écrasante majorité de la population (95%) dispose d'au moins une personne à qui elle peut vraiment parler n'importe quand de problèmes très personnels: 71% disposent de plusieurs personnes de confiance et 24% d'une seule (G2.22). Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à disposer de plusieurs confidentes (76% contre 66%). On remarque également que les Alémaniques sont plus nombreux à disposer de plusieurs confidentes que les Romands et les Tessinois.

Disposer de confident(e)s, 2007

Part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 2.22



© Office fédéral de la statistique (OFS)

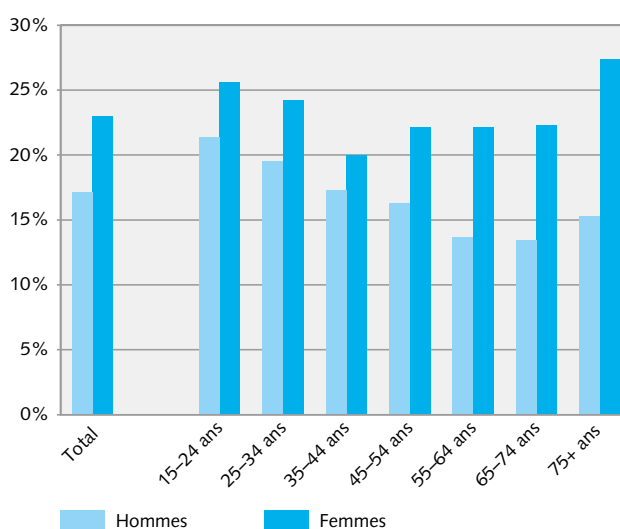
La part des hommes n'ayant aucune personne à qui se confier est un peu plus élevée que celle des femmes (6% contre 4%). La part des femmes sans personne à qui se confier augmente surtout à partir de 75 ans. Chez les hommes, aucune tendance selon l'âge ne se dessine clairement. La part des personnes sans confident diminue lorsque le niveau de formation augmente: elle passe de 10% chez les personnes avec une formation du niveau de la scolarité obligatoire à 3% chez celles avec une formation de degré tertiaire.

20% de la population regrettent l'absence d'une personne à qui se confier. C'est nettement plus que la part des personnes dépourvues de personne de confiance (5%). Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à regretter une personne à qui se confier (23% contre 17%), particulièrement à partir de 45 ans (G2.23).

Regret de l'absence de confident(e), 2007

Part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 2.23



© Office fédéral de la statistique (OFS)

²³ Cohen S, Wills TA (1985): Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin* 98(2): 310–357.

2.8.3 Le sentiment de solitude

Le sentiment de solitude est l'expression subjective d'un manque de ressources sociales ou d'un besoin de contacts sociaux supplémentaires ou différents. Quand il persiste, il peut avoir des conséquences sérieuses sur la santé et le bien-être des personnes concernées.

27% de la population se sentent «parfois» seuls et 3% «assez» ou «très souvent». Les femmes ressentent davantage la solitude que les hommes (35% contre 25%), ce qui se vérifie à tout âge (G2.24). Le sentiment de solitude est plus prononcé chez les jeunes que chez les personnes plus âgées. La part des personnes ressentant de la solitude est la plus faible chez les 65–74 ans, particulièrement parmi les hommes. Elle remonte ensuite, à un niveau plus élevé chez les femmes (36%) que chez les hommes (21%), ce qui tient probablement au fait qu'elles sont plus nombreuses à vivre seules. Plus le

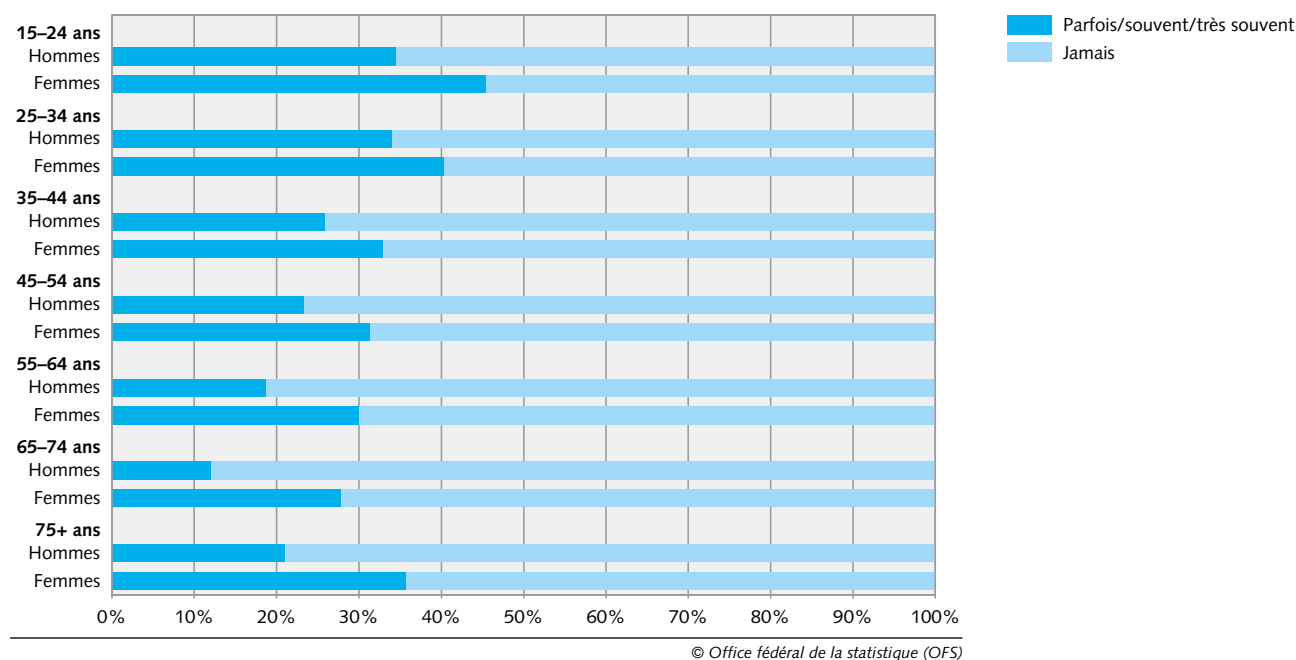
niveau de formation est élevé et plus le sentiment de solitude diminue: 38% des personnes ayant une formation du niveau de la scolarité obligatoire le ressentent contre 26% des personnes avec une formation supérieure. Ce gradient est plus net chez les hommes.

Le sentiment de solitude varie selon les ressources sociales à sa disposition. Seuls 3% des personnes ayant des contacts hebdomadaires avec leur famille ressentent souvent de la solitude, contre 16% de celles qui n'ont jamais de contact avec leur entourage familial. De même, si 3% des personnes ayant des contacts hebdomadaires avec leurs amis ou connaissances ressentent souvent de la solitude, cette part est de 20% chez celles qui n'ont jamais de contact avec des amis. Enfin, la part des personnes ressentant souvent de la solitude passe de 3% chez celles qui ont au moins une personne à qui se confier à 11% chez celles qui n'ont pas de confident.

Sentiment de solitude, 2007

Part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 2.24



2.8.4 Relations sociales, solitude et état de santé

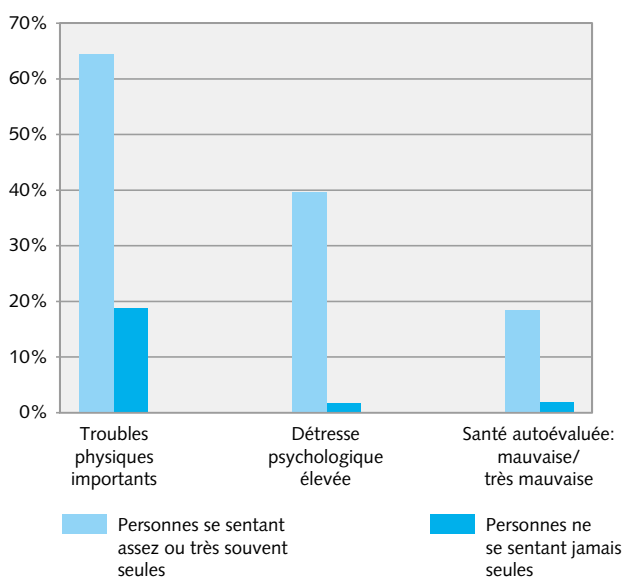
Les relations sociales de même que le sentiment de solitude ont un lien avec l'état de santé. Ainsi, 87% des personnes ayant des contacts hebdomadaires (téléphone ou visite) avec leur famille jugent leur état de santé très bon ou bon, contre 62% de celles n'ayant jamais de contact avec leur famille. Les personnes sans contact avec leur famille ont davantage de troubles physiques importants (42%) que celles qui ont des contacts familiaux réguliers (24%). La situation est identique pour la détresse psychologique élevée: elle concerne 4% des personnes ayant des contacts familiaux hebdomadaires contre 13% de celles sans contacts familiaux. Ce type d'écart se retrouve dans les différentes classes d'âge.

La situation est semblable si l'on considère le sentiment de solitude. Les liens avec l'état de santé frappent par leur amplitude dans le cas de la santé autoévaluée et de la détresse psychologique. Mais même la part des personnes souffrant de troubles physiques importants est trois fois plus élevée parmi les personnes qui se sentent assez ou très souvent seules que parmi celles qui ne se sentent jamais seules²⁴ (G2.25).

Etats de santé selon la fréquence du sentiment de solitude, 2007

Part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 2.25



© Office fédéral de la statistique (OFS)

²⁴ Ce résultat ne permet pas de déterminer le sens de la corrélation. D'une part, il se peut que d'autres variables, telles que les dispositions psychologiques, influencent la perception du bien-être physique et de l'environnement social. D'autre part, on sait, notamment grâce aux recherches menées dans le domaine de la maîtrise de la maladie, que la survenue d'une maladie grave ou chronique peut entraîner des pertes douloureuses au niveau des relations sociales (mariages qui se brisent; amis ou proches qui se retirent, craignant d'avoir à parler de la maladie, de l'infirmité ou de la mort, etc.).

3 Comportements influant sur la santé

Les conceptions que l'on a en matière de santé et les manières de se comporter dans ce domaine sont des ressources personnelles qui peuvent exercer une influence sur l'état de santé. Les comportements pouvant influencer la santé sont notamment l'activité physique, les habitudes alimentaires, le tabagisme ainsi que la consommation d'alcool, de drogues ou de médicaments pouvant entraîner la dépendance. Savoir quels comportements à risque correspondent aux différentes classes d'âge facilite la mise en œuvre de mesures préventives ciblées.

3.1 Activité physique

On sait depuis longtemps que le manque de mouvement et d'activité physique peut causer des dommages à la santé. De nombreuses études démontrent que l'inactivité physique accroît le risque de se retrouver en présence de certaines maladies.²⁵ Une activité physique, même modérée, contribue déjà à prévenir les troubles cardiovasculaires. Elle peut également contrecarrer le développement du diabète, des dorsalgies et du cancer du sein ou de l'intestin. Toutefois, la recherche a également montré que les activités physiques doivent être pratiquées de façon régulière pour avoir un effet positif sur la santé. Les recommandations concernant l'activité physique ont été conçues de manière à pouvoir être appliquées par toutes les catégories de la population, et même par les personnes qui ne pratiquent aucun sport.

3.1.1 Comportement en matière d'activité physique

Trois personnes sur cinq n'ont pas suffisamment d'activité physique durant leurs loisirs pour être considérées comme actives (G3.1). 16% de la population se meuvent moins de 30 minutes par semaine et sont donc considérées comme inactives.

Mesure du comportement en matière d'activité physique

Du point de vue de la santé, il est recommandé d'exercer un «sport d'intensité moyenne, ou plus simplement d'exercer une activité physique pendant au moins une demi-heure quotidiennement».²⁶ L'enquête suisse sur la santé (ESS) relève, en quatre questions sur le comportement en matière de mouvement, l'ampleur et l'intensité de l'activité physique hebdomadaire durant les loisirs. Conformément aux recommandations concernant l'activité physique, les données à ce sujet permettent de distinguer trois (ou cinq) catégories de personnes:

- **Actives:** les personnes «entraînées» transpirent au moins trois fois par semaine suite à une activité physique et celles qui sont «régulièrement actives» sont essoufflées pendant au moins une demi-heure et cinq fois par semaine. Cette catégorie répond entièrement aux recommandations concernant l'activité physique.
- **Partiellement actives:** les personnes «irrégulièrement actives» répondent aux recommandations quant à l'ampleur de l'activité physique hebdomadaire, mais pas quant à sa régularité, et celles qui sont «partiellement actives» exercent certaines activités, mais sans parvenir à l'ampleur hebdomadaire recommandée.
- **Inactives:** les personnes «inactives» se meuvent moins d'une fois par semaine jusqu'au stade de la transpiration ou moins d'une demi-heure par semaine jusqu'à celui de l'essoufflement.²⁷

La majorité des jeunes adultes de moins de 25 ans ont une activité physique suffisante durant leur temps libre (53%) et seuls 8% rentrent dans la catégorie des inactifs. L'activité physique diminue avec un âge élevé. Chez les personnes âgées de 75 ans et plus, seules 29% restent actives et 40% doivent être considérées comme inactives. Il est vraisemblable que de nombreuses personnes de cet âge sont limitées dans leur activité physique du fait de problèmes de santé. Dans la population en âge de travailler, entre 25 et 64 ans, on ne constate guère de différences d'une classe d'âge à une autre. La part des personnes ayant suffisamment d'activité physique est de l'ordre de 38% et celle des personnes inactives se situe entre 13% et 17%.

²⁵ OMS (2002): Rapport sur la santé en Europe 2002, Bureaux régionaux de l'OMS, Série européenne, n° 97.

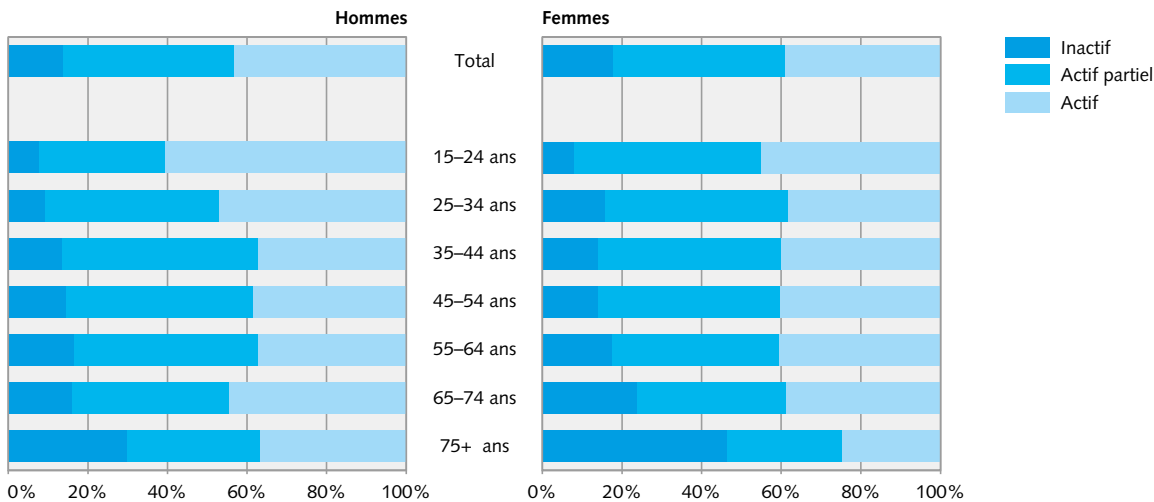
²⁶ Les recommandations sanitaires, qui s'inspirent des directives de l'OMS, ont été élaborées par l'Office fédéral du sport (OFSP), l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), Promotion Santé Suisse et le Réseau santé et mouvement de Suisse.

²⁷ OFSP, OFSP, Promotion Santé Suisse, Réseau santé et mouvement de Suisse (2006): «Activité physique et santé: document de base». Macolin: OFSP.

Comportement en matière d'activité physique, 2007

Part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.1



© Office fédéral de la statistique (OFS)

Les hommes se conforment un peu plus fréquemment que les femmes aux recommandations sanitaires concernant l'activité physique (43% contre 39%). Chez les hommes, on constate des variations entre les classes d'âge, en lien avec l'activité professionnelle: c'est durant leur jeunesse et dès l'âge de la retraite que les hommes déploient le plus d'activité physique. Chez les femmes, la part des personnes physiquement inactives augmente durant les années correspondant souvent à la fondation d'une famille (entre 25 et 34 ans), puis elle diminue.

L'ampleur de l'activité sportive est globalement à peu près égale chez les deux sexes: 56% des femmes et 58% des hommes disent pratiquer un sport. Il y a toutefois des différences quant aux déplacements quotidiens: les femmes se déplacent plus souvent à pied ou à vélo dans la vie quotidienne, tandis que les hommes accordent davantage de temps à la pratique d'un sport.

3.1.2 Autoévaluation du comportement en matière d'activité physique

Le comportement effectif peut être comparé à la manière dont les personnes évaluent leur activité physique. 61% des personnes pensent bouger suffisamment pour leur santé. Pourtant, l'activité physique de près de la moitié d'entre elles est inférieure à ce qui est recommandé; on constate même que 7% des personnes inactives pensent se mouvoir suffisamment. Ce sont avant tout les personnes plus âgées qui estiment avoir une activité physique suffisante alors que, selon les recommandations, elles rentrent dans la catégorie des personnes inactives ou partiellement actives.

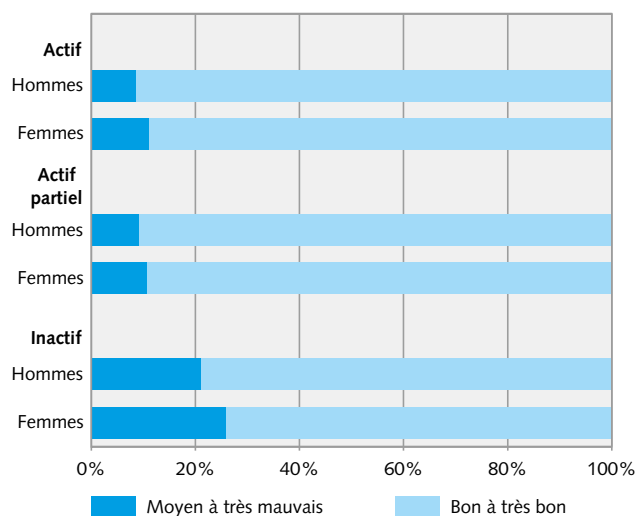
3.1.3 Rapport entre le comportement en matière d'activité physique et l'état de santé autoévalué ou la détresse psychologique

Les personnes physiquement actives évaluent leur état de santé plus favorablement que les inactives: 90% des personnes actives ou partiellement actives se sentent en bonne ou excellente santé, contre les trois quarts environ (76%) des personnes physiquement inactives (G3.2).

Etat de santé autoévalué selon l'activité physique, 2007

Part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.2



© Office fédéral de la statistique (OFS)

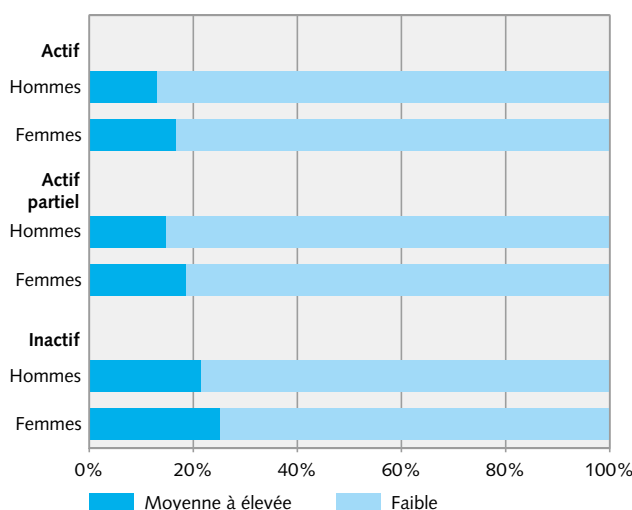
Il n'est cependant pas possible de déterminer si l'activité (ou l'inactivité) physique est la cause ou la conséquence d'une bonne ou d'une mauvaise santé.

On peut également constater une corrélation entre l'activité physique et la détresse psychologique. Parmi les personnes inactives, près d'une personne sur quatre éprouve une détresse psychologique, tandis qu'elles ne sont que 14% parmi les personnes physiquement actives (G3.3).

Détresse psychologique selon l'activité physique, 2007

Au cours de quatre semaines, part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.3



© Office fédéral de la statistique (OFS)

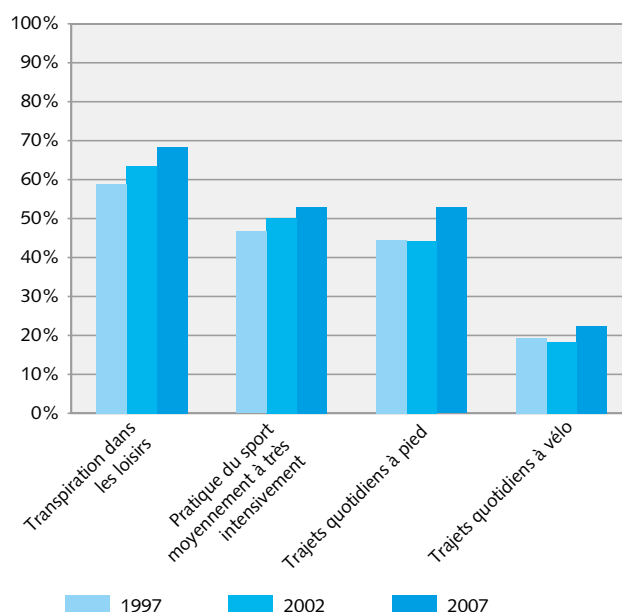
3.1.4. Evolution de l'activité physique

Comme les conditions de travail actuelles impliquent de plus en plus d'activités assises, les travailleurs ont peu de mouvement, voire plus du tout, dans leur vie professionnelle. On constate toutefois une tendance positive à compenser ce manque de mouvement lié à l'activité professionnelle et aux conditions d'habitation modernes: alors que 64% des personnes avaient trop peu d'activité physique durant leurs loisirs en 2002, elles sont moins de 60% en 2007. Le pourcentage des personnes parcourant chaque jour à pied ou à vélo le trajet séparant leur domicile de leur lieu de travail a également augmenté entre 2002 et 2007 (G3.4).

Activités physiques, 1997–2007

Part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.4



© Office fédéral de la statistique (OFS)

3.2 Alimentation

L'origine et l'évolution des maladies dites de civilisation telles que le surpoids, le diabète, l'hypertension artérielle ou les maladies cardiovasculaires, sont étroitement liées avec les habitudes alimentaires. Les efforts de sensibilisation à la nécessité de veiller à une alimentation équilibrée et de combattre le surpoids ont ainsi gagné en importance, en Suisse comme dans toute l'Europe.

3.2.1 Attention accordée à l'alimentation

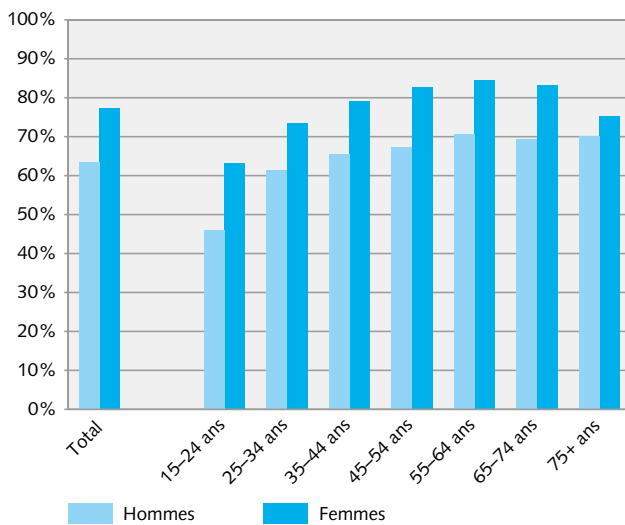
Globalement, 71% de la population déclarent faire attention à certains aspects de leur alimentation (G3.5). L'influence des rôles de genre est sensible: cette attention est moins fréquente chez les hommes (63%) que chez les femmes (77%).

Parmi les adolescents et les jeunes adultes, seuls 54% prêtent attention à leur alimentation. Cette attention augmente ensuite avec l'âge, puis recule dès 75 ans.

Marqués d'une empreinte culturelle et sociale, le comportement et les habitudes alimentaires diffèrent selon les régions. En Suisse alémanique (76%) et en Suisse italienne (71%), l'attention accordée à l'alimentation est nettement plus forte qu'en Suisse romande (55%). En outre, les personnes au bénéfice d'une formation du

Attention accordée à l'alimentation, 2007

Part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.5

© Office fédéral de la statistique (OFS)

degré tertiaire (78%) sont nettement plus attentives à leur alimentation que celles n'ayant accompli que la scolarité obligatoire (63%).

Le comportement vis-à-vis de la santé s'exprime aussi dans la compétence et la sécurité que le consommateur manifeste, par exemple pour choisir de la nourriture saine. Un peu plus des deux tiers seulement (68%) de la population se sentent sûrs dans ce domaine, plus de 9% ne se sentent pas sûrs et 23% indécis. La part des personnes qui se sentent sûres s'accroît avec l'âge: elle est la plus élevée parmi les personnes de 45 ans et plus (72%) et la plus faible parmi les adolescents et les jeunes adultes (59%).

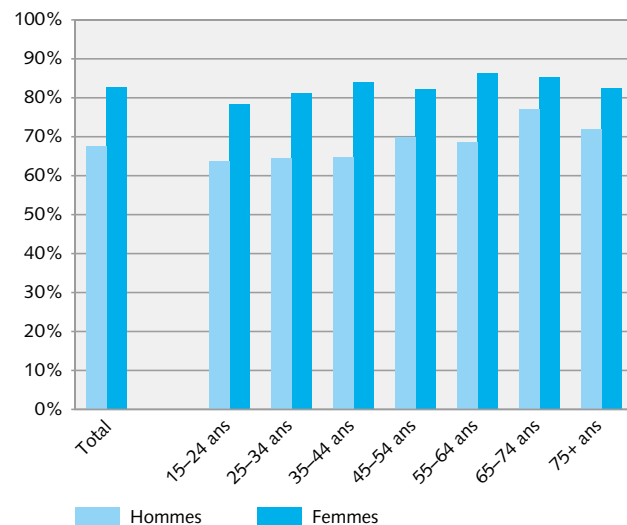
3.2.2 Comportement alimentaire

Selon les recommandations de la Société suisse de nutrition (SSN), les fruits et légumes constituent une composante essentielle d'une alimentation saine, en assurant l'apport en vitamines, sels minéraux et fibres alimentaires²⁸. 75% de la population consomment chaque jour des **fruits et légumes** (G3.6). Les femmes sont nettement plus nombreuses (83%) à suivre les recommandations à ce sujet que les hommes (68%).

²⁸ Société suisse de nutrition (SSN, 2005): Recommandations alimentaires pour adultes, alliant plaisir et santé – www.sge-ssn.ch/fileadmin/pdf/100-ernaehrungsthemen/10-gesundes_essen_trinken/Merkblatt_Lebensmittelpyramide.pdf

Consommation quotidienne de fruits et légumes, 2007

Part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.6

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Il est en outre recommandé de consommer chaque jour cinq portions de fruits et/ou de légumes. La recommandation dite des «5 fois par jour» est suivie par 29% de la population, près de deux fois plus souvent par les femmes (38%) que par les hommes (20%). Dans toutes les classes d'âge, ce sont les personnes ayant une formation supérieure qui suivent le mieux ces recommandations.

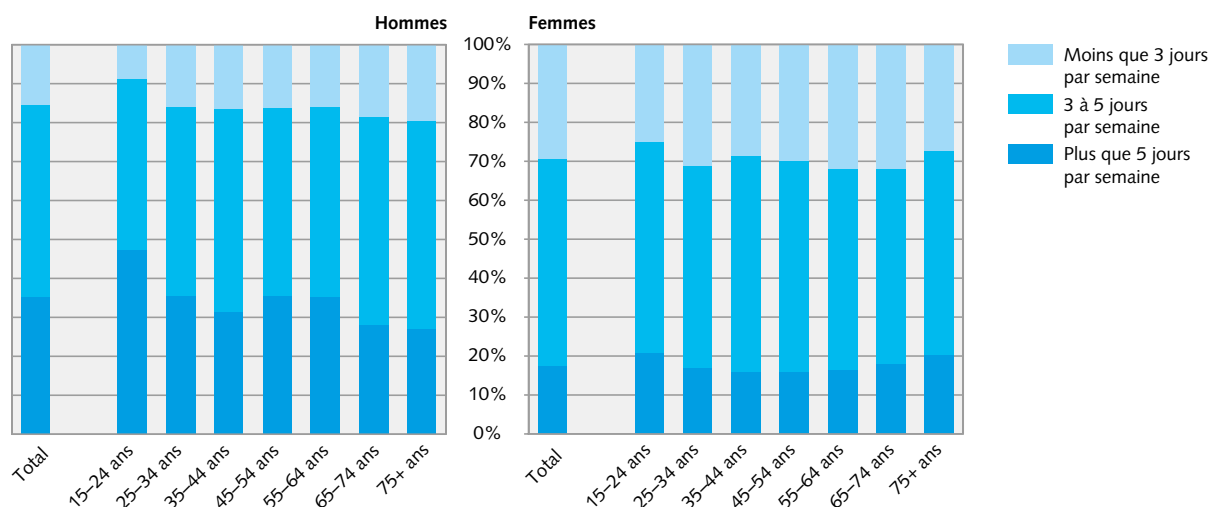
Les diététiciens déconseillent de consommer de la **viande** plus souvent que cinq fois par semaine. Compte tenu de ces recommandations, 35% des hommes et 18% des femmes mangent trop de viande (G3.7). Plus d'un quart des hommes (27%) et 12% des femmes consomment même quotidiennement de la charcuterie ou de la viande, ce qui va de pair avec une absorption considérable d'acides gras saturés et de cholestérol.

La part des personnes consommant de la viande plus de cinq fois par semaine a diminué de plus de 7 points de pourcentage entre 1992 et 2002, suite notamment à la maladie de la vache folle, au risque de salmonellose et à la grippe aviaire. Depuis lors, elle s'est stabilisée à 27%. On observe en outre des différences considérables entre les régions. En Suisse italienne, 12% seulement des personnes mangent trop souvent de la viande et de la charcuterie, contre 28% en Suisse alémanique et 25% en Suisse romande. La Suisse italienne se rapproche à cet égard du régime alimentaire méditerranéen, qui fait davantage de place aux fruits et légumes ainsi qu'au poisson.

Fréquence de la consommation de viande, 2007

Part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.7



© Office fédéral de la statistique (OFS)

En raison de ses graisses de grande valeur et de sa forte teneur en protéines, le **poisson** contribue grandement à une alimentation saine. Il est recommandé d'en manger une à deux fois par semaine. En Suisse romande et italienne, environ trois quarts des personnes de 15 ans et plus suivent cette recommandation et mangent du poisson au moins une fois par semaine, contre 58 % en Suisse alémanique. La consommation de poisson a augmenté constamment ces dernières années, ce qui est positif du point de vue nutritionnel. En 1992, seulement 56 % de la population suisse de 15 ans et plus déclarai-

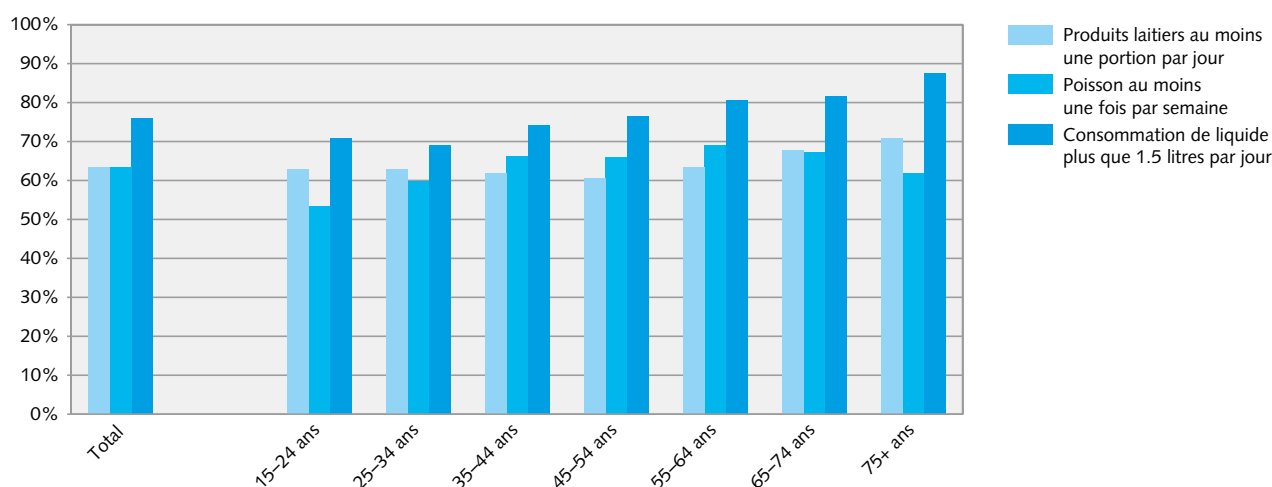
ent manger du poisson une fois par semaine. En 2007, la part des consommateurs réguliers de poisson est de l'ordre de 63 % (G3.8).

Les **produits laitiers** sont très importants pour leur apport en calcium et en vitamines. Cependant, la consommation de produits laitiers riches en matières grasses peut conduire à l'absorption de quantités importantes d'acides gras saturés, pouvant favoriser l'apparition de maladies cardiovasculaires. Près des deux tiers de la population consomment quotidiennement du lait, des fromages ou des yoghourts (G3.8). La consommation

Consommation de produits laitiers, de poisson et de boissons, 2007

Part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.8



© Office fédéral de la statistique (OFS)

quotidienne de produits laitiers est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, et chez les personnes d'un certain âge que chez les jeunes. Là encore, on constate des différences frappantes entre les régions linguistiques: en Suisse alémanique, deux tiers environ des personnes (65%) consomment chaque jour une portion²⁹ de produits laitiers voire davantage, contre 61% en Suisse romande et à peine plus de la moitié en Suisse italienne (51%).

La **quantité de liquide** qu'un adulte devrait boire chaque jour se situe entre un et deux litres de boissons non alcoolisées. Environ les trois quarts de la population suivent cette recommandation, les femmes dans l'ensemble un peu mieux que les hommes. Les personnes âgées l'observent également un peu mieux que les jeunes (G3.8). Cependant, 6% des personnes de 65 ans et plus boivent moins d'un litre de liquide par jour.

3.2.3 Obstacles à une alimentation saine

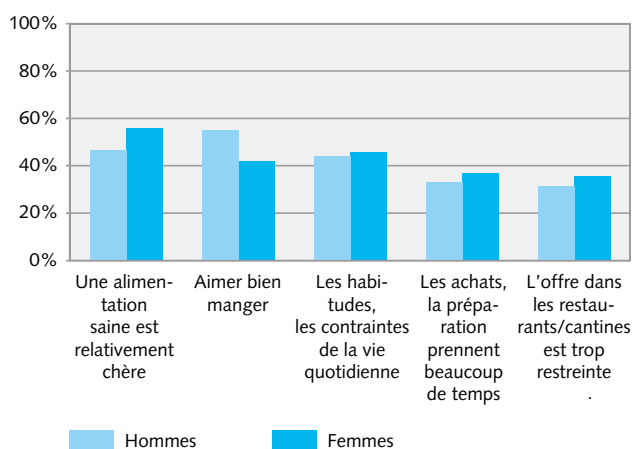
Pour 56% des femmes, le principal obstacle à une alimentation saine est le fait qu'elle est «relativement chère» (G3.9). De leur côté, les hommes citent en premier lieu le fait qu'ils aiment «bien manger» (55%). Cet argument est particulièrement fréquent à partir de 55 ans.

Les hommes et les femmes entre 25 et 44 ans incriminent souvent «les habitudes et contraintes de la vie quotidienne» (55%). Pour les personnes âgées entre 25 à 34 ans, le principal obstacle à une alimentation saine est le fait que «les achats et la préparation prennent beaucoup de temps».

Obstacles à une alimentation saine, 2007

Part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.9



© Office fédéral de la statistique (OFS)

²⁹ Une portion correspond à environ 200g de fromage frais ou de fromage blanc, ou encore à 30 à 60g de fromage. Pour le lait et le yoghourt, une portion équivaut à peu près à un verre de grandeur moyenne.

3.3 Tabac

En Suisse, environ 15% des décès sont imputables à des maladies en lien avec la fumée.³⁰ Nombre de maladies, telles que les affections cardiovasculaires, les maladies pulmonaires chroniques comme la bronchite et l'emphyseme, ainsi que les tumeurs malignes des poumons, des bronches, de la cavité buccale, de l'œsophage, des reins et du pancréas, sont causées ou, à tout le moins, favorisées par la fumée. Les conséquences ne sont souvent pas immédiates; elles ne se manifestent généralement qu'après un certain nombre d'années.

3.3.1 Fumeuses et fumeurs

La part des fumeuses et fumeurs dans la population est de 28%, à savoir un homme sur trois et une femme sur quatre (G3.10). Une personne sur deux (51%) n'a jamais fumé.

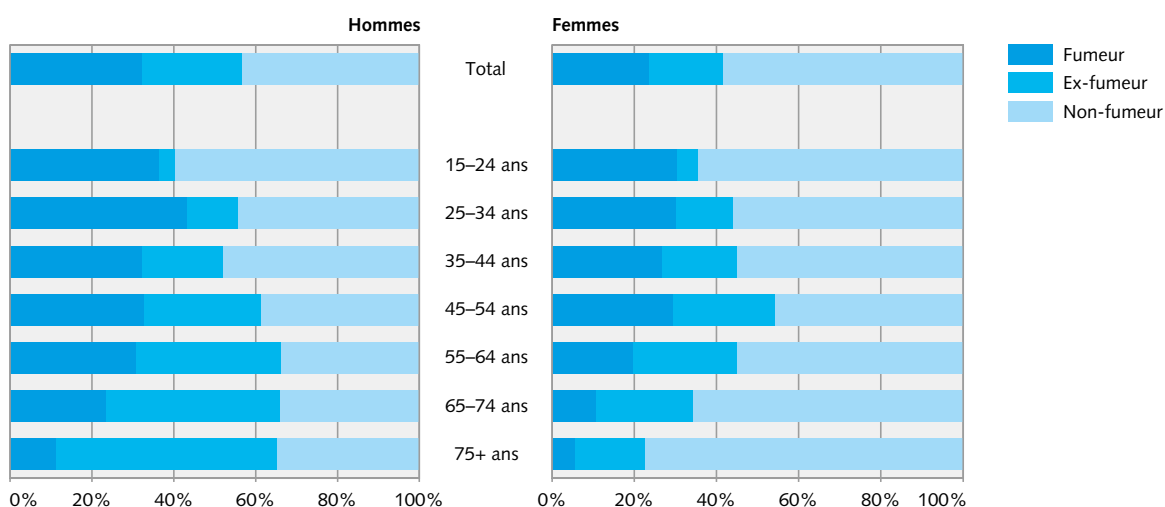
Le pourcentage de fumeurs est le plus élevé chez les hommes de 25 à 34 ans. Chez les femmes, le pourcentage des fumeuses est stable entre 15 et 54 ans et il ne baisse nettement qu'à partir de 55 ans. Chez les personnes de 75 ans et plus, on ne trouve plus que 6% de fumeuses et 11% de fumeurs. La part des anciens fumeurs augmente fortement avec l'âge chez les hommes, elle reste approximativement la même chez les femmes entre 45 et 74 ans.

Chez les hommes, la part des fumeurs est passée de 37% en 1992 à 39% en 1997, pour ensuite reculer jusqu'à 32% en 2007 (G3.11). Il en va de même chez les femmes où, après une pointe à 28% en 1997, le pourcentage de fumeuses est redescendu au niveau de 1992 (24%). Cette tendance peut être constatée dans toutes les classes d'âge à partir de 25 ans. En revanche, la part des fumeurs et fumeuses parmi les jeunes de 15 à 24 ans est plus élevée en 2007 qu'en 1992.

Consommation de tabac, 2007

Part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.10



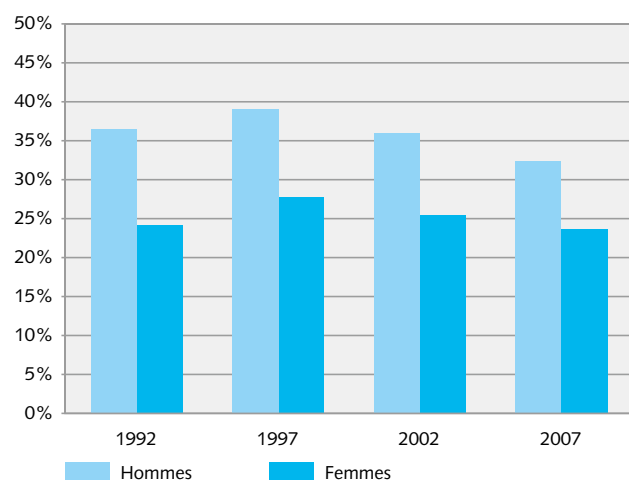
© Office fédéral de la statistique (OFS)

³⁰ OFS (2009): Les décès dus au tabac en Suisse. Estimation pour les années entre 1995 et 2007. Actualités OFS, Neuchâtel.

Fumeurs, 1992–2007

Part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.11



© Office fédéral de la statistique (OFS)

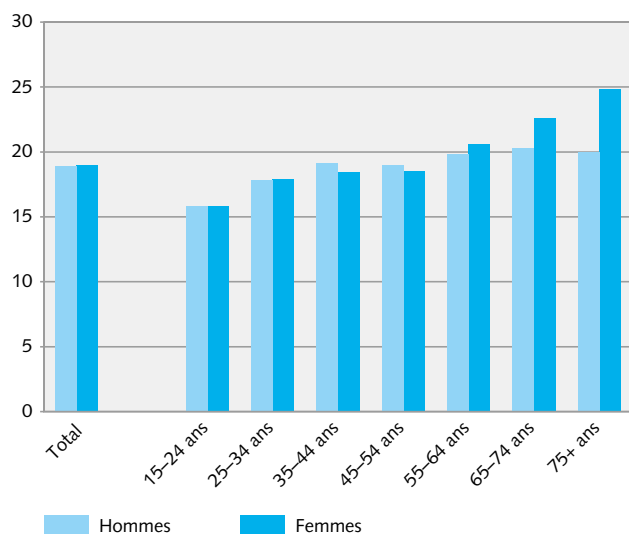
3.3.2 Début de la consommation de tabac

Aujourd'hui, les jeunes commencent à fumer plus tôt que ce ne fut le cas pour les générations antérieures. Chez les 15–24 ans, l'âge moyen auquel on commence à fumer est d'à peine 16 ans (G3.12). Les personnes qui ont actuellement 65 ans et plus avaient par contre plus de 21 ans lorsqu'elles commencèrent à fumer. En Suisse romande, on commence à fumer plus tôt (18,4 ans) qu'en Suisse alémanique (19,1 ans) ou en Suisse italienne (19,6 ans).

Age moyen au début de la consommation de tabac

Selon l'âge en 2007, fumeuses et fumeurs de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.12



© Office fédéral de la statistique (OFS)

3.3.3 Dépendance à la nicotine

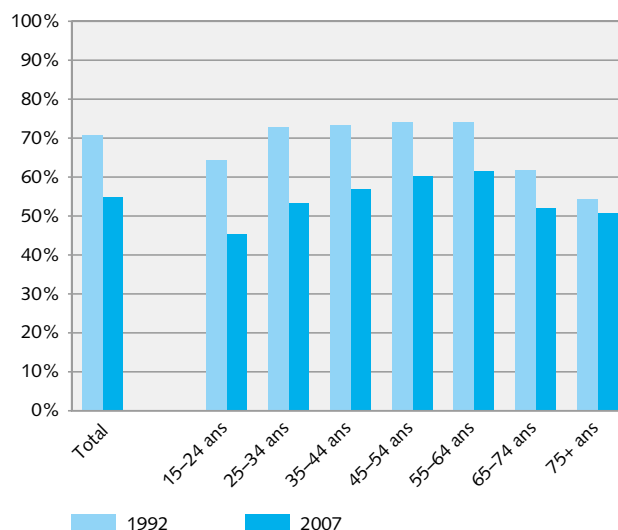
Une personne est considérée comme dépendante à la nicotine lorsqu'elle fume plus de 10 cigarettes par jour: 57% des fumeurs et 52% des fumeuses sont dans ce cas (G3.13).

Le pourcentage des fumeurs et fumeuses consommant plus que l'équivalent de 10 cigarettes par jour n'a cessé de décroître depuis plus de 15 ans. En 1992, plus de 70% des fumeurs et fumeuses étaient considérés comme dépendants à la nicotine. Le nombre moyen de cigarettes fumées chaque jour est en forte diminution, surtout chez les jeunes. Ce n'est par contre pas le cas pour les fumeuses et fumeurs plus âgés.

Personnes fumant plus de 10 cigarettes par jour, 1992 et 2007

En pourcentage des fumeuses et fumeurs

G 3.13



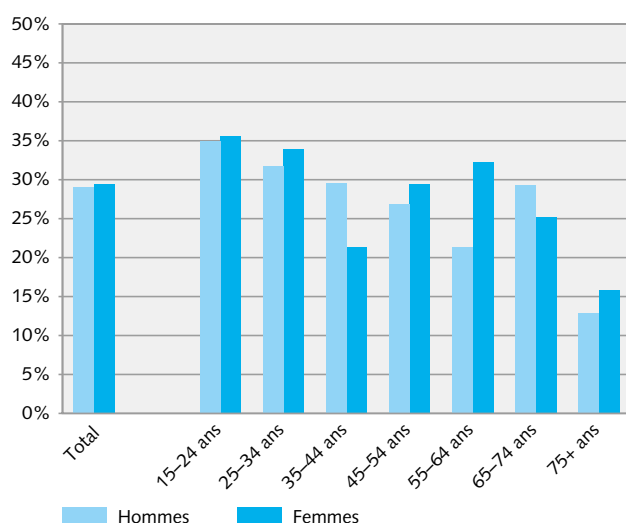
© Office fédéral de la statistique (OFS)

3.3.4 Cesser de fumer

Plus de 60% des fumeuses et fumeurs aimeraient arrêter de fumer. Cette proportion a augmenté de 7 points de pourcentage depuis 1992. L'envie d'arrêter de fumer est aussi fréquente chez les hommes que chez les femmes. 29% des fumeuses et des fumeurs ont entrepris, durant l'année écoulée, une tentative sérieuse, mais infructueuse, d'abandonner le tabac, passant au moins deux semaines sans fumer (G3.14). La disposition à modifier son comportement est plus forte chez les plus jeunes que parmi les personnes plus âgées. Deux tiers des hommes de 75 ans et plus ne veulent plus changer leurs habitudes. Par contre, plus d'un tiers des personnes de moins

Tentative de cesser de fumer, 2007

Part des fumeurs ayant cessé de fumer durant au moins deux semaines au cours de l'année écoulée

G 3.14

© Office fédéral de la statistique (OFS)

de 25 ans ont essayé, durant l'année écoulée, de cesser de fumer. Manifestement, la prévention du tabagisme a aussi eu un effet: depuis 1992, la tendance est clairement orientée à la hausse.

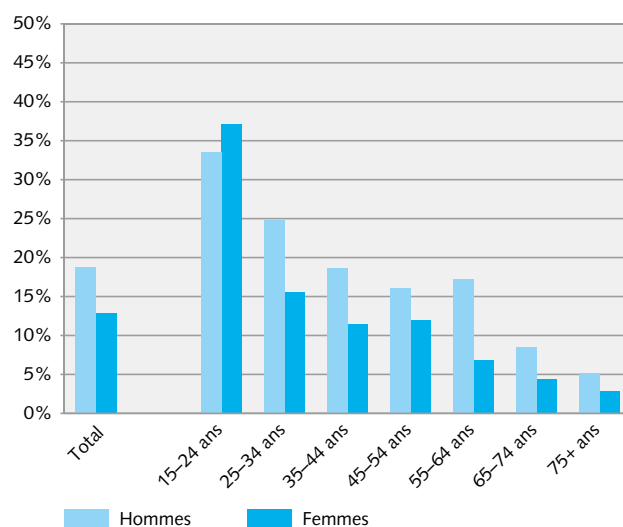
3.3.5 Tabagisme passif

Le tabagisme passif nuit à la santé de manière analogue au tabagisme lui-même et il peut être la cause de maladies telles que cancer des poumons, affections cardiaques, attaques d'apoplexie ou maladies des voies respiratoires. Fin 2005, les Chemins de fer fédéraux ont instauré l'interdiction complète de fumer dans les trains. Le Tessin a été, en 2007, le premier canton suisse à interdire de fumer dans les restaurants, cafés, bars et discothèques. En 2009 enfin, une loi fédérale sur la protection contre le tabagisme passif a été adoptée.³¹ L'impact des premières mesures est déjà perceptible. Les effets de la nouvelle loi fédérale ne pourront être évalués, quant à eux, qu'avec les résultats de l'enquête suisse sur la santé de 2012.

³¹ La loi fédérale sur la protection contre le tabagisme passif dispose que tous les espaces fermés servant de lieu de travail à plusieurs personnes ou étant accessibles au public (p. ex. centres commerciaux, cinémas, restaurants) doivent être sans fumée à partir du 1er mai 2010. Dans ces espaces peuvent être aménagés des locaux pour fumeurs équipés d'un système d'aération suffisant. Quinze cantons (AR, BE, BL, BS, FR, GE, GR, NE, SG, SO, TI, UR, VD, VS, ZH) ont une législation en la matière dont les exigences vont au-delà de celles de la loi fédérale.

Tabagisme passif, 2007

Part des non-fumeurs exposés à la fumée d'autrui au moins une heure par jour

G 3.15

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Le pourcentage des non-fumeuses et non-fumeurs qui sont exposés chaque jour pendant au moins une heure au tabagisme passif a baissé, de 27% en 2002 à 16% en 2007. Compte tenu de leurs loisirs, les adolescents et les jeunes sont nettement plus exposés au tabagisme passif que les adultes. Deux tiers des jeunes adultes non-fumeurs déclarent se trouver chaque jour dans des situations où ils aspirent la fumée d'autrui. Un tiers des jeunes non-fumeurs y sont exposés durant au moins une heure par jour. Les jeunes femmes sont particulièrement concernées (G3.15).

3.4 Alcool

Dans les sociétés occidentales, la consommation d'alcool est un fait culturel depuis des siècles et elle fait partie intégrante de la vie sociale. La consommation excessive d'alcool est néanmoins l'une des causes principales de décès prématurés ainsi que d'atteintes à la santé physique (notamment de maladies du foie et de l'appareil digestif), psychique et sociale. Elle est simultanément une cause de violences, d'accidents, de handicaps précoces, d'absentéisme, de marginalisation ou d'exclusion sociale. Plusieurs études montrent qu'une consommation modérée d'alcool peut prévenir certaines maladies cardiovasculaires. Toutefois, cette influence positive n'est observable que chez les personnes d'âge avancé. Les coûts sociaux des effets négatifs de la consommation d'alcool sont bien supérieurs à ceux des drogues illégales.³²

3.4.1 Fréquence de la consommation d'alcool

La grande majorité (83%) de la population de 15 ans et plus boit de l'alcool (G3.16). Bien que très répandue, la consommation d'alcool est d'abord une affaire d'hommes: ils en consomment non seulement plus souvent que les femmes, mais encore en bien plus grande quantité.

70% des hommes et 45% des femmes disent boire de l'alcool au moins une fois par semaine. Un homme sur cinq boit de l'alcool chaque jour, contre une femme sur dix. La proportion des femmes abstinentes est environ le double de celle des hommes (23% contre 11%).

Chez les adolescents et les jeunes adultes, la consommation d'alcool est plutôt sporadique, ce qui la rend aussi partiellement incontrôlée. La régularité de la consommation d'alcool s'accroît de façon continue avec l'âge, tant chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes de 75 ans et plus, la proportion de ceux qui consomment de l'alcool chaque jour est de l'ordre de 45%. Chez les femmes d'un âge avancé, on observe une brusque augmentation de la part des abstinentes (33% à partir de 75 ans).

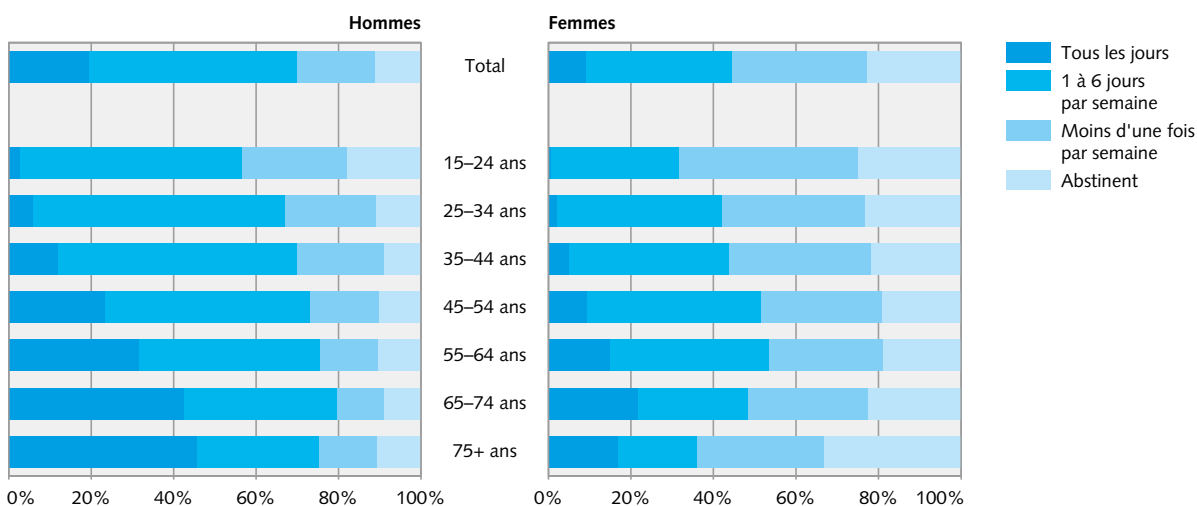
On remarque enfin de fortes différences entre les régions (G3.17): c'est en Suisse italienne que l'on constate aussi bien la part la plus grande de personnes consommant quotidiennement de l'alcool que la proportion la plus forte de personnes abstinentes. Et c'est en Suisse alémanique que ces proportions sont les plus faibles.

Du point de vue médical, il n'y a guère de différences entre les types de boissons quant aux effets à long terme d'une consommation d'alcool excessive³³. Le vin est la boisson la plus prisée par les hommes comme par

Fréquence de la consommation d'alcool, 2007

Part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.16



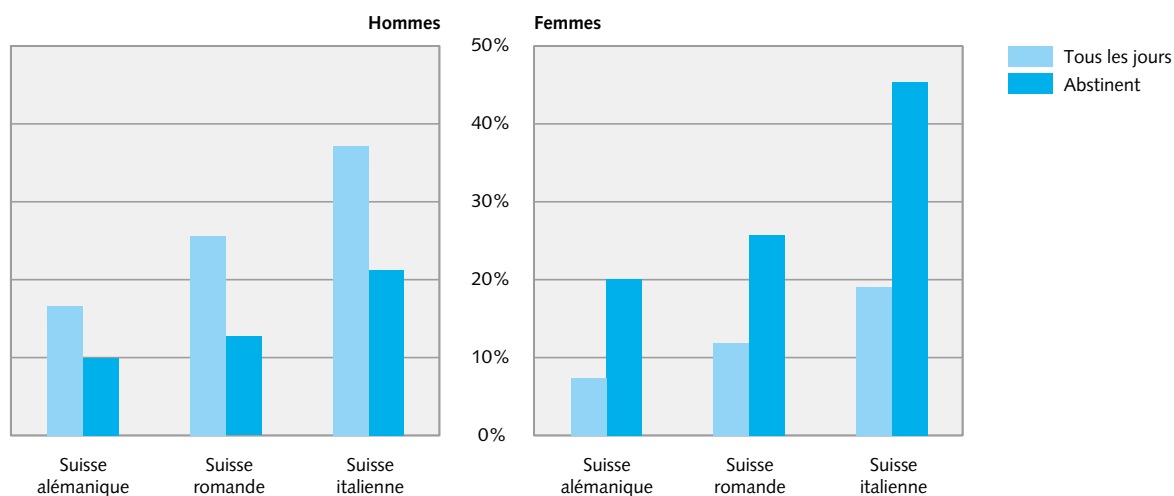
© Office fédéral de la statistique (OFS)

³² Une étude effectuée en 2003 à l'Université de Neuchâtel estime à quelque 6,5 milliards de francs par an les conséquences financières qu'entraînent, pour la collectivité, l'absentéisme, la baisse de rendement au travail, les accidents dus à l'alcool et les frais de maladie directement induits, sans compter le coût social de l'abus d'alcool. Institut de recherches économiques et régionales (2003): Le coût social de l'abus d'alcool en Suisse. Neuchâtel.

³³ Babor, T. et al (éd.) (2005): Alkohol – kein gewöhnliches Konsumgut. Forschung und Alkoholpolitik. Hogrefe. Göttingen.

Consommation quotidienne d'alcool et abstinence, par région linguistique, 2007

Part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.17

© Office fédéral de la statistique (OFS)

les femmes. Plus de la moitié (54%) de la population boit du vin au moins une fois par semaine (59% des hommes et 50% des femmes) et 10% boivent même du vin tous les jours (13% des hommes et 9% des femmes).

3.4.2 Consommation régulière d'alcool présentant un risque

21% des hommes et 18% des femmes consomment une quantité moyenne d'alcool pouvant présenter, selon les recommandations de la Société suisse de nutrition (voir encadré), un risque pour la santé. Une forte proportion de ces personnes ont toutefois une consommation d'alcool présentant un faible risque (les hommes jusqu'à 40g d'alcool pur par jour et les femmes jusqu'à 20g par jour). 4% des femmes et des hommes ont une consommation d'alcool présentant un risque moyen. Le risque est élevé pour 1% des femmes et presque 2% des hommes (G3.18). La grande majorité des personnes (65%) ont une consommation d'alcool ne présentant pratiquement pas de risque et 17% sont abstinentes.

La proportion des personnes abstinentes a augmenté continuellement entre 1992 et 2002; depuis lors, elle a connu une baisse de 5 points de pourcentage pour s'établir à 17%. On constate, surtout chez les femmes, les adolescents et les jeunes adultes, un recul de l'abstinence et un accroissement de la consommation occasionnelle. Par ailleurs, le pourcentage des personnes avec une consommation régulière d'alcool présentant un risque a légèrement diminué depuis 1997, avant tout chez les hommes.

Détermination de la consommation régulière d'alcool présentant un risque

Les organismes spécialisés ont fixé des seuils à partir desquels la consommation régulière d'alcool représente un risque pour la santé. Ces seuils sont indiqués en grammes d'alcool pur consommé par jour. L'ESS reprend dans ce domaine les valeurs de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)³⁴, différentes selon le sexe. Il a également été tenu compte de la recommandation de la Société suisse de nutrition indiquant des valeurs seuils en-deçà desquelles on peut pratiquement exclure des conséquences dommageables à la santé.³⁵ Ces différents seuils permettent d'évaluer le risque comme suit:

- quasiment pas de risque: femmes: jusqu'à 10g; hommes: jusqu'à 20g;
 - faible risque: femmes: 11g à 20g; hommes: 21g à 40g;
 - risque moyen: femmes: 21g à 40g; hommes: 41g à 60g;
 - risque élevé: femmes: plus de 40g; hommes: plus de 60g.
- (20g d'alcool pur correspondent à 5 dl de bière, à 2,5 dl de vin ou à 0,6 dl de spiritueux.)

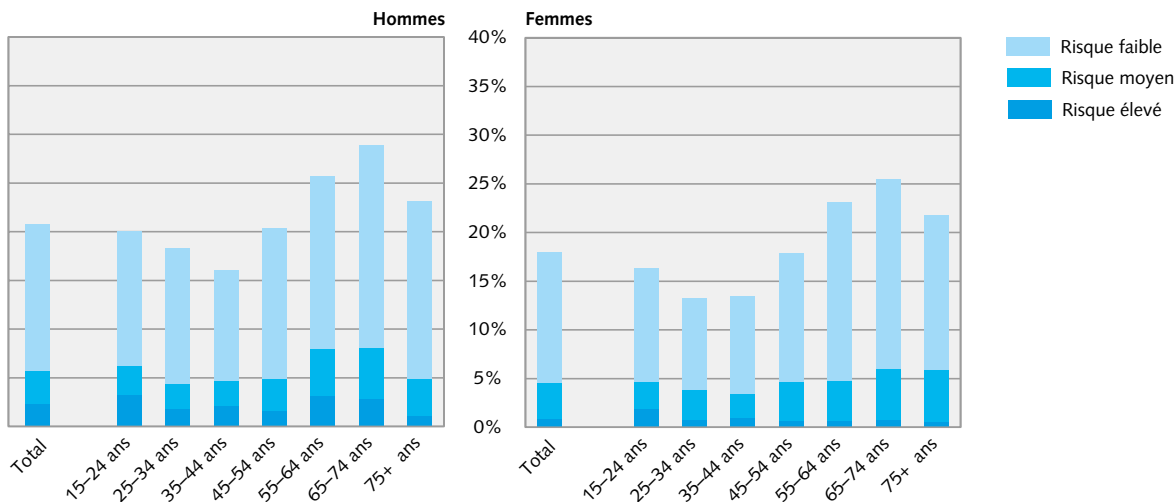
³⁴ Cf. OMS (2000): International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm, p.52.

³⁵ Feuille d'info «Alcool et santé» de la Société suisse de nutrition, automne 2007: www.sge-ssn.ch/fileadmin/pdf/100-ernaehrungsthemen/40-lebensmittel/7-suessigkeiten_knabbereien/Feuille_d_info_alcool.pdf

Consommation régulière d'alcool présentant un risque, 2007

Part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.18



© Office fédéral de la statistique (OFS)

3.4.3 Consommation problématique d'alcool

C'est surtout chez les hommes (13% contre 3% pour les femmes) que l'on constate une consommation problématique d'alcool (cf. encadré). Au niveau régional, la consommation problématique d'alcool est un peu plus fréquente en Suisse romande (9%) qu'en Suisse alémanique (7%) et italienne (6%).

Consommation problématique d'alcool

Au début des années 80, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a chargé un collège d'experts d'élaborer un instrument de détection précoce des problèmes liés à l'alcool. Le test appelé *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) est un instrument servant à déceler les problèmes liés à l'alcool avant qu'ils ne se manifestent d'un point de vue clinique. Il comporte dix questions, qui ont été posées dans le cadre de l'ESS. Sont considérés comme des problèmes liés à l'alcool:

- la consommation à risques, p. ex. le fait de s'enivrer;
- la consommation nocive qui, par exemple, peut engendrer des problèmes sociaux;
- les symptômes de dépendance.

Le test ne diagnostique toutefois ni l'alcoolisme ni l'abus d'alcool. Il sert plutôt à déterminer des types généraux de consommation. Il est particulièrement bien adapté pour déterminer s'il y a, chez les adolescents et les jeunes adultes, des comportements pouvant poser des problèmes d'alcool.³⁶

La forme la plus fréquente que prend une consommation problématique d'alcool est le fait d'en boire de telles quantités³⁷ que l'on se retrouve en état d'ivresse, et cela au moins une fois par mois. L'état d'ébriété accroît fortement le risque d'accident, la propension à la violence et le risque de blessure. Boire jusqu'à l'ivresse est surtout le fait des hommes jeunes: environ un quart d'entre eux boivent régulièrement trop d'alcool à la fois.

L'absorption problématique d'alcool est liée plutôt à une consommation excessive de bière que de vin ou de spiritueux. La consommation de bière en grande quantité est surtout le fait des adolescents et des jeunes adultes, tandis que c'est le vin qui prédomine chez les personnes plus âgées.

³⁶ Babor T F, De La Fuente JR, Saunderson J, Grant M (1998): Audit – The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care. World Health Organization, Division of Mental Health. Geneva.

³⁷ Pour les hommes, plus de 8 verres d'une boisson alcoolisée à la fois et, pour les femmes, plus de 6 verres à la fois.

3.5 Drogues illégales

Le terme de «drogues» désigne communément des substances psychoactives qui modifient l'état de conscience, les facultés de perception ou la pensée. La loi sur les stupéfiants interdit la détention, le commerce ou la consommation d'hallucinogènes tels que le cannabis, de psychostimulants tels que la cocaïne et l'ecstasy, ou d'opiacés tels que l'héroïne. Les opiacés et la cocaïne présentent un potentiel d'accoutumance important et peuvent avoir un impact grave sur les rapports sociaux du consommateur. Si le cannabis a la réputation d'être moins dangereux, sa consommation quotidienne a néanmoins des répercussions sur le développement psychosocial de l'individu. Il présente pour cette raison un danger particulier pour les jeunes et il peut entraver l'intégration sociale.

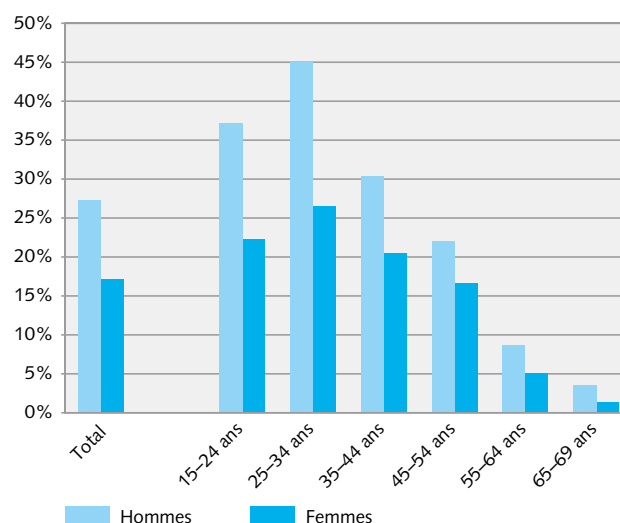
3.5.1 Prévalence de la consommation de cannabis

Les expériences de consommation de drogues illégales sont majoritairement liées au cannabis.³⁸ Plus de 22 % des personnes de moins de 70 ans ont, une fois au moins au cours de leur vie, fumé du cannabis (G3.19). Un homme sur quatre (27%) en a déjà fait l'expérience, ainsi que 17% des femmes. Les expériences de consommation de cannabis sont plus fréquentes parmi les jeunes.

Consommation de cannabis, 2007

Au moins une fois au cours de la vie, part de la population de 15 à 69 ans vivant en ménage privé

G 3.19



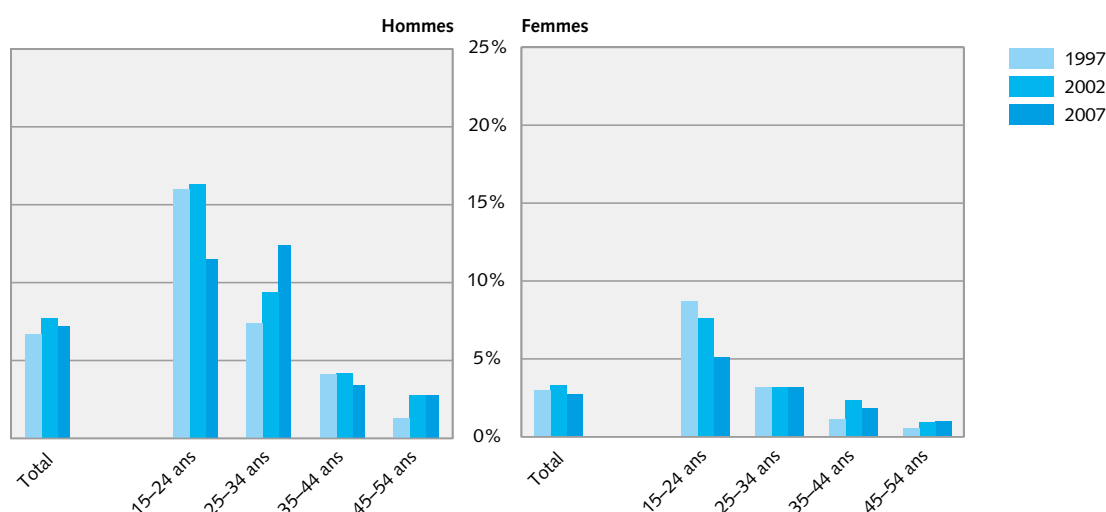
© Office fédéral de la statistique (OFS)

La consommation de cannabis représente souvent un phénomène limité dans le temps. Pour les trois quarts des personnes de 15 à 34 ans ayant au moins une fois fumé du cannabis, cette expérience est liée à une période révolue de leur vie. Dans cette même classe d'âge, 12% des hommes et 4% des femmes consomment actuellement du cannabis. La proportion des consommateurs actuels est d'autant plus faible que la classe d'âge est plus élevée (G3.20).

Consommateurs actuels de cannabis, 1997-2007

Part de la population âgée de 15 à 54 ans et vivant en ménage privé

G 3.20



© Office fédéral de la statistique (OFS)

³⁸ «Cannabis» est un terme générique pour la «marijuana» (fleurs et feuilles) et le «haschisch» (résine de cannabis).

Environ la moitié des consommateurs actuels masculins fument du cannabis au moins une fois par semaine. Ce type de consommateur représente 6% de l'ensemble de la classe d'âge des 15 à 34 ans. Quant aux femmes, elles consomment non seulement moins, mais également moins souvent: entre 15 et 24 ans, elles sont 2% à fumer du cannabis au moins une fois par semaine, tandis que cette proportion se réduit à 1% entre 25 et 34 ans.

Au cours des années 90 et au début du nouveau millénaire, la consommation de cannabis a augmenté en Suisse aussi bien que dans le reste de l'Europe. Depuis lors, la part des consommateurs est en légère diminution. Un recul notable apparaît parmi les jeunes adultes (15 à 24 ans): la part des consommateurs de cannabis y est passée de 16% en 1997 et en 2002 à 12% en 2007. En revanche, cette part continue d'augmenter chez les hommes âgés de 25 à 34 ans (G3.20). La théorie selon laquelle la consommation de cannabis serait un phénomène propre à la jeunesse ne trouve pas ici de confirmation.

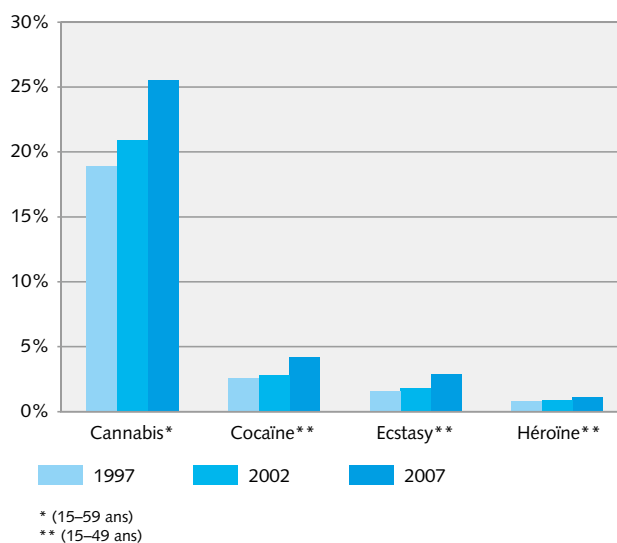
3.5.2 Cocaïne et autres drogues illégales

Après le cannabis, la cocaïne est la drogue illégale la plus consommée en Suisse comme en Europe. La dernière enquête suisse sur la santé indique que sa consommation a encore augmenté (G3.21). Au total, plus de 4% de la population âgée de 15 à 49 ans a consommé au moins une fois dans sa vie de la cocaïne. Parmi les hommes de 25 à 34 ans, la proportion s'élève presque à un sur dix. Sur le plan géographique, l'écart est-ouest est frappant: la consommation de cocaïne se concentre plus fortement en Suisse romande, où 7% de la population en a déjà consommé, soit deux fois plus qu'en Suisse alémanique.

La consommation d'ecstasy était relativement inconnue en Europe jusqu'à la fin des années 80. Pourtant, avec l'avènement de la scène musicale techno depuis le début des années 90, sa consommation a augmenté dans toute l'Europe et en Suisse également.³⁹ Au total, 3% de la population âgée de moins de 50 ans ont consommé au moins une fois dans leur vie de l'ecstasy (G3.21). Cette expérience concerne avant tout la population jeune: en 2007, 5% des hommes et 2% des femmes de moins de 35 ans.

Consommation de drogues illégales, 1997–2007

Au moins une fois au cours de la vie, part de la population vivant en ménage privé **G 3.21**



© Office fédéral de la statistique (OFS)

A l'inverse, la proportion des consommateurs d'héroïne est restée pratiquement la même qu'en 1997 et en 2002 (G3.21). Cela peut être lié, entre autres, à la politique des quatre piliers en matière de drogue⁴⁰. Tandis que les principaux consommateurs d'héroïne étaient auparavant des adolescents et des jeunes adultes, ce sont aujourd'hui des personnes de 35 ans et plus (1,6% du groupe des 35 à 54 ans contre 0,4% de celui des 15 à 34 ans).

³⁹ Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2008): Rapport annuel 2008: Etat du phénomène de la drogue en Europe, Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés européennes, p. 57.

⁴⁰ Les quatre piliers du modèle de la politique suisse en matière de drogue sont la prévention, les thérapies, la réduction des risques et la répression.

3.6 Médicaments

A côté leurs effets thérapeutiques, les médicaments peuvent aussi entraîner des effets secondaires et présenter un risque. Les dispositions de l'Institut suisse des produits thérapeutiques (swissmedic) en matière d'homologation visent à éliminer autant que possible ces effets indésirables. Néanmoins, des médicaments peuvent être pris de manière incontrôlée ou non conforme, voire prescrits de manière incorrecte. En outre, certains médicaments présentent un potentiel de dépendance plus ou moins fort lorsque leur consommation s'étend sur une longue période. Les médicaments contre les douleurs, les calmants, les somnifères et les psychostimulants présentent le plus grand risque de consommation abusive et de dépendance.⁴¹

3.6.1 Médicaments: vue d'ensemble

La consommation de médicaments a crû ces dernières années. Près d'une personne sur deux de 15 ans et plus consomme au moins un médicament par semaine. Cette proportion était de 38% en 1992 et de 41% en 1997 ainsi qu'en 2002 (G3.22). La consommation augmente fortement avec l'âge, parallèlement à la multiplication des problèmes de santé. Globalement, les femmes

consomment davantage de médicaments que les hommes (51% contre 41%, respectivement). En outre, les résultats diffèrent selon les régions: on constate une plus grande propension à consommer des médicaments en Suisse romande (52%) qu'en Suisse alémanique (45%) et en Suisse italienne (44%).

3.6.2 Somnifères, calmants et médicaments antidouleur

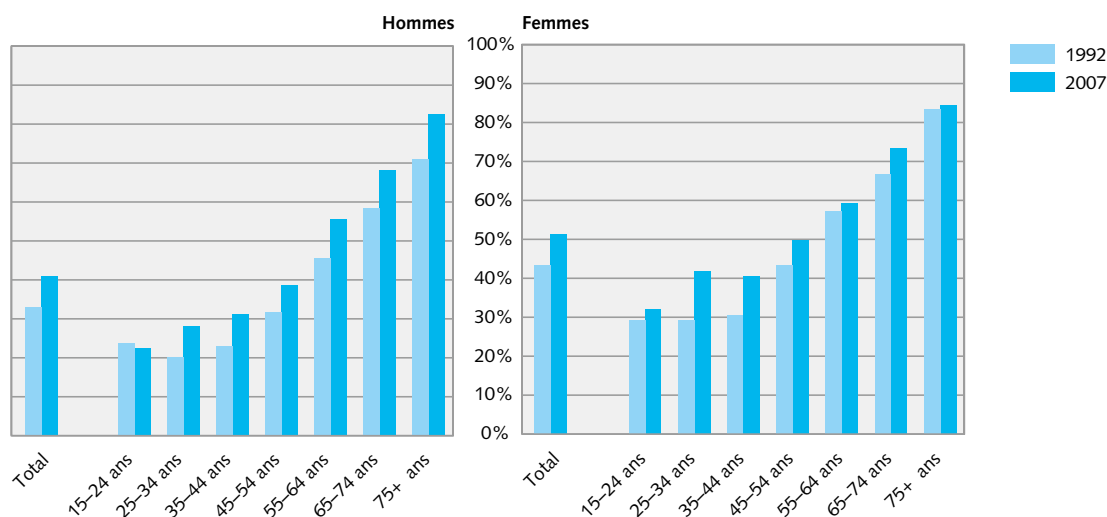
Durant les quinze dernières années, la consommation de somnifères et de calmants est restée stable, tandis que la consommation de médicaments antidouleur a augmenté.

5% de la population prend un **somnifère** au moins une fois par semaine (G3.23). L'utilisation de somnifères se multiplie particulièrement chez les personnes d'un âge avancé. En outre, il est frappant de constater que les femmes y ont recours deux fois plus souvent que les hommes. Plus de la moitié des consommatrices et consommateurs a recours à des somnifères quotidiennement, sur une période d'une semaine. Généralement, les somnifères sont prescrits par des médecins. Seuls 14% des personnes prenant un somnifère y ont recours sans prescription médicale. On ne constate aucune différence entre hommes et femmes à cet égard. Par contre, les personnes plus jeunes recourent davantage à l'automédication que les plus âgées.

Consommation de médicaments, 1992 et 2007

Au moins un médicament au cours d'une semaine, part de la population de 15 ans et plus, vivant en ménage privé

G 3.22



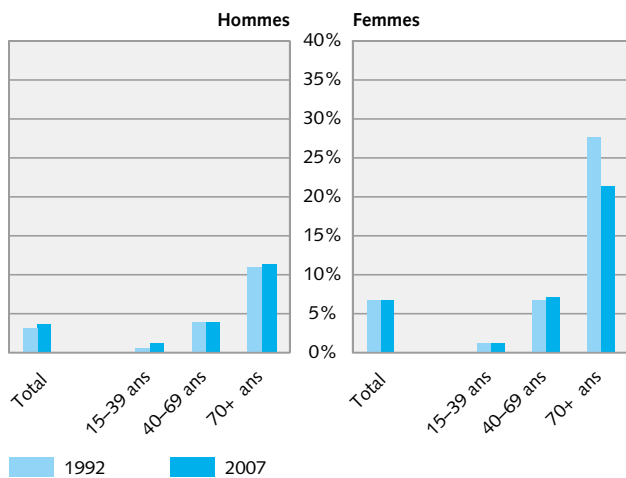
© Office fédéral de la statistique (OFS)

⁴¹ Cf. Maffli, E. (2005): Chiffres et données de la consommation et de l'abus de médicaments en Suisse, 1992–2003. Revue «Abhängigkeiten», éd. ISPA, n° 2/2005, pp. 5–19.

Consommation de somnifères, 1992 et 2007

Au moins une fois par semaine, part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.23



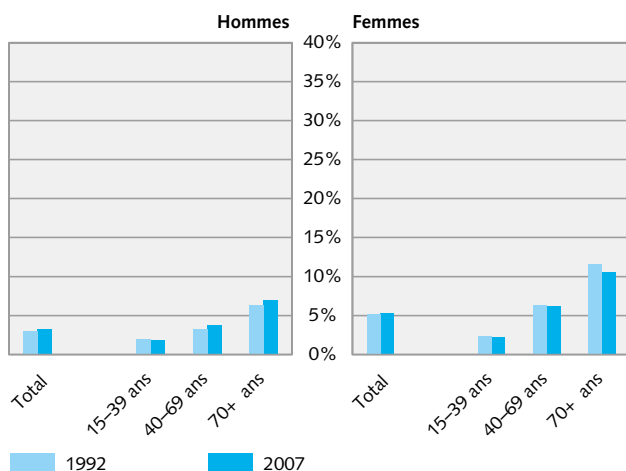
© Office fédéral de la statistique (OFS)

La consommation de **calmants** est moins fréquente que celle de somnifères. 4% des personnes de 15 ans et plus en consomment au moins un par semaine (G3.24). Comme c'est le cas pour les somnifères, les femmes et les personnes plus âgées sont celles qui consomment le plus de calmants. Deux fois sur trois, la prise de calmants est quotidienne et dans la grande majorité des cas (82%) elle a lieu sur ordonnance médicale. Un tiers des personnes de moins de 40 ans recourant à des calmants

Consommation de calmants, 1992 et 2007

Au moins une fois par semaine, part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.24



© Office fédéral de la statistique (OFS)

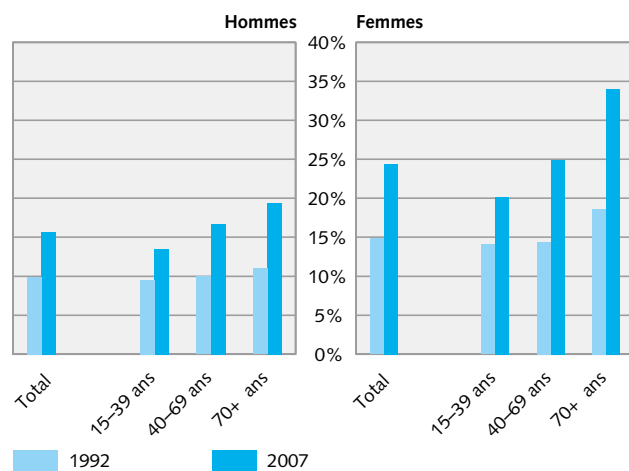
le font sans prescription médicale. Au-delà de 40 ans, cette proportion se réduit à 13%. Globalement, les femmes pratiquent davantage l'automédication que les hommes (20% contre 13%, respectivement).

Les **médicaments antidouleur** sont utilisés beaucoup plus fréquemment que les calmants et les somnifères: une personne sur cinq consomme un médicament de ce type au moins une fois par semaine (G3.25). Là encore, il s'agit majoritairement de femmes. En 2007, la consommation de médicaments antidouleur augmente nettement avec l'âge, à la différence de ce qui avait été observé en 1992, où il n'y avait guère de différences entre classes d'âge. Depuis 1992, la part des consommateurs de médicaments antidouleur a augmenté dans toutes les classes d'âge. Elle a presque doublé chez les personnes de 70 ans et plus. Dans près de la moitié des cas, les médicaments antidouleur ne sont pris qu'une fois par semaine, à la différence des calmants ou des somnifères. Environ un quart des consommateurs prennent un antidouleur plusieurs fois par semaine et un autre quart quotidiennement. Dans un peu plus de la moitié des cas seulement (55%), les médicaments antidouleur sont absorbés sur prescription médicale. Deux tiers des personnes de moins de 40 ans y recourent sans consultation médicale. En revanche, les personnes plus âgées se les font généralement prescrire: seules 15% des personnes de 70 ans et plus consomment des médicaments antidouleur sans ordonnance médicale.

Consommation de médicaments antidouleur, 1992 et 2007

Au moins une fois par semaine, part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.25



© Office fédéral de la statistique (OFS)

4 Services de santé, aides informelles et dépistage des maladies

Les prestations médicales et de soins contribuent à la santé de la population. Elles mobilisent différents agents: les services de santé, ambulatoires ou hospitaliers, mais également des aides informelles apportées par des proches. Elles sont par ailleurs de natures diverses: médecine curative, soins de longue durée, prévention et dépistage des maladies. Mesurer le recours à ces différentes prestations est important pour apprécier leur accessibilité et pour appréhender les besoins dans ces domaines.

4.1 Soins ambulatoires et hospitaliers

La population fait appel pour se soigner à une ample palette de services médicaux ou paramédicaux, ambulatoires ou hospitaliers.

4.1.1 Médecins

80% de la population consultent un médecin au cours d'une année. Cette part est de 73% chez les hommes et de 86% chez les femmes. Le taux de consultation ne diffère guère selon l'âge chez les femmes, alors qu'il augmente chez les hommes à partir de 55 ans (G4.1). La différence s'explique en premier lieu par les consultations

gynécologiques des femmes âgées entre 25 et 54 ans. Le taux de consultation d'un médecin est resté stable entre 1992 et 2002 (77%) et il a légèrement augmenté en 2007.

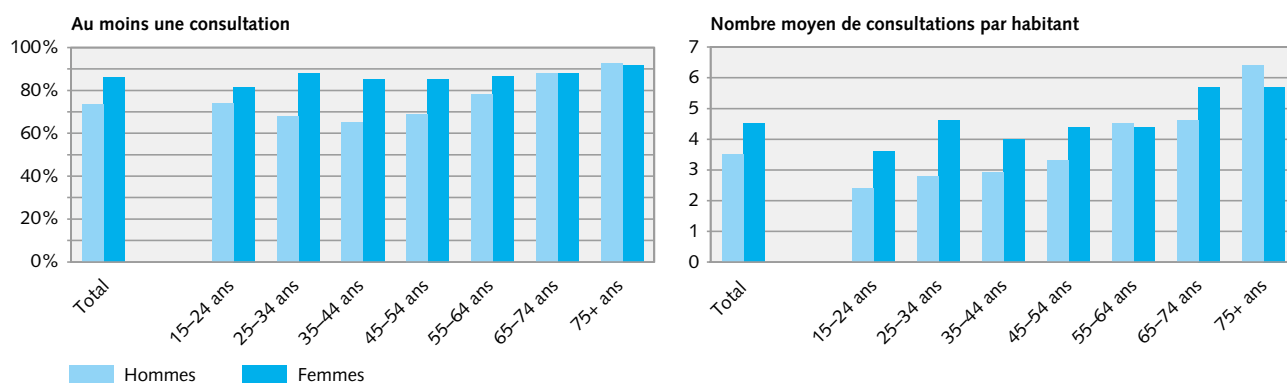
Le nombre annuel moyen de consultations par habitant est de 4. Il est plus élevé pour les femmes (4,5) que pour les hommes (3,5) et il croît avec l'âge, passant de 3 pour la classe d'âge la plus jeune à 6 pour la plus âgée (G4.1). L'augmentation du nombre moyen de visites chez le généraliste, surtout à partir de 65 ans, est le principal facteur de cette croissance. On note cependant un nombre annuel moyen de consultations de spécialistes nettement plus élevé chez les hommes de 75 ans et plus (G4.2).

Deux tiers de la population consultent un médecin généraliste au moins une fois sur une période d'une année et un tiers un médecin spécialiste. Le type des consultations médicales dépend du niveau de formation. Les personnes avec un niveau de formation correspondant à la scolarité obligatoire (74%) vont plus souvent chez un médecin généraliste que celles avec un niveau de formation tertiaire (62%). A l'inverse, les personnes avec la formation la plus élevée (38%) consultent davantage des spécialistes que celles avec le niveau de formation le plus bas (30%).

Consultations chez un médecin, 2007

Sur une période d'une année, population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

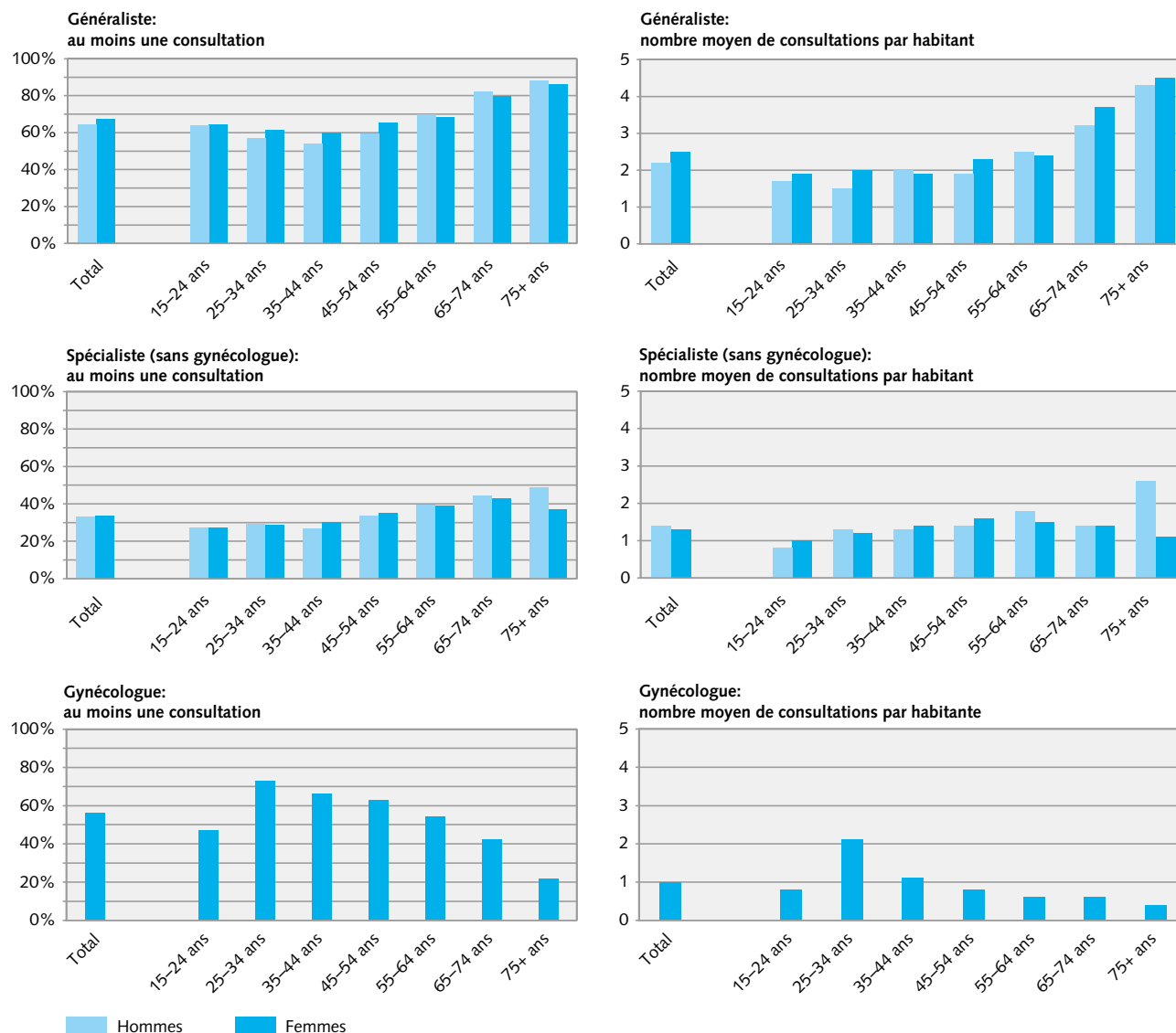
G 4.1



© Office fédéral de la statistique (OFS)

Consultations chez le généraliste ou le spécialiste, 2007

Sur une période d'une année, population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.2

© Office fédéral de la statistique (OFS)

On constate depuis 1997 une évolution importante dans les motifs indiqués pour se rendre chez le médecin: les troubles ou la maladie sont moins souvent cités (74% en 1997 contre 63% en 2007), alors que les contrôles préventifs (21% contre 27%, respectivement) et les vaccinations (2% contre 5%, respectivement) ont gagné en importance. Les autres motifs représentent environ 5% des consultations.

Une bonne moitié des femmes ont consulté leur gynécologue au moins une fois sur une période d'une année. Le taux de consultation est le plus élevé aux âges de grande fécondité (25 à 45 ans). Seules 41% des femmes ayant une formation du niveau de l'école obli-

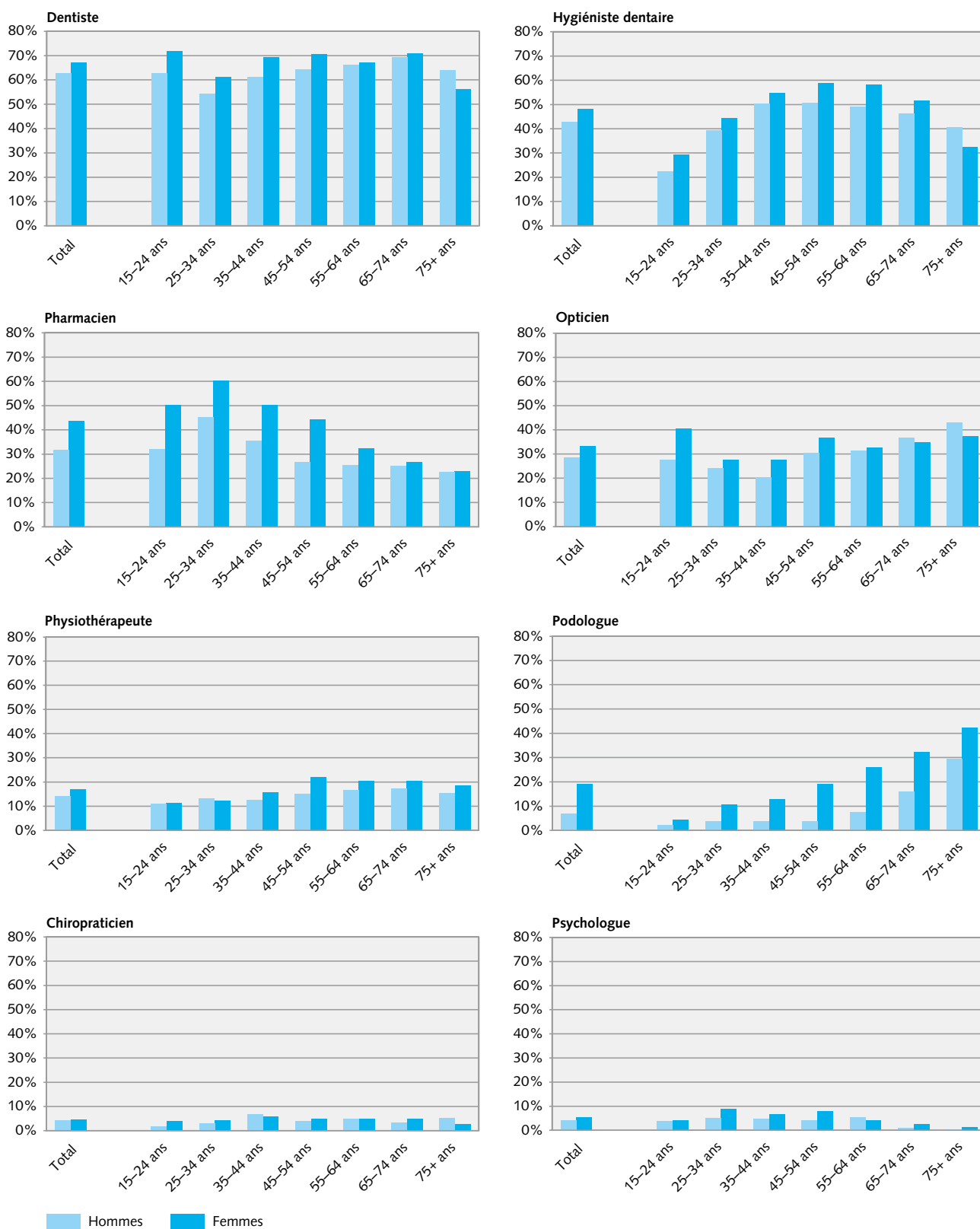
gatoire se sont rendues chez leur gynécologue dans l'année, contre 66% de celles avec une formation de niveau tertiaire.

4.1.2 Dentistes et professions paramédicales

Sur une période d'une année, 65% de la population consultent au moins une fois un dentiste, 46% un hygiéniste dentaire, 38% un pharmacien et 31% un opticien. Le recours aux autres prestations paramédicales est beaucoup moins fréquent (G4.3). Le nombre annuel moyen de consultations par patient est le plus élevé pour les chiropraticiens et, surtout, pour les psychologues et psychothérapeutes. (G4.4).

Consultations d'un dentiste ou d'un représentant d'une profession paramédicale, 2007

Au moins une fois sur une période d'une année,
population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

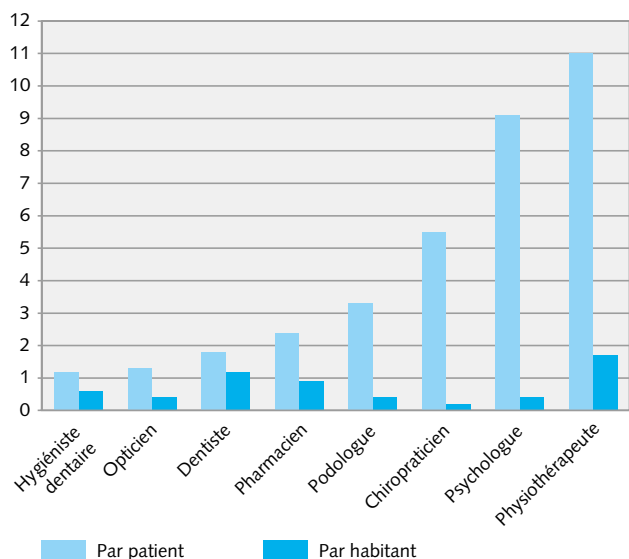
G 4.3

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Nombre moyen de consultations d'un dentiste ou d'un représentant d'une profession paramédicale, 2007

Sur une période d'une année, population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.4



© Office fédéral de la statistique (OFS)

Les femmes consultent plus souvent que les hommes. C'est particulièrement manifeste dans le cas des pharmaciens et des podologues. Les personnes des deux classes d'âge les plus élevées tendent à moins consulter, le recours aux podologues et aux opticiens faisant exception. Depuis 2002, les consultations concernant les soins dentaires sont devenues plus fréquentes, chez le dentiste (le taux de consultation passant de 62 % à 68 %) comme chez l'hygiéniste dentaire (de 37 % à 46 %). Il en va de même pour les consultations du pharmacien (de 29 % à 38 %).

4.1.3 Médecine complémentaire

Sur une période d'une année, 23 % de la population ont recours à des prestations de médecine complémentaire, les femmes (31 %) deux fois plus souvent que les hommes (15 %). Les traitements les plus sollicités sont l'homéopathie (6 %), l'ostéopathie, l'acupuncture et le shiatsu/réflexologie (5 % chacun) ainsi que la naturopathie (3 %). Chacune des autres thérapies (médecine traditionnelle chinoise, training autogène, médecine anthroposophe, thérapie neurale, biorésonance, médecine indienne) n'est utilisée que par environ 1 % de la population. Les taux de consultation sont les plus élevés chez les 25–54 ans; ils diminuent ensuite avec l'âge. Le nombre annuel moyen de consultations par patient se situe entre 3,1 (homéopathie) et 8,5 (training autogène).

4.1.4 Traitements dans un cadre hospitalier

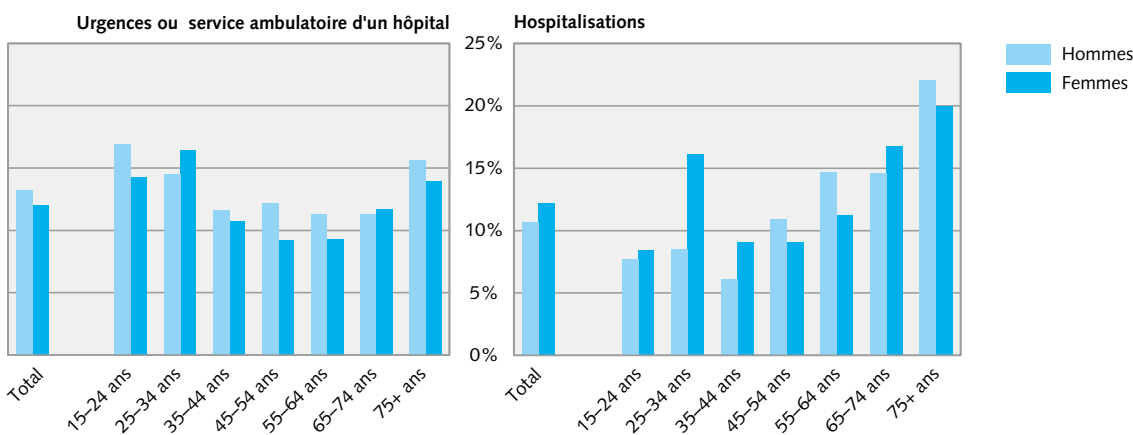
Sur une période d'une année, 13 % de la population ont recours aux services ambulatoires ou d'urgence d'un hôpital ou d'une polyclinique: 8 % sont admis en urgence, 2 % sur rendez-vous et 3 % selon ces deux modalités. De plus, 12 % de la population sont hospitalisés pour un séjour comprenant au moins une nuit (G4.5). Enfin, 5 % de la population sont admis dans une clinique de jour ou un hôpital de jour.

Les recours aux services ambulatoires ou d'urgence des hôpitaux est plus fréquent parmi les personnes les plus jeunes (15–34 ans) et celles ayant 75 ans et plus. Le taux d'hospitalisation croît avec l'âge. On note cependant un pic chez les femmes âgées de 25–34 ans, qui s'explique par les séjours hospitaliers dus aux grossesses et aux accouchements.

Traitements dans un cadre hospitalier, 2007

Au moins un, sur une période d'une année, population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

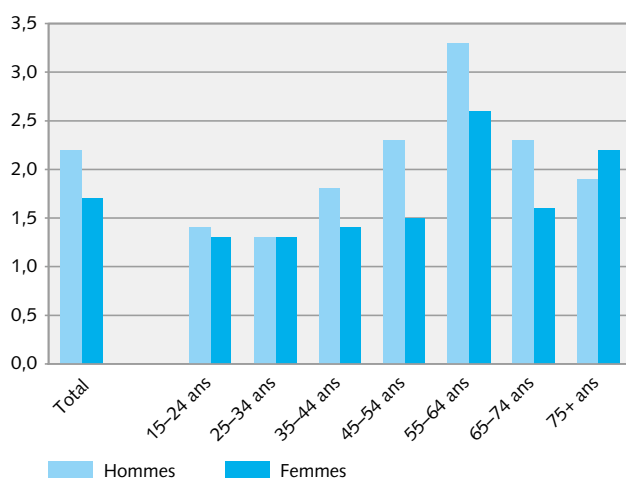
G 4.5



© Office fédéral de la statistique (OFS)

Nombre moyen d'hospitalisations, 2007

Par patient, sur une période d'une année, population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

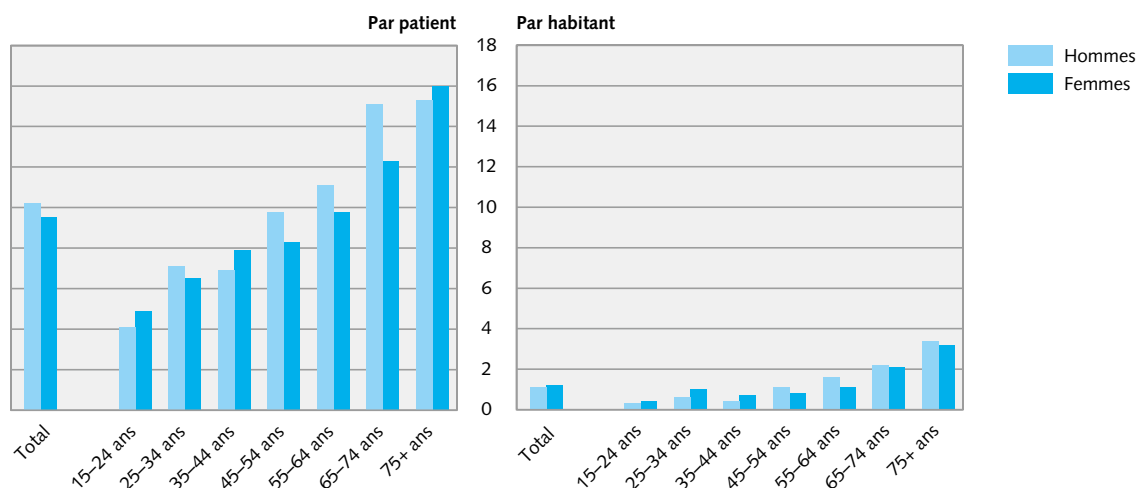
G 4.6

© Office fédéral de la statistique (OFS)

En moyenne, les personnes hospitalisées le sont 1,9 fois sur une période de 12 mois (G4.6) et elles passent 9,8 jours à l'hôpital ou en clinique⁴². Le nombre moyen de journées d'hospitalisation par patient augmente fortement avec l'âge (G4.7). Le nombre moyen de journées d'hospitalisation par habitant (1,1) est semblable chez les femmes et chez les hommes (G4.7).

Nombre moyen de journées d'hospitalisation, 2007

Sur une période d'une année, population de 15 ans et plus vivant en ménage privé **G 4.7**



© Office fédéral de la statistique (OFS)

⁴² Ce chiffre correspond bien avec la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux relevée par la statistique des hôpitaux (OFS (2009): statistique médicale des hôpitaux 2007 – Tableaux standard. Résultats définitifs. Neuchâtel).

4.1.5 Opérations

L'enquête suisse sur la santé permet de mesurer la part de la population ayant subi, au moins une fois au cours de sa vie, un certain nombre d'opérations qui ne sont, en général, pas réalisées en urgence (G4.8). Ces données relatives à la prévalence sur la vie sont complexes à interpréter. Elles peuvent être influencées par l'âge: certaines interventions ont plutôt lieu chez des personnes jeunes (par ex. l'opération de la cheville), d'autres plutôt chez des personnes âgées (par ex. l'opération de la cataracte). Mais elles peuvent également être influencées par la génération à laquelle les personnes appartiennent et donc par les changements dans les pratiques médicales selon les périodes auxquelles ces opérations ont été pratiquées. Cela est manifeste dans le cas de l'ablation de la matrice (hystérectomie), moins fréquente parmi les femmes âgées de 75 ans et plus que parmi celles de la classe des 65–74 ans.

L'opération de la **cataracte** est typiquement une intervention pratiquée principalement chez des personnes très âgées. Sa prévalence sur la vie parmi celles de 75 ans et plus est beaucoup plus élevée que parmi toutes les autres classes d'âge. Les femmes sont un peu plus nombreuses à l'avoir subie que les hommes. La prévalence de cette opération parmi les personnes âgées de 75 ans et plus a augmenté entre 2002 et 2007, passant de 25% à 30% chez les hommes et de 29% à 39% chez les femmes. Cela reflète probablement des changements dans la pratique médicale.

Les interventions au **cœur** (cathéter cardiaque avec implantation d'un stent, pontage) ont également lieu plutôt chez des personnes relativement âgées: leur prévalence sur la vie croît fortement à partir de 45 ans. Les hommes sont nettement plus concernés que les femmes: parmi les 75 ans et plus, 21% des hommes ont subi ce type d'intervention contre 7% des femmes.

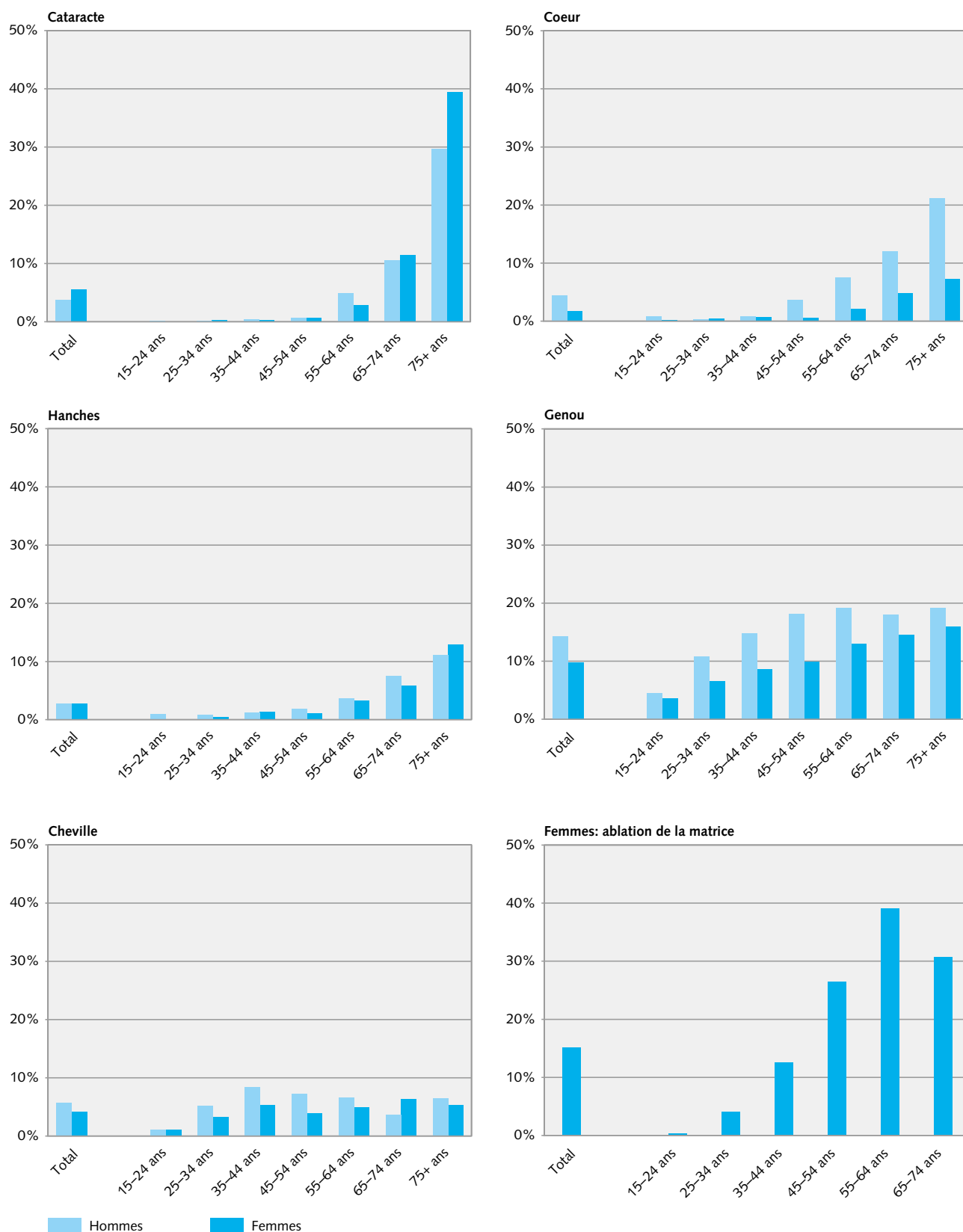
La pose d'une **prothèse de la hanche** est une autre opération qui concerne les personnes plus âgées, essentiellement à partir de 55 ans. 12% des personnes ayant 75 ans et plus portent une telle prothèse, les femmes un peu plus fréquemment que les hommes.

Par contre, les opérations du **genou** et de la **cheville**, liées à des problèmes articulaires ou musculaires, interviennent plus tôt dans la vie des personnes concernées. La prévalence sur la vie de l'opération de la cheville ne varie pas beaucoup dès 25 ans; celle de l'opération du genou se stabilise chez les hommes dès 45 ans; elle continue d'augmenter lentement chez les femmes. Ces deux opérations sont pratiquées plus souvent chez les hommes. Cela pourrait s'expliquer par les différences entre hommes et femmes sur le plan des charges physiques au travail et dans les loisirs (par ex. la pratique de sports comme le football).

La prévalence sur la vie de l'**ablation de la matrice** (hystérectomie) augmente fortement entre 45 et 74 ans, puis recule (G4.8). Cela s'explique probablement à la fois par un effet d'âge (la prévalence des indications médicales pour une telle opération augmente avec l'âge) et de génération (correspondant à l'évolution des pratiques médicales). Deux femmes sur cinq (41%) ayant subi une hystérectomie citent la présence d'un myome (une tumeur bénigne) comme motif de l'intervention. Cette indication est particulièrement fréquente parmi les femmes de 55–64 ans. La prévalence de l'ablation de la matrice varie nettement selon le niveau de formation chez les femmes âgées de 35 à 64 ans, de 18% parmi celles avec un niveau de formation correspondant à la scolarité obligatoire à 9% parmi celles avec un diplôme de degré tertiaire. Ce n'est pas le cas chez les plus âgées.

Opérations subies au cours de la vie, 2007

Part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.8

© Office fédéral de la statistique (OFS)

4.2 Soins à domicile et aides informelles

Une partie de la population a besoin d'aide, en matière de soins ou pour l'accomplissement de tâches de la vie quotidienne. Cette aide contribue à la santé et au bien-être de ces personnes et elle permet, pour une partie d'entre elles, d'éviter un hébergement dans une institution (homes pour personnes âgées, etc.). Les services professionnels d'aide et de soins à domicile ainsi que les proches et les connaissances contribuent, dans des proportions variables, à fournir l'aide nécessaire⁴³.

4.2.1 Soins à domicile

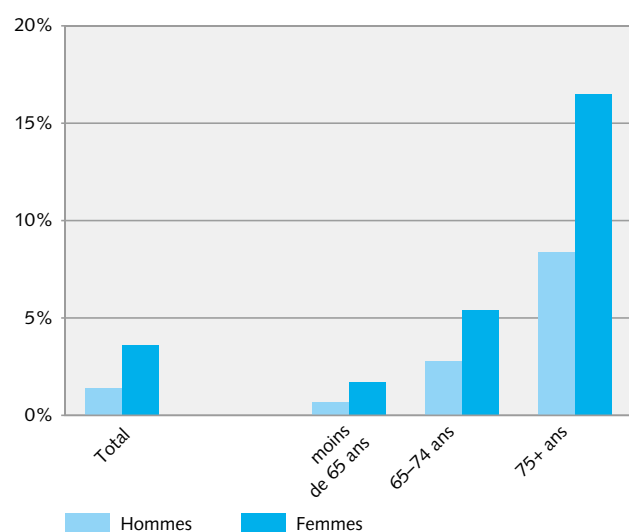
Au cours d'une année, 1% des hommes et 4% des femmes font appel à un service professionnel d'aide ou de soins à domicile, c'est-à-dire à une infirmière, une soignante à domicile, une aide pour le ménage ou à un service de repas ou de transports (G4.9). Parmi les personnes faisant appel aux services de soins à domicile, 56% le font «régulièrement» et 44% «temporairement»; cette proportion est la même pour les hommes et pour les femmes.

Le taux de recours aux soins à domicile est beaucoup plus élevé à partir de 75 ans. Il est deux fois plus important chez les femmes que chez les hommes, ce qui s'explique notamment par le fait qu'elles se retrouvent plus souvent seules à la maison, à la suite du décès ou du placement en institution de leur conjoint.

Recours aux services de soins à domicile, 2007

Sur une période d'une année, part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.9



© Office fédéral de la statistique (OFS)

⁴³ Il faut rappeler que les personnes vivant dans des institutions, comme par exemple des homes pour personnes âgées, ne participent pas à l'enquête suisse sur la santé.

4.2.2 Aide informelle reçue

Sur une période de 12 mois, 8% de la population reçoivent pour des raisons de santé de l'aide de parents, connaissances ou voisins. Ce taux varie relativement peu jusqu'à 74 ans. Dans la dernière classe d'âge, il passe à 45% chez les femmes, alors qu'il reste nettement plus bas chez les hommes (21%).

Les bénéficiaires indiquent le plus souvent comme objet de cette aide (plusieurs réponses possibles) les achats (71%), le ménage (66%), les repas (41%), les transports (34%) et les soins médicaux ou corporels (29%). L'entourage familial joue un rôle déterminant: l'aide vient dans 50% des cas du mari, de l'épouse ou du/ de la partenaire, dans 46% du fils ou de la fille, dans 22% du père ou de la mère, dans 27% des autres membres de la famille (plusieurs réponses possibles). Les voisins ainsi que les connaissances et amis (36%) contribuent aussi de manière significative.

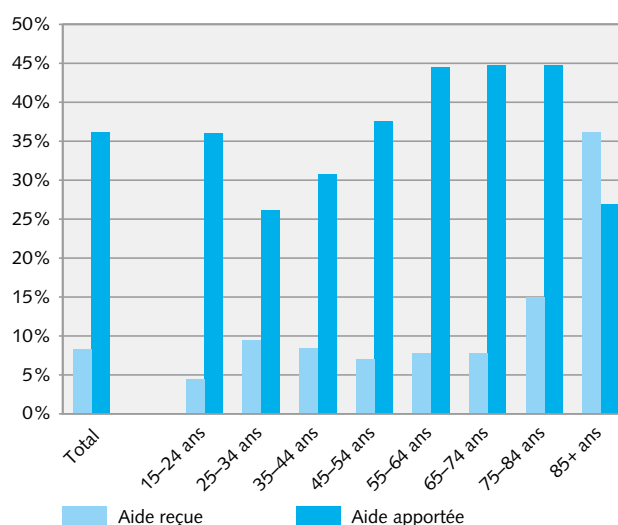
4.2.3 Aide informelle apportée

Si l'on considère l'aide informelle du point de vue des personnes qui l'apportent, on constate que 33% des hommes et 39% des femmes aident régulièrement et bénévolement d'autres personnes, par ex. en rendant visite à des malades, des personnes handicapées ou des personnes âgées, en les aidant dans leur ménage, en leur apportant à manger ou en effectuant des transports. La part des personnes apportant une aide est la plus élevée entre 55-84 ans (G4.10).

Aide informelle, 2007

Sur une période d'une année, part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.10



© Office fédéral de la statistique (OFS)

Les personnes qui apportent de l'aide déclarent le plus souvent (plusieurs réponses possibles) que cette dernière avait pour objet de tenir compagnie (59%), le ménage (51%), les achats (45%), les repas (45%) et les affaires administratives (29%). Ce sont les voisins, amis et connaissances (48%) qui sont le plus souvent mentionnés comme bénéficiaires de l'aide; le père ou la mère (41%) viennent ensuite, puis le mari, l'épouse ou le/la partenaire (38%), le fils ou la fille (32%) ou encore les autres parents (42%).

La comparaison entre aide reçue et à aide apportée montre que jusqu'à un âge avancé (84 ans) la part des personnes apportant de l'aide est un multiple de celle des personnes en recevant. Ce rapport ne s'inverse que dans la dernière tranche d'âge (G4.10). Cela reflète la dimension intergénérationnelle de cette aide et le fait que souvent plusieurs personnes aident un même individu.

4.2.4 Soins à domicile et aides informelles

L'aide et les soins à domicile apportés par des services professionnels et l'aide informelle des proches ou des connaissances se combinent souvent. 58% des personnes recourant aux services d'aide à domicile reçoivent également une aide informelle⁴⁴.

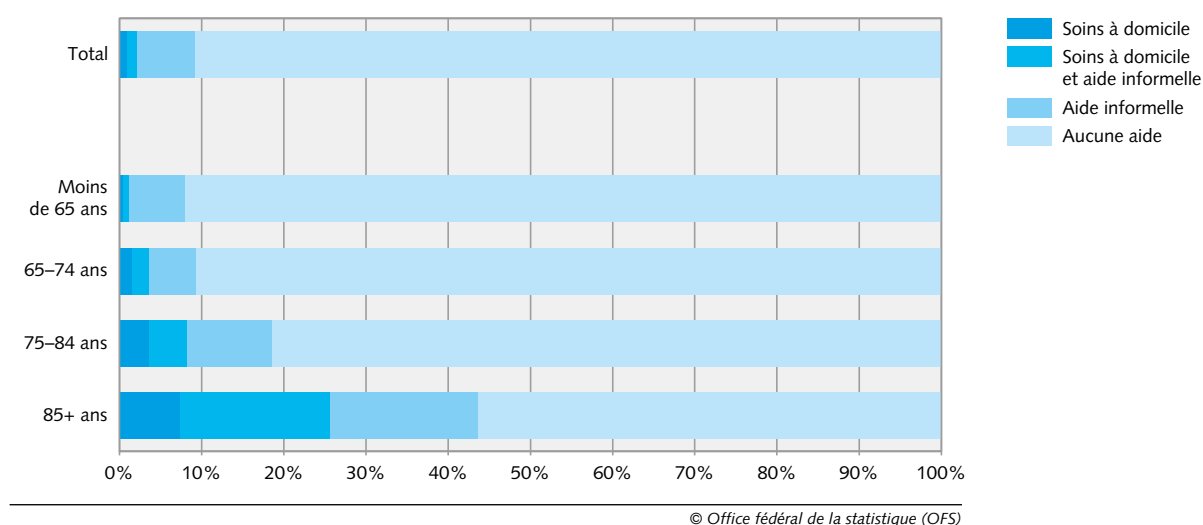
Parmi les personnes âgées de 85 ans et plus, 18% reçoivent une aide informelle, 7% uniquement des soins à domicile et 18% une aide informelle ainsi que des soins à domicile (G4.11).

L'importance des soins à domicile et des aides informelles s'accroît également lorsque la santé fonctionnelle (cf. la section 2.7.2 de ce rapport) se dégrade. C'est particulièrement net lorsque les personnes souffrent de restriction dans les activités de soins personnels (G4.12). Bien entendu, les effets de l'âge et de l'état de santé se combinent souvent.

Aide informelle et soins à domicile selon l'âge, 2007

Part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.11

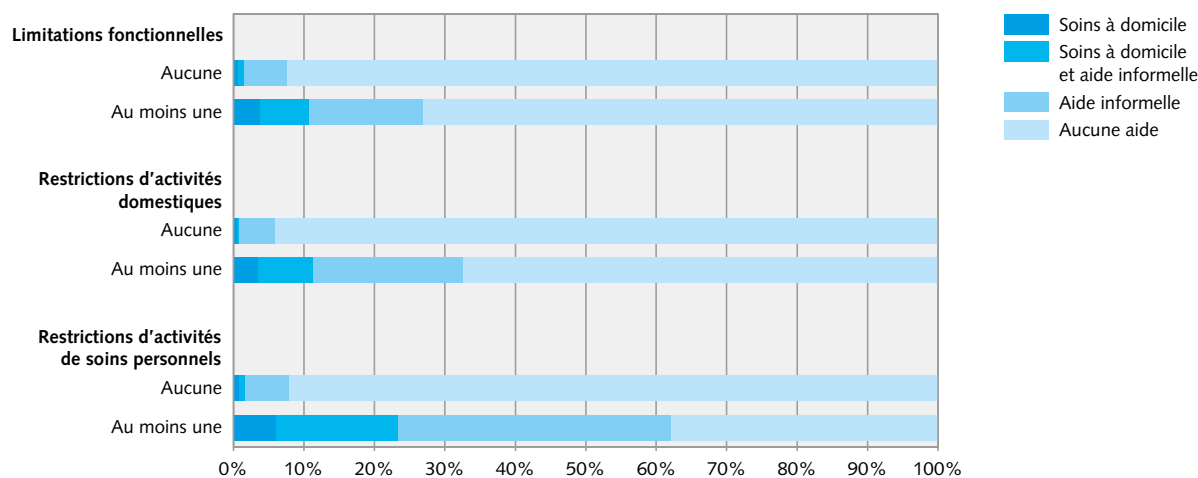


⁴⁴ Le constat que les prestations professionnelles à domicile ne remplacent pas l'aide informelle, mais les complètent et les soutiennent, a déjà été posé il y a quelques années (Lalive d'Epinay C, Pin S, Spini D (2001): Présentation de SWILSO-O, une étude longitudinale Suisse sur le grand âge: L'exemple de la dynamique de santé fonctionnelle. L'Année Gériatrique: 78-96)

Aide informelle et soins à domicile selon la santé fonctionnelle, 2007

Part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.12



© Office fédéral de la statistique (OFS)

4.3 Examens de dépistage

Les examens de dépistage se concentrent prioritairement sur les maladies ou les facteurs de risque qui sont fréquents (p. ex. l'hypertension artérielle) ou qui sont caractérisés par une longue période d'incubation (p. ex. le cancer de la prostate).⁴⁵ En outre, la maladie doit pouvoir être détectée et traitée à un stade précoce. Un traitement précoce peut éviter ou retarder des décès prématurés, ou encore repousser le moment à partir duquel des soins plus importants seront nécessaires. De plus, comme un traitement précoce est plus efficace, des frais médicaux peuvent ainsi être épargnés, même si les mesures de prévention ont elles aussi un coût.

Prévention et dépistage

On distingue habituellement deux types de prévention:

- La **prévention primaire** a pour but d'éviter les maladies. Exemple: les programmes de vaccination durant l'enfance.
- La **prévention secondaire (ou dépistage)** a pour but de détecter et traiter le plus tôt possible une maladie ou un facteur de risque (p. ex. l'hypertension artérielle).

4.3.1 Dépistage des maladies cardiovasculaires

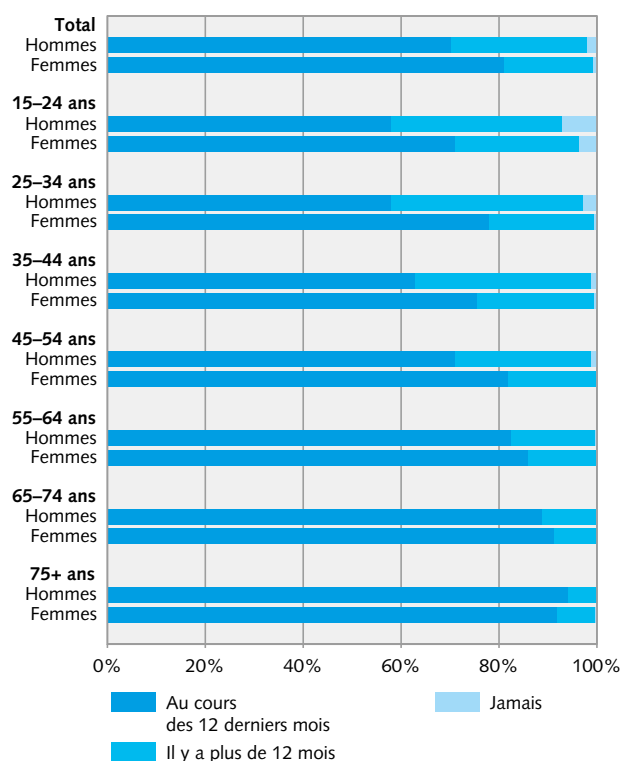
L'hypertension artérielle, un taux excessif de cholestérol et le diabète sont des maladies et des facteurs de risque très courants chez les personnes d'un certain âge. Outre une éventuelle origine héréditaire, ils s'expliquent notamment par une alimentation trop grasse, le tabagisme, la consommation d'alcool, le surpoids ou le manque de mouvement. En 2007, près de la moitié des personnes à partir de 60 ans indiquent avoir déjà fait l'objet d'un diagnostic médical d'hypertension artérielle; trois sur dix, d'un diagnostic concluant à un taux excessif de cholestérol et environ une sur dix, d'un diagnostic de diabète.

Contrôle de la tension artérielle

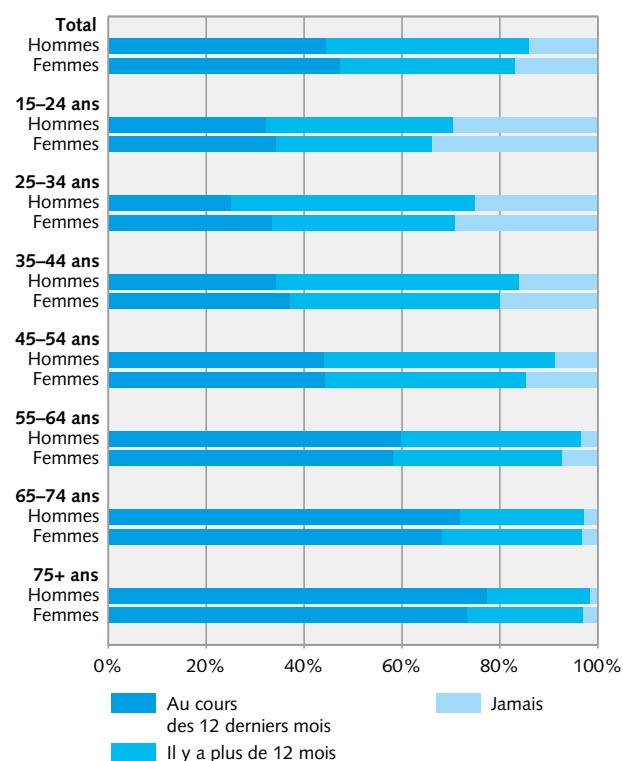
Presque toutes les personnes à partir de 35 ans ont fait contrôler au moins une fois leur tension artérielle (G4.13). Dans un laps de temps d'une année, les trois quarts des personnes âgées de 45 à 54 ans et 92 % de celles de 75 ans et plus ont fait mesurer leur tension artérielle.

La Suisse italienne présente le pourcentage le plus important (82 %) de personnes se soumettant à ce contrôle au moins une fois par an. Ce pourcentage est un peu plus faible en Suisse alémanique (76 %) et en Suisse romande (74 %).

⁴⁵ Paccaud F (2007): Prévention des maladies et santé publique, in: Kocher G, Oggier W (éd.) (2007): Système de santé suisse 2007–2009. Survol de la situation actuelle. Huber, Berne, pp. 305–315.

Contrôle de la tension artérielle, 2007Part de la population de 15 ans
et plus vivant en ménage privé**G 4.13**

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Contrôle du taux de cholestérol, 2007Part de la population de 15 ans
et plus vivant en ménage privé**G 4.14**

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Contrôle du taux de cholestérol

Une cholestérolémie excessive signale une perturbation du métabolisme lipidique et peut conduire à long terme à l'artériosclérose (calcification des artères), si elle n'est pas détectée et traitée. Sur une période de 12 mois, 46% de la population ont contrôlé leur taux de cholestérol (G4.14). La fréquence de ce test augmente nettement en fonction de l'âge. Environ deux tiers des personnes de 65 à 74 ans s'y sont soumises au cours d'une période de 12 mois, cette proportion atteignant même 75% chez les personnes 75 ans et plus. Les contrôles sont plus fréquents lorsqu'un médecin a déjà au moins une fois diagnostiqué une cholestérolémie élevée: quatre personnes sur cinq dans ce cas ont contrôlé leur taux de cholestérol en l'espace de 12 mois. Le test est plus courant en Suisse italienne (60%) qu'en Suisse romande (50%) et alémanique (44%).

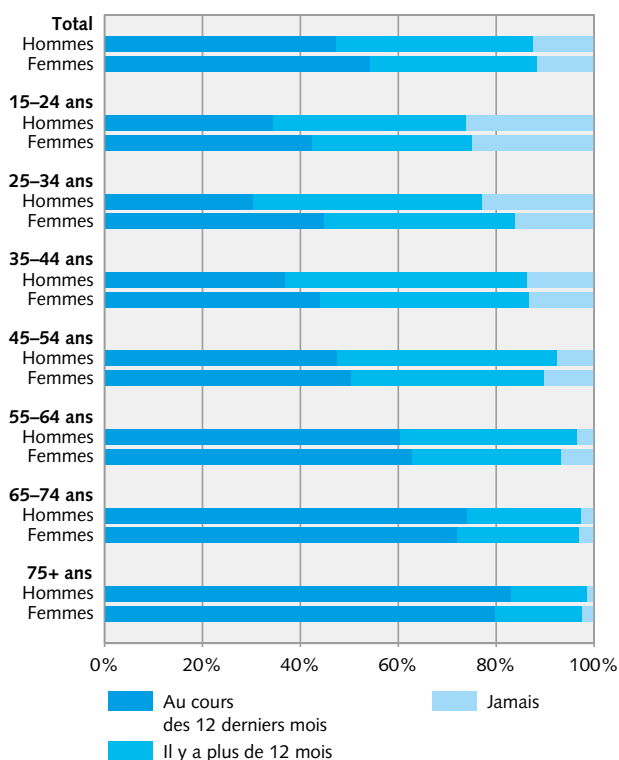
Contrôle du taux de glucose

93% des personnes de 35 ans et plus ont fait contrôler une fois au moins leur glycémie et plus de la moitié l'ont fait sur une période 12 mois. Les contrôles deviennent réguliers lorsque l'âge augmente: 77% des personnes de 75 ans et plus ont fait ce test sur une période d'une année (G4.15). Le contrôle du taux de glucose est plus fréquent en Suisse italienne qu'en Suisse romande ou alémanique.

Contrôle du taux de glucose, 2007

Part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.15



© Office fédéral de la statistique (OFS)

4.3.2 Examens de dépistage du cancer

Les cancers des poumons, de l'intestin, du sein (chez les femmes) et de la prostate (chez les hommes) sont les quatre plus fréquents; ils sont également à l'origine du plus grand nombre de décès dus au cancer. Il existe des examens de dépistage précoce de ces cancers, sauf pour le cancer des poumons, dont l'évolution est très souvent trop rapide. Le cancer du col de l'utérus, chez les femmes, est beaucoup plus rare et moins souvent mortel, mais il se prête bien au dépistage précoce. Le risque de mourir d'un cancer du sein, de l'intestin ou du col de l'utérus a diminué durant les dernières décennies grâce au dépistage précoce et à de meilleures thérapies. Il n'y a par contre pas d'évolution claire pour les décès provoqués par le cancer de la prostate.

Les examens de dépistage ne sont pas incontestés. Par exemple, l'examen de dépistage du cancer de la prostate appelé test PSA⁴⁶ fournit souvent des résultats erronés : seuls 25 % environ des hommes présentant un

⁴⁶ PSA: acronyme anglophone signifiant «antigène prostatique spécifique». Il s'agit d'une protéine qui ne se forme que dans la prostate. Dans plusieurs affections de la prostate, on constate une plus forte production de cette protéine, d'où une augmentation du taux de PSA dans le sang.

taux élevé de PSA sont effectivement atteints d'un cancer de la prostate. Il s'ensuit que les biopsies pratiquées sont, dans la majorité des cas, inutiles.

Dépistage du cancer du côlon

Le cancer du côlon est la troisième cause de décès par cancer. Il est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. Pour le dépister, on peut recourir au test hémocult (recherche de sang dans les selles) et, si nécessaire, pratiquer une endoscopie. Comme il est rare qu'un carcinome colorectal se développe avant l'âge de 50 ans, les examens de dépistage sont plutôt pratiqués chez les personnes plus âgées.

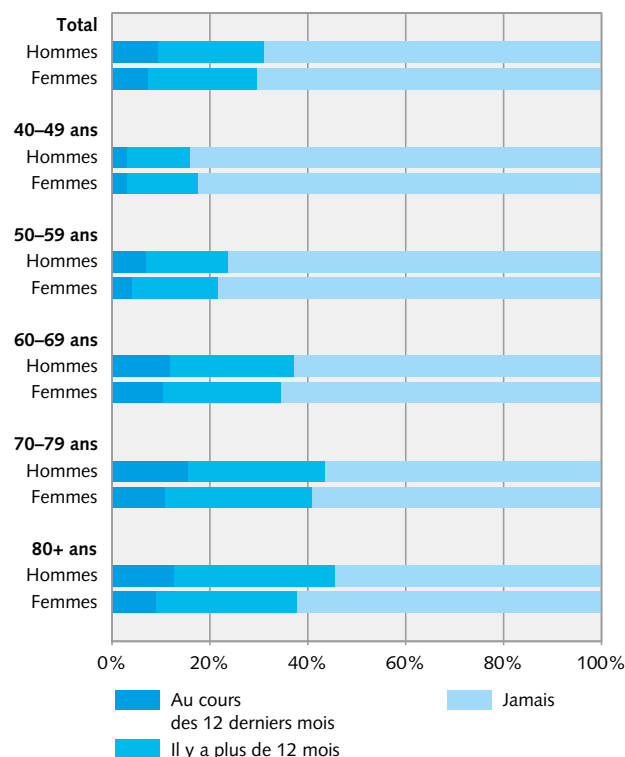
Dans un laps de temps de 12 mois, 8 % des personnes de plus de 40 ans se sont soumises à un test hémocult et 5 % à une endoscopie (G4.16 et G4.17). Ce pourcentage augmente avec l'âge et c'est dans la tranche d'âge de 70 à 79 ans qu'il est le plus élevé (test hémocult 13 %, endoscopie 7 %).

En Suisse alémanique, 46 % des personnes de 65 ans et plus ont déjà subi au moins une fois un test hémocult, contre 38 % en Suisse italienne et 28 % en Suisse

Test hémocult (recherche de sang dans les selles), 2007

Part de la population de 40 ans et plus vivant en ménage privé

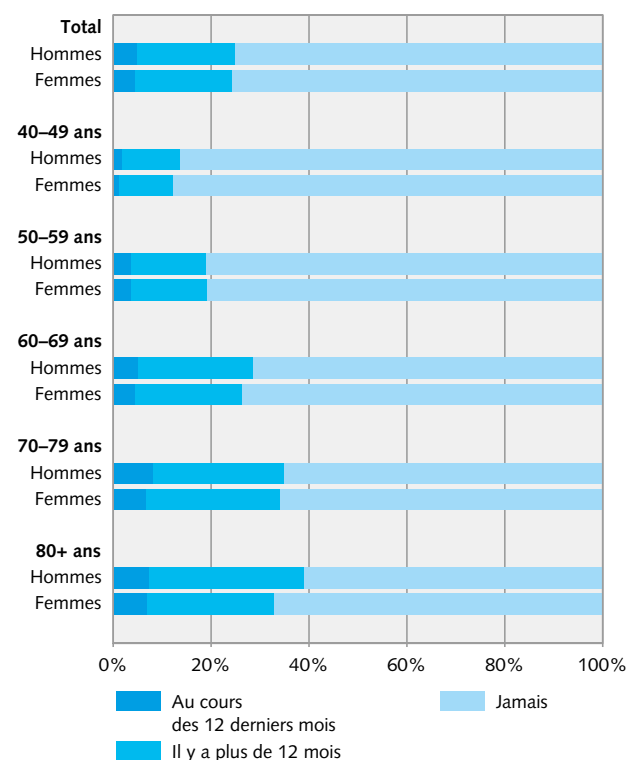
G 4.16



© Office fédéral de la statistique (OFS)

Endoscopie, 2007

Part de la population de 40 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.17

© Office fédéral de la statistique (OFS)

romande. L'endoscopie n'est en principe pratiquée que lorsqu'il y a des indices suspects. Elle est également plus répandue en Suisse alémanique. Toutefois, les différences entre les régions ne sont pas aussi marquées.

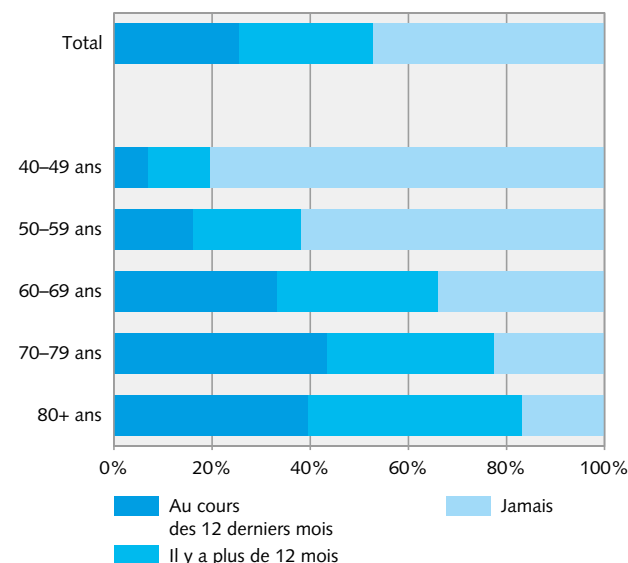
Dépistage du cancer de la prostate

Chez les hommes, le cancer de la prostate est de loin le plus fréquent. Comme les symptômes n'apparaissent que tardivement, le cancer de la prostate se prête particulièrement bien au dépistage.

Les examens de dépistage du cancer de la prostate sont en général recommandés aux hommes dès 50 ans. Plus des deux tiers d'entre eux ont donné suite au moins une fois à cette recommandation (G4.18). Un homme sur trois de 50 ans et plus a subi cet examen dans un laps de temps de 12 mois. La fréquence des dépistages augmente fortement avec l'âge, le cancer de la prostate apparaissant typiquement à un âge avancé. À partir de 70 ans, plus de 80% des hommes se sont déjà soumis au moins une fois à cet examen, dont la moitié dans un délai de 12 mois. En comparaison avec l'enquête suisse sur la santé 2002, ces pourcentages ont augmenté, en

Dépistage du cancer de la prostate, 2007

Part de la population masculine de 40 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.18

© Office fédéral de la statistique (OFS)

particulier chez les hommes âgés. Les chiffres indiquent en outre que les contrôles réguliers sont devenus plus fréquents.⁴⁷

Dépistage du cancer du sein

Chez les femmes, le cancer du sein est le plus fréquent et la première cause de mortalité par cancer. Il touche particulièrement les femmes venant de sortir de la ménopause, à partir de 50 ans environ.⁴⁸

La mammographie, un examen radiologique du sein, représente une possibilité de dépistage de ce cancer. Pour être efficace, elle devrait être effectuée régulièrement, tous les 2 à 3 ans. La mammographie est surtout recommandée aux femmes âgées de 50 à 69 ans. Quelque 80% des femmes de cette classe d'âge ont déjà effectué au moins une fois une mammographie (G4.19). Chez les femmes plus jeunes ou plus âgées, la mammographie est moins répandue. En comparaison avec 2002, le recours au dépistage par mammographie a légèrement progressé.⁴⁹

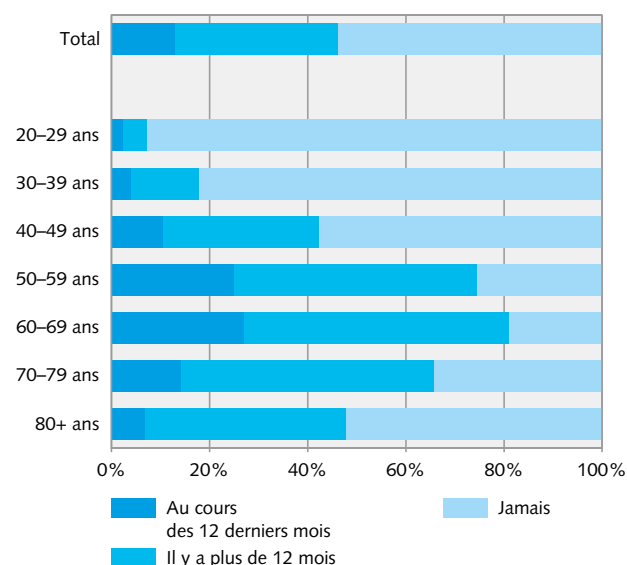
⁴⁷ En 2002, 28% des hommes de 70 ans et plus n'avaient subi aucun examen médical de la prostate. En 2007, cette part n'est plus que de 18%. Simultanément, la proportion des hommes ayant subi cet examen dans un laps de temps de 12 mois est passée de 31% (en 2002) à 41% (en 2007).

⁴⁸ Portail internet de l'OFS (2009): Incidence du cancer: Sein. (T 14.02.02.02.C50i) www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/01/key/06/07.html

⁴⁹ On le constate en particulier chez les femmes de 70 ans et plus. En 2002, la moitié d'entre elles indiquaient avoir déjà effectué une mammographie. Pour le groupe cible, des femmes âgées de 50 à 69 ans, le taux de recours a augmenté de 5%. Il s'est par contre maintenu à 40% chez les femmes âgées de 40 à 49 ans.

Mammographie (dépi­st­age du cancer du sein), 2007

Part de la population féminine de 20 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.19

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Des programmes de dépistage du cancer du sein par mammographie existent dans les six cantons francophones: plus de 90% des femmes de 50 à 69 ans qui y résident se sont déjà soumises au moins une fois à cet examen. Dans les autres cantons, cet examen de dépistage a lieu sur demande personnelle (20%) ou à l'initiative du médecin (76%); il en résulte qu'à peine trois quarts des femmes de 50 à 69 ans y ont eu recours.

Les différences régionales sont encore plus marquées dans le cas des examens récents: dans un laps de temps de 12 mois, une femme sur cinq de la tranche d'âge de 50 à 69 ans a eu recours en Suisse alémanique à une mammographie, contre plus du double (42%) en Suisse romande. En Suisse italienne, le taux se situe entre les deux. Les programmes cantonaux de dépistage du cancer du sein renforcent par ailleurs le caractère préventif des contrôles: en Suisse romande, 7% seulement des mammographies effectuées auprès de femmes âgées de 50 à 69 ans l'ont été suite à des douleurs ou des symptômes, contre 17% en Suisse alémanique.

Le niveau de formation de même que le fait de résider dans une ville ont également une influence. D'une part, les femmes vivant en zone urbaine ont plus souvent recours aux mesures de dépistage que celles des zones rurales. D'autre part, les femmes ayant un niveau de formation supérieur recourent plus fréquemment que les

autres au dépistage. Les programmes officiels de dépistage permettent dans une large mesure de combler cet écart⁵⁰.

Dépistage du cancer du col de l'utérus

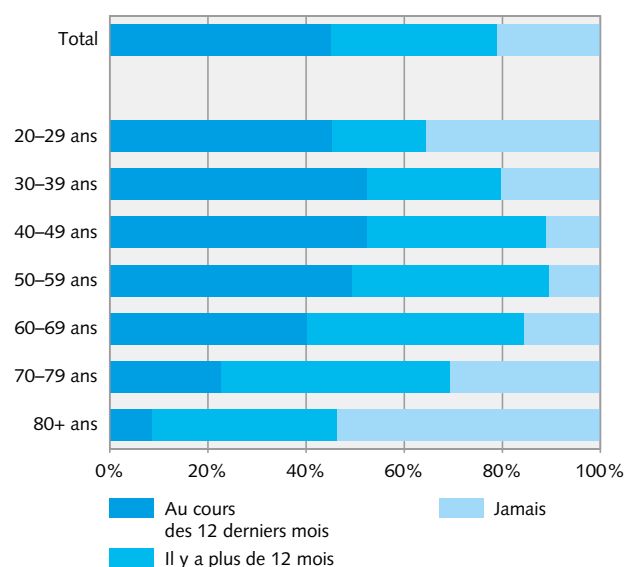
Le cancer du col de l'utérus, qui évolue lentement, se prête très bien au dépistage et à un traitement précoce. D'ailleurs, la mortalité due au cancer du col de l'utérus a fortement diminué depuis les années 1970.

Le cancer du col de l'utérus résulte le plus souvent d'une infection par des papillomavirus humains (HPV), transmis lors de rapports sexuels. La plupart des infections ne causent toutefois aucun symptôme. Ce n'est que dans peu de cas qu'elle devient chronique, ce qui peut présenter un premier pas vers un cancer.

Pour prévenir le cancer du col de l'utérus, on pratique depuis les années 1960 l'examen médical appelé «test de Pap», qui consiste en un frottis vaginal. Ce test fait partie des contrôles effectués lors des consultations gynécologiques et il est pris en charge tous les trois ans par l'assurance maladie. En Suisse, le frottis vaginal est

Frottis vaginal (dépi­st­age du cancer du col de l'utérus), 2007

Part de la population féminine de 20 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.20

© Office fédéral de la statistique (OFS)

⁵⁰ Bouchardy C, Fioretta G, Neyroud-Caspar I (2009), Evaluation épidémiologique du programme genevois de dépistage du cancer du sein (1999–2006), Registre genevois des tumeurs.

très courant. 79% des femmes ayant encore leur utérus ont effectué au moins une fois un frottis vaginal, 45% l'ont fait dans un laps de temps de 12 mois (G4.20). Près des trois quarts des femmes ayant consulté leur gynécologue au cours de l'année ont effectué un test de Pap; pour 13%, la date du dernier test remonte plus loin dans le passé. A partir d'un certain âge, la fréquence des consultations gynécologiques diminue, donc également celle des examens de dépistage.

Tandis que 85% des femmes de Suisse alémanique et 79% de celles de la Suisse italienne ont déjà effectué au moins un frottis vaginal, cette proportion n'est que de 61% en Suisse romande. Les femmes n'ayant accompli que la scolarité obligatoire ont moins souvent recours au frottis vaginal que celles disposant d'une formation supérieure.

5 Conditions de travail et d'habitat et santé

Les déterminants sociaux ont une grande importance pour l'état de santé de la population. L'enquête suisse sur la santé 2007 permet d'analyser l'importance d'un certain nombre d'entre eux, des conditions de travail et des conditions d'habitat en particulier.

5.1 Conditions de travail à risque et santé

Lorsqu'on parle des conditions de travail en lien avec la santé, il est courant de distinguer les risques physiques des risques psychosociaux. Les risques physiques désignent des contraintes matérielles qui peuvent avoir un impact négatif sur la santé. Les risques psychosociaux correspondent aux caractéristiques de l'organisation du travail et des relations interindividuelles sur la place de travail pouvant également se répercuter négativement sur la santé.

5.1.1 Les conditions de travail à risque

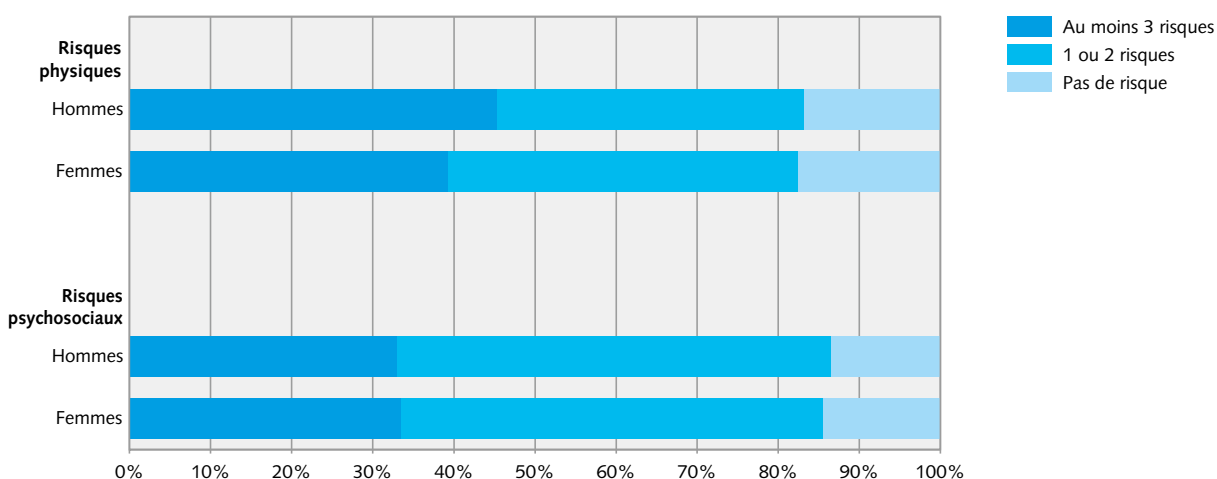
En 2007, 45% des hommes et 39% des femmes actifs professionnellement déclarent être exposés au moins le quart du temps à trois **risques physiques** ou davantage (G5.1)⁵¹. Seuls 17% des personnes actives professionnellement ne sont exposés à aucun risque physique. L'exposition aux risques physiques sur les lieux de travail reste donc importante.

Parmi les risques physiques, les *risques ergonomiques* sont les plus fréquents. Ainsi, 49% des personnes actives déclarent faire des mouvements répétitifs de la main ou du bras durant le quart du temps au moins. De même, 34% ont un travail qui impose des positions douloureuses ou fatigantes le quart du temps au moins. Le niveau d'exposition aux *risques biologiques/chimiques et de radiations* est nettement plus bas. Par exemple, 12% des hommes et 10% des femmes actifs profession-

Risques physiques et psychosociaux au travail, 2007

Part des personnes actives professionnellement âgées de 15 à 64 ans

G 5.1



© Office fédéral de la statistique (OFS)

⁵¹ L'analyse porte sur les personnes âgées de 15 et 64 ans, exerçant, comme employés ou comme indépendants, une activité lucrative à un taux d'activité d'au moins 20% (N=8375). Les valeurs pour les expositions aux conditions de travail à risque sont calculées en ne tenant pas compte des non-réponses ou des réponses «ne sais pas».

nellement sont en contact avec des produits chimiques le quart du temps au moins. Les expositions aux *risques ambiants et environnementaux* occupent une position intermédiaire. Par exemple, 24% des hommes et 10% des femmes sont exposés le quart du temps au moins à des bruits si forts qu'ils doivent élever la voix pour parler aux gens.

L'exposition à un cumul (≥ 3) de **risques psychosociaux** est un peu moins élevée: elle concerne 33% des personnes actives professionnellement (G5.1). Les risques caractéristiques d'une forte *demande psychologique* sont plus fréquents que ceux distinctifs d'une faible *latitude décisionnelle* ou d'un faible *soutien social*. Ainsi, 54% des hommes et 48% des femmes déclarent devoir être constamment concentrés à leur travail. En comparaison, 34% des hommes et 42% des femmes disent ne pas pouvoir souvent mettre leurs idées en pratique à leur travail ou, encore, un quart des personnes actives déclarent ne pas souvent pouvoir recevoir l'aide de leurs collègues si elles le demandent.

Quelque 46% des hommes et 36% des femmes déclarent que la **tension psychique et nerveuse** dans leur travail est très forte. Le fait d'être confronté à son travail à de la **peur**, ou d'y avoir ressenti ce sentiment, est nettement moins fréquent et concerne 12% des personnes actives. Ce sentiment est davantage corrélé avec la présence de risques psychosociaux qu'avec celle de risques physiques. L'importance de la **Crainte de perdre son travail** est analogue, avec 13% des personnes actives concernées. En 2007, le taux de chômage en Suisse (2,8% en moyenne annuelle) était le plus bas depuis le dernier pic conjoncturel de 2004 (3,9%). Enfin, seuls 7% des personnes actives professionnellement expriment une **satisfaction faible ou très faible** à propos de leur travail (G5.2).

La tendance générale est à une baisse de l'exposition aux conditions de travail à risque à mesure que l'âge augmente. C'est particulièrement le cas pour les risques physiques: la proportion des hommes exposés à un cumul d'au moins trois risques diminue presque de moitié entre la classe d'âge des 15–24 ans (66%) et celle des 55–64 ans (35%). Pour les femmes, le recul est moins fort, de 55% à 32% (G5.3). Par contre, l'exposition à une forte tension psychique et nerveuse augmente chez les hommes, passant de 29% pour les 15–24 ans à 51% pour les 55–64 ans.

Les risques physiques

En 2007, l'enquête suisse sur la santé (ESS) a repris pour la première fois les variables de l'Enquête européenne sur les conditions de travail⁵² mesurant trois dimensions des risques physiques:

- *les risques ergonomiques*: positions pénibles/fatigantes, vibrations, porter des charges lourdes, rester debout ou marcher, mouvements répétitifs du bras/de la main⁵³;
- *les risques biologiques/chimiques et de radiation*: respiration de fumées, d'émanations, de poudres ou de poussières, respiration de vapeurs telles que des solvants et des diluants, manipulation de produits chimiques, radiations, contact avec des matériaux infectieux;
- *les risques ambiants et environnementaux*: bruit, températures élevées ou basses.

Pour l'analyse, un indicateur «risques physiques» a été construit, cumulant les expositions, durant le quart du temps au moins⁵⁴, à ces treize risques. Trois modalités ont été retenues: aucune exposition, exposition à 1 ou 2 risques, exposition à au moins 3 risques.

Les risques psychosociaux

L'ESS contient six questions dont les formulations sont très proches du questionnaire de Karasek⁵⁵, un des instruments les plus utilisés pour l'analyse des risques psychosociaux. Les questions couvrent les trois axes du questionnaire de Karasek:

- la *demande psychologique*: devoir être constamment concentré, manquer de temps pour terminer son travail;
- la *latitude décisionnelle*: exécuter des tâches ennuyeuses et répétitives, possibilité de mettre ses idées en pratique dans son travail, prendre une pause quand on le souhaite;
- le *soutien social*: aide des collègues si on le demande.

Un indicateur «risques psychosociaux» a été construit, cumulant les expositions, avec trois modalités: aucune exposition, exposition à 1 ou 2 risques, exposition à au moins 3 risques.

Pour compléter cette étude des risques psychosociaux, les réponses à la question portant sur la **tension psychique et nerveuse** au travail ont également été analysées. De plus, trois autres aspects des conditions de travail ont été pris en compte: le fait d'être confronté ou de ressentir de la **peur** au travail, la **Crainte de perdre son emploi** et la **satisfaction au travail**.

⁵² Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (2007): Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail, Dublin, 142 p.

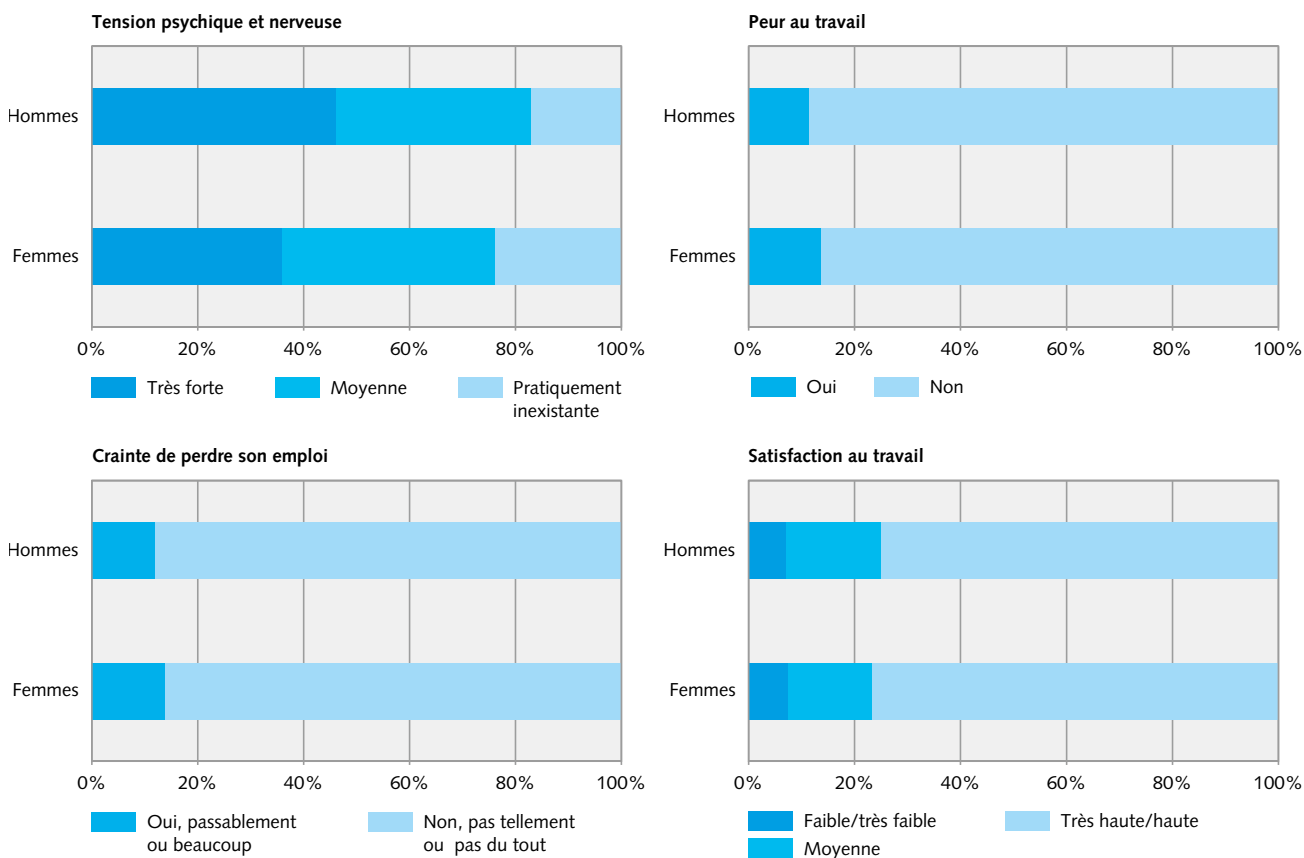
⁵³ Il manque la variable «soulever ou déplacer des personnes», qui est la seule à ne pas avoir été reprise par l'ESS.

⁵⁴ Sept réponses sont possibles, échelonnées de «jamais» à «tout le temps».

⁵⁵ Karasek R, Theorell T (1990): Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life, Basic Books, 381 p.

Autres risques au travail, 2007

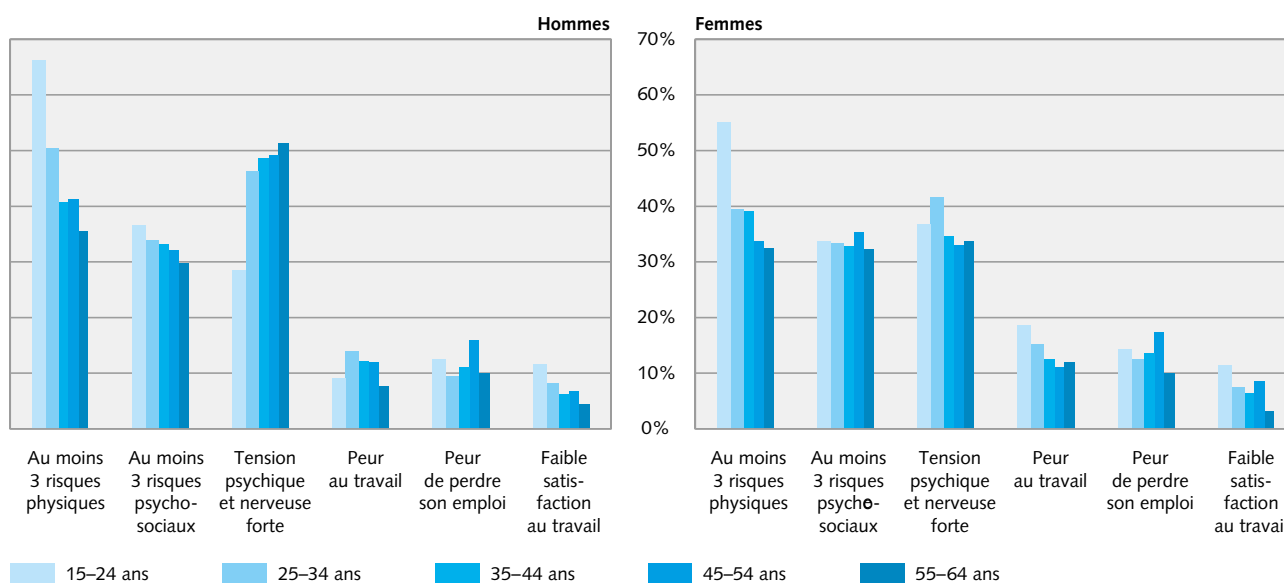
Part des personnes actives professionnellement âgées de 15 à 64 ans

G 5.2

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Conditions de travail à risque selon l'âge, 2007

Part des personnes actives professionnellement âgées de 15 à 64 ans

G 5.3

© Office fédéral de la statistique (OFS)

L'exposition à des conditions de travail à risque est presque toujours caractérisée par un gradient social: plus le niveau de formation est bas, plus l'exposition est élevée. Cette tendance est particulièrement nette pour les risques physiques: l'exposition à un cumul d'au moins trois risques chute de 81% chez les hommes avec une formation de niveau scolarité obligatoire à 23% chez ceux ayant une formation de niveau tertiaire. Chez les femmes, les valeurs correspondantes sont de 56% et 23% respectivement (G5.4).

La peur au travail et la tension psychique et nerveuse font exception. L'exposition à ce dernier risque se caractérise par un gradient social inversé: 40% des hommes avec une formation de niveau scolarité obligatoire déclarent une tension psychique et nerveuse très lourde, contre 57% de ceux avec une formation de niveau tertiaire. Pour les femmes, ces valeurs sont respectivement de 27% et de 44%. Ce profil est caractéristique des risques psychosociaux correspondant à une forte demande psychologique.

5.1.2 Conditions de travail à risque et état de santé

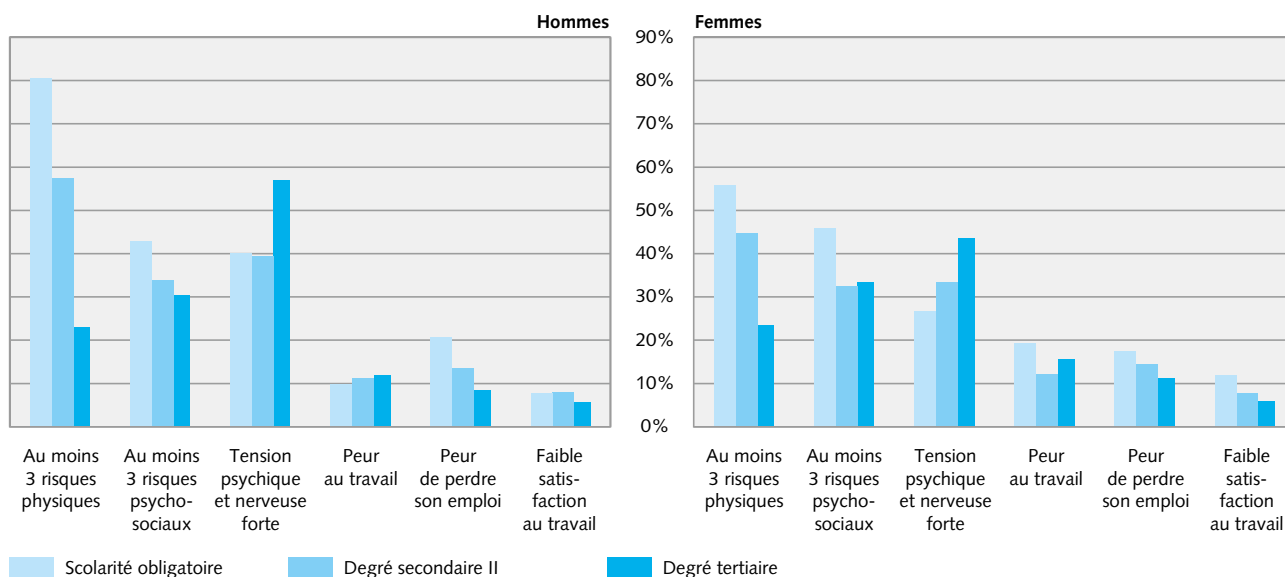
Globalement, on constate une association entre l'exposition à des conditions de travail à risque et un taux plus élevé de déclaration de problèmes de santé. Son ampleur varie cependant fortement en fonction des conditions de travail considérées et de la mesure de l'état de santé retenue (cf. encadré).

L'exposition à au moins trois **risques physiques** (qui concerne quatre personnes actives professionnellement sur dix) est associée à une forte augmentation du taux des personnes déclarant une santé autoévaluée pas bonne. Celui-ci passe de quelque 3% pour les hommes non exposés à plus de 8% pour ceux exposés à au moins trois risques physiques. Pour les femmes, les valeurs sont, respectivement, de 5% et 10% (G5.5a). L'association avec d'autres états de santé dégradés est plus faible, voire négligeable pour la consommation de médicaments psychotropes ou les absences du travail pour raison de santé.

Conditions de travail à risque, selon le niveau de formation, 2007

Part des personnes actives professionnellement âgées de 15 à 64 ans

G 5.4



© Office fédéral de la statistique (OFS)

La mesure de l'état de santé en lien avec les conditions de travail

Pour analyser les liens entre conditions de travail et santé, cinq mesures de l'état de santé ont été retenues:

- *l'état de santé autoévalué* (cf. section 2.1 du rapport) tel que ressortant des réponses à la question «Comment est votre santé en général?»; les réponses «moyenne», «mauvaise» et «très mauvaise» ont été regroupées sous le label de «santé autoévaluée pas bonne»;
- *l'indicateur de troubles physiques*, qui réunit les réponses relatives à huit troubles spécifiques (cf. section 2.2 du rapport); on distingue les réponses signalant des troubles physiques importants des autres;
- *l'indicateur de détresse psychologique* (cf. section 2.5.1 du rapport), en distinguant, d'une part, les situations de détresse psychologique faible et, d'autre part, les situations de détresse psychologique moyenne et élevée;
- *l'indicateur de consommation de médicaments psychotropes* (cf. section 3.6.2 du rapport), qui distingue les personnes qui, au cours des sept derniers jours, n'ont pas consommé de médicament ou ont consommé des médicaments non psychotropes de celles qui ont consommé des médicaments psychotropes (calmants, somnifères, antidépresseurs);
- *la variable mesurant le nombre de jours d'absence du travail* (cf. section 2.6 du rapport), au cours des quatre dernières semaines, parmi les personnes déclarant avoir été handicapées par un problème de santé au point de ne pas pouvoir exercer leur activité normalement. Les personnes déclarant au moins un jour d'absence par mois ont été distinguées des autres.

L'exposition à au moins trois **risques psychosociaux** (un tiers des personnes actives professionnellement) est associée chez les hommes à un très fort accroissement de la prévalence des troubles physiques importants (de 10% à 22%) et des symptômes de détresse psychologique moyenne ou élevée (de 9% à 23%). Chez les femmes, une association aussi nette ne se mesure qu'avec la détresse psychologique moyenne ou élevée (G5.5a). Le tableau est ressemblant à celui qui précède en cas de **tension psychique et nerveuse** très forte au travail (quatre personnes actives professionnellement sur dix; G5.5a).

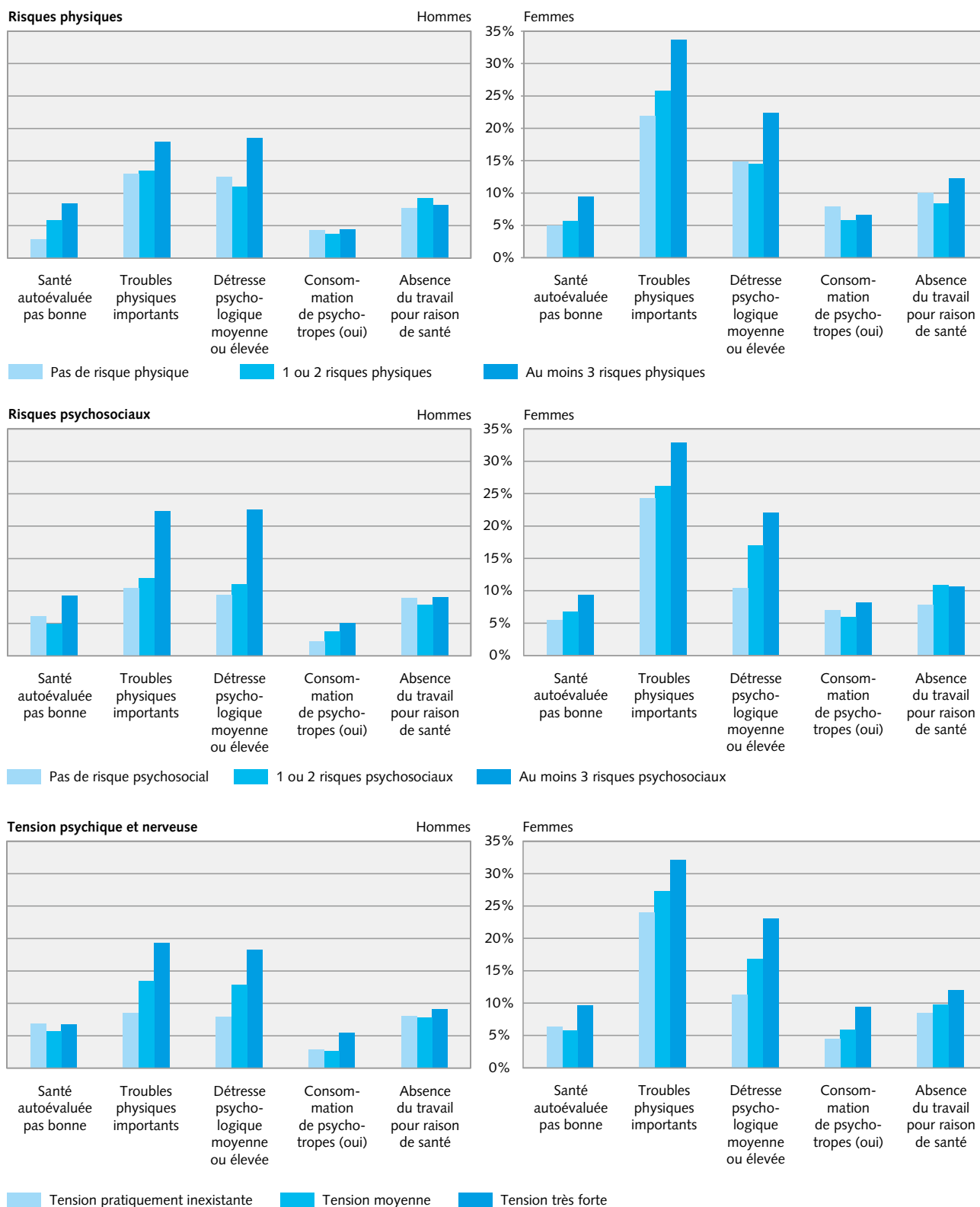
Le sentiment de **peur au travail** (une personne active sur huit) est associé chez les hommes comme chez les femmes à une très forte augmentation des problèmes de santé, pour toutes les mesures de l'état de santé prises en considération (G5.5b). La seule exception réside, chez les hommes, dans l'association quasi nulle avec les absences du travail pour raison de santé.

On retrouve des associations semblables entre la **crainte de perdre son emploi** (une personne active sur huit) et les problèmes de santé (G5.5b). Chez les hommes, la force de ces associations est cependant moindre que chez les femmes.

Le fait de ressentir une **(très) faible satisfaction** à l'égard de son travail (7% des personnes actives) est associé chez les hommes aux augmentations les plus fortes de la prévalence des problèmes de santé, pour toutes les mesures de l'état de santé observées. Chez les femmes, ce n'est le cas que pour la détresse psychologique moyenne ou élevée (G.5.5b).

Problèmes de santé selon le type de conditions de travail à risque, 2007

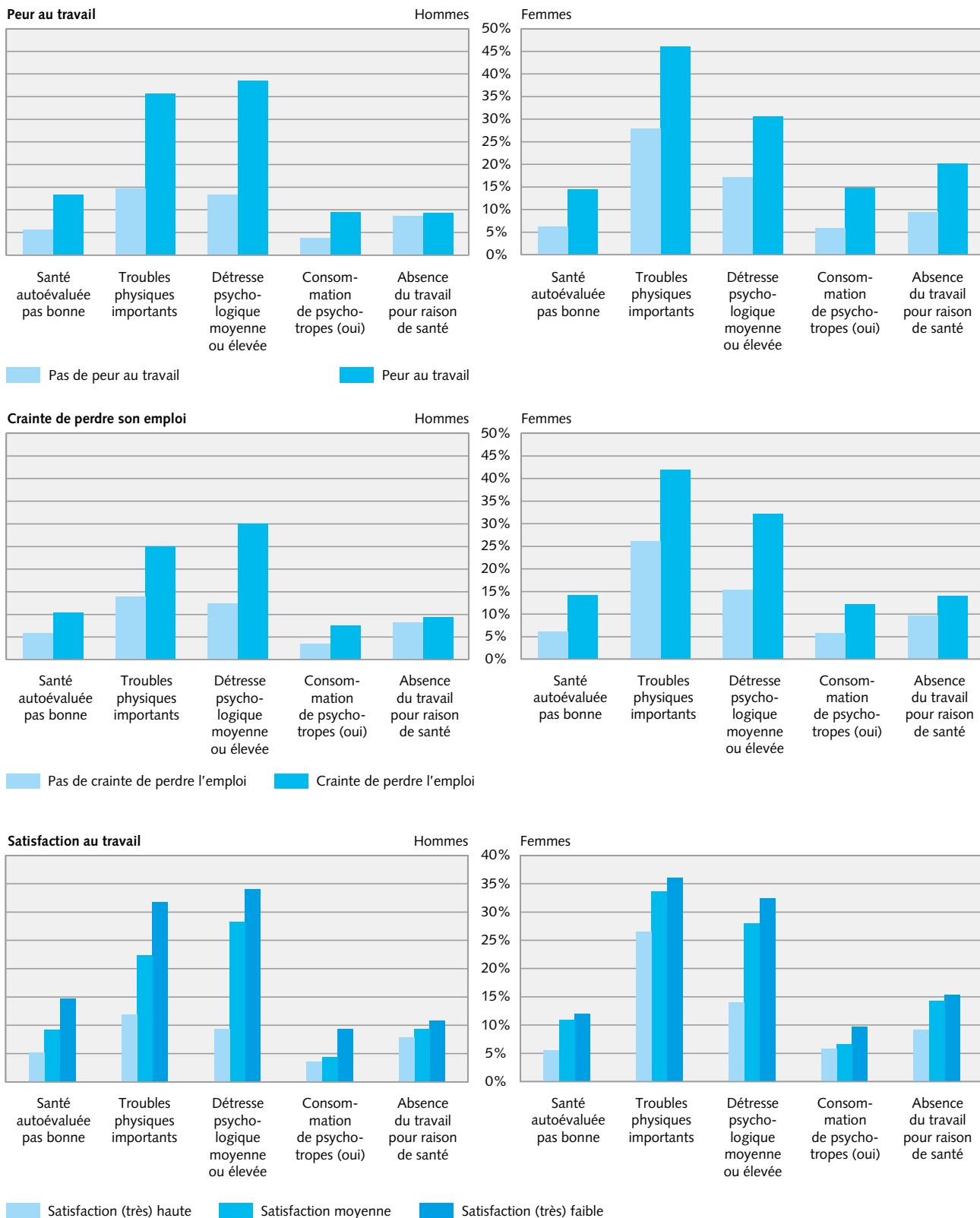
Part des personnes actives professionnellement âgées de 15 à 64 ans

G 5.5a

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Problèmes de santé selon le type de conditions de travail à risque, 2007

Part des personnes actives professionnellement âgées de 15 à 64 ans

G 5.5b

© Office fédéral de la statistique (OFS)

5.1.3 Conclusions

Des analyses multivariées (régressions logistiques) montrent qu'une partie de ces associations entre conditions de travail et état de santé dégradé restent significatives, à mêmes âge, niveau de formation, taux d'activité, situation familiale et autres conditions de travail. L'indicateur d'absence du travail pour raison de santé fait exception: aucune association n'est significative.

Les risques les plus systématiquement associés avec des états de santé dégradés sont la peur ressentie au travail (chez les femmes et les hommes), la crainte de perdre son emploi (plutôt chez les femmes) et l'insatisfaction au travail (plutôt chez les hommes). Pour les risques physiques, on constate en particulier une association significative avec une santé autoévaluée pas bonne; pour les risques psychosociaux ou la tension au travail, c'est plutôt le cas avec une détresse psychologique moyenne ou élevée.

Les données d'une enquête transversale comme l'enquête suisse sur la santé ne permettent pas d'interpréter directement les associations constatées en termes de causalité. Cependant, les résultats présentés ci-dessus convergent avec ceux de la littérature scientifique, basée en partie sur des études longitudinales ayant mis en évidence des relations causales entre conditions de travail et état de santé⁵⁶. De ce point de vue, les données de l'ESS 2007 illustrent le fait que le travail et les conditions dans lesquelles il est exercé sont d'importants déterminants sociaux de la santé.

5.2 Conditions d'habitat et santé

Le lieu d'habitation peut être envisagé à un double niveau, lorsqu'il est question des liens avec l'état de santé de la population: les caractéristiques du quartier et du voisinage, avec les différentes dimensions que cela comprend (environnementales, économiques, sociales, culturelles, etc.), d'une part, les caractéristiques des conditions de logement en tant que telles (espace disponible, salubrité, isolation du bruit et des températures

extrêmes, aération, etc.), d'autre part⁵⁷. L'analyse se limite par la suite à cette seconde dimension. Les études épidémiologiques ont mis en évidence de nombreux liens entre des caractéristiques défavorables des conditions de logement et des risques accrus d'atteinte à la santé (maladies infectieuses, maladies chroniques, accident, santé mentale, etc.)⁵⁸.

L'enquête suisse sur la santé et les conditions d'habitat

L'enquête suisse sur la santé (ESS) 2007 contient un ensemble restreint de questions à propos de l'habitat, portant sur des nuisances externes affectant les conditions de logement. Elles ont été regroupées en six indicateurs dichotomiques (pas exposé, exposé)⁵⁹: a) *au moins une nuisance liée à l'habitat*; b) *bruit de personnes ou d'enfants n'appartenant pas au ménage*; c) *nuisances liées aux transports* (bruit des voitures, des trains et des avions ainsi que gaz d'échappement); d) *nuisances liées à l'industrie* (bruit, rejets industriels et mauvaises odeurs); e) *nuisances liées à des ondes* (champs électromagnétiques des lignes à haute tension, antennes relais pour téléphones portables); f) *nuisances liées à l'agriculture*. L'analyse porte sur les réponses de toutes les personnes interrogées dans le cadre de l'ESS 2007, sans limite d'âge, et ayant rempli le questionnaire écrit qui inclut la thématique des conditions d'habitat (N = 14'393).

5.2.1 Les nuisances liées à l'habitat

Une majorité de la population (52 % des hommes et 55 % des femmes) déclare être exposée fréquemment ou régulièrement à au moins une nuisance externe lorsqu'elle est chez elle à la maison (G5.6). Deux groupes de nuisances sont, de loin, plus fréquents: les nuisances liées au bruit de personnes ou d'enfants extérieurs au ménage affectent un peu plus souvent les femmes (20 %) que les hommes (17 %); celles liées aux transports concernent le tiers de la population. Les autres nuisances sont nettement moins fréquentes (moins de 10 %, voire 5 %). A l'exception du bruit provoqué par des personnes extérieures au ménage, les différences d'exposition entre les femmes et les hommes ne sont pas statistiquement significatives.

⁵⁶ Pour des synthèses, voir notamment Marmot M, Siegrist J, Theorell T (2006): «Health and the psychosocial environment at work», Marmot M & Wilkinson R G (éd.) (2006): Social determinants of health. Second edition, Oxford University Press, 97–130, ainsi que Siegrist J., Theorell T. (2006): «Socio-economic position and health: the role of work and employment», Siegrist J & Marmot M (2006): Social inequalities in health. New evidence and policy implications, Oxford University Press, 73–100.

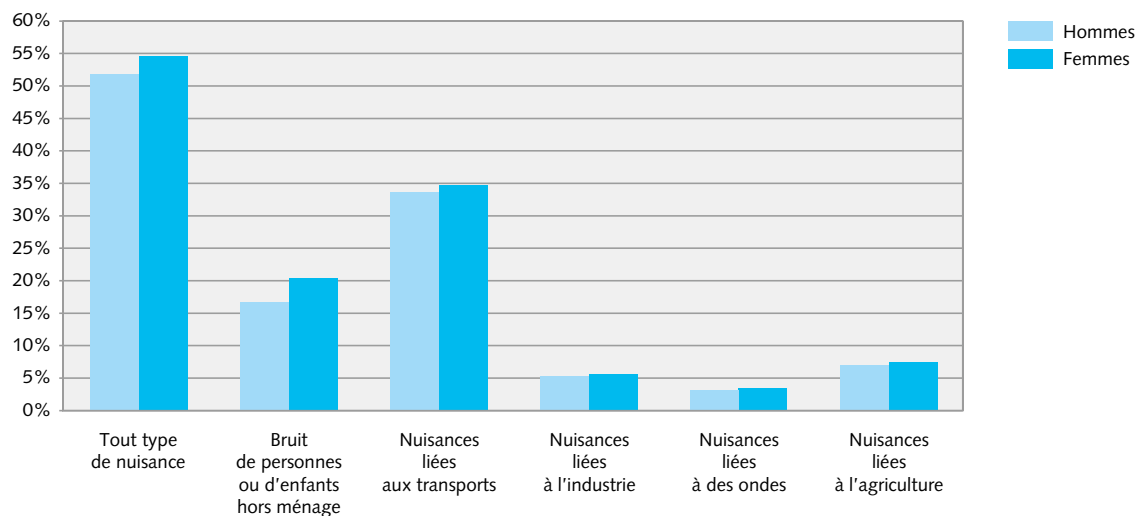
⁵⁷ Stafford M., McCarty M (2006): Neighbourhoods, housing, and health, Marmot M. & Wilkinson R. G. (éd.): Social determinants of health. Second edition, Oxford University Press, 297–317

⁵⁸ Krieger J., Higgins D. L. (2002), Housing and health: time again for public health action, American Journal of public health, 2002, 92, 758–768

⁵⁹ Ce regroupement reprend celui proposé par Gmel G., Rehm J. (2000), «Conditions de logement et situation professionnelle», OFS, Enquête suisse sur la santé: santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse en 1997, Neuchâtel, 59–64

Nuisances liées à l'habitat, 2007

Part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 5.6

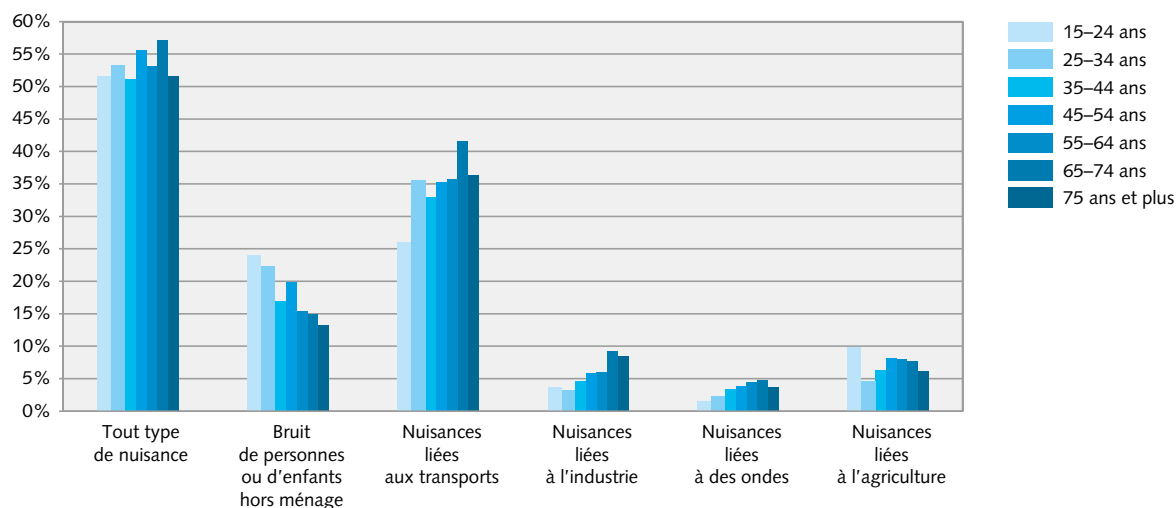
© Office fédéral de la statistique (OFS)

On constate une faible variabilité de l'exposition à ces nuisances en fonction des caractéristiques sociodémographiques, en particulier en fonction du niveau de formation, du revenu familial ou du type de ménage⁶⁰. L'exposition aux nuisances selon l'âge tend en général à croître jusqu'à la classe d'âge des 65–74 ans. Cela est particulièrement net dans le cas des nuisances liées au

transports, avec un taux d'exposition qui passe de 26% pour les 15–24 ans à 42% pour les 65–74 ans. A l'inverse, l'exposition au bruit provoqué par des personnes ou des enfants extérieurs au ménage recule constamment avec l'âge (G5.7).

Nuisances liées à l'habitat, selon l'âge, 2007

Part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

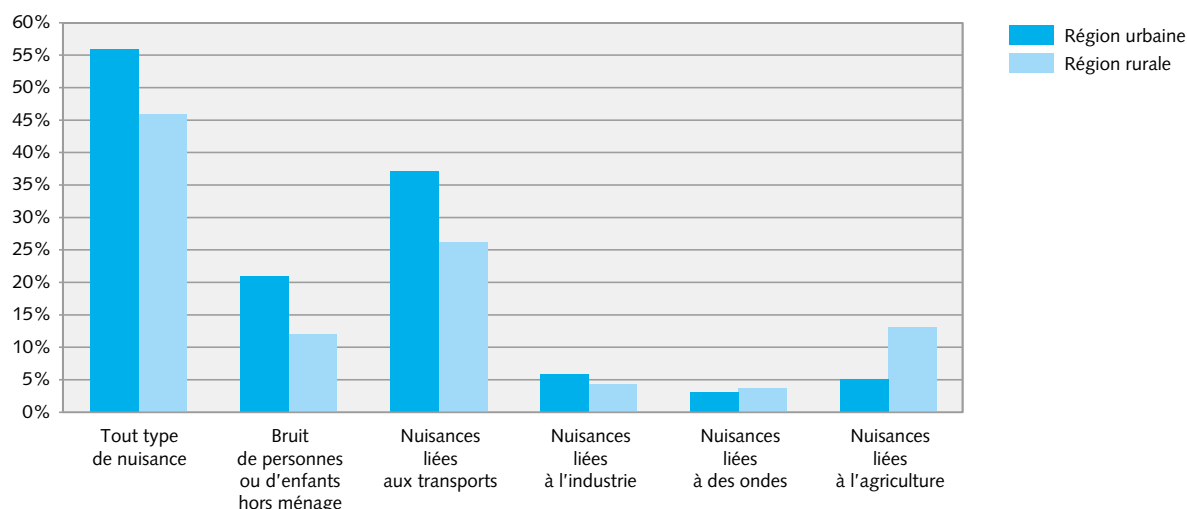
G 5.7

© Office fédéral de la statistique (OFS)

⁶⁰ Il est possible que la manière de percevoir ces nuisances et de les déclarer varie selon les caractéristiques sociodémographiques, contribuant ainsi à atténuer des écarts qui seraient en réalité plus importants.

Nuisances liées à l'habitat, selon la région, 2007

Part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 5.8

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Le fait d'habiter en zone rurale s'accompagne d'une exposition nettement inférieure aux nuisances liées à l'habitat (G5.8), particulièrement pour les deux types de nuisances les plus fréquents (bruits de personnes ou d'enfants hors ménage, nuisances liées aux transports). Sans surprise, les nuisances liées à l'agriculture font exception.

5.2.2 Nuisances liées à l'habitat et état de santé

Trois indicateurs synthétiques de l'état de santé ont été retenus pour cette analyse: la santé autoévaluée, les troubles physiques et la détresse psychologique (cf. encadré de la section 5.1.2). Le fait d'avoir beaucoup d'insomnies⁶¹ a été ajouté, dans la mesure où plusieurs des nuisances répertoriées relèvent du bruit.

Les six nuisances liées à l'habitat sont associées à des prévalences plus élevées de problèmes de santé, pour les quatre dimensions de l'état de santé retenues (G 5.9). Ces associations sont d'une ampleur nettement plus faible que celles observées dans le cas des conditions de travail. Le fait d'être exposé à au moins une nuisance liée à l'habitat augmente de moitié à deux tiers (pour les insomnies) les déclarations de problèmes de santé. L'impact est semblable pour le bruit provoqué par des

personnes ou des enfants extérieurs au ménage. Les associations sont plus faibles dans le cas des nuisances liées aux transports, avec une exception notable pour les insomnies, dont la prévalence augmente de 6% à 10%.

Globalement, le fait d'avoir beaucoup d'insomnies est le problème de santé le plus fortement associé aux nuisances liées à l'habitat; la détresse psychologique moyenne ou élevée est au contraire la plus faiblement associée aux conditions de logement.

5.2.3 Conclusions

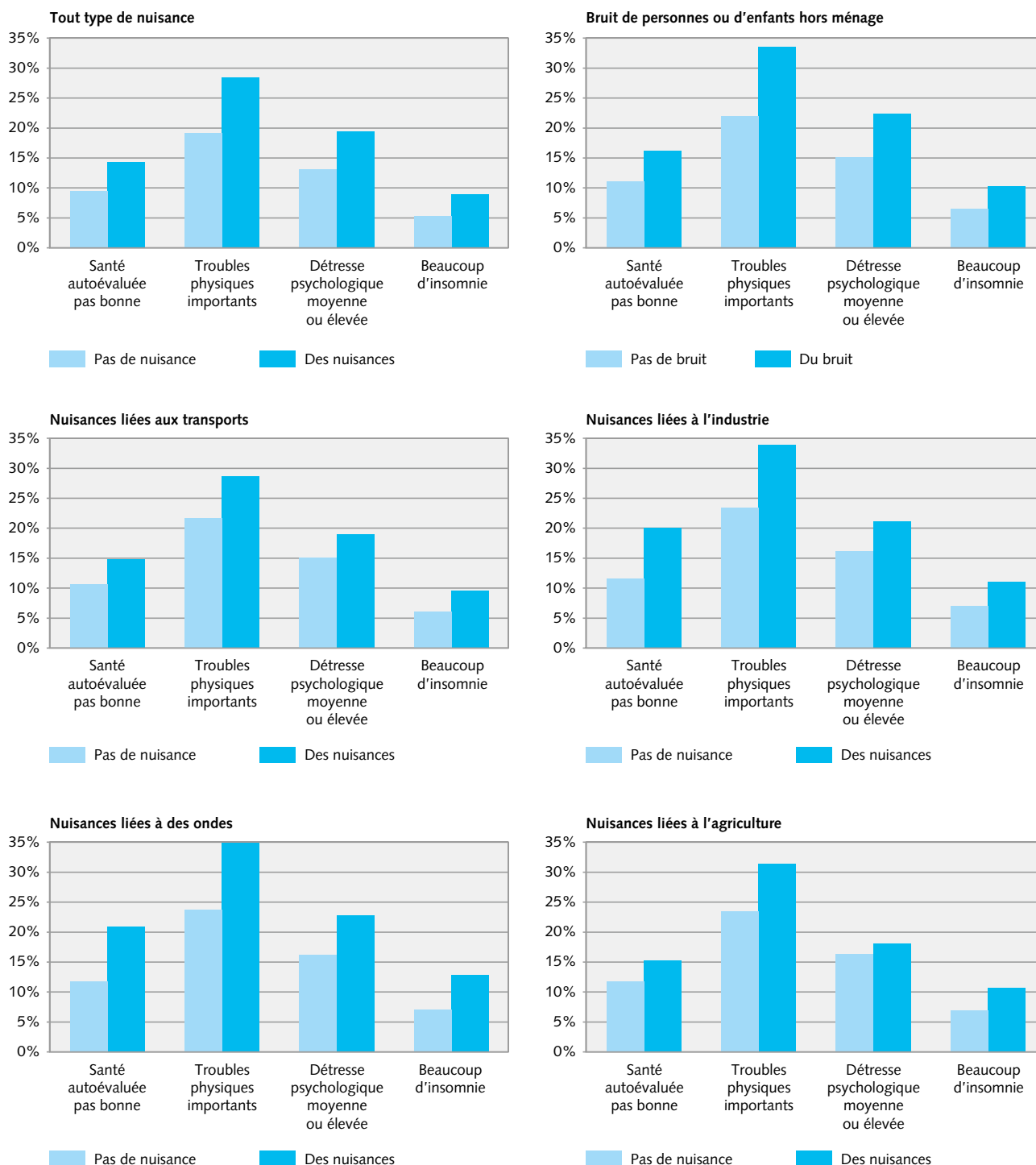
Des analyses multivariées (régressions logistiques) montrent qu'à mêmes sexe, âge, niveau de formation, type de ménage, région d'habitation et autres nuisances liées à l'habitat, l'association entre l'exposition au bruit provoqué par des personnes ou des enfants extérieurs au ménage et un moins bon état de santé est toujours significative, pour les quatre mesures de l'état de santé retenues. Pour l'exposition aux nuisances liées aux transports, seules les associations avec les troubles physiques et les insomnies sont significatives. Parmi les autres nuisances, beaucoup moins fréquentes, celles liées aux champs électromagnétiques ou aux antennes pour téléphones portables sont les seules à être associées de manière significative avec toutes les mesures retenues de l'état de santé. L'interprétation de ces associations en termes de causalité exige cependant des analyses complémentaires⁶².

⁶¹ Cette variable est incluse dans l'indicateur troubles physiques (cf. section 2.2.1 de ce rapport). Nous avons regroupé, d'une part, les réponses «pas du tout» et «un peu» et, d'autre part, la réponse «beaucoup», à la question portant sur le fait d'avoir eu des difficultés à s'endormir, ou des insomnies durant les quatre dernières semaines.

⁶² Ces résultats convergent avec ceux de l'enquête suisse sur la santé 1997, pour les niveaux de nuisances liées à l'habitat, comme pour les associations observées avec l'état de santé.

Problèmes de santé, selon le type de nuisances liées à l'habitat, 2007

Part de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 5.9

© Office fédéral de la statistique (OFS)

6 Méthodes

6.1 Construction de l'échantillon

L'enquête suisse sur la santé (ESS) est basée sur un **échantillon probabiliste stratifié à deux niveaux** de la population résidente suisse (Suisse et étrangers établis) âgée de 15 ans et plus et vivant dans un ménage privé équipé d'un raccordement téléphonique.⁶³ La sélection des personnes cibles s'est faite en **deux étapes**:

(1) Échantillon régional de ménages privés, stratifié par canton⁶⁴

Des échantillons régionaux ont d'abord été établis pour les sept grandes régions du pays (région lémanique, Espace Mittelland, Suisse du Nord-ouest, Zurich, Suisse orientale, Suisse centrale et Tessin). Ces échantillons régionaux, représentant 11'700 ménages, ont ensuite été stratifiés proportionnellement par canton au sein de chaque région. S'y sont ajoutés des échantillons cantonaux supplémentaires: 13 cantons (AG, AR, BE, FR, GE, JU, LU, NE, SZ, TI, UR, VD, VS) ainsi que la ville de Zurich ont, à leurs frais, augmenté leur échantillon afin qu'il soit suffisamment grand pour faire l'objet d'une exploitation fiable sur le plan cantonal.

Dans chaque canton, le nombre voulu de ménages a ensuite été tiré au sort dans le registre d'échantillonnage de l'OFS pour les enquêtes auprès des ménages. Les 30'179 ménages ainsi sélectionnés ont été invités par courrier à participer à l'enquête (échantillon brut). Les adresses non valables (personne décédée, résidence secondaire, aucune adresse privée) contenues dans cet échantillon brut en ont été retirées.

(2) Sélection aléatoire d'une personne cible à l'intérieur du ménage

Après l'apurement des adresses, les 28'319 ménages privés restants ont été contactés par téléphone. Pour chaque ménage, on a d'abord déterminé toutes les personnes de 15 ans et plus, puis l'une d'elles a été aléatoirement sélectionnée pour l'enquête. 9559 ménages ou personnes cibles sélectionnées ont refusé de participer au sondage ou n'ont pas pu être atteints malgré un grand nombre d'appels.

6.2 Réalisation de l'enquête

L'élément clé de l'enquête suisse sur la santé est une **interview téléphonique assistée par ordinateur** (technique **CATI**: **C**omputer **A**ssisted **T**elephone **I**nterview) de la personne cible, d'une durée de 40 minutes environ. Les interviews se sont faites en français, en (suisse-) allemand et en italien. Si, pour une raison ou une autre (absence prolongée, méconnaissance de la langue, raison de santé, difficulté de communication), la personne cible n'était pas en mesure de répondre elle-même aux questions, on a cherché une personne de confiance pouvant répondre à sa place («interview proxy») à une partie des questions.

Etant donné la densité des raccordements téléphoniques fixes en Suisse, ce moyen d'enquête s'avère, aujourd'hui encore, le plus efficace. Il n'est toutefois pas très approprié pour les personnes âgées, qui peuvent avoir des problèmes d'audition. Aussi a-t-on proposé aux personnes âgées de 75 ans et plus de procéder à une **interview face-à-face à domicile** (CAPI: **C**omputer **A**ssisted **P**ersonal **I**nterview). Les questions posées étaient les mêmes que celles de l'interview téléphonique.

Les personnes ayant participé aux interviews téléphoniques ou face-à-face ont reçu par la poste un **questionnaire écrit** en complément, ce qui permet de garder une durée raisonnable aux interviews téléphoniques.

⁶³ Pour des informations plus détaillées sur la méthodologie, voir OFS (2010). Enquête suisse sur la santé 2007. Plan d'échantillonnage, pondération et analyses pondérées des données.

⁶⁴ Font exception les cantons de Zurich et de Berne, respectivement stratifiés en deux et trois strates. Au total, les strates sont ainsi au nombre de 29.

Tous les travaux sur le terrain ont été effectués par l'institut M.I.S. Trend à Lausanne, en étroite collaboration avec l'Office fédéral de la statistique. Les travaux sur le terrain se sont déroulés en quatre blocs saisonniers, répartis sur toute l'année 2007.

Sur les 28'319 ménages privés compris dans l'échantillon brut, 18'760 personnes ont pu être interrogées, dont 18'685 par téléphone (y c. 829 interviews proxy) et 75, âgées de 75 ans ou plus, au moyen d'une rencontre à domicile. Le taux de réponse net, de 66%, s'est avéré élevé en comparaison avec d'autres enquêtes internationales, ce qui a notablement contribué à la bonne qualité des résultats obtenus. Les personnes restantes (34%) n'ont pas pu être interrogées, soit qu'elles l'aient refusé, qu'elles n'aient pas pu être atteintes, ou encore qu'elles aient été pour d'autres raisons dans l'impossibilité de répondre (p. ex. absence ou difficultés linguistiques). Des 17'931 personnes ayant participé aux interviews par téléphone ou en face-à-face (sans les interviews proxy), 14'393 (80%) ont ensuite rempli le questionnaire écrit.

Malgré le taux de réponse élevé, les refus de participer à l'enquête méritent d'être analysés de près. Y a-t-il des caractéristiques essentielles qui distingueraient les personnes ayant refusé de répondre à nos questions de celles qui ont répondu? Dans le pire des cas, les réponses manquantes seraient-elles le fait de personnes plutôt en bonne santé ou plutôt malades, ce qui fausserait l'image que notre enquête donne de la santé en Suisse? Ces questions sont très importantes pour juger de la représentativité de nos résultats.

6.3 Contrôle de la représentativité et méthode de pondération

La composition de l'échantillon a été comparée, à partir de critères précis, à celle de la population totale. Cela permet de garantir la validité pour l'ensemble de la population suisse des résultats obtenus sur la base de l'échantillon. Lorsque cette comparaison a mis au jour des écarts, les différences ont été ajustées par procédé mathématique. On a procédé de même pour corriger dans l'échantillon les disproportions entre les régions, le but étant de rendre optimale la représentativité de l'échantillon.

Les pondérations élaborées permettent de corriger une partie de la non-réponse et d'éviter ainsi des biais importants dans les résultats des analyses. En effet, les pondérations finales utilisées dans le calcul des différents estimateurs et livrées avec les données de l'ESS07 sont une combinaison:

- de poids initiaux (tenant compte à la fois du plan d'échantillonnage (reflétant les probabilités d'inclusion) et d'une partie de la non-réponse),
- de poids de correction pour la non-réponse (issus d'une modélisation de ladite non-réponse sur la base de variables pertinentes expliquant en partie le mécanisme de réponse)
- et de poids de calage (garantissant les bons totaux de population sur des variables-clé comme le sexe, la nationalité, certaines tranches d'âge et l'état-civil par le recours à des données auxiliaires de référence).

A noter que pour le questionnaire écrit une pondération spécifique a été développée afin d'ajuster cet échantillon de manière assez fine grâce à un calage sur l'enquête téléphonique.

Programme des publications de l'OFS

En sa qualité de service central de statistique de la Confédération, l'Office fédéral de la statistique (OFS) a pour tâche de rendre les informations statistiques accessibles à un large public.

L'information statistique est diffusée par domaine (cf. verso de la première page de couverture); elle emprunte diverses voies:

Moyen de diffusion

Service de renseignements individuels

L'OFS sur Internet

Communiqués de presse: information rapide concernant les résultats les plus récents

Publications: information approfondie (certaines sont disponibles sur disquette/CD-Rom)

Données interactives (banques de données, accessibles en ligne)

Contact

032 713 60 11
info@bfs.admin.ch

www.statistique.admin.ch

www.news-stat.admin.ch

032 713 60 60
order@bfs.admin.ch

www.statdb.bfs.admin.ch

Informations sur les divers moyens de diffusion sur Internet à l'adresse
www.statistique.admin.ch → Services → Les publications de Statistique suisse

Santé

- **Travail et Santé: résultats de l'enquête suisse sur la santé 2007**, Actualités OFS, Neuchâtel 2010, 27 pages, gratuit, n° de commande 213-0710
- **Enquête suisse sur la santé 2007: plan d'échantillonnage, pondérations et analyses pondérées des données**, Neuchâtel 2010, 68 pages, gratuit, n° de commande 338-0061
- **Enquête suisse sur la santé 2007: tableaux standards niveau suisse. Application interactive sur CD-Rom**, Neuchâtel 2009, 300 francs prix de base (pour usage commercial: prix sur demande), n° de commande 213-0705-01
- **Excès pondéral chez l'adulte en Suisse: aspects d'une problématique multifactorielle. Résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2002**, StatSanté 3/2007, Neuchâtel, 43 pages, gratuit, n° de commande 515-0703
- **Activité physique, sport et santé: faits et tendances se dégageant des Enquêtes suisses sur la santé de 1992, 1997 et 2002**, StatSanté 1/2006, Neuchâtel, 26 pages, gratuit, n° de commande 515-0601
- **Habitudes alimentaires en Suisse: état de la situation et développements observés sur la base des données recueillies lors des Enquêtes suisses sur la santé de 1992, 1997 et 2002**, StatSanté 2/2005, Neuchâtel, 31 pages, gratuit, n° de commande 515-0502
- **Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 1992–2002**, Neuchâtel 2005, 93 pages, 14 francs, n° de commande 213-0207
- **Schweizerische Gesundheitsbefragung: Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz. Eine Spezialauswertung der Gesundheitsbefragung 1997**, Neuchâtel 2002, 115 pages, 16 francs, n° de commande 213-9707 (disponible seulement en allemand)

Cette publication présente les principaux résultats de l'enquête suisse sur la santé 2007. Quatre thèmes sont passés en revue: l'état de santé physique, psychique et social de la population, les comportements ayant une influence sur la santé, le recours aux services de santé ainsi qu'aux mesures de prévention et, enfin, les risques pour la santé que peuvent présenter le monde du travail ou les conditions d'habitat. Des comparaisons sont également faites avec les résultats des enquêtes précédentes. L'enquête suisse sur la santé a été réalisée à quatre reprises depuis 1992 (1992, 1997, 2002, 2007).

N° de commande

213-0707

Commandes

Tél.: 032 713 60 60

Fax: 032 713 60 61

E-mail: order@bfs.admin.ch

Prix

12 francs (TVA excl.)

ISBN 978-3-303-14137-3