



Santé

1291-1400

Statistiques de la santé 2014

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

- 0 Bases statistiques et généralités
- 1 Population
- 2 Espace et environnement
- 3 Travail et rémunération
- 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

Statistiques de la santé 2014

Rédaction Section Santé

Editeur Office fédéral de la statistique (OFS)

Editeur: Office fédéral de la statistique (OFS)

Complément d'information: E-mail: gesundheit@bfs.admin.ch, tél. 058 463 67 00

Comité de pilotage: Ulrich Wagner (responsable), Marco D'Angelo

Direction de projet: Jean-François Marquis

Conception et rédaction: Tania Andreani, Jean-François Marquis

Auteurs et auteurs: Tania Andreani, Sylvie Berrut, Pascale Gazareth, Dimitri Hauri, Martine Kaeser, Renaud Lieberherr, Michael Lindner, Jean-François Marquis, Marco Storni, Giovanni Teotino, Erwin Wüest

Cartes: ThemaKart, OFS

Diffusion: Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel
Tél. 058 463 60 60 / fax 058 463 60 61 / e-mail: order@bfs.admin.ch

Numéro de commande: 1291-1400

Prix: 22 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: Netthoewel & Gaberthüel, Bienne; photo: © Uwe Bumann – Fotolia.com

Graphisme/Layout: Section DIAM, Prepress/Print

Copyright: OFS, Neuchâtel 2014
La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales,
si la source est mentionnée

ISBN: 978-3-303-14213-4

Version corrigée en décembre 2016

Le graphique G 4.50 (p. 52) et le texte le commentant (p. 51 et p. 52)
ont été corrigés en raison d'une erreur dans les données.

Table des matières

L'essentiel en bref	5	4.5 Accidents	56
1 Introduction	9	4.6 Santé reproductive	58
2 Conditions cadre	11	4.7 Santé de groupes particuliers	60
3 Déterminants de la santé	14	4.7.1 Nouveau-nés	60
3.1 Revenu et intégration sociale	14	4.7.2 Personnes âgées	62
3.2 Emploi et conditions de travail	15	4.7.3 Migrants	63
3.3 Environnement naturel	17	5 Système de santé	67
3.4 Conditions d'habitat	18	5.1 Hôpitaux	67
3.5 Comportements en matière de santé	19	5.2 Etablissements médico-sociaux	72
3.5.1 Activité physique	19	5.3 Institutions spécialisées	75
3.5.2 Alimentation	20	5.4 Prise en charge ambulatoire	76
3.5.3 Excès de poids	21	5.5 Aide et soins à domicile	80
3.5.4 Tabac	22	5.6 Aides informelles	82
3.5.5 Alcool	24	5.7 Coûts du système de santé	83
3.5.6 Drogues illicites	25	6 Financement du système de santé	85
4 Etat de santé et recours aux soins	27	7 Annexes	88
4.1 Espérance de vie et santé	27	7.1 Abréviations	88
4.2 Santé physique	34	7.2 Glossaire	89
4.2.1 Maladies cardiovasculaires	34	7.3 Enquêtes et statistiques dans le domaine de la santé	93
4.2.2 Diabète	38	7.4 Bibliographie	95
4.2.3 Cancer	40		
4.2.4 Maladies de l'appareil musculo-squelettique	45		
4.2.5 Maladies infectieuses et de l'appareil respiratoire	47		
4.3 Santé psychique	49		
4.4 Handicap	53		

L'essentiel en bref

La santé occupe une place de premier plan dans les préoccupations individuelles comme dans l'action des collectivités publiques. La présente publication offre une vue d'ensemble des données statistiques disponibles au sujet de la santé de la population et des déterminants qui l'influencent, ainsi que du système de santé, de son coût et de son financement.

Déterminants de la santé

Revenu et intégration sociale	Disposer d'un revenu suffisant et être intégré socialement influe sur la possibilité de mener une vie saine et d'avoir accès au système de santé. En 2012, 15% de la population de 16 ans et plus vivant en ménage privé étaient à risque de pauvreté et ces personnes étaient presque deux fois plus nombreuses que les autres à déclarer un état de santé général qui n'est pas bon.	p. 14
Emploi et conditions de travail	L'insécurité de l'emploi et le chômage, de même que de mauvaises conditions de travail accroissent le risque d'atteintes à la santé physique ou psychique ainsi que le risque d'accidents. En 2012, 13% des personnes salariées âgées de 15 à 64 ans déclaraient avoir peur de perdre leur emploi.	p. 15
Nuisances sur le lieu d'habitation	44% de la population déclaraient en 2012 être exposés à des nuisances sur leur lieu d'habitation, les plus fréquentes étant celles liées aux transports et celles provoquées par le bruit de personnes ou d'enfants n'appartenant pas au ménage.	p. 18
Activité physique	Une activité physique régulière est bénéfique à la santé. En 2012, 73% de la population avaient durant leurs loisirs une activité physique correspondant aux recommandations.	p. 19
Alimentation	Une alimentation déséquilibrée peut accroître le risque de surpoids, de cancer, de diabète ou de maladies cardiovasculaires. Les femmes font davantage attention à leur alimentation que les hommes (75% contre 61% en 2012). Elles sont également plus nombreuses que les hommes à manger cinq portions de fruits ou de légumes au moins cinq jours par semaine (26% contre 12%).	p. 20
Excès de poids	Le surpoids et l'obésité sont des facteurs de risque importants pour les maladies cardiovasculaires, le diabète, certains cancers et les troubles musculo-squelettiques. En 2012, 39% des hommes étaient en surpoids et 11% obèses; chez les femmes ces proportions étaient de 23% et 9%, respectivement.	p. 21
Tabagisme	Le tabagisme est un facteur de risque majeur pour les maladies cardiovasculaires et pulmonaires, ainsi que pour plusieurs cancers (poumon, œsophage, etc.). Plus de un décès sur dix en Suisse est imputable à des maladies en lien avec la fumée. Les hommes fument davantage que les femmes (32% contre 24% en 2012). La part des fumeurs est la plus élevée parmi les hommes de 15 à 44 ans.	p. 22
Alcool	La consommation excessive d'alcool est une cause importante d'atteinte à la santé et de décès prématurés. 6% des hommes et 4% des femmes avaient en 2012 une consommation d'alcool chronique représentant un risque moyen à élevé pour la santé. 35% des hommes de 15 à 24 ans et 16% des femmes du même âge s'enivraient au moins une fois par mois.	p. 24

Etat de santé

Espérance de vie	En 2012, l'espérance de vie à la naissance s'élevait à 80,5 ans pour les hommes et 84,7 ans pour les femmes. Elle a doublé depuis 1876 et est une des plus élevées au monde. L'espérance de vie varie selon la position sociale. En 2007, elle était de 77,9 ans pour un homme de 30 ans avec un niveau de formation correspondant à la scolarité obligatoire, contre 82,5 ans pour son contemporain avec une formation universitaire.	p. 27
Santé auto-évaluée	83% de la population considéraient en 2012 que leur santé était bonne ou très bonne. Cette proportion diminue avec l'âge mais était encore de 62% parmi les personnes âgées de 75 ans et plus.	p. 29
Maladies cardiovasculaires	Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de décès, surtout parmi les personnes très âgées. Entre 45 et 64 ans, les hommes sont trois fois plus nombreux que les femmes à en décéder (1088 contre 333): les infarctus du myocarde et les autres cardiopathies ischémiques sont la principale cause de cette différence. Entre 1995 et 2012, les taux de mortalité standardisés pour l'infarctus aigu du myocarde et pour l'attaque cérébrale ont diminué de plus de la moitié.	p. 34
Diabète	Le diabète est une maladie chronique qui accroît le risque de maladies cardiovasculaires, notamment. En 2012, un médecin l'avait diagnostiqué chez 5% de la population, cette proportion augmentant avec l'âge.	p. 38
Cancer	Le cancer est globalement la deuxième cause de décès, la première entre 45 et 84 ans. Quatre personnes sur dix vont développer un cancer au cours de leur vie. Les cancers de la prostate chez l'homme, du sein chez la femme, ainsi que ceux du poumon et du côlon-rectum représentent un peu plus de 50% des nouvelles tumeurs diagnostiquées. Les chances de guérison du cancer chez l'enfant se sont nettement améliorées, passant de moins de 20% en 1950 à 80% aujourd'hui.	p. 40
Maladies de l'appareil musculo-squelettique	Les maladies de l'appareil musculo-squelettique sont la première cause d'hospitalisation (15% du total). Les poses de prothèses ont fortement augmenté entre 2002 et 2012: +40% pour celles de la hanche et +115% pour celles du genou.	p. 45
Santé psychique	Une très grande majorité de la population ressent beaucoup plus souvent des émotions positives, comme être calme ou heureux, que négatives, comme être déprimé ou très nerveux. En 2012, 5% de la population étaient en traitement pour des problèmes psychiques.	p. 49
Handicap	24% de la population connaissent en 2012, en raison d'un problème de santé, des limitations depuis au moins six mois dans les activités de la vie habituelle (travail, ménage). Ces limitations sont le plus souvent légères: seuls 5% de la population indiquent être fortement limités. Elles augmentent avec l'âge, en fréquence et en gravité.	p. 53
Accidents	Les accidents sont une des principales causes de mortalité prématurée et d'hospitalisation. Le plus grand nombre de personnes sont blessées dans le cadre de l'habitat ou des loisirs, ainsi que lors d'activités sportives (respectivement 554'210 et 403'100 par an en moyenne pour la période 2007–2011). 269 personnes ont été tuées lors d'accidents de la circulation en 2013 et quelque 85'000 blessées. 269'000 personnes actives ont également été victimes d'un accident de travail en 2013.	p. 56
Mortalité infantile	Après avoir fortement diminué durant des décennies, la mortalité infantile s'est stabilisée entre 4 et 4,5 décès d'enfants de moins d'un an pour 1000 naissances vivantes. Les décès infantiles concernent avant tout des enfants avec un très faible poids de naissance ou nés avec une prématurité importante. Les naissances avant 28 semaines de grossesse représentent ainsi 0,4% des naissances vivantes, mais 50% des cas de mortalité infantile.	p. 60
Personnes de 65 ans et plus	Durant l'année 2012, 8% des personnes de 65 ans et plus (112'155) ont fait un séjour de longue durée dans un établissement médico-social (EMS). 20% des personnes âgées vivant en ménage privé ne sont plus capables d'accomplir sans aide une série d'activités comme préparer les repas, de gros travaux ménagers ou prendre les transports publics. 3% ont besoin d'aide pour les gestes élémentaires de la vie quotidienne comme se laver, s'habiller ou manger.	p. 62

Système de santé

Hôpitaux	En 2012, 297 hôpitaux (avec 492 sites) mettaient à disposition 38'297 lits, ce qui correspondait en moyenne à 4,8 lits pour 1000 habitants. Les services de soins aigus représentaient 59% des lits disponibles, la psychiatrie 22% et la réadaptation/gériatrie 19%. Entre 2002 et 2012, le nombre de lits a diminué de 13,1%.	p. 67
Etablissements médico-sociaux	1558 établissements médico-sociaux offraient 93'155 places d'hébergement pour des personnes âgées en 2012, ce qui correspondait à un taux de 67,8 places pour 1000 personnes de 65 ans et plus.	p. 72
Institutions spécialisées	Les 746 institutions spécialisées pour la prise en charge des personnes handicapées, dépendantes ou souffrant de troubles psychosociaux comptabilisaient en 2012 quelque 27'100 places d'hébergement et 26'100 places pour externes.	p. 75
Médecins et dentistes	17'554 médecins pratiquaient en 2013 dans le secteur ambulatoire. On comptait par ailleurs 4208 dentistes en activité. En 2012, 78% de la population ont consulté au moins une fois un médecin et 66% un dentiste.	p. 76
Aide et soins à domicile	En 2012, 1522 fournisseurs de prestations d'aide et de soins à domicile (organisations à but non lucratif, entreprises à but lucratif ainsi qu'infirmières indépendantes) ont fourni des prestations à 257'724 clientes et clients. 49% des bénéficiaires de l'aide et des soins à domicile avaient 80 ans et plus.	p. 80
Coûts du système de santé	Les coûts du système de santé se sont élevés à 68,0 milliards de francs en 2012. Cela correspond à une dépense de 709 francs par mois et par habitant: 46% couvrent des soins en milieu hospitalier (soins aigus, réadaptation, soins de longue durée), 33% des soins ambulatoires et 11% l'achat de médicaments ou d'appareils thérapeutiques. Les dépenses de santé sont passées de 7,9% du produit intérieur brut (PIB) en 1990 à 11,5% en 2012.	p. 83

Financement du système de santé

Financement selon le régime	En 2012, 42,0% des dépenses de santé étaient financées par les assurances sociales, dont 35,8% par la seule assurance-maladie de base (LAMal). Les ménages privés étaient le second régime de financement le plus important, avec 25,2% du total. Quant aux pouvoirs publics, ils assumaient 20,2% de la facture.	p. 85
Financement selon la source	Lorsqu'on considère la répartition de la charge financière entre les trois agents économiques de base (Etat, entreprises, ménages), elle se présentait ainsi en 2012: 61,3% du financement du système de santé étaient assumés par les ménages privés (cotisations à l'assurance-maladie incluses), 32,3% par les pouvoirs publics et 6,4% par les entreprises (cotisations aux assurances sociales).	p. 86

1 Introduction

Notre santé dépend de nombreux facteurs, comme l'environnement social et naturel, les conditions de travail, la qualité de l'habitat, les habitudes et comportements adoptés en matière de santé, sans oublier les prédispositions génétiques. Lorsqu'elle se dégrade, nous recourons aux soins de médecins ou d'autres professionnels de la santé, fournis dans le cadre d'institutions très diverses. Cela suppose l'existence d'infrastructures, dotées d'un personnel bénéficiant de qualifications spécifiques, et dont le financement est assuré par les différents acteurs concernés. Le domaine de la santé comprend donc plusieurs dimensions et il est en relation, plus ou moins étroite, avec de nombreuses caractéristiques démographiques, sociales, économiques, politiques, culturelles ou environnementales d'une société. Pour le présenter de manière intelligible, il est par conséquent nécessaire de l'ordonner selon une structure claire. C'est dans ce but que l'Office fédéral de la statistique (OFS) a établi un schéma de structure de la statistique de la santé. Ce schéma est bâti sur quatre piliers – les déterminants de la santé, l'état de santé de la population, le recours aux soins et le système de santé – et sur les interactions intervenant entre eux ainsi qu'avec les conditions cadre (G 1.1). Il sert de base pour l'organisation du présent

rapport, qui est une édition actualisée de la publication «Statistiques de la santé», parue pour la première fois en 2012.

Structure du rapport

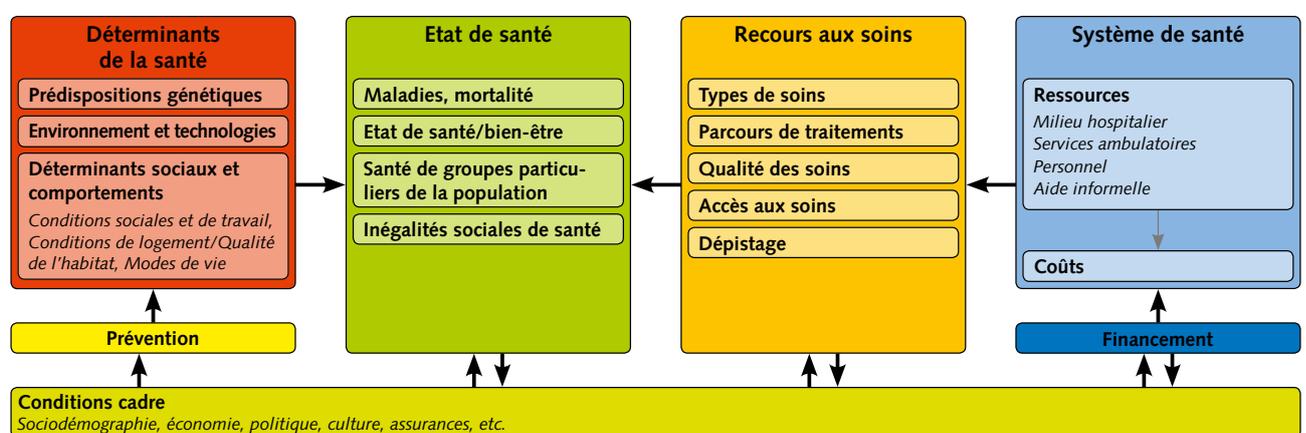
Le présent rapport est divisé en cinq chapitres, abordant successivement les conditions cadre, les déterminants de la santé, la santé de la population et le recours aux soins, le système de santé et, finalement, son financement. Les annexes comprennent une liste des abréviations, un glossaire, une présentation des sources de données ainsi qu'une bibliographie. Faute de nouvelles données, deux chapitres de l'édition parue en 2012 n'ont pas été repris: celui relatif à la santé des jeunes de 11 à 15 ans et celui consacré aux emplois et professions de la santé.

Deux des piliers du schéma de structure de la statistique de la santé sont moins développés dans les pages qui suivent:

- Les déterminants de la santé englobent potentiellement l'ensemble de l'environnement naturel et social. Leur présentation exhaustive déborderait hors du format de cette publication. De plus, seule une partie de ces déterminants et des relations qu'ils peuvent

Structure de la statistique de la santé

G 1.1



© OFS, Neuchâtel 2014

entretenir avec l'état de santé sont documentés par des statistiques nationales. Le chapitre qui leur est consacré se limite par conséquent à en illustrer quelques dimensions importantes.

- Les données relatives au recours aux soins sont parcellaires. Les prises en charge dans le secteur ambulatoire (cabinets privés de médecins ou d'autres professionnels de la santé, etc.), de loin les plus fréquentes, feront ces prochaines années l'objet d'une statistique systématique, comme c'est le cas pour les hospitalisations. Les données pour documenter pleinement des dimensions comme les parcours de traitements ou la qualité des soins manquent encore à ce jour. Pour ces motifs, le présent rapport ne comprend pas de chapitre spécifique consacré au recours aux soins. Les données relatives aux hospitalisations, lorsqu'elles livrent des informations sur la morbidité ou sur le dépistage de maladies, sont intégrées au chapitre sur la santé de la population. Les autres données disponibles concernant le recours aux soins figurent dans le chapitre consacré au système de santé. Cette situation est appelée à évoluer dans les prochaines éditions de ce rapport, avec l'enrichissement des statistiques disponibles.

Présentation des données

Toutes les données se rapportent au territoire helvétique et à la population qui y vit, sauf mention particulière. Il a été possible de prendre en considération celles publiées jusqu'en août 2014, couvrant l'année 2012 (2013 pour certaines enquêtes). Les données de la dernière enquête suisse sur la santé, réalisée en 2012, sont intégrées dans cette édition. Les données des graphiques de la publication sont mises à disposition sous forme de dossier électronique sur le portail Statistique suisse (www.health-stat.admin.ch).

2 Conditions cadre

L'évolution de l'état de santé de la population et les changements dans le système de santé interviennent dans un cadre qui est déterminé, en particulier, par le contexte économique, les changements sociodémographiques ainsi que les politiques sociales et sanitaires mises en œuvre par les autorités fédérales et cantonales.

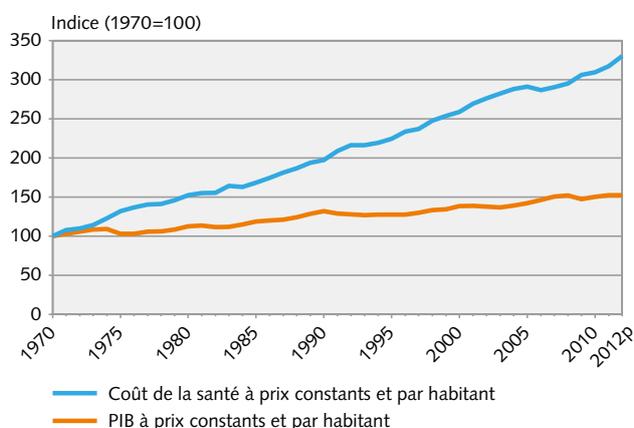
Depuis 1970, le produit intérieur brut (PIB) à prix constants et par habitant a crû de plus de 50% (G 2.1). L'accroissement de la richesse d'une société lui permet de consacrer une part croissante de ses ressources à des biens et des services contribuant à améliorer le niveau de vie et la santé de la population. Au cours des quatre dernières décennies, les dépenses de santé par habitant ont ainsi été multipliées par presque trois et demi (> chapitre 5.7). L'augmentation du niveau de vie et l'amélioration des soins garantis par le système de santé ont permis une amélioration générale de l'état de santé de la population, qui s'est traduite en particulier par un accroissement constant de l'espérance de vie (> chapitre 4.1). A son tour, cette évolution a vraisemblablement contribué à l'accroissement de la capacité productive de la société, ce qui en retour contribue au financement du système de santé.

La taille de la population et sa structure jouent un rôle important pour le volume du recours aux prestations du système de santé. Entre 1970 et 2012, la population résidant en Suisse a augmenté de près de 30%, passant de 6,2 à 8,0 millions d'habitants (G 2.2). Sa structure démographique s'est également modifiée: le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus a été multiplié par presque trois et demi, et celui des personnes âgées de 65 à 79 ans par un et demi. Dans le même temps, le nombre de personnes de moins de 20 ans a reculé de 15%. La part croissante des personnes plus âgées s'explique par la combinaison de deux facteurs. D'une part, aux générations de l'après-guerre, nombreuses, a suivi dès le début des années 1970 un recul sensible du nombre des naissances («effet de cohorte»). D'autre part, l'espérance de vie s'est allongée de manière continue durant toute la période. La proportion croissante des personnes âgées dans la population va de pair avec l'importance grandissante des maladies chroniques et avec des changements dans la demande en matière de soins et de prise en charge médicale; elle n'est cependant pas le principal vecteur de l'augmentation des coûts de la santé.

Durant la même période de 1970 à 2012, la population de nationalité étrangère a crû plus rapidement que celle de nationalité suisse (+87% contre +19%, respectivement). Cette différence est particulièrement nette à partir du début des années 90. La population de nationalité étrangère est sensiblement plus jeune que celle de nationalité suisse (G 2.3). 47% de la population avec un passeport étranger ont entre 20 et 44 ans, contre 30% des Suissesses et Suisses. A l'inverse, la part des personnes de 65 ans et plus est de 20% parmi la population de nationalité suisse, contre 8% parmi celle de nationalité étrangère. L'immigration contribue ainsi à renforcer les classes d'âges de la population bénéficiant, de manière générale, d'un meilleur état de santé. Mais l'immigration est également associée dans certains cas à d'autres caractéristiques, comme un moindre niveau de formation, des conditions de travail ou de vie plus difficiles ou encore une faible maîtrise des langues nationales,

Conditions cadre économiques

G 2.1



p: données provisoires

Source: OFS – CN et COU

© OFS 2014

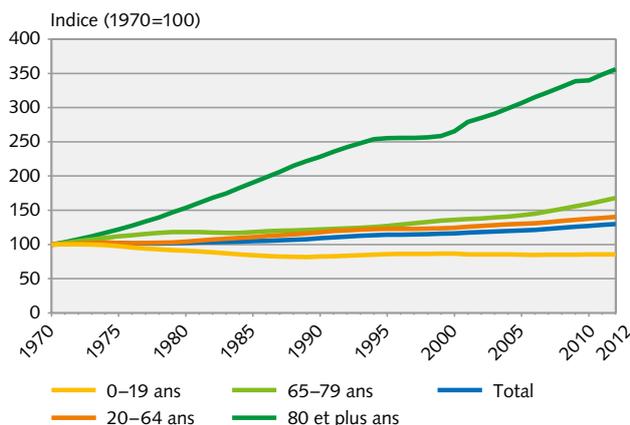
qui peuvent peser négativement sur l'état de santé ou constituer un obstacle dans l'accès aux soins (> chapitre 4.7.4).

L'élévation globale du niveau de formation de la population constitue également une tendance marquante (G 2.4). Cette évolution, particulièrement sensible dès les années 80, a créé des conditions plus favorables au développement des compétences de la population en matière de santé et à la réception des campagnes de prévention.

Dans le système fédéraliste helvétique, la santé est un domaine où les compétences cantonales sont historiquement fortes en matière de pilotage, de surveillance et de financement. L'action régulatrice de la Confédération est néanmoins sensible dans trois secteurs:

- Une série de lois fédérales ont étendu la couverture de la population à l'égard des conséquences, financières en premier lieu, de problèmes de santé. L'assurance-invalidité est entrée en vigueur en 1960. La couverture contre les conséquences d'accident a été étendue à l'ensemble des personnes salariées en 1984. Enfin, en 1996, la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) a rendu cette dernière obligatoire et a garanti à l'ensemble de la population l'accès à un même paquet de prestations en cas de maladie. Cet ensemble d'assurances sociales assure en principe un accès aux soins qui ne devrait pas être limité par des obstacles financiers, à l'exception notoire des soins dentaires, non couverts.
- La LAMal et ses révisions successives ont redéfini les règles de fonctionnement du système de santé: répartition du financement entre les différents agents payeurs, conditions d'activité des fournisseurs de soins, rôle des assureurs. Deux objectifs sont visés: premièrement, un renforcement de la solidarité entre assurés grâce à l'obligation de s'assurer, à la prime unique, au libre passage d'une caisse à l'autre, à la compensation des risques et à la réduction individuelle des primes pour les personnes avec un revenu modeste, notamment. Deuxièmement, la maîtrise des coûts de la santé. L'introduction en 2004 d'un tarif national pour les prestations médicales ambulatoires (tarmed) s'inscrit dans cette perspective. Le nouveau mode de financement des hôpitaux entré en vigueur début 2012, basé à l'échelle nationale sur des forfaits par cas, est censé renforcer la concurrence entre hôpitaux et ainsi contribuer à contenir la croissance de leurs coûts.

Effectif de la population selon le groupe d'âge G 2.2

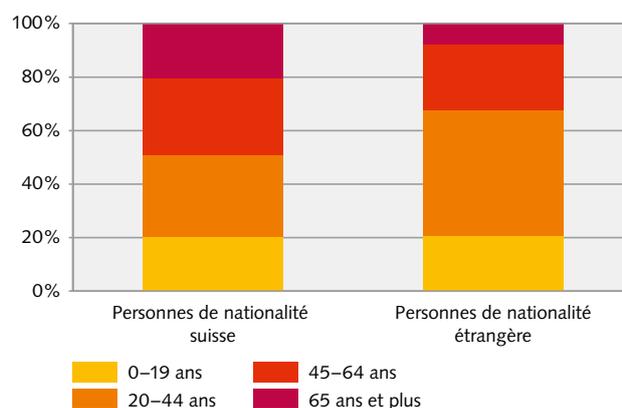


Dès 2010, la population résidente permanente comprend les personnes dans le processus d'asile résidant depuis 12 mois ou plus en Suisse.

Source: OFS - ESPOP et STATPOP

© OFS 2014

Groupes d'âge selon la nationalité, en 2012 G 2.3



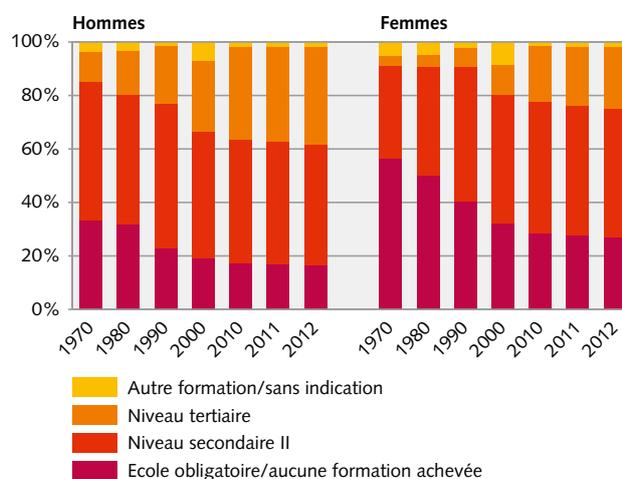
Source: OFS - STATPOP

© OFS 2014

Niveau de formation de la population

Population de 25 ans et plus vivant en ménage privé

G 2.4



Jusqu'en 2000: recensement de la population; depuis 2010: relevé structurel

Source: OFS - Recensement de la population et relevé structurel

© OFS 2014

- La Confédération a, enfin, des compétences en matière de santé publique dans des domaines qui incluent notamment la surveillance des maladies transmissibles, la sécurité alimentaire, la protection contre les rayonnements et le contrôle des produits chimiques, les taxes sur l'alcool et le tabac, mais également la promotion de la santé et la prévention.

3 Déterminants de la santé

De nombreux facteurs ont une influence sur l'état de santé de la population. On peut notamment mentionner la structure démographique ainsi que le niveau de formation (> chapitre 2), le niveau de revenu et d'intégration sociale, les conditions de vie et de travail, l'environnement naturel ainsi que les modes de vie et les habitudes culturelles (> chapitre 3), sans oublier l'accès aux soins et les prédispositions génétiques. Ces déterminants interagissent et leurs liens avec l'état de santé sont multiples. Par exemple, l'âge, le sexe, mais également la position sociale ont une influence sur les comportements (activité physique, type d'alimentation, etc.), qui ont eux-mêmes un effet sur la santé. Mais la relation entre ces facteurs et la santé peut également être inverse: par exemple, des problèmes de santé peuvent accroître le risque de précarité sociale ou provoquer des changements dans les comportements.

Des raisons de place excluent de faire ici un tour d'horizon complet des déterminants de la santé. Les données statistiques disponibles ne permettent par ailleurs de n'en documenter qu'une partie. Pour ces motifs, le chapitre évoque succinctement, dans un premier temps, quatre exemples de déterminants sociaux et environnementaux, puis, dans un second temps, présente de manière plus détaillée quelques-uns des principaux comportements influant sur la santé.

3.1 Revenu et intégration sociale

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère dans son rapport sur les déterminants sociaux de la santé que les inégalités sociales sont l'une des principales causes des inégalités en santé (OMS 2009). Elle parle de gradient social en santé pour désigner cette relation, qui passe par diverses médiations, comme le niveau de revenu (> ci-dessous), les conditions de travail (> chapitre 3.2) ou encore les comportements en matière de santé (> chapitre 3.5).

Disposer d'un revenu suffisant et être intégré socialement sont des conditions importantes pour pouvoir mener une vie saine et avoir accès au système de santé. Les personnes en situation de pauvreté sont particulièrement fragilisées dans leurs conditions de vie et leur accès à certaines prestations de santé peut être restreint.

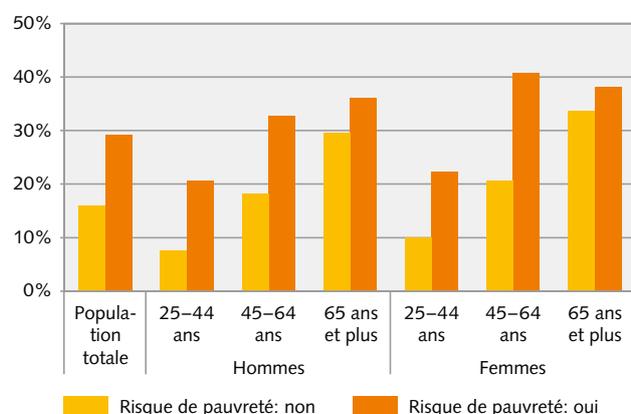
En 2012, 15% de la population de 16 ans et plus étaient à risque de pauvreté et 3,5% souffraient de privation matérielle (> glossaire pour les définitions). Les personnes à risque de pauvreté sont presque deux fois plus nombreuses que les autres à déclarer un état de santé général qui n'est pas bon (29% contre 16%). La différence est la plus grande entre 25 et 44 ans et elle n'est plus statistiquement significative à partir de 65 ans (G 3.1). Parmi les personnes devant faire face à des privations matérielles, la part de celles dont l'état de santé général n'est pas bon se monte même à 41%.

La même année, 5% de la population de 16 ans et plus avaient renoncé pour des raisons financières à consulter un médecin ou un dentiste. Les personnes à risque de pauvreté ou vivant avec des privations matérielles sont nettement plus concernées (G 3.2).

Santé auto-évaluée pas bonne selon le risque de pauvreté, en 2012

Population de 16 ans et plus en ménage privé

G 3.1



Source: OFS - SILC

© OFS 2014

3.2 Emploi et conditions de travail

L'insécurité de l'emploi et le chômage, de même que de mauvaises conditions de travail, accroissent le risque d'atteintes à la santé physique ou psychique ainsi que le risque d'accidents (> chapitre 4.5). En 2012, 13% des hommes et des femmes actifs professionnellement et âgés de 15 ans à 64 ans déclaraient avoir peur de perdre leur emploi. La même année, 3,9% des hommes et 4,5% des femmes de 15 ans et plus étaient au chômage au sens du Bureau international du travail. Les jeunes de moins de 25 ans ont le moins peur de perdre leur emploi, bien que c'est pour cette tranche d'âge que le taux de chômage est le plus élevé.

La dimension croissante du secteur tertiaire et les transformations des processus productifs ont modifié le type de risques auxquels les personnes actives professionnellement peuvent être confrontées dans leur travail. Les risques liés aux conditions ambiantes (humidité, bruit, températures extrêmes, poussières, émanations toxiques) sont moins fréquents. A l'inverse, les risques d'ordre psychosocial, communément associés au stress, ont pris une importance accrue.

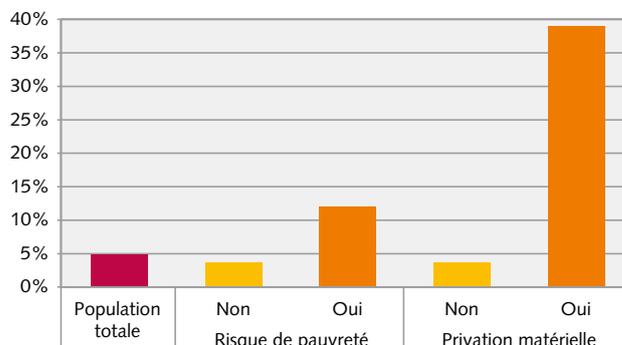
Parmi les risques physiques, ce sont aujourd'hui les risques ergonomiques qui sont les plus fréquents sur les places de travail (G3.3). Les hommes sont nettement plus exposés que les femmes aux vibrations, plus fréquentes dans la construction et l'industrie, où l'emploi masculin domine. C'est l'inverse pour le fait de devoir soulever ou déplacer des personnes, situation que l'on rencontre principalement dans les soins, où l'emploi féminin est majoritaire. Les hommes sont également plus souvent exposés aux autres types de risques physiques. Entre 2007 et 2012, les expositions aux risques physiques ont eu tendance à être stables voire à augmenter, à l'exception de celle à la fumée passive.

Les risques psychosociaux sont liés aux caractéristiques de l'organisation du travail et aux relations interindividuelles sur la place de travail. Une demande élevée, combinée avec une faible autonomie et un faible soutien social, représente une combinaison particulièrement à risque pour la santé (Karasek & Theorell 1990). Les hommes doivent plus souvent faire face à une demande ou une intensité de travail élevées que les femmes (G3.4). C'est l'inverse pour le manque d'autonomie. Des exigences émotionnelles importantes, comme par exemple le fait de vivre des tensions avec un public (patients, clients, etc.), ou des conflits de valeurs, comme n'avoir

Renoncement aux soins pour raison financière ou la privation matérielle, en 2012

Population de 16 ans et plus en ménage privé
Consultation médicale ou dentaire

G 3.2



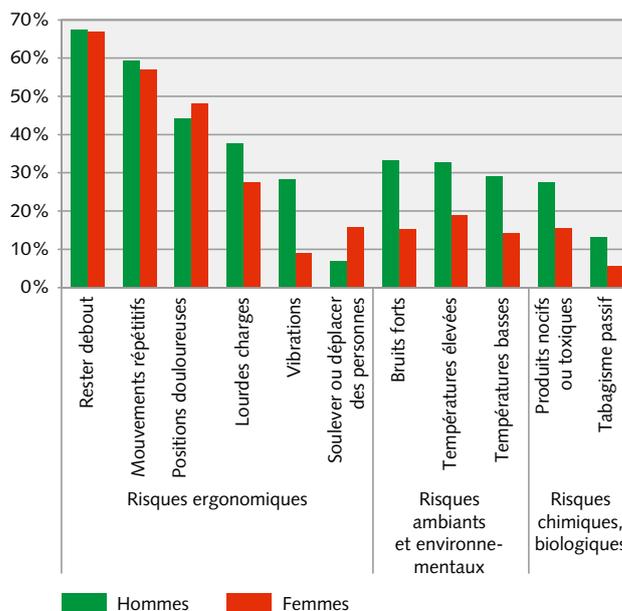
Source: OFS – SILC

© OFS 2014

Risques physiques, en 2012

Population active occupée de 15 à 64 ans

G 3.3



Source: OFS – ESS

© OFS 2014

que rarement ou jamais le sentiment de faire un travail utile, font également partie des risques psychosociaux liés au travail. En 2012, 16% des hommes et 19% des femmes ont fait l'objet dans leur travail d'au moins une forme de discrimination ou de violence, les cas d'intimidation, harcèlement moral ou mobbing étant les plus fréquents (7% pour les deux sexes). Un déséquilibre entre l'activité professionnelle et la vie privée et/ou familiale (work-life imbalance) peut également être néfaste pour la santé. En 2012, 8% des hommes et 7% des femmes actifs professionnellement avaient la plupart du temps

ou toujours des difficultés à concilier travail et obligations familiales (26% parfois, pour les deux sexes). Des caractéristiques de l'emploi, comme des exigences et une intensité élevées ou des horaires particulièrement longs, accroissent le risque de rencontrer de telles difficultés.

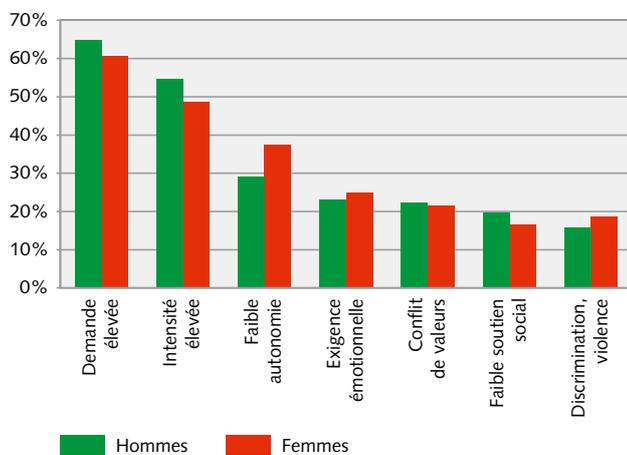
Les risques liés au travail sont plus fréquents parmi les personnes avec un bas niveau de formation que parmi celles avec le niveau de formation le plus élevé (G 3.5). Cette relation inverse est cependant sensiblement plus faible pour les risques psychosociaux.

Les personnes exposées dans leur travail à un cumul de risques physiques ou psychosociaux déclarent une santé auto-évaluée moins bonne que celles qui ne le sont pas (G 3.6). Les personnes qui craignent de perdre leur emploi déclarent aussi plus souvent une santé auto-évaluée pas bonne. L'insécurité de l'emploi peut avoir des répercussions négatives sur la santé. Mais il est également possible qu'une mauvaise santé augmente le risque de se retrouver sans travail.

Risques psychosociaux, en 2012

Population active occupée de 15 à 64 ans

G 3.4



Personnes exposées la plupart du temps ou toujours à au moins un de ces types de risque

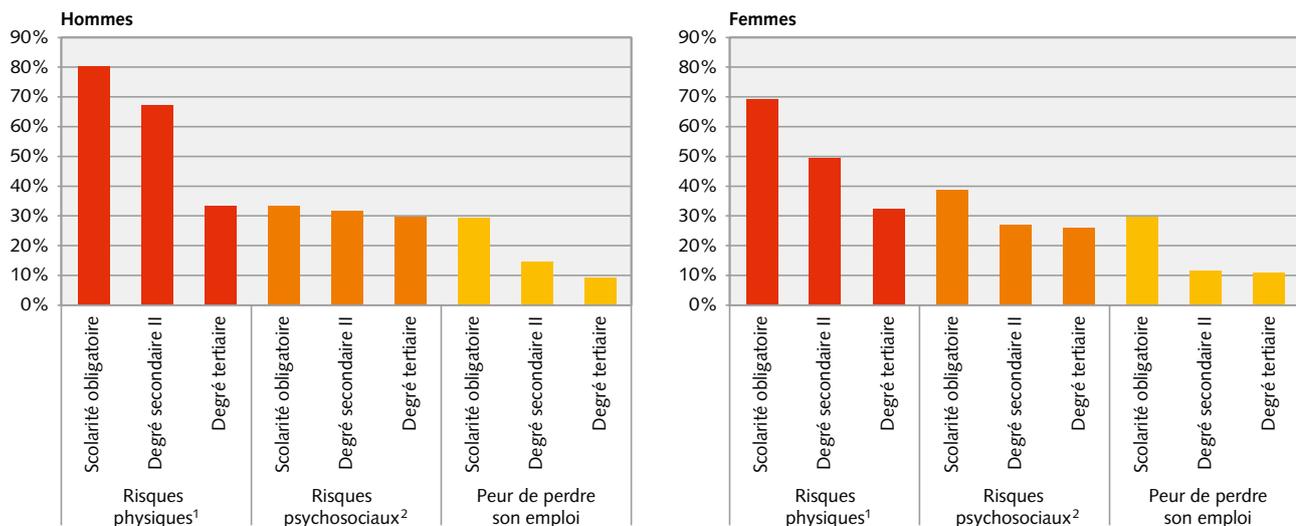
Source: OFS – ESS

© OFS 2014

Risques au travail et insécurité de l'emploi selon le niveau de formation, en 2012

Population active occupée de 25 à 64 ans

G 3.5



¹ Au moins trois risques physiques

² Au moins cinq risques psychosociaux

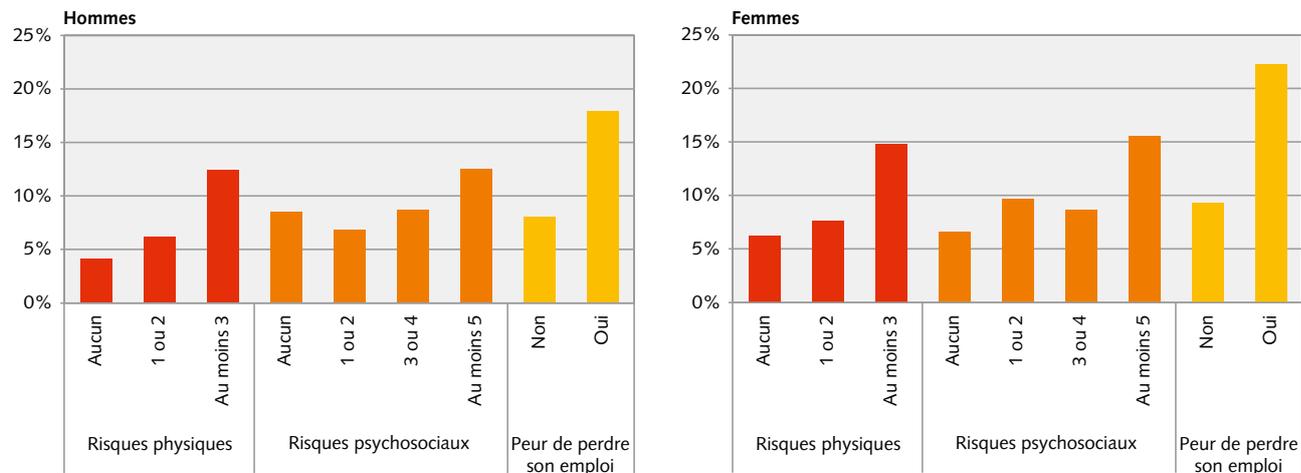
Source: OFS – ESS

© OFS 2014

Santé auto-évaluée selon les conditions de travail ou l'insécurité de l'emploi, en 2012

Santé auto-évaluée pas bonne. Population active occupée de 15 à 64 ans

G 3.6



Source: OFS – ESS

© OFS 2014

3.3 Environnement naturel

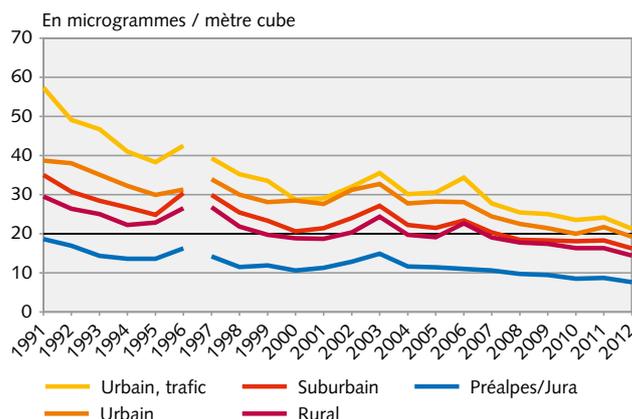
Les pollutions de l'air, de l'eau et des sols, les radiations, le bruit ou encore les situations météorologiques extrêmes (comme des canicules prolongées) sont des facteurs qui peuvent influencer négativement sur la santé. La pollution atmosphérique est aujourd'hui une des principales causes d'atteinte à la santé d'origine environnementale. Elle peut induire des maladies respiratoires (toux chroniques, bronchites, poussées d'asthme), des cancers et des maladies cardiovasculaires. La concentration de particules fines (PM10), pouvant pénétrer profondément dans les poumons, a diminué, sous l'effet du renforcement des prescriptions en la matière. Néanmoins, les valeurs limites sont régulièrement dépassées dans les villes, les agglomérations et le long des grands axes routiers (G 3.7). Des concentrations particulièrement élevées apparaissent lors de situations d'inversion hivernales qui confinent les polluants dans les basses couches de l'atmosphère (smog hivernal). L'ozone au sol peut également être une cause d'inflammation des voies respiratoires. Ses valeurs limites horaires d'immission ont été systématiquement dépassées ces dernières années.

La source de pollution intérieure la plus cancérigène est le radon, un gaz incolore et inodore se formant naturellement dans le sol. Il est considéré comme la cause la plus fréquente de cancer du poumon après le tabac. Le radon pénètre dans les bâtiments par les interstices dans les planchers, ainsi que par les fissures dans le béton et dans les murs. Les régions à plus forte concentration sont le Tessin, les Grisons, les zones karstiques de l'arc jurassien et certaines parties du Valais (C 3.1).

Concentration de particules fines

Concentration annuelle moyenne de PM10¹ (avant 1997 calculée à partir des particules en suspension TSP)

G 3.7



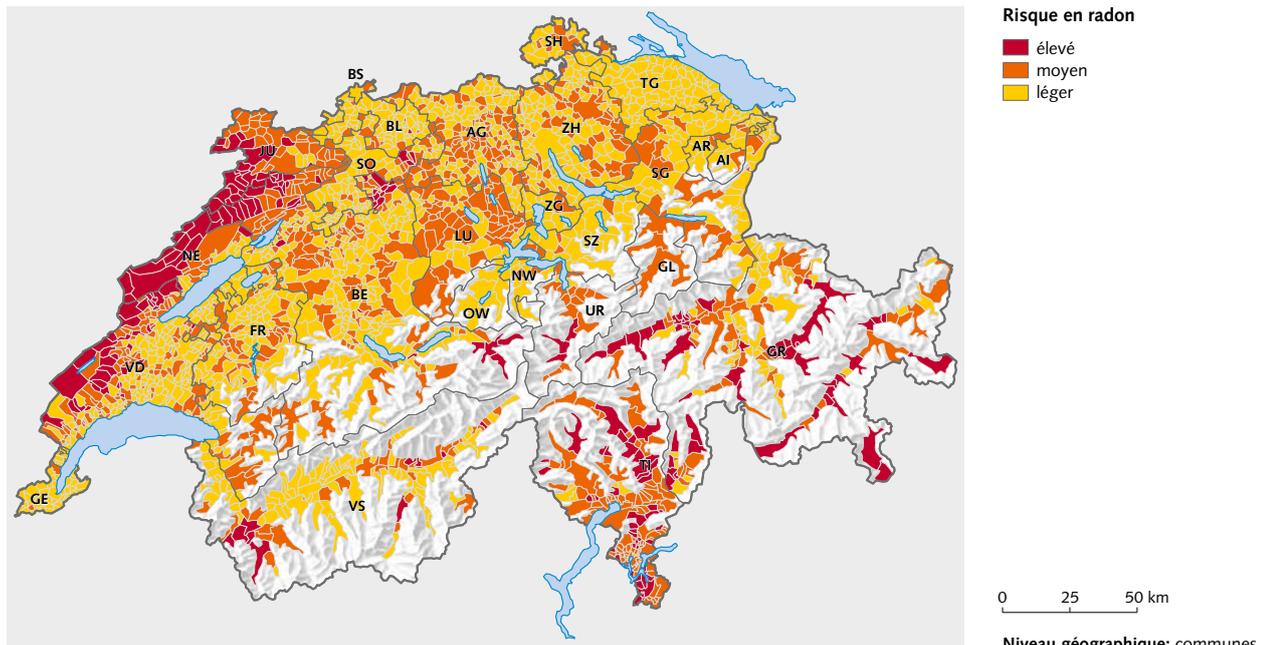
¹ Valeur limite pour la Suisse: moyenne annuelle 20 µg/m³

Source: OFEV – programme de mesures NABEL

© OFS 2014

Concentration de radon, en 2013

C 3.1



Source: OFSP

© OFS, ThemaKart, Neuchâtel 2014

3.4 Conditions d'habitat

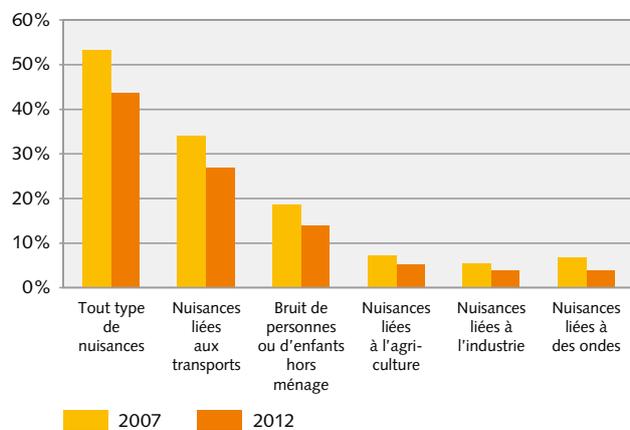
Différentes caractéristiques des conditions d'habitation (pollution sonore ou atmosphérique, degré d'insalubrité, exigüité, etc.) sont susceptibles d'avoir un impact négatif sur la santé physique ou psychique des personnes exposées.

En 2012, plus de deux personnes sur cinq (44%) de 15 ans et plus vivant en ménage privé déclaraient être exposées à des nuisances sur leur lieu d'habitation. C'est presque 10% de moins qu'en 2007 (53%, G 3.8). Les nuisances les plus fréquentes en 2012 sont celles liées aux transports (27% des personnes) et celles provoquées par le bruit de personnes ou d'enfants n'appartenant pas au ménage (14%). L'exposition à ces nuisances va de pair avec un moins bon état de santé auto-évalué, sauf pour celles liées à l'agriculture ou à des ondes (G 3.9). Cette relation demeure lorsqu'on prend en compte le fait que la qualité de l'habitat est fortement liée au statut socioéconomique, lui-même un puissant déterminant de la santé (> chapitre 3.1).

Nuisances liées à l'habitat

Nuisances déclarées par les personnes interrogées
Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.8



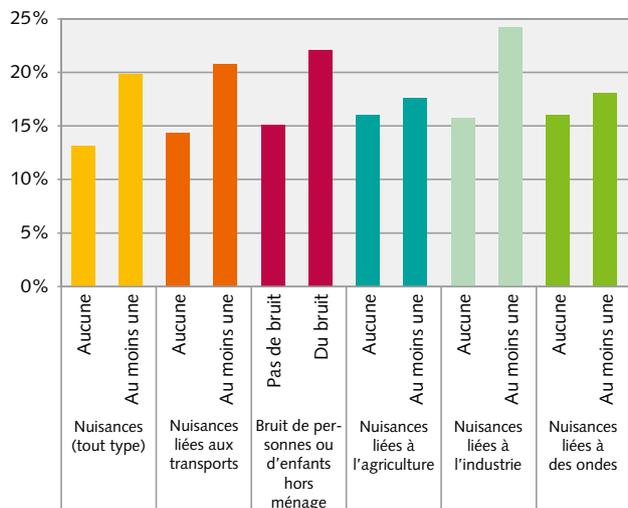
Source: OFS – ESS

© OFS 2014

Santé auto-évaluée selon les nuisances liées à l'habitat, en 2012

Santé auto-évaluée pas bonne
Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.9



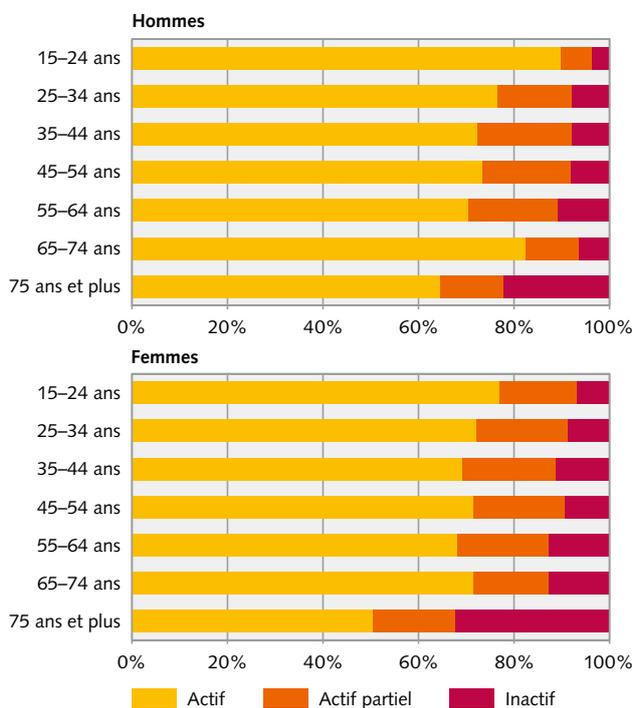
Source: OFS – ESS

© OFS 2014

Activité physique selon la classe d'âge, en 2012

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.10



Source: OFS – ESS

© OFS 2014

3.5 Comportements en matière de santé

3.5.1 Activité physique

Une activité physique régulière est reconnue comme étant bénéfique à la santé. Elle peut aider à prévenir notamment les troubles cardiovasculaires, le développement du diabète, les dorsalgies et les cancers du sein ou de l'intestin. Elle contribue également à éviter un excès de poids. Toutefois, les activités physiques doivent être pratiquées de façon régulière pour avoir un effet positif sur la santé.

Mesure du comportement en matière d'activité physique

L'enquête suisse sur la santé (ESS) renseigne sur l'ampleur et l'intensité de l'activité physique hebdomadaire durant les loisirs en distinguant les catégories de personnes suivantes:

- Les personnes *actives* pratiquent au moins deux fois par semaine une activité physique intense (avec transpiration) ou au moins 150 minutes par semaine d'activité physique modérée (avec essoufflement). Cette catégorie répond entièrement aux nouvelles recommandations établies en 2013 sur mandat de l'Office fédéral du sport (OFSP) et de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).
- Les personnes *partiellement actives* pratiquent une fois par semaine une activité physique intense (avec transpiration) ou entre 30 et 149 minutes par semaine d'activité physique modérée (avec essoufflement).
- Les personnes *inactives* exercent moins d'une fois par semaine une activité physique intense (avec transpiration) ou moins d'une demi-heure par semaine d'activité physique modérée (avec essoufflement).

En 2012, presque trois personnes sur quatre avaient durant leurs loisirs une activité physique suffisante permettant de les considérer comme actives. Cette proportion est nettement plus élevée qu'en 2007 (deux sur cinq) suite à la modification des recommandations dans ce domaine. A l'opposé, 11% de la population se mouvaient moins de 30 minutes par semaine et étaient considérées comme inactives.

Plus de quatre jeunes adultes sur cinq de moins de 25 ans ont une activité physique suffisante durant leur temps libre (84%) et seuls 5% sont inactifs (G 3.10). Dans la population en âge de travailler, entre 25 et 64 ans, on ne constate guère de différences entre classes d'âge. Les hommes sont un peu plus fréquemment actifs physiquement que les femmes durant leurs loisirs (76% contre

69%). Plus le niveau de formation est bas, plus la part de personnes inactives durant leurs loisirs est élevée (G3.11). La population semble sous-estimer l'ampleur de son activité physique, puisque 65% des hommes et 61% des femmes estiment bouger suffisamment pour leur santé, alors que 76% d'entre eux et 69% d'entre elles pratiquent des activités physiques répondant aux recommandations. Ce décalage disparaît cependant à partir de 75 ans.

En 2012, 57% de la population déclaraient pratiquer un sport, de la gymnastique ou du fitness, 28% à raison de 3 heures ou plus par semaine, 24% à raison de 1 à 3 heures et 5% moins d'une heure. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à pratiquer ces activités au moins 3 heures par semaine (33% contre 23% respectivement), surtout entre 15 et 44 ans. Par contre, les femmes se déplacent plus souvent que les hommes chaque jour à pied ou à vélo pour se rendre au travail, faire leurs courses ou sortir (60% contre 49%). La part de la population active physiquement durant ses loisirs a augmenté ces dix dernières années, passant de 63% en 2002 à 73% en 2012.

3.5.2 Alimentation

Les habitudes alimentaires sont importantes pour la santé de la population. Une alimentation déséquilibrée peut en particulier accroître le risque de surpoids, de cancer, de diabète, d'hypertension artérielle ou de maladies cardiovasculaires.

Attention accordée à l'alimentation

68% de la population déclaraient en 2012 faire attention à certains aspects de leur alimentation (G3.12). Cette attention est moins fréquente chez les hommes

(61%) que chez les femmes (75%). Elle est également plus faible parmi les adolescents et les jeunes adultes (50%). Les personnes au bénéfice d'une formation du degré tertiaire (75%) sont plus attentives à leur alimentation que celles n'ayant accompli que la scolarité obligatoire (62%).

Comportements alimentaires

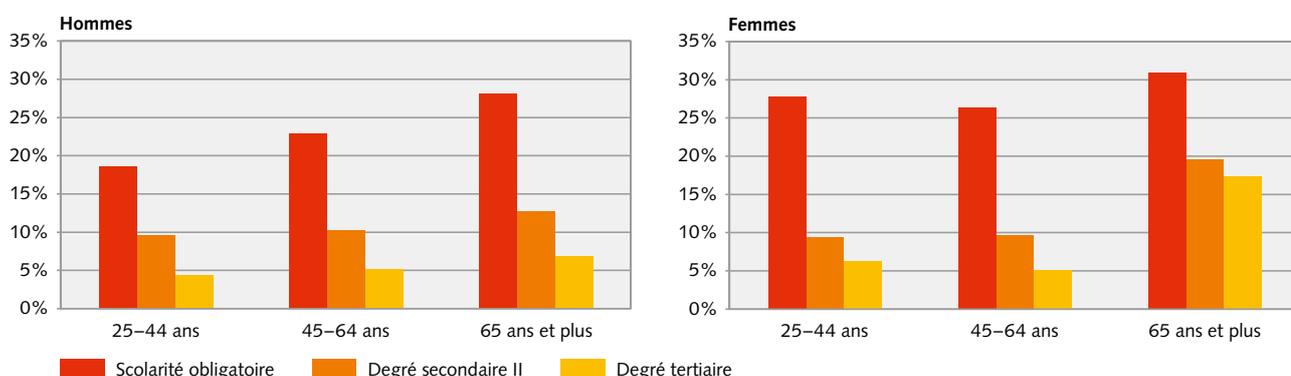
Les fruits et légumes constituent une composante essentielle d'une alimentation saine en assurant l'apport en vitamines, sels minéraux et fibres alimentaires. Il est recommandé, dans la pyramide alimentaire suisse, de consommer au moins cinq portions de fruits et/ou de légumes par jour. 19% de la population suivent cette recommandation au moins 5 jours par semaine. Les femmes sont, jusqu'à 74 ans, deux fois plus nombreuses à le faire que les hommes (26% contre 12%) (G3.13). Ce sont les personnes ayant une formation supérieure qui sont les plus nombreuses à manger régulièrement des fruits ou des légumes.

Les diététiciens déconseillent de consommer de la viande plus souvent que cinq fois par semaine. Compte tenu de ces recommandations, 32% des hommes et 16% des femmes mangeaient trop de viande en 2012. 25% des hommes et 12% des femmes consomment même quotidiennement de la charcuterie ou de la viande. La part des personnes ne consommant de la viande pas plus de cinq fois par semaine a cependant augmenté de 9 points de pourcentage entre 1992 et 2012 pour atteindre 76%. Il est recommandé de manger du poisson une à deux fois par semaine. La part de personnes déclarant manger du poisson au moins une fois par semaine est passée de 56% en 1992 à 65% en 2012.

Inactivité physique selon le niveau de formation, en 2012

Population de 25 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.11



Source: OFS - ESS

© OFS 2014

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 consommaient quotidiennement du lait, des fromages ou des yogourts en 2012, les hommes en plus grand nombre que les femmes chez les 15–24 ans.

La quantité de liquide qu'un adulte devrait boire chaque jour se situe entre un et deux litres de boissons non alcoolisées. Plus des trois quarts de la population suivaient cette recommandation en 2012, les femmes dans l'ensemble un peu mieux que les hommes. Les personnes âgées l'observent un peu mieux que les jeunes.

Obstacles à une alimentation saine

Pour 43% des femmes, le principal obstacle à une alimentation saine était en 2012 le fait qu'elle est «relativement chère» (G 3.14). De leur côté, les hommes citaient en premier lieu le fait qu'ils aiment «bien manger» (50%). 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» (46%).

3.5.3 Excès de poids

Le surpoids se définit comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle. Sa forme extrême, l'obésité, a été reconnue comme maladie par l'OMS en 1997. La cause fondamentale du surpoids et de l'obésité réside dans le déséquilibre énergétique entre les calories consommées (alimentation trop riche) et dépensées (insuffisance de l'activité physique). Le surpoids et l'obésité sont des facteurs de risque importants pour les maladies cardiovasculaires, le diabète, certains cancers (du sein et du côlon en particulier) et des troubles musculo-squelettiques, comme l'arthrose. L'indice de masse corporelle (IMC) est l'instrument le plus courant pour repérer le surpoids ou l'obésité.

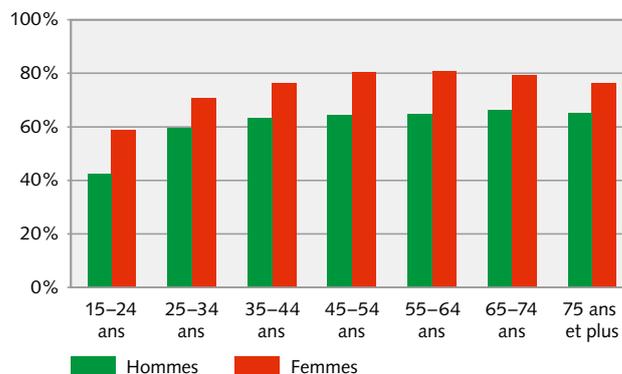
L'indice de masse corporelle

L'indice de masse corporelle (IMC; en anglais: BMI pour Body Mass Index) se calcule en divisant le poids (en kilos) par la taille (en mètre) au carré. L'OMS distingue les catégories suivantes pour les personnes de 18 ans et plus: sous-poids (IMC < 18,5 kg/m²), poids normal (IMC compris entre 18,5 et 24,9 kg/m²), surpoids (IMC entre 25 et 29,9kg/m²) et obésité (IMC ≥ 30 kg/m²). Les seuils sont adaptés pour les jeunes de 15 à 17 ans.

Attention accordée à l'alimentation, en 2012

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.12



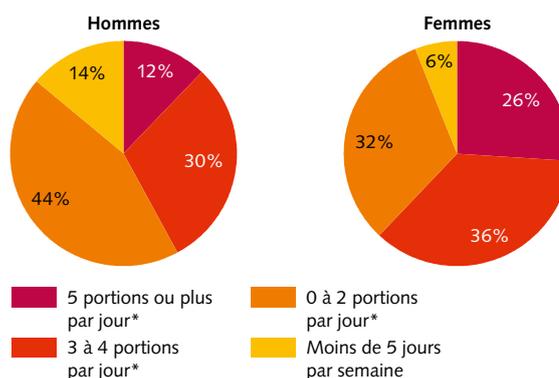
Source: OFS – ESS

© OFS 2014

Consommation de fruits et légumes, en 2012

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.13



* Consommation au moins 5 jours par semaine

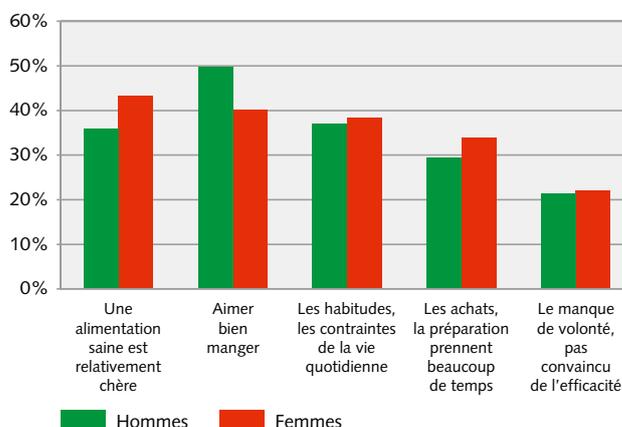
Source: OFS – ESS

© OFS 2014

Obstacles à une alimentation saine, en 2012

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.14



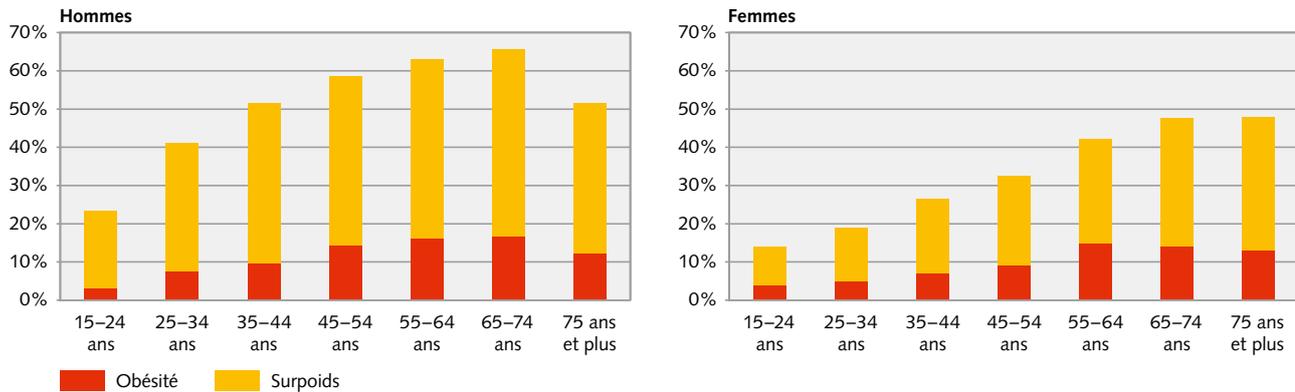
Source: OFS – ESS

© OFS 2014

Surpoids et obésité, en 2012

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.15



Source: OFS – ESS

© OFS 2014

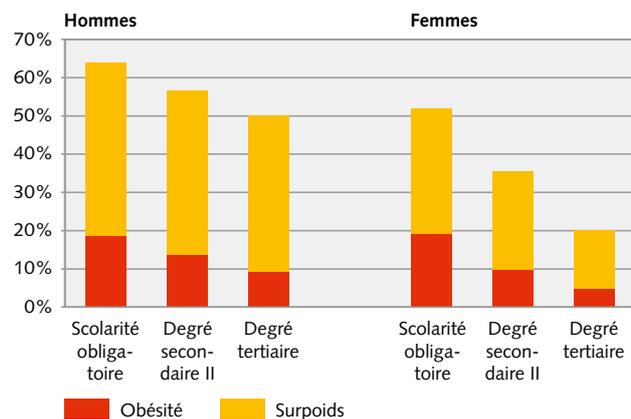
En 2012, les hommes étaient nettement plus nombreux à présenter un surpoids que les femmes (39% contre 23% respectivement). Les hommes sont aussi un peu plus souvent obèses que les femmes (11% et 9% respectivement). La part des personnes souffrant de surpoids ou obèses augmente avec l'âge, jusqu'à 74 ans (G 3.15). A partir de 35 ans, une majorité des hommes sont en surpoids ou obèses. Néanmoins, la Suisse est un des pays au monde où la part des personnes avec un excès de poids est la moins élevée (OCDE 2013).

Il existe un important gradient social en matière d'obésité (G 3.16). Les hommes avec un niveau de formation correspondant à l'école obligatoire ont deux fois plus de risque d'être obèses que ceux avec une formation universitaire (19% contre 9%, respectivement). L'écart est encore plus important chez les femmes (19% contre 5%, respectivement). Pour le surpoids, on ne constate une différence significative que chez les femmes (33% contre 15%, respectivement). La part des personnes avec un surpoids ou obèses a régulièrement augmenté entre 1992 et 2012, passant de 30% à 41%, avec une stabilisation entre 2002 et 2007. La part des personnes avec un bas niveau de formation étant obèses a crû en 20 ans de quelque 10 points de pourcentage pour atteindre 19%, alors que parmi les personnes avec une formation universitaire, cette part passait de 5% à 9% chez les hommes et de 2% à 5% chez les femmes.

Surpoids et obésité selon le niveau de formation, en 2012

Population de 25 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.16



Source: OFS – ESS

© OFS 2014

3.5.4 Tabac

Le tabagisme est un facteur de risque de premier ordre pour nombre de maladies telles que les affections cardiovasculaires, les maladies pulmonaires chroniques (bronchite, emphysème), ainsi que les tumeurs malignes des poumons, des bronches, de la cavité buccale, de l'œsophage, des reins et du pancréas. Plus d'un décès sur dix est imputable en Suisse à des maladies en lien avec la fumée.

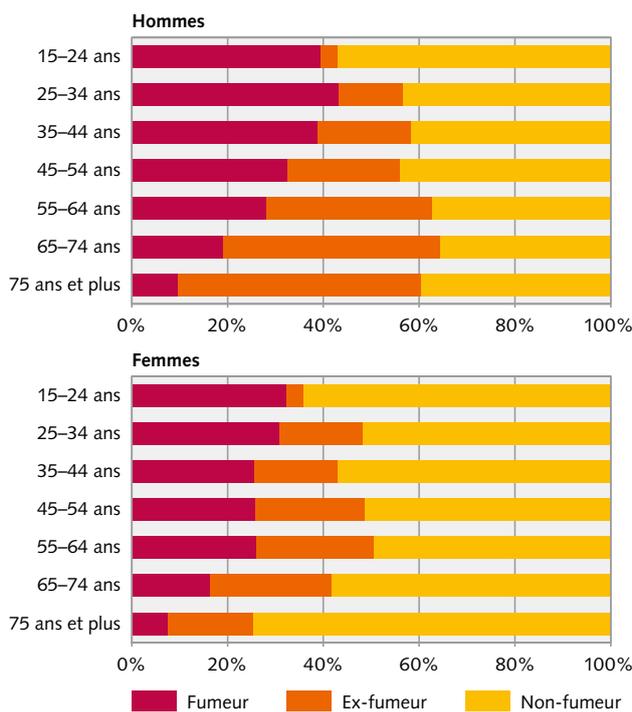
En 2012, la part des fumeuses et fumeurs dans la population était de 28%, 32% pour les hommes et 24% pour les femmes (G3.17). Une personne sur deux (50%) n'avait jamais fumé. Le pourcentage de fumeurs est le plus élevé chez les hommes de 15 à 44 ans. La part des anciens fumeurs augmente fortement avec l'âge chez les hommes. Chez les femmes, elle reste approximativement la même entre 45 et 74 ans, puis recule. Au cours des vingt dernières années, la part des fumeurs n'a que très légèrement diminué, de 30% en 1992 à 28% en 2012. Ce n'est cependant pas le cas chez les jeunes de 15 à 24 ans, chez qui elle a augmenté de 31% à 36%. C'était en 1997 que la part des fumeurs était la plus élevée (33%).

56% des fumeurs et 49% des fumeuses fumaient au moins 10 cigarettes par jour en 2012. En 1992, ces proportions s'élevaient encore à 74% et 66%, respectivement. Le recul de la part des personnes fumant au moins 10 cigarettes par jour intervient avant tout dans les classes d'âge les plus jeunes (G3.18).

Consommation de tabac, en 2012

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.17



Source: OFS - ESS

© OFS 2014

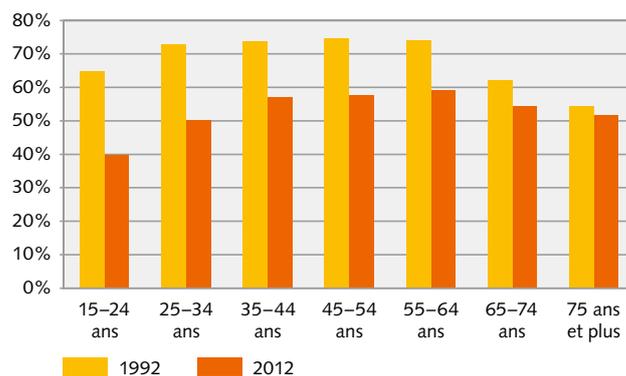
En 2012, 60% des fumeuses et fumeurs, sans différence de sexe, auraient aimé arrêter de fumer. Cette proportion a augmenté de 5 points de pourcentage depuis 1992, davantage chez les hommes que chez les femmes. 28% des fumeuses et des fumeurs ont entrepris durant l'année écoulée une tentative sérieuse mais infructueuse d'abandonner le tabac, en passant au moins deux semaines sans fumer.

Le tabagisme passif nuit à la santé de manière analogue au tabagisme. Il a continué de reculer après l'entrée en vigueur en 2010 de la loi fédérale sur la protection contre le tabagisme passif, la part des non-fumeurs exposés au moins une heure par jour à la fumée d'autrui chutant de 16% en 2007 à 6% en 2012 (G3.19). La plus forte réduction intervient chez les 15-24 ans, qui restent néanmoins les plus exposés au tabagisme passif.

Personnes fumant 10 cigarettes et plus par jour

En pourcentage des fumeuses et fumeurs

G 3.18



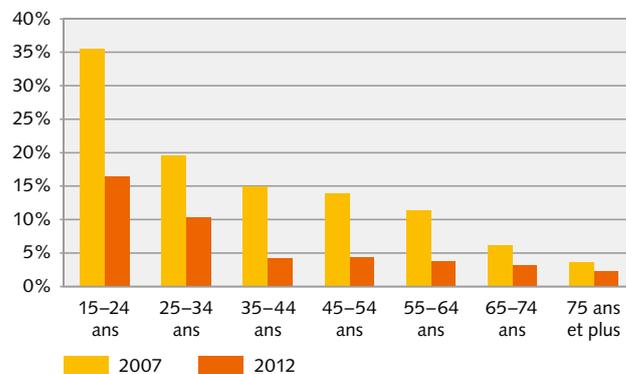
Source: OFS - ESS

© OFS 2014

Tabagisme passif

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

G 3.19



Source: OFS - ESS

© OFS 2014

3.5.5 Alcool

La consommation excessive d'alcool est l'une des causes principales de décès prématurés et d'atteintes à la santé physique ainsi qu'à la santé psychique et sociale. Elle accroît le risque d'accident ou de blessure, la propension à la violence, les risques d'incapacités précoces, d'absentéisme, de marginalisation ou d'exclusion sociale. En 2011, 1600 décès de personnes âgées de 15 à 74 ans étaient attribuables à la consommation d'alcool, ce qui représente un peu moins de 9% du total des décès dans ce groupe d'âge (Marmet et alii, 2013).

En 2012, la grande majorité (83%) de la population de 15 ans et plus buvait de l'alcool. Les hommes consomment plus souvent de l'alcool que les femmes et en bien plus grande quantité. 68% des hommes et 46% des femmes disent boire de l'alcool au moins une fois par semaine (G 3.20). Un homme sur six boit de l'alcool chaque jour, contre une femme sur onze. La proportion des femmes abstinentes est environ le double de celle des hommes (22% contre 12%). 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. Depuis 1992, la part des personnes consommant quotidiennement de l'alcool a diminué, essentiellement chez les moins de 65 ans, au profit d'une consommation occasionnelle qui, elle, a augmenté (G 3.21).

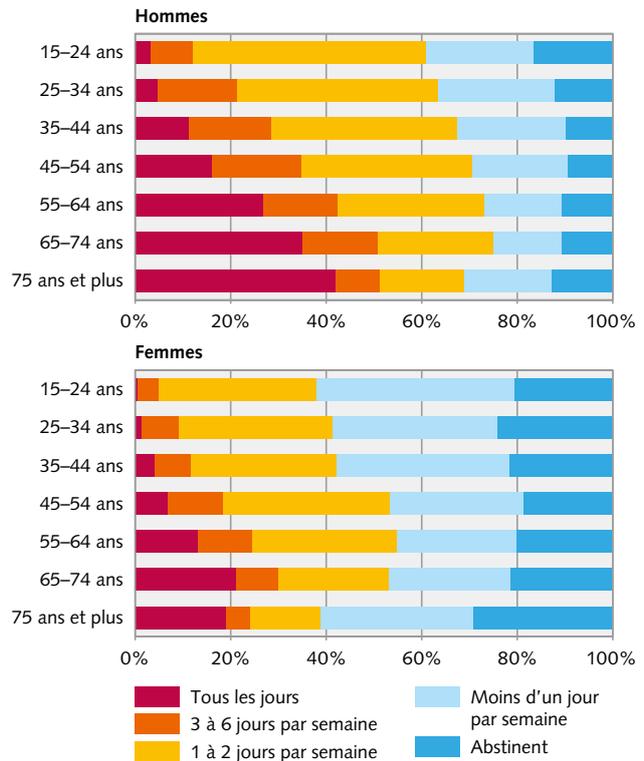
Consommation d'alcool présentant un risque

Deux formes de consommation d'alcool représentent un risque pour la santé: boire régulièrement trop (consommation chronique à risque) et boire trop en une seule occasion (ivresse ponctuelle). Elles peuvent se cumuler chez certains individus. *La consommation chronique à risque* correspond, selon les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), à une consommation quotidienne d'au moins 4 verres d'une boisson alcoolisée standard (p. ex. une bière) pour les hommes, et d'au moins 2 verres pour les femmes. *L'ivresse ponctuelle* correspond à la consommation d'au moins 6 verres d'une boisson alcoolisée standard en une seule occasion, indifféremment du sexe. On parle de risque lorsqu'elle intervient une fois par mois ou plus souvent.

Consommation d'alcool selon l'âge, en 2012

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.20



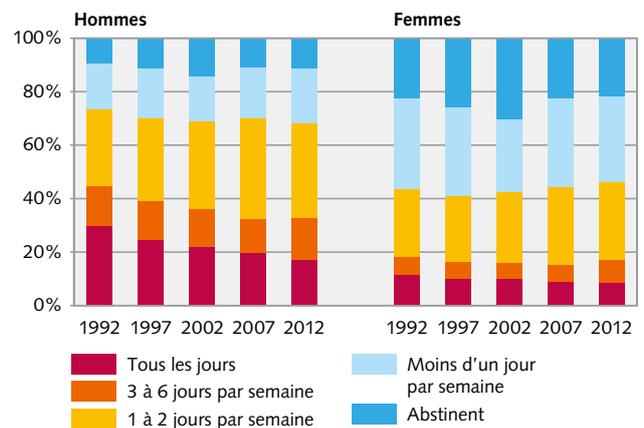
Source: OFS - ESS

© OFS 2014

Consommation d'alcool

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.21



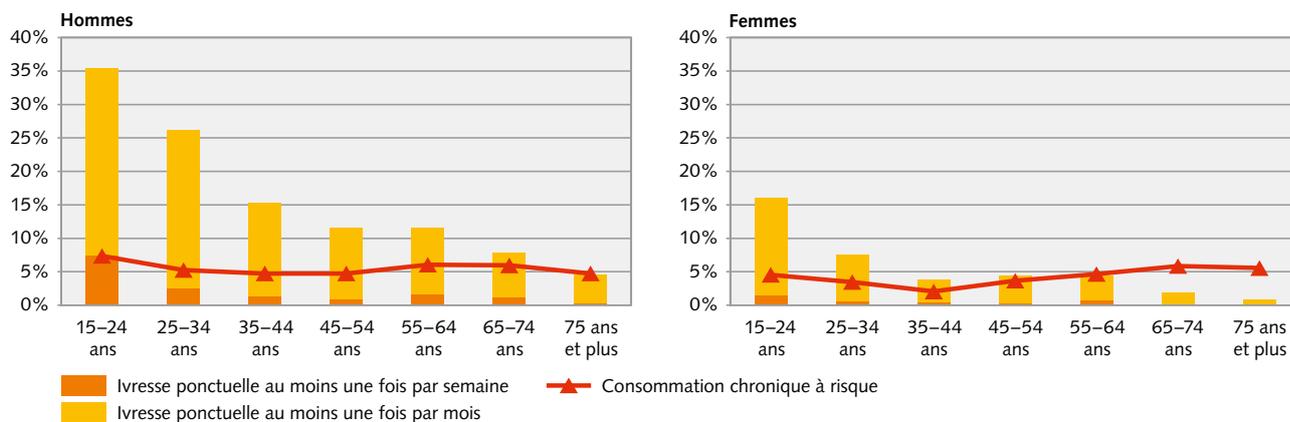
Source: OFS - ESS

© OFS 2014

Consommation d'alcool à risque, en 2012

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

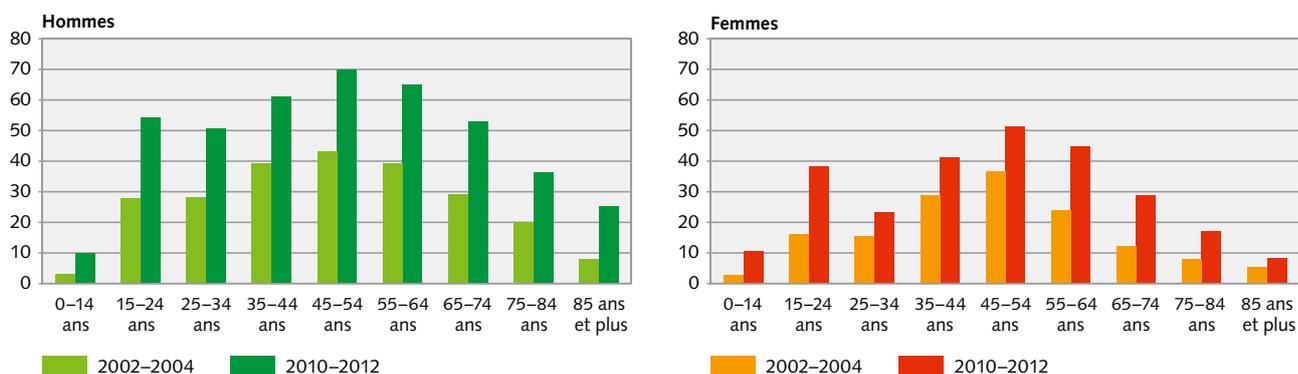
G 3.22



Personnes hospitalisées à cause d'une intoxication aiguë à l'alcool

Taux pour 100'000 habitants

G 3.23



En 2012, 5% de la population avaient une consommation chronique à risque d'alcool et 11% s'enivraient au moins une fois par mois; globalement 14% de la population étaient exposés à l'un ou l'autre de ces deux types de consommation à risque (G 3.22). L'ivresse ponctuelle est un phénomène concernant majoritairement les jeunes hommes: 8% des hommes entre 15 et 24 ans s'enivrent hebdomadairement et 28% mensuellement, contre respectivement 2% et 15% des femmes du même âge. Le taux de personnes hospitalisées suite à une intoxication aiguë à l'alcool a augmenté entre 2002 et 2009, puis il s'est stabilisé. Cette hausse n'intervient pas seulement dans les classes d'âge les plus jeunes (G 3.23).

3.5.6 Drogues illicites

Le terme de «drogues» désigne des substances psychoactives qui modifient l'état de conscience, la perception ou la pensée. La loi sur les stupéfiants interdit la détention, le commerce ou la consommation d'hallucinogènes (par exemple le cannabis), de psychostimulants (cocaïne et ecstasy, par exemple) ou d'opiacés, comme l'héroïne. La consommation d'opiacés et de cocaïne présente un risque d'accoutumance important et peut avoir un impact grave sur la santé et sur les rapports sociaux du consommateur. L'usage fréquent de cannabis peut engendrer une dépendance psychique et physique et avoir des répercussions sur le développement psychosocial de la personne.

Les expériences de consommation de drogues illicites sont majoritairement liées au cannabis. En 2012, 31% des hommes et 19% des femmes de moins de 75 ans avaient déjà fait l'expérience de fumer du cannabis. La consommation de cannabis représente souvent un

phénomène limité dans le temps. Pour quatre personnes sur cinq de 25 à 74 ans ayant au moins une fois fumé du cannabis, cette expérience est liée à une période révolue de leur vie; parmi les 15–24 ans cette proportion n'est cependant que de la moitié. 19% des hommes de 15 à 24 ans ont consommé en 2012 du cannabis au cours des 12 derniers mois (G 3.24), dont 28% au moins une fois par semaine. Les valeurs correspondantes pour les femmes étaient respectivement de 11% et de 19%. A partir de 45 ans, la part des personnes ayant consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois ne dépasse pas 2%.

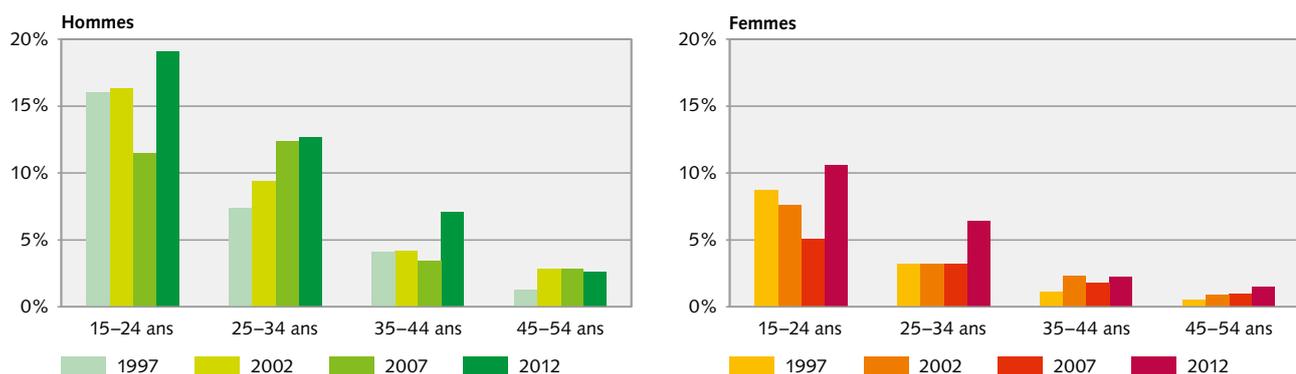
Après le cannabis, la cocaïne était la drogue illégale la plus consommée en 2012, avec 5% de la population âgée de 15 à 49 ans en ayant fait usage au moins une fois dans leur vie (G 3.25). Parmi les hommes de 25 à 34 ans, cette proportion s'élève presque à un sur dix. La consommation d'ecstasy s'est répandue avec

l'avènement de la scène musicale techno depuis le début des années 90. Au total, 4% de la population âgée de moins de 50 ans en 2012 ont consommé de l'ecstasy au moins une fois dans leur vie. Cette expérience concerne avant tout la population des 25–34 ans (7% des hommes et 6% des femmes en 2012). La proportion des consommateurs d'héroïne est restée stable.

Consommateurs actuels de cannabis

Population âgée de 15 à 54 ans et vivant en ménage privé*

G 3.24



* 2012: consommation durant les 12 derniers mois

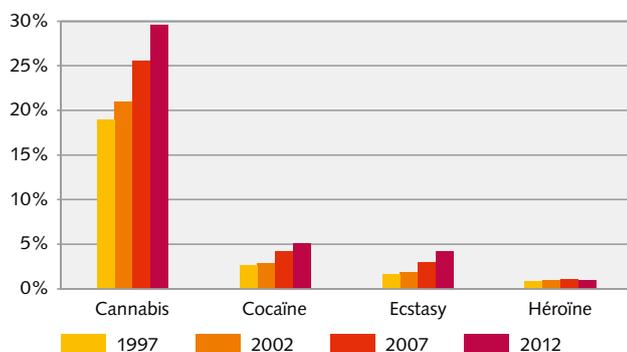
Source: OFS – ESS

© OFS 2014

Consommation de drogues illégales

Au moins une fois au cours de la vie
Part de la population vivant en ménage privé*

G 3.25



* Pour le cannabis: 15–59 ans; pour la cocaïne, l'héroïne et l'ecstasy: 15–49 ans

Source: OFS – ESS

© OFS 2014

4 Etat de santé et recours aux soins

4.1 Espérance de vie et santé

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social. Elle prend ainsi le contre-pied d'une définition principalement négative de la santé, caractérisée par l'absence de maladie ou de handicap.

Il existe aujourd'hui un large consensus sur le fait que la santé individuelle englobe les dimensions suivantes:

- le sentiment de bien-être ou d'un équilibre physique et psychique,
- le bien-être social, la capacité de travailler et de réussir une intégration sociale satisfaisante,
- le bon fonctionnement physique et mental («fitness»),
- la capacité à réagir efficacement face à son environnement physique et social («coping»),
- le potentiel de maintenir ce bien-être, ou de le recouvrer après un problème de santé ou une diminution de capacité,
- la capacité à développer pleinement son potentiel physique, mental et social,
- la capacité à donner un sens à son existence.

Les développements qui suivent portent principalement sur les trois premières de ces dimensions, des données n'étant disponibles qu'exceptionnellement pour les autres. Le chapitre 4.1 est consacré à une vue d'ensemble. Les chapitres 4.2 à 4.7 présentent des données plus détaillées pour plusieurs dimensions de la santé physique et psychique ainsi que pour la santé de groupes de la population.

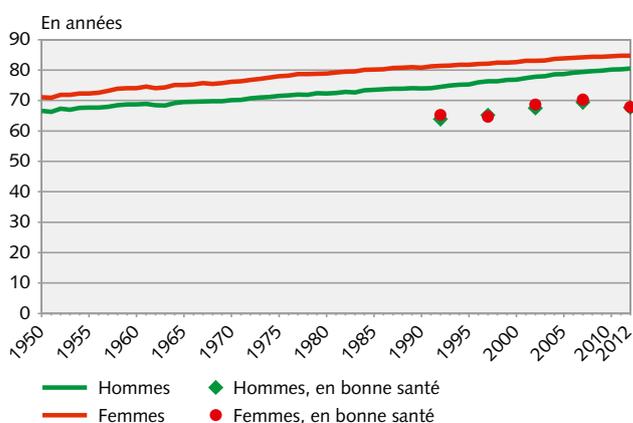
Espérance de vie et mortalité

En 2012, l'espérance de vie à la naissance s'élevait à 80,5 ans pour les hommes et 84,7 ans pour les femmes. Elle est une des plus élevées au monde. Elle a doublé depuis 1876 et cette croissance s'est poursuivie de

manière régulière jusqu'à aujourd'hui. Entre 2000 et 2012, l'espérance de vie à la naissance a encore augmenté de 3,6 ans pour les hommes et de 2,1 ans pour les femmes (G 4.1). A la fin du XIX^e siècle et durant la première moitié du XX^e, la chute de la mortalité infantile a joué un rôle majeur dans cette évolution. Depuis quelques décennies, la mortalité infantile ne recule plus beaucoup, par contre l'espérance de vie continue à croître aux âges avancés.

L'espérance de vie en bonne santé combine les informations concernant la mortalité à celles relatives à la santé auto-évaluée de chaque groupe d'âge. En 2012, l'espérance de vie en bonne santé à la naissance s'élevait à 67,7 ans pour les hommes et 67,9 ans pour les femmes (G 4.1). Le faible écart entre hommes et femmes signifie que la longévité plus élevée des femmes correspond, pour une part importante, à des années qui ne sont pas vécues en bonne santé. L'espérance de vie en bonne santé en 2012 n'est pas directement comparable avec celle des années antérieures, suite à un changement dans les modalités de réponse à la question portant sur la santé auto-évaluée.

Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé, à la naissance

G 4.1


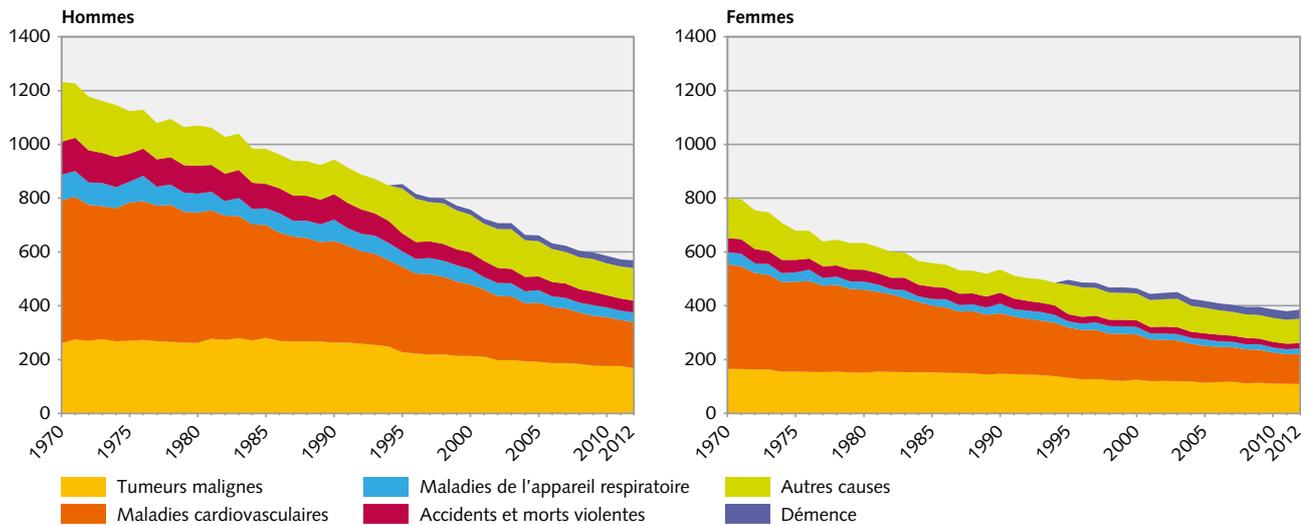
* Les données 2012 relatives à l'espérance de vie en bonne santé ne sont pas directement comparables à celles des années précédentes, compte tenu d'un changement dans les modalités de réponse à la question portant sur l'état de santé auto-évalué.

Source: OFS – BEVNAT, ESPOP, STATPOP et ESS

© OFS 2014

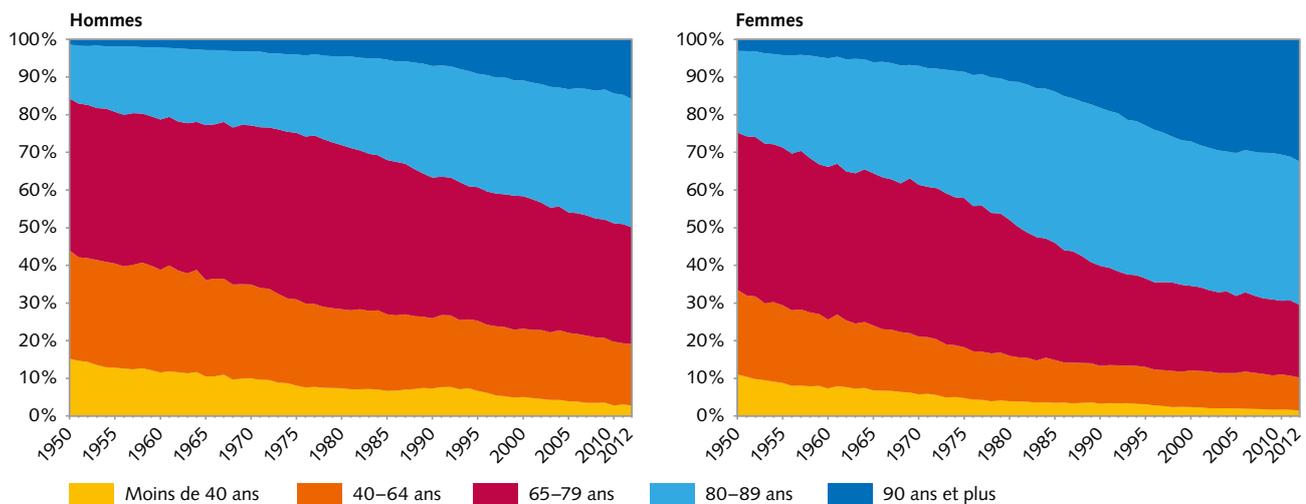
Taux de mortalité standardisé

Pour 100'000 habitants

G 4.2

Source: OFS – CD

© OFS 2014

Age lors du décès**G 4.3**

Source: OFS – BEVNAT

© OFS 2014

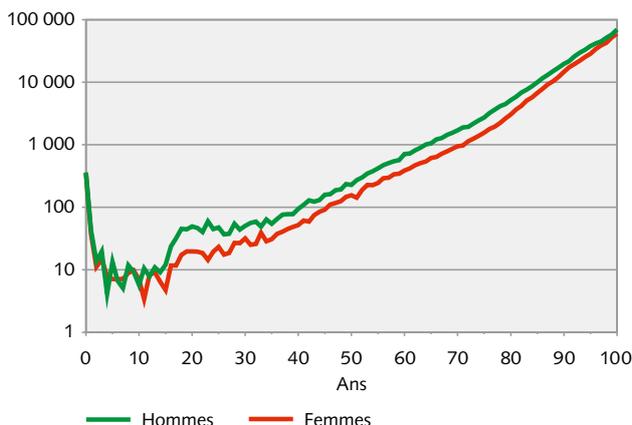
L'augmentation de l'espérance de vie a pour corollaire une diminution du taux de mortalité. Celui-ci, standardisé selon l'âge, a baissé de plus de la moitié entre 1970 et 2012 (G 4.2). Le recul de deux tiers du taux de mortalité standardisé pour les maladies cardiovasculaires a apporté une contribution décisive à cette évolution. Ce taux a également reculé de trois cinquièmes pour les maladies de l'appareil respiratoire et pour les accidents et morts violentes. Par contre, pour le cancer la diminution du taux de mortalité standardisé n'a été que d'un tiers.

L'âge auquel les personnes décèdent s'est profondément modifié suite à ces évolutions. En 1950, 44% des hommes et 34% des femmes avaient moins de 65 ans au moment de leur décès. En 2012, ces parts s'étaient réduites à 19% et 10% respectivement (G 4.3). A l'inverse, seuls un peu plus de 1% des hommes et 3% des femmes morts en 1950 avaient 90 ans et plus, contre 16% et 32% respectivement en 2012. La majorité des personnes décèdent désormais après 80 ans. Malgré cette évolution et l'important recul de la mortalité

Taux de mortalité selon l'âge, en 2010–2012

Pour 100'000 habitants, échelle logarithmique

G 4.4



Source: OFS – BEVNAT

© OFS 2014

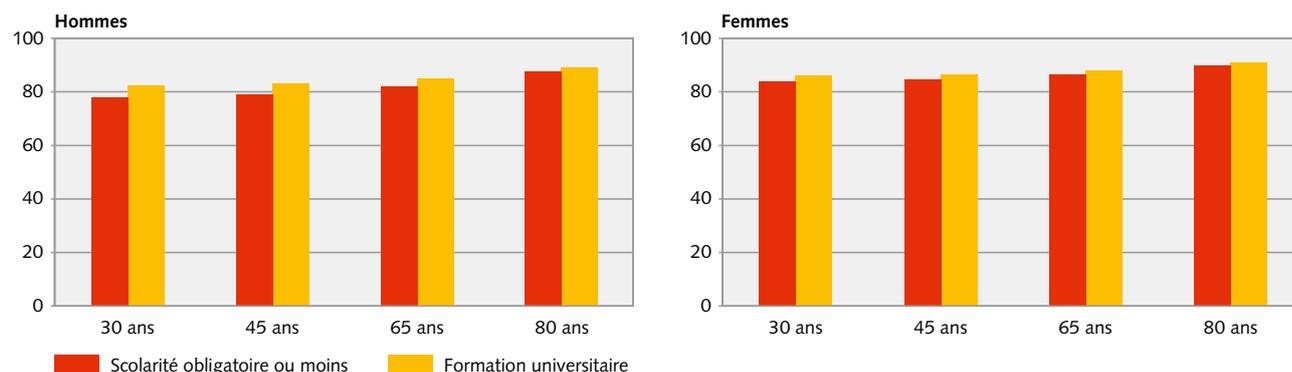
Santé auto-évaluée

En 2012, cinq personnes sur six âgées d'au moins 15 ans et vivant en ménage privé déclaraient être en bonne ou en très bonne santé. La part de celles considérant leur santé comme mauvaise ou très mauvaise n'était que de 4%. La part des femmes en bonne santé recule avec l'âge, relativement régulièrement jusqu'à 74 ans, puis plus rapidement. Chez les hommes, une première chute de la part de ceux en bonne santé intervient chez les 55–64 ans (G 4.6). Le niveau de formation joue un rôle important, particulièrement pour les personnes de 45 à 64 ans (G 4.7). Près d'un tiers de la population souffre par ailleurs d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ou de longue durée (G 4.8). La part des personnes concernées – sans différences significatives entre

Espérance de vie selon l'âge et le niveau de formation, en 2007

En années

G 4.5



Source: SNC

© OFS 2014

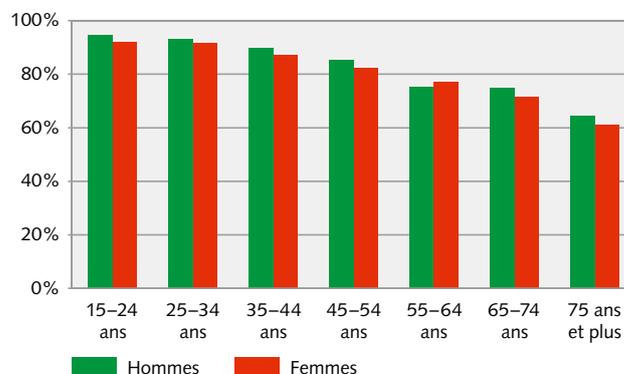
infantile (> chapitre 4.7.1), le taux de décès lors de la première année de vie reste cependant comparativement élevé (G 4.4).

La position sociale, appréhendée ici par le niveau de formation, a une grande importance pour l'état de santé. En 2007, un homme de 30 ans avec un bas niveau de formation, correspondant au mieux à la scolarité obligatoire, pouvait espérer vivre jusqu'à 77,9 ans, contre 82,5 ans pour son contemporain avec une formation universitaire (G 4.5). Cette différence était plus faible pour les femmes (83,9 ans et 86,2 ans, respectivement). L'écart se réduit avec l'âge, surtout chez les hommes, mais il ne disparaît pas.

Santé auto-évaluée bonne ou très bonne selon l'âge, en 2012

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.6



Source: OFS – ESS

© OFS 2014

les hommes et les femmes – croît rapidement avec l'âge. Elle est également plus élevée parmi les personnes avec un bas niveau de formation et âgées entre 45 et 64 ans.

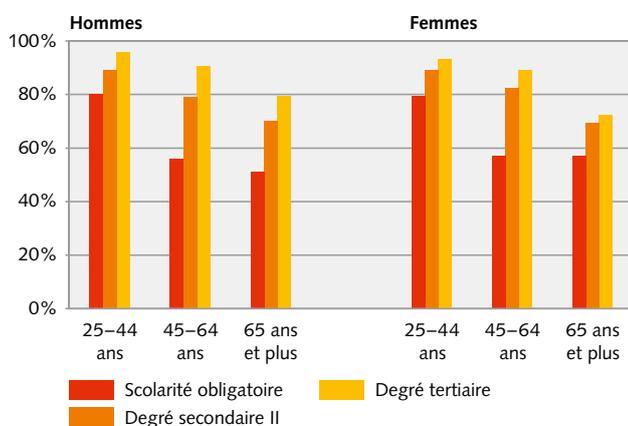
28% des femmes et 14% des hommes ressentent en 2012 des troubles physiques importants (voir encadré). La part des hommes souffrant de tels troubles augmente avec l'âge, mais recule juste après la retraite, chez les 65–74 ans (G 4.9). La tendance est moins nette chez les femmes. Les personnes avec un bas niveau de formation

sont nettement plus nombreuses à déclarer des troubles physiques importants que celles avec une formation universitaire (27% contre 16%). L'origine de ces troubles est en partie associée aux caractéristiques psychosociales des conditions de vie, comme le stress. Les maux de dos ou aux reins ainsi que le sentiment de faiblesse généralisée sont les troubles les plus fréquents: deux personnes sur cinq en souffrent un peu ou beaucoup, les femmes nettement plus souvent que les hommes (G 4.10).

Santé auto-évaluée bonne ou très bonne selon le niveau de formation, en 2012

Population de 25 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.7



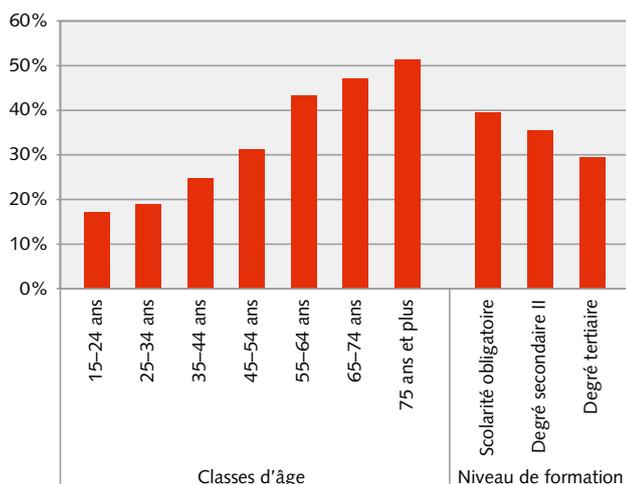
Source: OFS – ESS

© OFS 2014

Problème de santé de longue durée, en 2012

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé*

G 4.8



* Pour la formation, population du 25 ans et plus

Source: OFS – ESS

© OFS 2014

Troubles physiques importants

On parle de troubles physiques importants lorsqu'une personne déclare avoir ressenti, au cours de quatre semaines et avec une forte intensité, au moins quatre des troubles physiques suivants: «mal au dos ou aux reins», «sentiment de faiblesse généralisée, de lassitude, ou de manque d'énergie», «mal au ventre ou ballonnement», «diarrhées, constipation ou les deux», «difficultés à s'endormir ou insomnies», «maux de tête ou autres douleurs au visage», «irrégularités cardiaques (palpitations, tachycardie ou arythmie)». Les troubles survenus en association avec de la fièvre, considérée comme un indice de maladie aiguë, ne sont pas pris en compte.

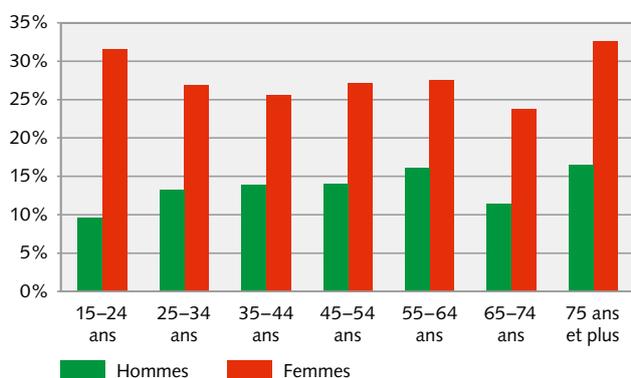
Les symptômes d'une détresse psychologique moyenne ou élevée sont plus nombreux chez les femmes que chez les hommes (21% contre 15%). Un fort gradient social est également perceptible, surtout aux âges correspondant à la vie active (G 4.11). Contrairement aux problèmes de santé de longue durée ou aux troubles physiques, la fréquence des symptômes de détresse psychologique n'augmente pas avec l'âge.

Troubles physiques importants, en 2012

Sur une période de quatre semaines

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.9



Source: OFS – ESS

© OFS 2014

Symptômes de détresse psychologique

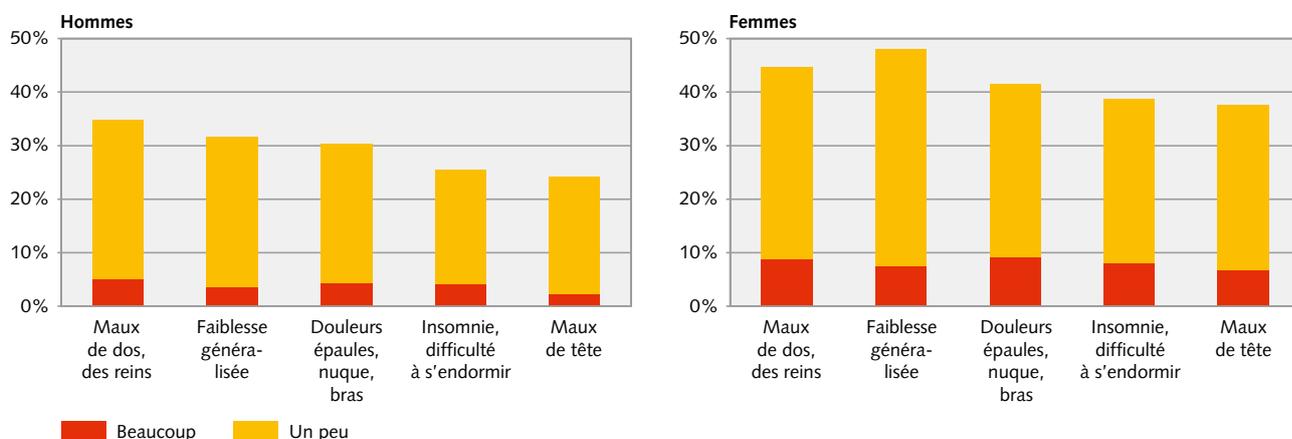
L'indicateur de détresse psychologique, établi sur la base d'un instrument international, le Mental Health Inventory, évalue la qualité de la vie liée à l'état de santé mentale en mesurant la fréquence, sur une période de quatre semaines, de cinq états émotionnels (se sentir très nerveux, avoir le cafard, se sentir abattu et déprimé, se sentir calme et paisible, se sentir heureux).

Les problèmes de santé peuvent être un obstacle à l'exercice des activités habituelles (pour les handicaps > chapitre 4.4). En 2012, 13% de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé n'ont pas pu aller au travail ou exercer leur activité habituelle, comme tenir le ménage, durant au moins une journée sur une période de quatre semaines. Pour la moitié des personnes concernées, la durée de cette incapacité a été d'au moins quatre jours. Les incapacités d'au moins 4 jours sont plus fréquentes chez les personnes dont le niveau de formation est le plus bas (G4.12).

Principaux troubles physiques, en 2012

Sur une période de quatre semaines. Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.10



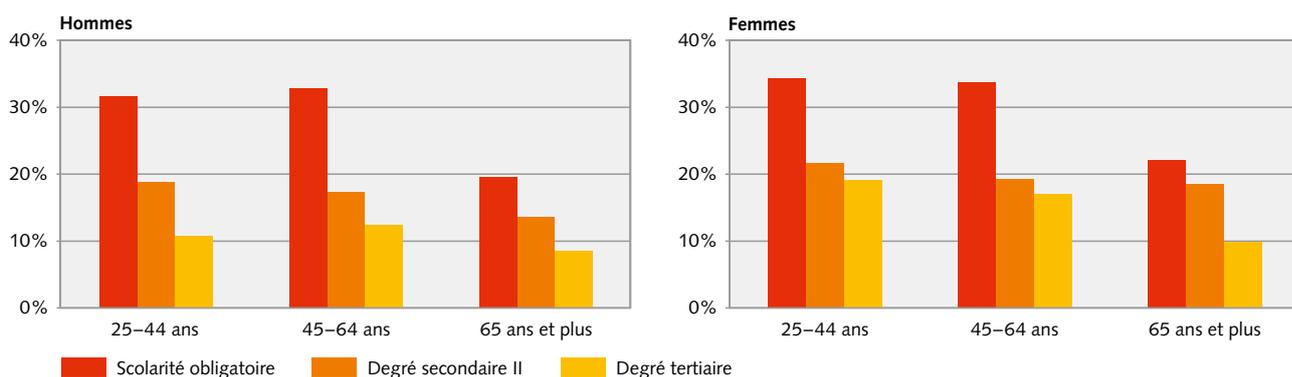
Source: OFS – ESS

© OFS 2014

Détresse psychologique moyenne ou élevée, en 2012

Sur une période de quatre semaines. Population de 25 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.11



Source: OFS – ESS

© OFS 2014

Problèmes de santé diagnostiqués

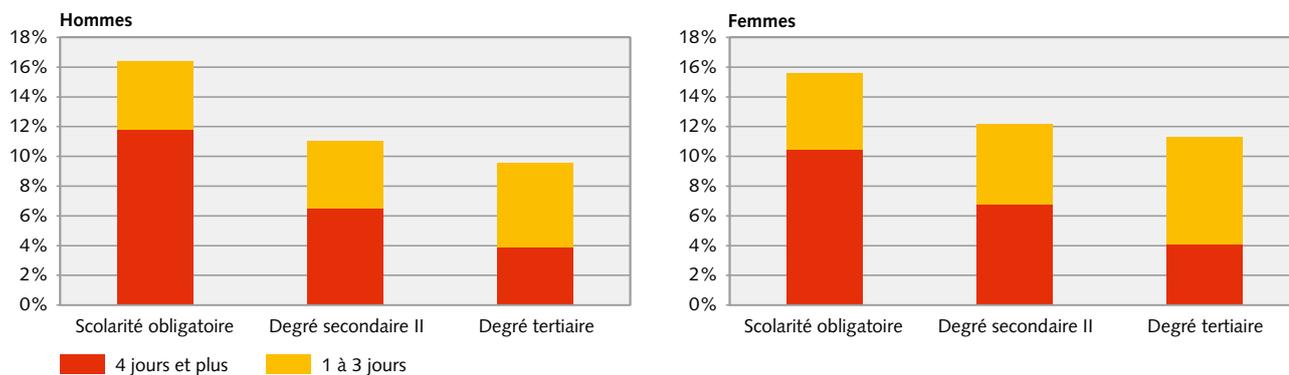
Il n'existe pas de données systématiques et exhaustives au sujet des problèmes de santé diagnostiqués au sein de la population (la «santé objective»). Les seules données disponibles se rapprochant de cette notion, mises à disposition par des professionnels de la santé, concernent les causes de décès ainsi que les diagnostics associés à une hospitalisation. Au moment de les utiliser, il ne faut cependant pas oublier qu'elles offrent une vue partielle

du tableau épidémiologique de la population. En effet, premièrement la plupart des maladies sont soignées de manière ambulatoire ou sans même recourir aux conseils d'un professionnel de la santé et le séjour hospitalier intervient plutôt en cas de problème de santé sévère. Deuxièmement, les maladies dont on souffre au cours de la vie ne sont souvent pas la cause du décès.

Incapacité temporaire de travailler ou de faire le ménage pour raison de santé, en 2012

Sur une période de quatre semaines. Population de 25 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.12

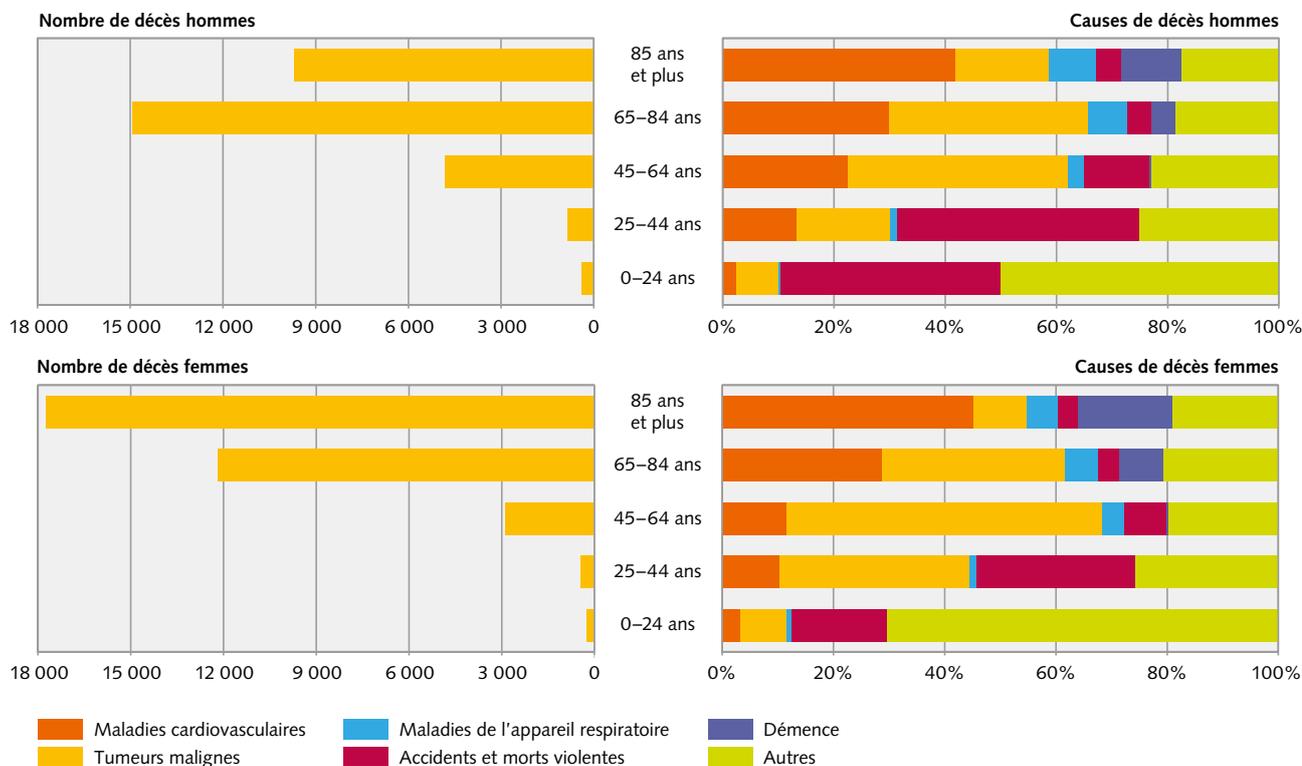


Source: OFS – ESS

© OFS 2014

Principales causes de décès selon l'âge, en 2012

G 4.13



Source: OFS – CD

© OFS 2014

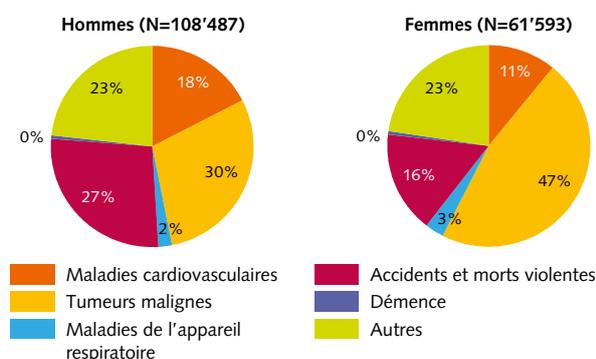
Quatre groupes de maladies (maladies cardiovasculaires, tumeurs malignes, maladies de l'appareil respiratoires et démence) ainsi que les accidents et morts violentes sont les causes de plus de 80% des décès (G4.13). Les maladies cardiovasculaires dominent largement parmi les personnes très âgées (85 ans et plus). Par contre, c'est le cancer qui occupe la première place chez les personnes décédées entre 45 et 84 ans. Il est aussi la principale cause de décès chez les femmes de 25 à 44 ans. Chez les hommes de moins de 45 ans, ce sont les accidents et les morts violentes qui dominent.

L'importance respective de ces groupes de maladie se modifie si l'on centre son attention sur les décès considérés comme prématurés (avant 70 ans), en calculant les années potentielles de vie perdues (G4.14). Globalement, le cancer est la principale cause de mortalité prématurée (36% du total). Chez les hommes, la part des accidents et des morts violentes (dont les suicides) est presque aussi importante que celle du cancer. À l'inverse, les maladies cardiovasculaires, et encore plus la démence, sont des causes nettement moins fréquentes de décès prématuré.

Le tableau change lorsqu'on considère les personnes hospitalisées (G4.15). Les maladies de l'appareil musculo-squelettique ainsi que les lésions traumatiques (accidents) et autres causes externes sont les deux principales raisons d'un traitement hospitalier (15% du total chacune). C'est parmi les hommes de moins de 45 ans et les femmes de 85 ans et plus que la part des hospitalisations pour les lésions traumatiques par rapport à l'ensemble des hospitalisations est la plus élevée. Ces deux groupes de la population sont surexposés aux accidents de la circulation routière et de sport (pour les hommes) et aux chutes (pour les femmes). Les maladies cardiovasculaires et les cancers sont le motif de, respectivement, 11% et 7% des hospitalisations. C'est nettement

moins que la part respective de ces groupes de maladie dans les causes de décès (34% et 26%). Cela reflète le fait qu'une fraction prépondérante des hospitalisations est occasionnée par d'autres affections que celles qui sont à l'origine d'un décès. 6% des personnes hospitalisées l'ont été pour troubles mentaux ou du comportement. C'est parmi les 25–44 ans que la part des hospitalisations pour ces troubles par rapport à l'ensemble des hospitalisations est la plus grande.

Années potentielles de vie perdues, en 2012 G 4.14

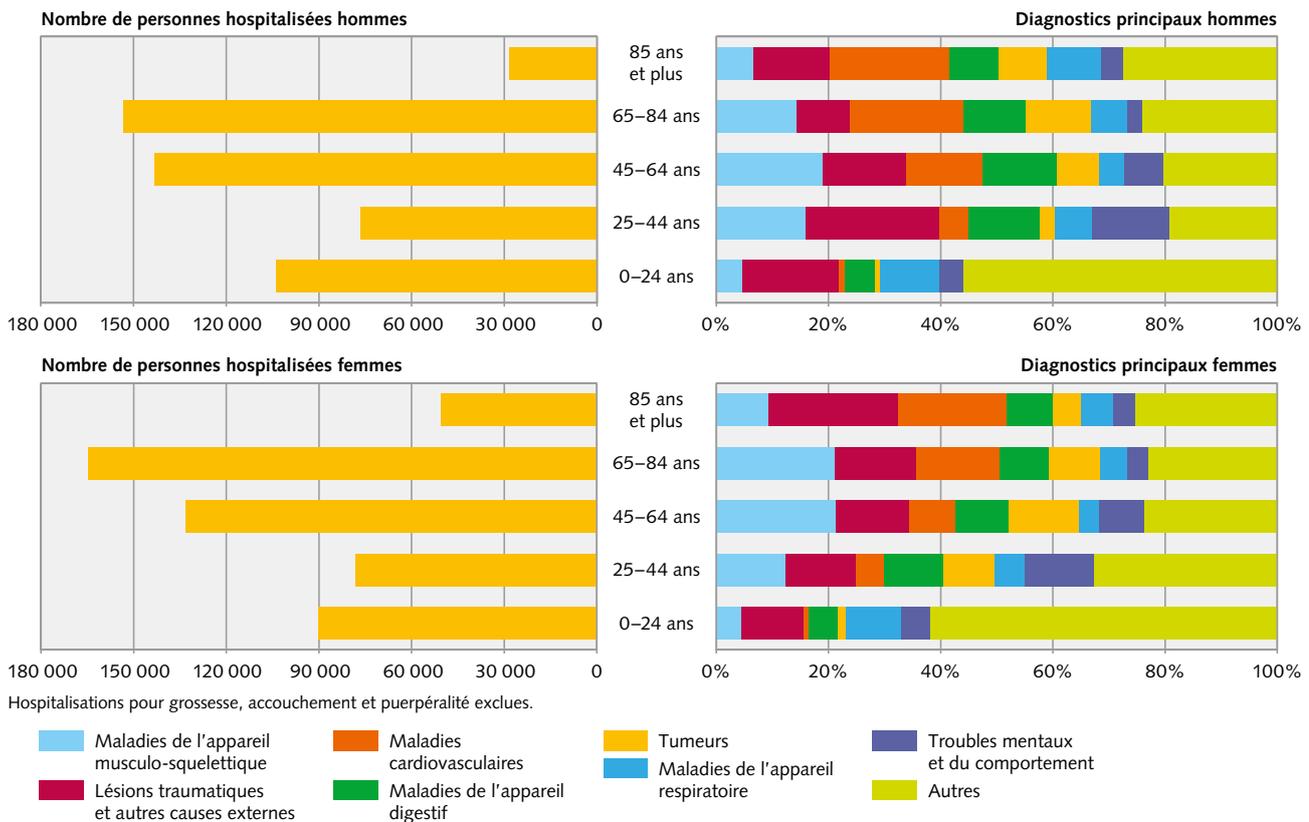


Source: OFS – CD

© OFS 2014

Principaux diagnostics pour les personnes hospitalisées selon l'âge, en 2012

G 4.15



Source: OFS - MS

© OFS 2014

4.2 Santé physique

4.2.1 Maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires regroupent l'ensemble des maladies concernant le cœur et la circulation sanguine. Cela comprend, d'un côté, des affections comme l'infarctus aigu du myocarde ou l'attaque cérébrale, dont la fréquence n'est pas très élevée mais qui ont un impact sévère voire fatal, particulièrement parmi les personnes d'âge moyen. De l'autre, cela regroupe des maladies comme celles des vaisseaux sanguins, plus courantes en particulier parmi les personnes plus jeunes, mais avec un pronostic nettement moins négatif. Les personnes d'un très grand âge (85 ans et plus) souffrent fréquemment d'un affaiblissement généralisé de leur système cardiovasculaire, qui ne correspond pas nécessairement à une maladie cardiovasculaire spécifique.

Les décès à cause d'une maladie cardiovasculaire sont plus nombreux d'un cinquième chez les femmes que chez les hommes (11'929 contre 9745 en 2012). Entre 45 et 64 ans, le rapport entre femmes et hommes est cependant inverse, avec 1088 décès pour les hommes contre

333 pour les femmes (G 4.16). Dans cette tranche d'âge, les décès provoqués par des cardiopathies ischémiques (y compris l'infarctus aigu du myocarde) dominent et ils sont six fois plus nombreux chez les hommes que chez les femmes (550 contre 98).

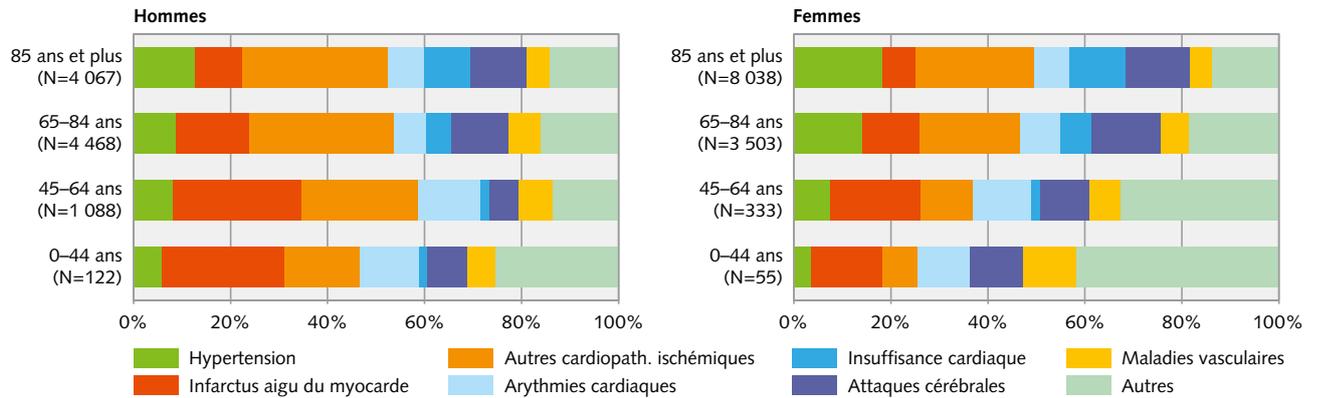
Les hommes sont plus nombreux que les femmes à être hospitalisés en raison d'une maladie cardiovasculaire (67'549 contre 53'208 en 2012). Entre 45 et 64 ans, il y a presque deux fois plus d'hommes que de femmes dans ce cas et ils sont même quatre fois plus nombreux à être hospitalisés pour des cardiopathies ischémiques, infarctus du myocarde compris (8012 contre 2023). Les maladies vasculaires sont la principale cause d'hospitalisations chez les hommes jusqu'à 44 ans et chez les femmes de moins de 65 ans (G 4.17). La part des hospitalisations pour attaque cérébrale ou pour insuffisance cardiaque ne cesse de croître avec l'âge, chez les deux sexes.

La mortalité provoquée par les maladies cardiovasculaires est en recul, plus rapidement chez les hommes que chez les femmes (G 4.18). Le taux de personnes hospitalisées pour maladies cardiovasculaires est par contre stable entre 2002 et 2012 chez les femmes et en légère augmentation chez les hommes.

Décès pour maladies cardiovasculaires, en 2012

Part selon les principales causes et l'âge

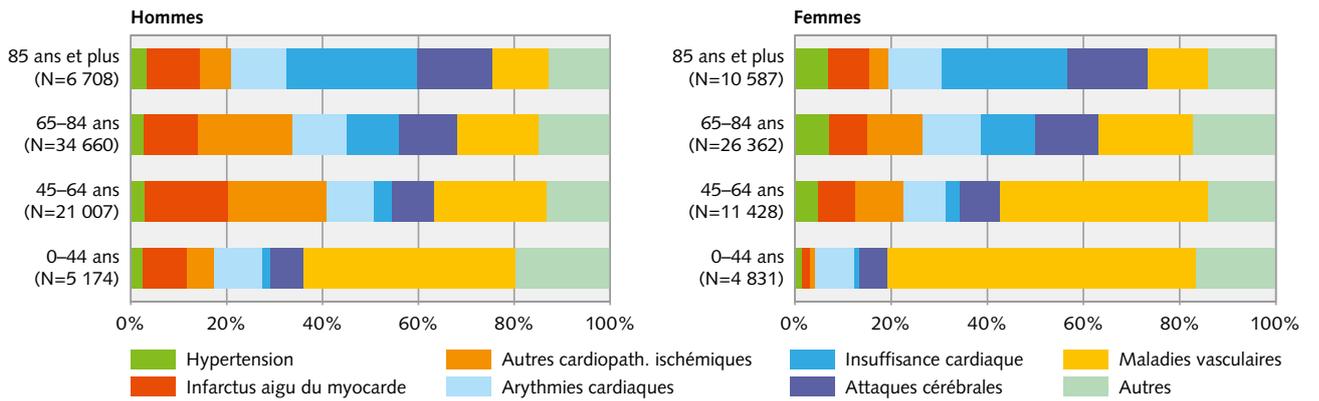
G 4.16



Personnes hospitalisées pour maladies cardiovasculaires, en 2012

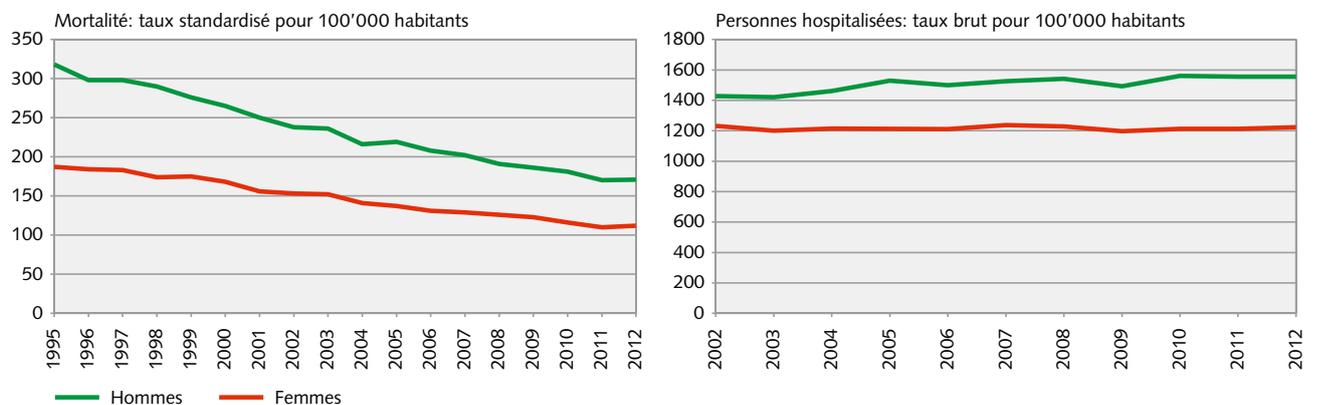
Part selon les principaux diagnostics et l'âge

G 4.17



Taux de mortalité et de personnes hospitalisées pour maladies cardiovasculaires

G 4.18



Infarctus aigu du myocarde

L'infarctus aigu du myocarde fait partie des maladies qui ont un impact le plus souvent immédiat et sévère sur l'état de santé. Dans la très grande majorité des cas, il débouche sur une hospitalisation, ou sur un décès avant même que l'hospitalisation ne puisse intervenir. Le nombre d'infarctus aigus du myocarde intervenus en 2012 est estimé à 13'982 (hommes: 9244, femmes: 4738). Ils ont occasionné 2418 décès (1391 hommes et 1027 femmes). Un peu moins de six décès sur dix ont lieu hors établissement hospitalier.

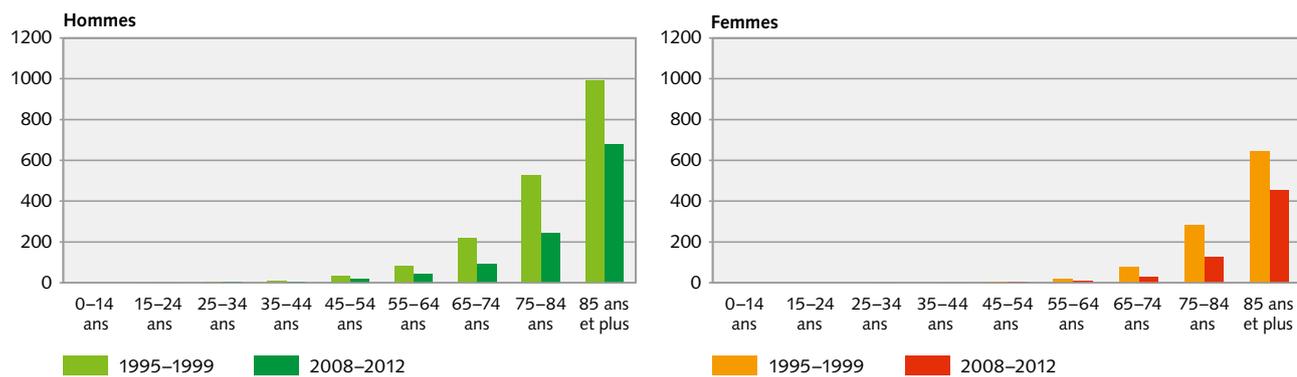
Entre 1995 et 2012, le taux standardisé de décès provoqués par un infarctus aigu du myocarde a été divisé par presque deux et demi. Pour les deux sexes, c'est dans la tranche d'âge de 65–74 ans que la baisse est la plus importante (G 4.19). Cette tendance contraste avec

la hausse de moitié entre 2002 et 2012 du taux de personnes hospitalisées pour cette maladie. L'augmentation des hospitalisations est sensible chez les hommes dès 45 ans et chez les femmes dès 55 ans (G 4.20). L'évolution divergente des taux de décès et de personnes hospitalisées signifie que le recul du taux de décès s'explique surtout par une baisse de la létalité de la maladie, reflétant certainement, pour une part importante au moins, une amélioration de la prise en charge médicale.

Taux de mortalité pour infarctus aigu du myocarde

Pour 100'000 habitants

G 4.19



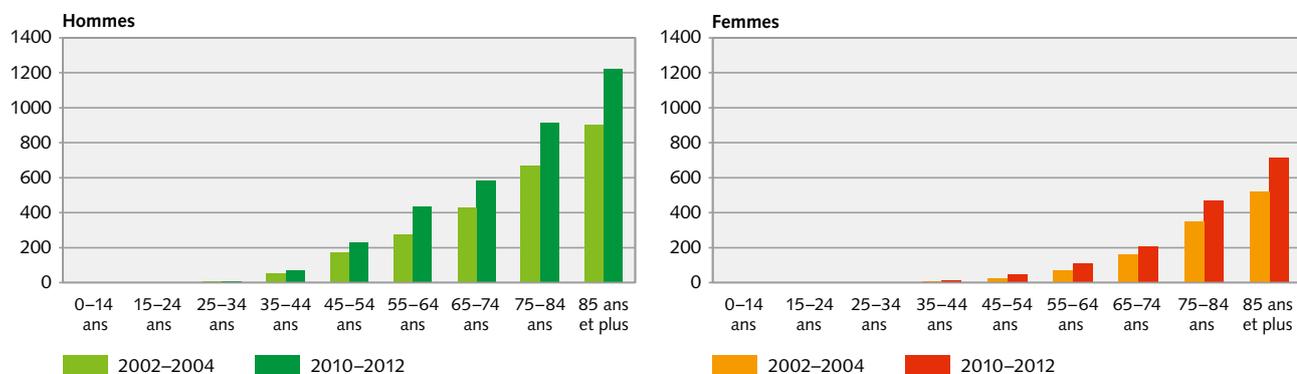
Source: OFS – CD

© OFS 2014

Personnes hospitalisées pour infarctus aigu du myocarde

Taux pour 100'000 habitants

G 4.20



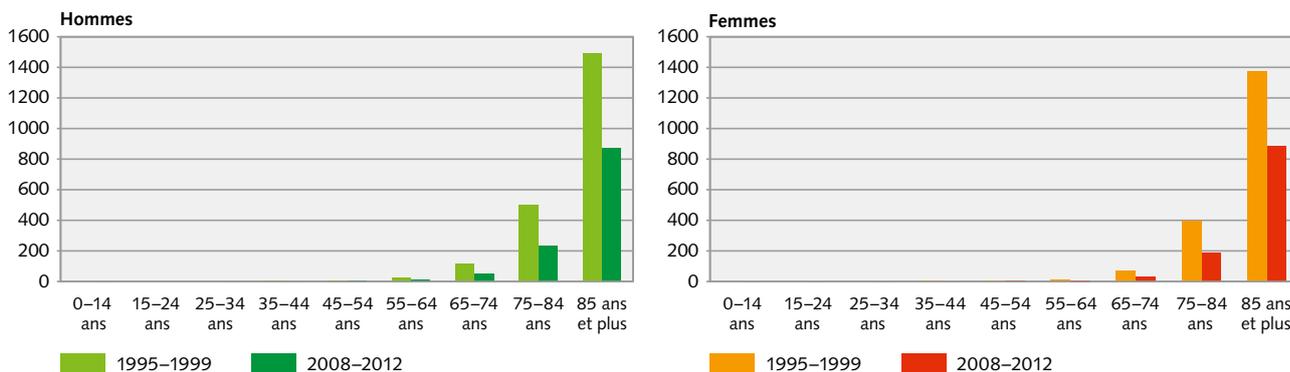
Source: OFS – MS

© OFS 2014

Taux de mortalité pour attaque cérébrale

Pour 100'000 habitants

G 4.21



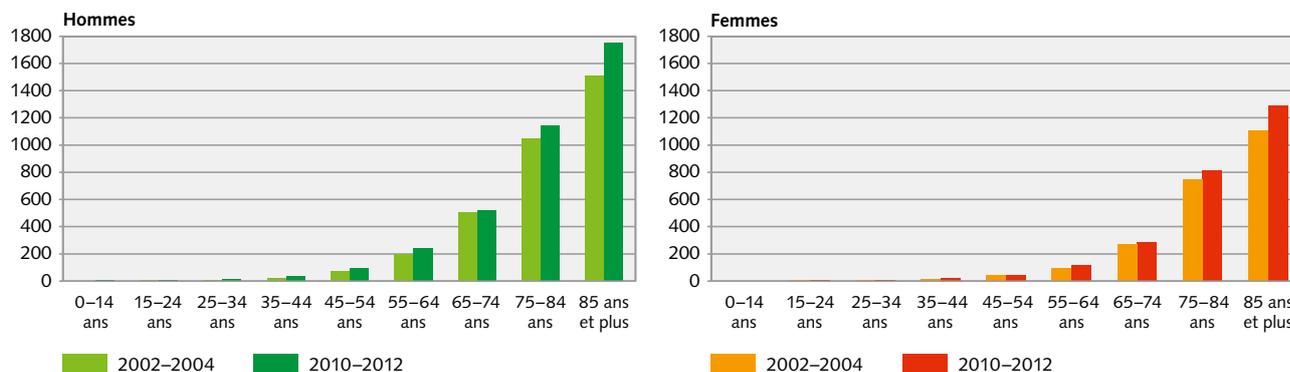
Source: OFS - CD

© OFS 2014

Personnes hospitalisées pour attaque cérébrale

Taux pour 100'000 habitants

G 4.22



Source: OFS - MS

© OFS 2014

Attaque cérébrale

L'attaque cérébrale est une maladie grave, comme l'infarctus du myocarde, qui est à l'origine de 2677 décès en 2012 (1080 hommes et 1597 femmes). Entre 1995 et 2012, le taux standardisé de décès provoqués par les attaques cérébrales a reculé de plus de la moitié. Ce n'est qu'à partir de 75 ans que le taux de décès suite à une attaque cérébrale augmente sensiblement, pour les deux sexes (G 4.21). Le taux de personnes hospitalisées a par contre augmenté d'un peu moins d'un tiers entre 2002 et 2012. L'attaque cérébrale est une maladie du grand âge (G 4.22). En 2010-2012, 45% des hommes et 64% des femmes hospitalisées suite à une attaque cérébrale avaient au moins 75 ans. Dans le cas de l'infarctus aigu du myocarde, ces proportions étaient respectivement de 29% et 56%.

Facteurs de risque

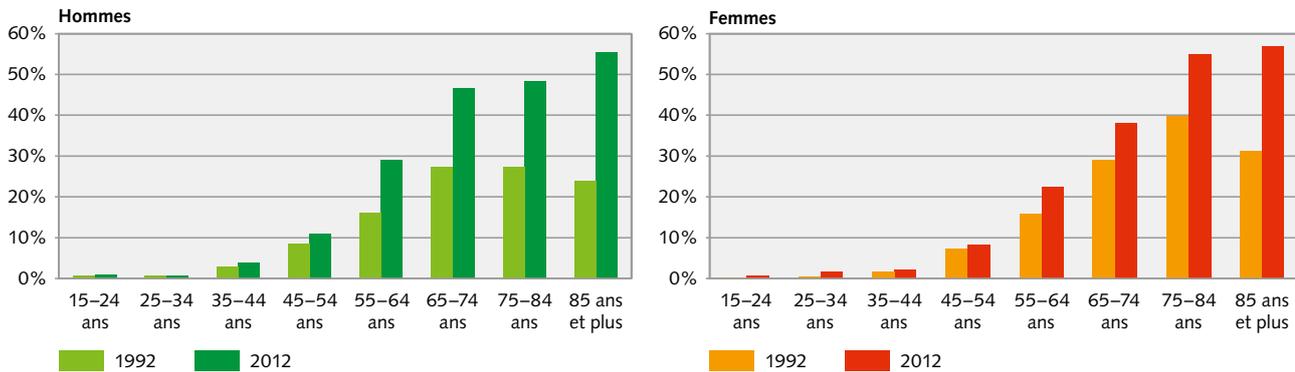
Les principaux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires sont le tabagisme (> chapitre 3.5.4), l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le manque d'activité physique (> chapitre 3.5.1) ainsi que le diabète (> chapitre 4.2.2) et l'excès de poids (> chapitre 3.5.3).

L'hypertension est le plus souvent soignée de manière ambulatoire et elle fait l'objet d'un contrôle très régulier: en 2012, 70% des hommes et 79% des femmes de 15 ans et plus vivant en ménage privé s'étaient fait contrôler leur pression au cours d'une période de 12 mois. Cette proportion avoisine les 90% dès 65 ans. Le traitement de l'hypertension a très souvent une dimension médicamenteuse: en 2012, 89% des personnes déclarant une tension trop élevée prenaient des médicaments. Le traitement médicamenteux de

Médicaments contre l'hypertension

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.23



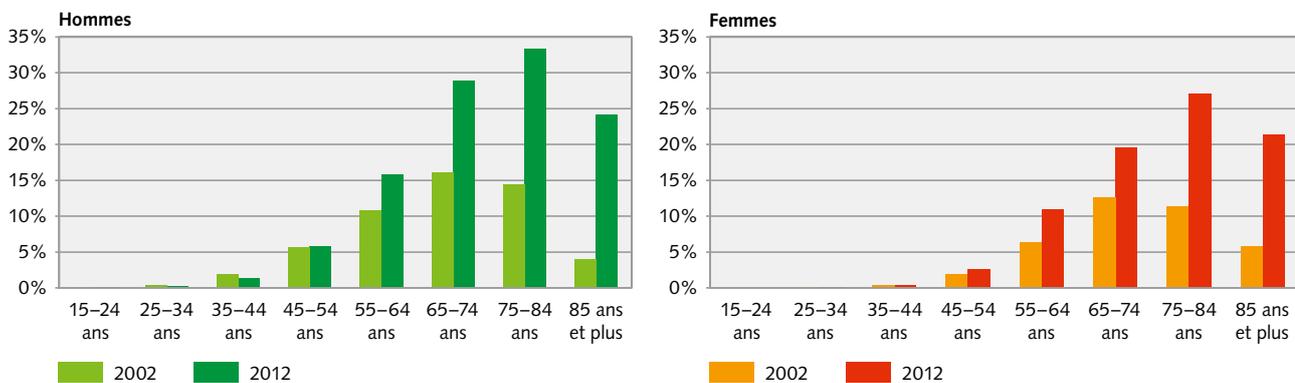
Source: OFS – ESS

© OFS 2014

Médicaments contre le cholestérol

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.24



Source: OFS – ESS

© OFS 2014

l'hypertension devient plus fréquent avec l'âge, surtout à partir de 45 ans (G 4.23). La prise de médicaments contre l'hypertension a augmenté depuis 1992. La différence est significative dès 55 ans.

L'hypercholestérolémie est un trouble métabolique. Elle est moins souvent contrôlée que l'hypertension: en 2012, 42% des hommes et 44% des femmes avaient fait contrôler leur cholestérol au cours d'une année. La part des personnes prenant des médicaments contre l'hypercholestérolémie croît avec l'âge (G 4.24). Elle est nettement plus basse que celle des personnes recourant à des médicaments contre l'hypertension. Le recours aux médicaments contre le cholestérol a augmenté entre 2002 et 2012, surtout parmi les personnes âgées de 65 ans et plus.

4.2.2 Diabète

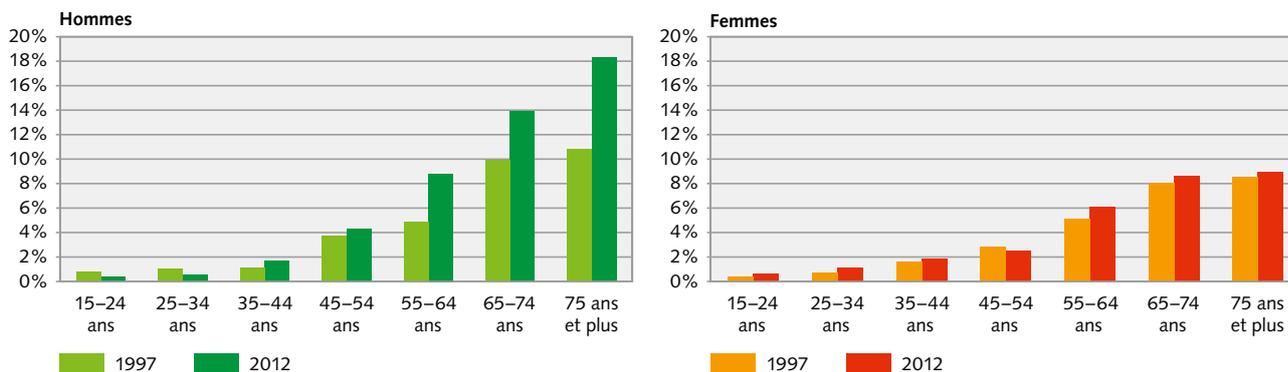
Le diabète est une maladie qui constitue un facteur de risque majeur de maladies cardiovasculaires, car il favorise l'artériosclérose des vaisseaux sanguins. Il existe deux principaux types de diabète. Le diabète de type I, relativement rare, est dû à une production insuffisante d'insuline par le pancréas. Il peut survenir dès l'enfance et prendre une forme aiguë. Le diabète de type II provient d'une résistance à l'insuline. Il est beaucoup plus fréquent que le diabète de type I (90 à 95% de tous les cas de diabète) et il apparaît typiquement à un âge avancé. Il tend cependant à devenir plus fréquent chez des personnes plus jeunes, en particulier chez celles souffrant d'un fort excès de poids (> chapitre 3.5.3).

En 2012, 6% des hommes et 4% des femmes âgés de 15 ans et plus et vivant en ménage privé déclaraient que leur médecin leur avait déjà dit qu'ils ou elles avaient du diabète (sans distinction de type). La part des personnes concernées augmente rapidement à partir de 45 ans

Personnes souffrant du diabète

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.25



Source: OFS – ESS

© OFS 2014

chez les hommes et 55 ans chez les femmes (G 4.25). On constate également depuis 1997 une augmentation des cas diagnostiqués chez les hommes. Il en découle qu'à partir de 45 ans les hommes sont nettement plus touchés que les femmes. 10% des personnes avec un niveau de formation ne dépassant pas la scolarité obligatoire déclarent avoir du diabète, contre respectivement 5% et 4% de celles avec une formation du niveau secondaire II ou du niveau tertiaire.

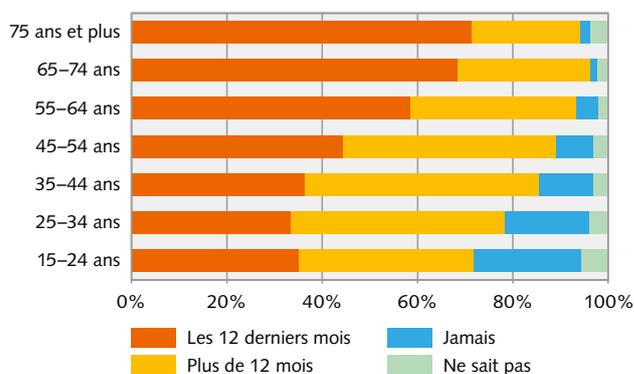
Le diabète de type II peut se développer longtemps sans symptôme. La prévention joue par conséquent un rôle important. En 2012, la part des personnes ayant fait contrôler leur taux de glucose dans le sang au cours des 12 derniers mois passe de 36% chez les 35-44 ans à 71% chez les personnes de 75 ans et plus (G 4.26). Les différences entre hommes et femmes sont peu importantes.

Les hospitalisations provoquées par un diabète de type I (diagnostic principal) sont peu nombreuses (1217 personnes en 2012). Ce type de diabète a également été diagnostiqué auprès de 2514 personnes hospitalisées pour d'autres motifs. Le taux d'hospitalisation pour diabète de type I est relativement stable depuis le milieu des années 2000. Il est le plus élevé parmi les jeunes de moins de 25 ans. Cela correspond au fait que ce type de diabète peut assez fréquemment prendre une forme aiguë au moment de son apparition. Les personnes hospitalisées avec un diagnostic de diabète de type II sont beaucoup plus nombreuses (64'625 personnes en 2012, dont 56% d'hommes). Dans la très grande majorité des cas (60'824), le diabète II ne constitue cependant pas le motif premier de l'hospitalisation, mais un diagnostic secondaire. Les personnes hospitalisées avec un diabète de type II sont rares jusqu'à 34 ans, mais leur fréquence augmente ensuite rapidement (G 4.27). En cinq

Dépistage du diabète, en 2012

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.26



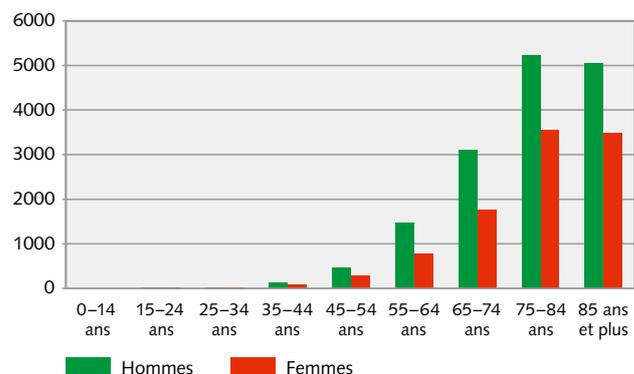
Source: OFS – ESS

© OFS 2014

Personnes hospitalisées avec un diabète de type II, 2010-2012

Taux pour 100'000 habitants, diagnostics principaux et secondaires

G 4.27



Source: OFS – MS

© OFS 2014

ans, le nombre de personnes hospitalisées avec un diabète de type II a crû de près de 20%. Par ailleurs, 3236 personnes ont été hospitalisées avec un diagnostic de diabète sans précision, plus de neuf fois sur dix (93%) comme diagnostic secondaire.

4.2.3 Cancer

Quatre personnes sur dix vont développer un cancer au cours de leur vie. Chaque année, environ 20'000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués chez les hommes et 17'000 chez les femmes. Le cancer peut apparaître à tout âge et le risque croît avec l'âge: seul un cancer sur dix apparaît chez des personnes de moins de 50 ans (G4.28). Il s'agit de la deuxième cause de décès et environ 9000 hommes et 7200 femmes en meurent chaque année.

Les cancers les plus fréquents sont celui de la prostate, chez l'homme, et celui du sein, chez la femme (G4.29). Ils représentent, additionnés au cancer du poumon et à celui du côlon-rectum, un peu plus de 50% des nouvelles tumeurs diagnostiquées chaque année. La cause de décès la plus fréquente par cancer est le cancer du poumon chez l'homme et le cancer du sein chez la femme. La survie varie considérablement entre les différents cancers, en raison du pronostic propre à chaque type de tumeur, mais également selon le degré d'extension de la maladie lors de sa découverte. Souvent, une meilleure survie est attendue pour les stades de découverte précoce.

Cancer du poumon

Chaque année, de nouveaux cas de cancer du poumon sont diagnostiqués auprès d'environ 2500 hommes et 1500 femmes. La survie relative à 5 ans est relativement mauvaise (15%). Cela explique que le cancer du poumon soit la première cause de décès par cancer chez l'homme (2000 décès par an) et la deuxième chez la femme (1100 décès par an). Une baisse importante des nouveaux cas et de la mortalité a été observée chez l'homme. La tendance est inverse chez la femme (G4.30). Plus de 80% des cancers du poumon ont pour origine le tabagisme et environ 10% sont d'origine professionnelle. Actuellement, il n'existe pas de méthode efficace de dépistage de ce cancer.

Cancer du côlon-rectum

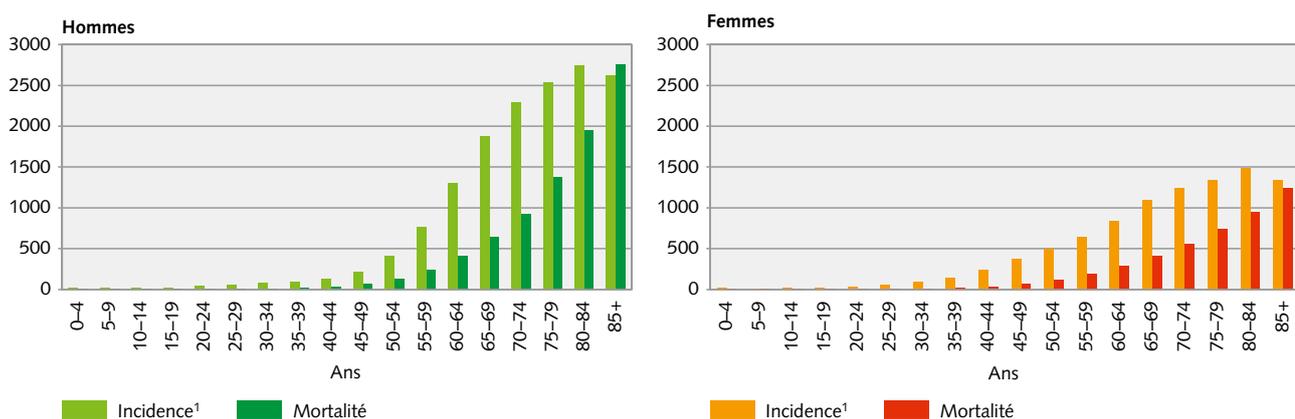
Chaque année, un cancer du côlon-rectum est diagnostiqué chez environ 4100 nouvelles personnes. La survie relative à 5 ans est de 61% et 1700 personnes environ en décèdent chaque année (troisième cause de décès par cancer). Les taux de nouveaux cas se sont accrus entre 1987 et 2001, avant de diminuer. La mortalité est en recul de manière générale (G4.31).

Une alimentation riche en viande rouge ou en viande transformée, une consommation d'alcool supérieure à 1 ou 2 verres par jour, ainsi que le tabagisme de longue durée, le surpoids, le manque d'activité physique et les

Cancers malins (total), 2007–2011

Taux pour 100'000 habitants

G 4.28



¹ Nouveaux cas, estimés à partir des données des registres du cancer

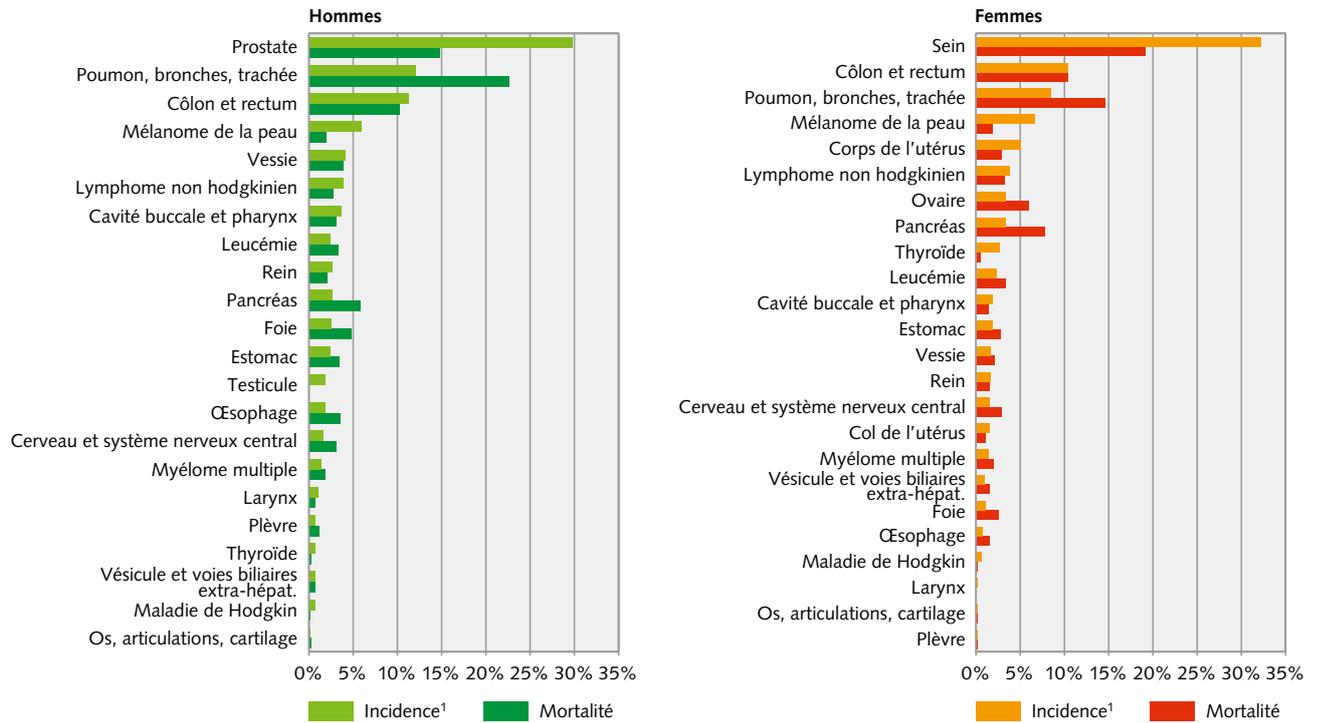
Source: OFS, NICER et RCT – EC

© OFS 2014

Cancers malins selon la localisation, 2007–2011

Part par localisation cancéreuse

G 4.29



¹ Nouveaux cas, estimés à partir des données des registres du cancer

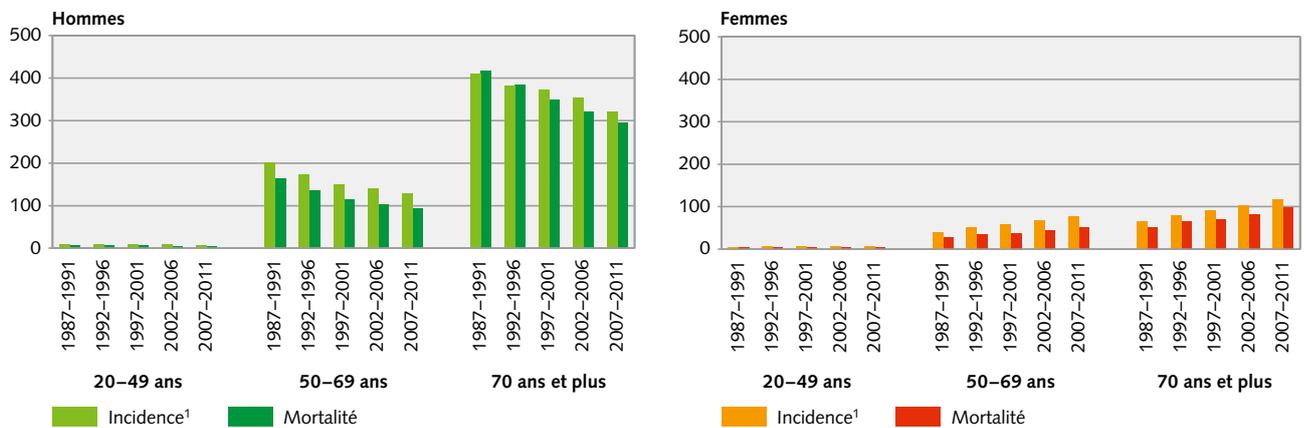
Source: OFS, NICER et RCT – EC

© OFS 2014

Cancer du poumon

Taux brut pour 100'000 habitants

G 4.30



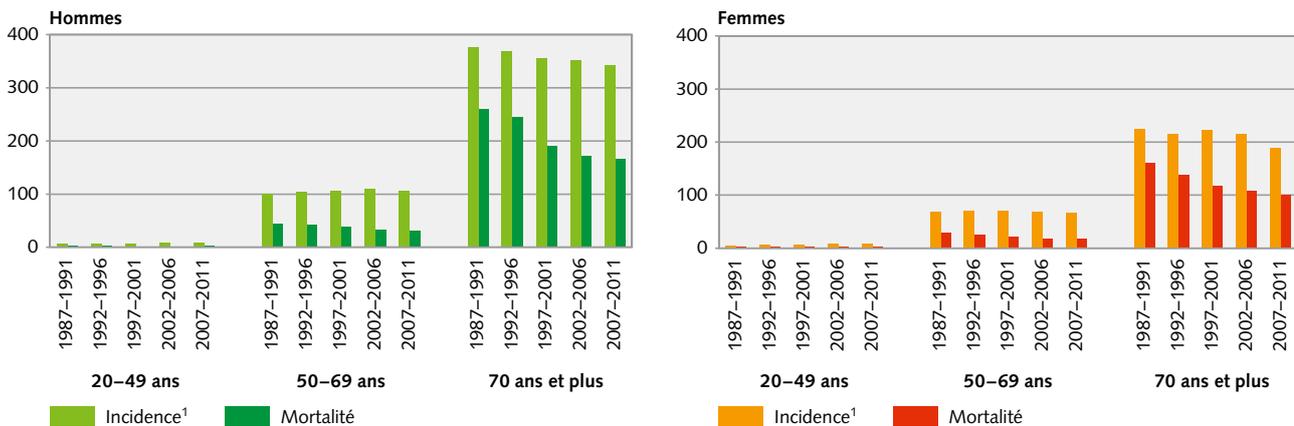
¹ Nouveaux cas, estimés à partir des données des registres du cancer

Source: OFS, NICER et RCT – EC

© OFS 2014

Cancer du côlon-rectum

Taux brut pour 100'000 habitants

G 4.31¹ Nouveaux cas, estimés à partir des données des registres du cancer

Source: OFS, NICER et RCT – EC

© OFS 2014

maladies inflammatoires du côlon constituent des facteurs de risques. Actuellement le dépistage est à l'initiative du médecin. Il se fait par recherche du sang occulte dans les selles ou par examen du côlon par endoscopie, en général entre 50 et 74 ans. En 2012, 6% des personnes de 50 à 74 ans déclaraient avoir fait au cours des douze derniers mois l'examen par recherche du sang occulte, dont 76% à titre de dépistage.

Cancer du sein

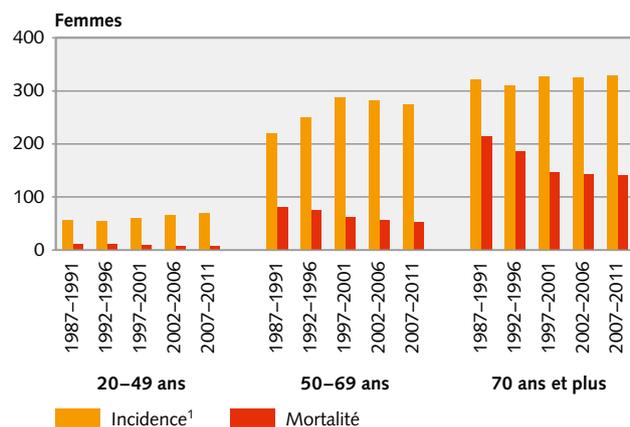
Avec 5500 nouveaux cas chaque année, ce cancer est le plus fréquent chez les femmes. Après des années d'augmentation, le nombre des nouveaux cas est resté stable entre 2002–2006 et 2007–2011 (G 4.32). De son côté, la mortalité a reculé depuis vingt ans. Le taux de survie à 5 ans s'élève désormais à 85%. Néanmoins, le cancer du sein reste la cause de 19% des décès par cancer chez les femmes (environ 1380 décès par an).

Le cancer du sein est lié aux hormones féminines. Le risque augmente avec le nombre de cycles ovulatoires (âge précoce aux premières règles, âge tardif à la ménopause), lorsque le taux d'hormones est élevé, ou en cas d'obésité après la ménopause. A l'inverse, un âge précoce au premier enfant, l'allaitement et un nombre élevé d'enfants protègent de ce cancer. La prise d'hormones (pilule et hormonothérapie de substitution) pendant plus de 5 ans entraîne une augmentation du risque temporaire, qui redevient normal 5 ans après l'arrêt.

De nombreux pays européens recommandent aux femmes ayant entre 50 et 70 ans de se soumettre à une mammographie dans le cadre d'un programme de dépistage organisé. Dans les six cantons qui disposaient en

Cancer du sein

Taux brut pour 100'000 habitants

G 4.32¹ Nouveaux cas, estimés à partir des données des registres du cancer

Source: OFS, NICER et RCT – EC

© OFS 2014

2012 d'un tel programme depuis quelques années (VD, VS, GE, FR, NE, JU), 78% des femmes de 50 à 69 ans ont passé une mammographie au cours de deux dernières années, contre 37% des femmes dans le reste de la Suisse (G 4.33). En 2012, 80% des femmes de cette tranche d'âge avaient effectué cet examen au moins une fois dans leur vie. Elles étaient 49% à l'avoir réalisé au cours des deux dernières années, dont 80% à titre de dépistage et en l'absence de symptôme.

Cancer de la prostate

Environ 6100 nouveaux cas de ce cancer sont diagnostiqués chaque année, très rarement chez des hommes de moins de 50 ans (G 4.34). Durant les vingt-cinq dernières années, le taux de nouveaux cas a d'abord fortement augmenté, avant de reculer entre les deux dernières périodes. La probabilité d'une survie à 5 ans est de 87%. Le cancer de la prostate est responsable de 15% des décès par cancer chez les hommes (environ 1300 décès par an). Le taux de mortalité pour ce cancer a reculé entre 1987 et 2011.

Il est possible de dépister le cancer de la prostate par une détection dans le sang de l'antigène prostatique spécifique (PSA), faite en général entre 50 et 74 ans. Il n'est cependant pas certain que cela permette de modifier efficacement le cours naturel de la maladie et d'en diminuer la mortalité. En 2012, 31% des hommes de 50 à 74 ans avaient effectué cet examen sur une période d'une année, dont 78% à titre de dépistage et en l'absence de symptôme.

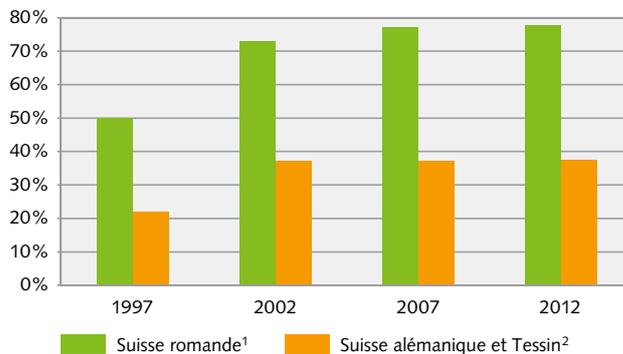
Mélanome

Environ 2400 nouveaux cas de mélanome, un des deux principaux types de cancer de la peau, sont découverts chaque année. Ce cancer est l'un des plus fréquents de l'adulte jeune et il touche plus souvent les hommes que les femmes. Le nombre de nouveaux cas de mélanome est en forte augmentation au cours des dernières décennies (G 4.35). Le mélanome présente un des meilleurs pronostics, avec une probabilité de survie à 5 ans

Mammographie

Femmes de 50 à 69 ans vivant en ménage privé et ayant effectué une mammographie au cours des deux dernières années

G 4.33



¹ VD, VS, GE, FR, NE, JU

² ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG, TI

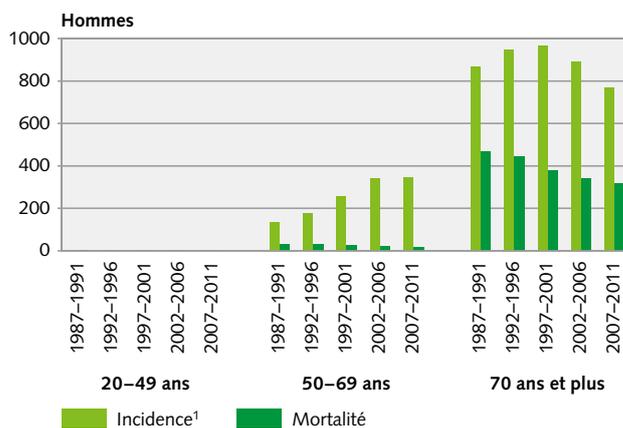
Source: OFS – ESS

© OFS 2014

Cancer de la prostate

Taux brut pour 100'000 habitants

G 4.34



¹ Nouveaux cas, estimés à partir des données des registres du cancer

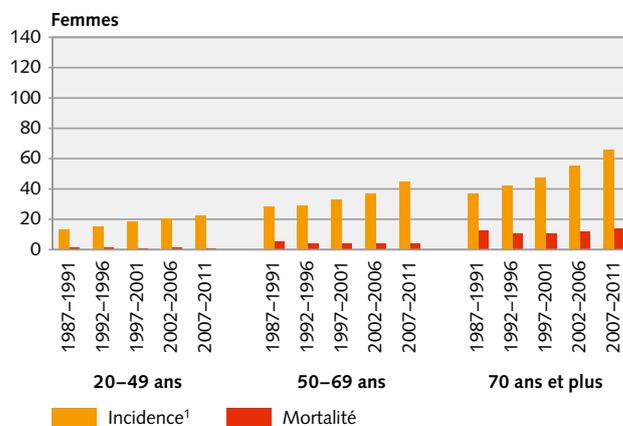
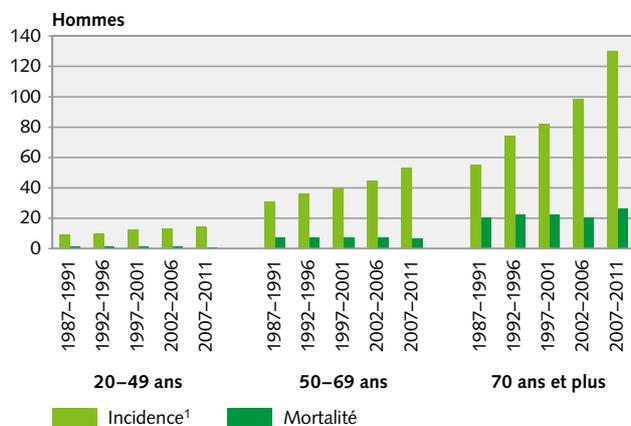
Source: OFS, NICER et RCT – EC

© OFS 2014

Mélanome de la peau

Taux brut pour 100'000 habitants

G 4.35



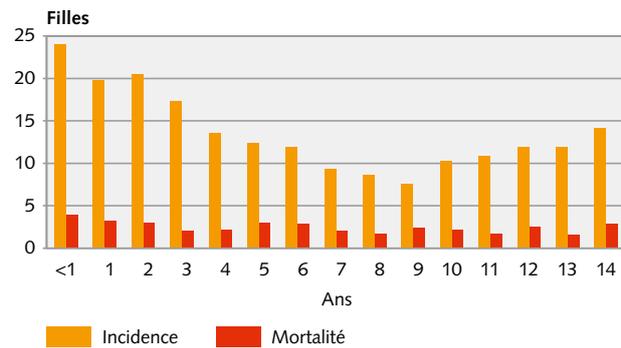
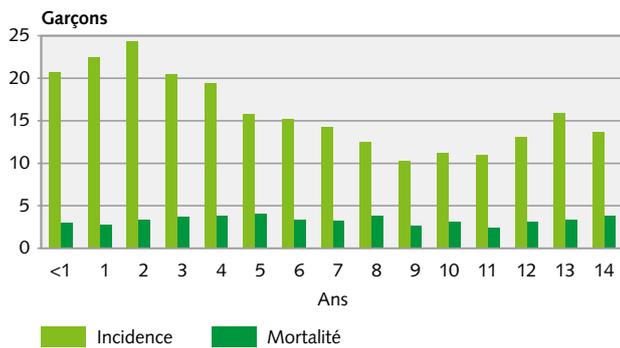
¹ Nouveaux cas, estimés à partir des données des registres du cancer

Source: OFS, NICER et RCT – EC

© OFS 2014

Cancer chez les enfants, 1987–2011

Taux pour 100'000 enfants

G 4.36

Source: OFS, RSCE – EC

© OFS 2014

de plus de 90%. Il est responsable d'environ 300 décès par année et, au fil des années, son taux de mortalité est resté relativement stable.

Le principal facteur de risque est l'exposition aux rayons ultraviolets, dont les sources essentielles sont le soleil et les lampes à bronzer ou le solarium. Une peau claire et l'existence de nombreux grains de beauté sont également des facteurs de risque. La surveillance de ces derniers est donc importante: en 2012, plus d'un tiers de la population déclarait avoir fait contrôler sa peau au moins une fois dans sa vie, les femmes un peu plus souvent que les hommes (41% contre 37%). Pour 11% de la population, ce dépistage avait eu lieu au cours des douze derniers mois.

Cancer chez les enfants

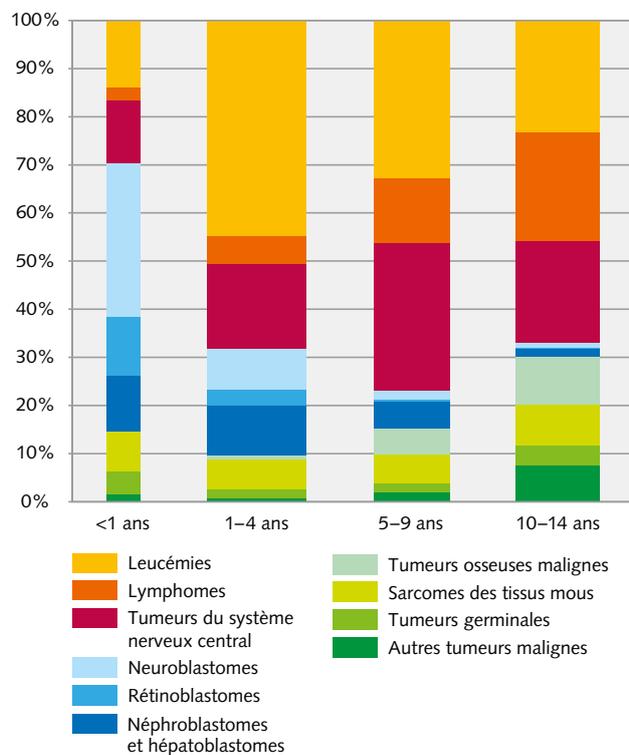
Seul 0,7% des tumeurs apparaît pendant l'enfance (0–14 ans), ce qui correspond à environ 181 nouveaux cas par an. Ce nombre s'est accru entre 1987 et 2006, mais a reculé au cours de la dernière période. Le cancer représente cependant, comme chez l'adulte, la deuxième cause de mortalité, avec 26 décès enregistrés en moyenne chaque année.

Le cancer se développe plus souvent chez les nourrissons et chez les enfants de 1 à 4 ans que chez ceux en début de scolarité (G 4.36). Le taux de nouveaux cas augmente à nouveau lentement à partir de l'adolescence. Pratiquement toutes les tumeurs sont plus fréquentes chez les garçons que chez les filles.

Chez les enfants, les tumeurs ne sont pas classées selon la localisation, mais selon leur histologie (type de tissu), en suivant la classification internationale des cancers de l'enfant, ICCC (G 4.37). Les tumeurs les plus

Cancer chez les enfants selon le type et l'âge, 1987–2011

Part selon la classe d'âge

G 4.37

Les surfaces sont proportionnelles au nombre de cas

Source: RSCE – EC

© OFS 2014

fréquentes sont les leucémies (32%), suivies des tumeurs du système nerveux central (22%, surtout des tumeurs cérébrales) et des lymphomes (12%).

Les chances de guérison se sont nettement améliorées: inférieures à 20% en 1950, elles sont aujourd'hui de 80%. Avec l'Allemagne, l'Autriche et la Finlande,

la Suisse compte parmi les pays où les traitements donnent les meilleurs résultats. Ces derniers varient toutefois selon la tumeur. Si le taux de guérison est de plus de 95% pour les lymphomes hodgkiniens, il est moins bon pour la leucémie myéloïde aiguë, ainsi que pour les tumeurs cérébrales et les sarcomes.

4.2.4 Maladies de l'appareil musculo-squelettique

Les maladies de l'appareil musculo-squelettique peuvent toucher autant le squelette que les muscles, les tendons, les cartilages et les ligaments. Elles peuvent avoir pour origine des maladies (comme l'ostéosclérose ou des maladies inflammatoires des articulations) ou des malformations (comme des malpositions articulaires), mais, dans le cas des dorsopathies et des arthropathies, elles peuvent également apparaître à la suite d'accidents ou de sollicitation excessive des articulations, par exemple au travail ou lors d'activités sportives. Les maladies de l'appareil musculo-squelettique peuvent provoquer des troubles légers, diffus et passagers, jusqu'à des lésions irréversibles, synonymes d'incapacité chronique. Elles sont par contre très rarement une cause de décès. Les maladies de l'appareil musculo-squelettique peuvent réduire considérablement la qualité de vie des personnes qui en souffrent. Elles sont à l'origine de coûts socio-économiques importants et constituent le motif le plus fréquent d'hospitalisation.

Douleurs au dos, aux membres et aux articulations

Les douleurs au dos, aux membres ou aux articulations peuvent être des symptômes de maladies musculo-squelettiques. En 2012, 33% de la population de 15 ans et plus vivant en ménage déclaraient souffrir un peu de maux de dos et aux reins (sans fièvre), et 7% beaucoup. La fréquence de ces douleurs augmente avec l'âge. La part des personnes avec un niveau de formation correspondant à la scolarité obligatoire souffrant beaucoup de telles douleurs est deux fois plus importante que celle parmi les personnes avec une formation universitaire (12% contre 5%). Ces douleurs peuvent aussi être associées à des facteurs socioéconomiques et des problèmes psychosociaux (stress, etc.).

Les douleurs à la nuque, aux épaules ou aux bras sont un peu moins fréquentes: 29% de la population en souffrent un peu et 7% beaucoup. Deux fois sur cinq, les personnes concernées attribuent ces douleurs à leur travail. La proportion est semblable pour les maux de dos.

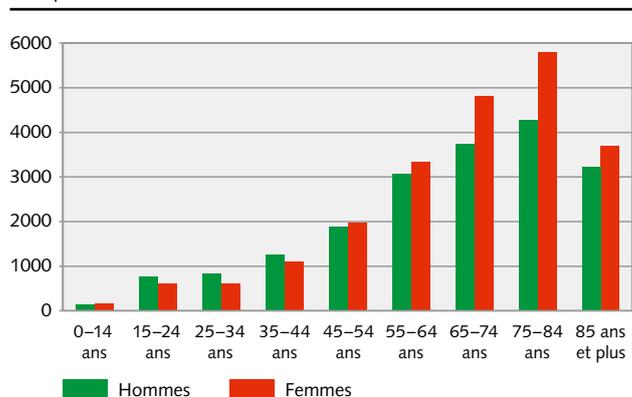
Ostéoporose

L'ostéoporose est une maladie générale du squelette, caractérisée par une diminution de la masse osseuse et une baisse des qualités de l'os augmentant le risque de fracture. Les femmes en post-ménopause sont les plus exposées. En 2012, 7% des femmes de 40 ans et plus et 2% des hommes de 50 ans et plus avaient pris des médicaments contre l'ostéoporose. Le recours à ce traitement croît fortement avec l'âge. La mesure de la densité osseuse permet de dépister l'ostéoporose. En 2012, 31% des femmes de 40 ans et plus et 11% des hommes de 50 ans et plus avaient fait cet examen au moins une fois au cours de leur vie. La fréquence de ce contrôle augmente fortement avec l'âge chez les femmes et elle est la plus élevée entre 65 et 74 ans (51%).

Hospitalisations

En 2012, 149'797 personnes (dont 45% d'hommes) ont été hospitalisées pour des atteintes à l'appareil musculo-squelettique. 56% d'entre elles ont été hospitalisées pour des arthropathies et 22% pour des dorsopathies. Le taux d'hospitalisation pour les maladies musculo-squelettiques a augmenté depuis 2002 (+23% pour les hommes, +28% pour les femmes). Jusqu'à 44 ans, les hommes sont un peu plus souvent hospitalisés que les femmes (G 4.38). La tendance s'inverse à partir de cet âge et l'écart croît jusqu'à 84 ans. A partir de 85 ans, les hospitalisations ayant pour motif principal le traitement de ces affections sont moins fréquentes.

Personnes hospitalisées pour maladies de l'appareil musculo-squelettique, 2010–2012
Taux pour 100'000 habitants **G 4.38**



Source: OFS – MS

© OFS 2014

84'119 personnes ont été hospitalisées pour une arthropathie en 2012. Les arthropathies sont des maladies des articulations des membres. Les plus fréquentes sont les arthroses (maladies dégénératives des articulations) et les arthrites (inflammation des articulations). Le taux d'hospitalisation augmente fortement avec l'âge, dès 45 ans. Entre 2002 et 2012, le taux d'hospitalisation pour arthropathies a augmenté d'un tiers, ce qui est imputable en grande partie à l'hospitalisation croissante de personnes de 55 ans et plus.

32'641 personnes ont été admises à l'hôpital en 2012 en raison d'une maladie du dos. Les dorsopathies sont des maladies qui touchent le dos et la colonne vertébrale, comme les hernies discales, les malformations de la colonne et les inflammations des disques. C'est à partir de 65 ans que les femmes sont plus fréquemment hospitalisées pour dorsopathies que les hommes. Le taux d'hospitalisation pour dorsopathies est resté globalement stable entre 2002 et 2012 chez les hommes; chez les femmes il a augmenté de 9%.

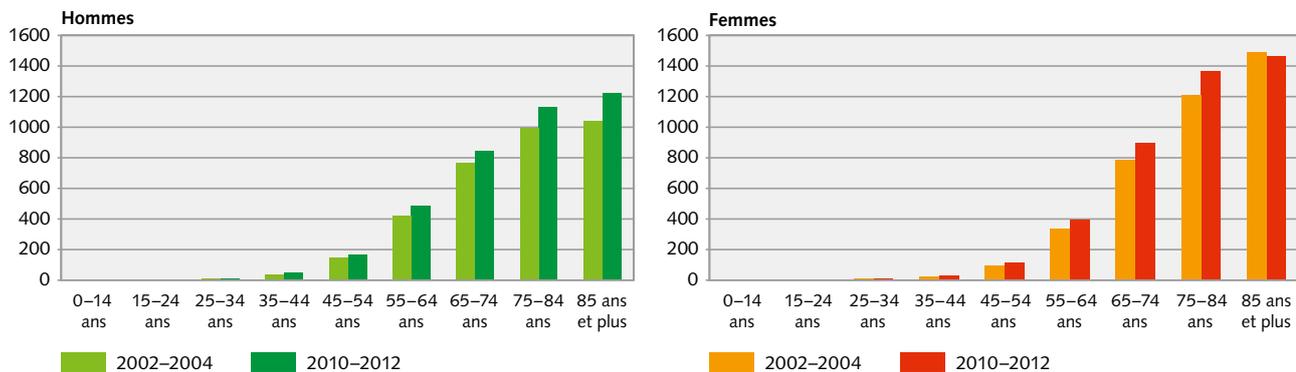
Prothèses

Les troubles de l'appareil musculo-squelettique nécessitent parfois de remplacer certaines articulations par des prothèses artificielles. Les poses de prothèse de la hanche, qui peuvent notamment faire suite à une fracture du col du fémur, sont les plus nombreuses (21'395 en 2012, +40% par rapport à 2002). Elles concernent davantage les femmes (55%) (G 4.39). Le taux d'hospitalisation pour prothèse de la hanche continue à croître jusqu'à la classe d'âge la plus élevée, contrairement à ce qui se passe pour la prothèse du genou. Les poses de cette dernière sont moins nombreuses (16'462 en 2012), mais elles ont plus que doublé depuis 2002 (7646). Les femmes représentent 60% des personnes ayant bénéficié de ce traitement, cette part est cependant en diminution régulière depuis 2002 (67%). C'est entre 65 et 84 ans que la pose de prothèses de genou est la plus fréquente (G 4.40).

Personnes hospitalisées pour pose de prothèse de la hanche

Taux pour 100'000 habitants

G 4.39



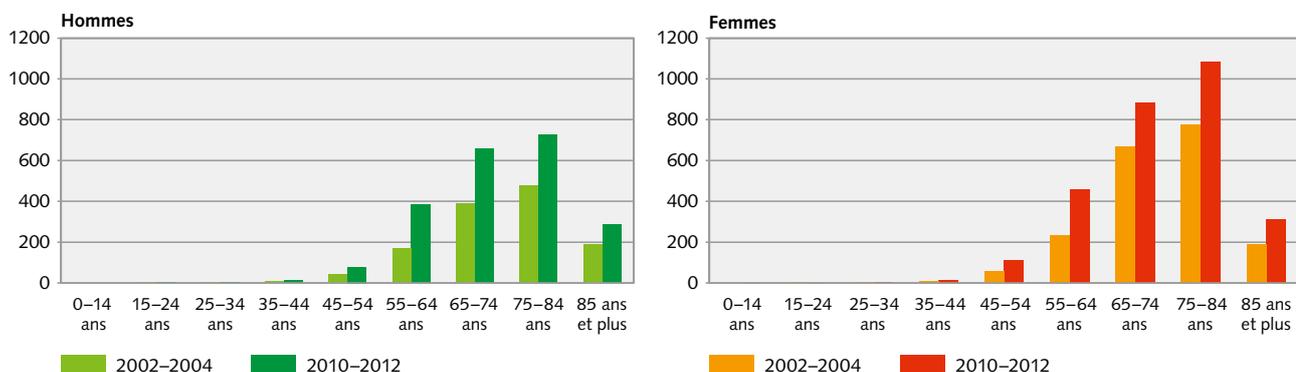
Source: OFS - MS

© OFS 2014

Personnes hospitalisées pour pose de prothèse du genou

Taux pour 100'000 habitants

G 4.40



Source: OFS - MS

© OFS 2014

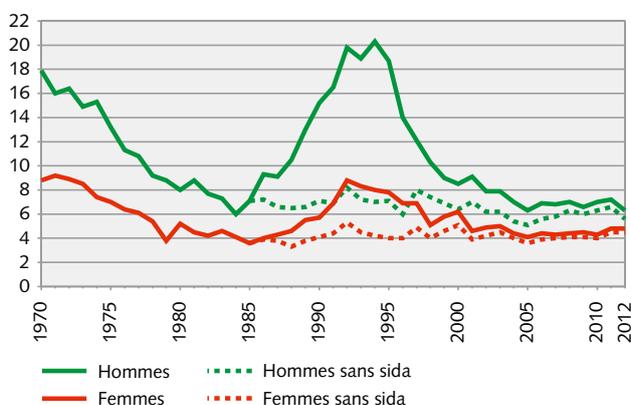
4.2.5 Maladies infectieuses et de l'appareil respiratoire

Les maladies infectieuses sont provoquées par la transmission d'un microorganisme tel que virus, bactérie, parasite ou champignon. Elles se distinguent selon le type de réservoir de l'agent infectieux (homme, animal, autre élément) et la voie de transmission (aérienne, alimentaire, sanguine, rapports sexuels). Des infections peuvent être une cause importante de maladies aiguës de l'appareil respiratoire, comme la grippe ou la pneumonie. Par contre, les maladies chroniques de l'appareil respiratoire, comme la bronchite chronique obstructive ou l'asthme, sont associées à d'autres facteurs: tabagisme, pollution atmosphérique, polluants industriels ou agents allergènes, par exemple.

Maladies infectieuses

Au début du XX^e siècle, environ un décès sur cinq en Suisse était dû aux maladies infectieuses (dont la tuberculose, pour près des trois quarts). L'amélioration générale de l'hygiène publique et personnelle, les meilleures conditions de vie, de logement et d'alimentation, les vaccins, de nouveaux médicaments comme les antibiotiques ont permis de réduire massivement l'impact de ces maladies sur la santé de la population et sur la mortalité (1% des décès dans les années 2000). Le taux de décès standardisé pour maladies infectieuses a ainsi baissé jusqu'en 1984 (G 4.41). Puis, sous l'impact de l'épidémie de sida, il est reparti à la hausse et a atteint un maximum entre 1992 et 1994. Sans les décès provoqués par le sida, il serait resté stable depuis le début des années 80. L'éclatement de l'épidémie de sida a montré que les maladies infectieuses sont loin de pouvoir être

Taux de mortalité pour maladies infectieuses
Taux standardisé pour 100'000 habitants **G 4.41**



Source: OFS – CD

© OFS 2014

considérées comme vaincues. Elles continuent ainsi à faire l'objet d'une surveillance particulière (déclaration obligatoire des médecins ou des laboratoires).

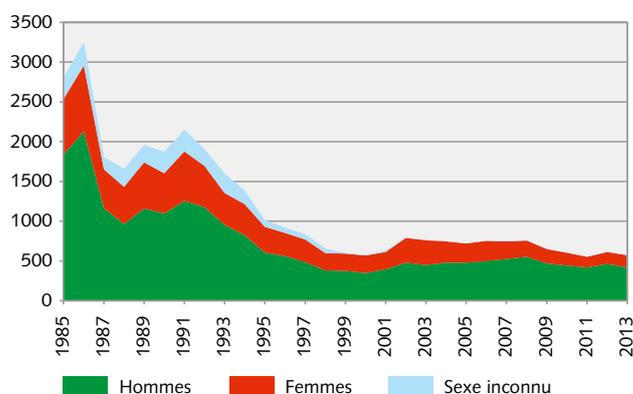
La tuberculose devient plus rare: depuis les années 1980, le nombre de nouveaux cas a été divisé par deux environ. Cependant, elle reste une maladie à déclaration obligatoire importante et le nombre de nouveaux cas ne diminue plus depuis 2005, oscillant entre 475 (2007) et 580 (2011). Sept nouveaux cas sur dix se présentent chez des personnes d'origine étrangère et le nombre d'infections est à la hausse dans cette population.

Les nouveaux cas d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) se sont élevés à 575 en 2013, en baisse de 8% par rapport à l'année précédente (G 4.42). Le nombre de nouvelles infections au VIH a fortement reculé au cours des années 1990, de plus de 2000 à moins de 600 en 1999. Il est ensuite remonté pour se stabiliser entre 700 et 800 nouveaux cas par an jusqu'en 2008, avant de diminuer à nouveau. 27% des diagnostics déclarés en 2013 concernent des femmes et 39% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les traitements antirétroviraux ont permis à partir de 1995 de fortement endiguer la progression du sida parmi les personnes infectées au VIH et le nombre de nouveaux cas de sida est inférieur à 200 depuis 2005 (contre 721 en 1992, au sommet de l'épidémie). Les traitements antirétroviraux ont également contribué au recul des décès provoqués par le sida. En 2012, cette maladie a provoqué la mort de 45 personnes, dont deux tiers d'hommes.

Infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Déclarations de laboratoire

G 4.42



Source: OFSP – Système de déclaration des maladies infectieuses à déclaration obligatoire

© OFS 2014

Maladies de l'appareil respiratoire

La pneumonie et la bronchite chronique obstructive sont les deux maladies de l'appareil respiratoire à l'origine du plus grand nombre de décès (1283 et 1848 respectivement en 2012). La gravité de la pneumonie est plus prononcée lorsque la maladie touche des enfants très jeunes ou des personnes âgées. Le taux de décès pour la pneumonie, plus élevé chez les hommes, a reculé depuis 1995 (G 4.43). 81% des personnes décédées de cette maladie en 2010 avaient 80 ans et plus. La bronchite chronique obstructive se caractérise par une obstruction lente de voies respiratoires et des poumons, le tabac étant le facteur de risque essentiel de cette maladie. Le taux standardisé de décès chez les hommes est le double de celui chez les femmes. Il a cependant reculé de deux cinquièmes entre la fin des années 90 et 2010. Au contraire, le taux de décès chez les femmes est en légère hausse depuis le milieu des années 2000.

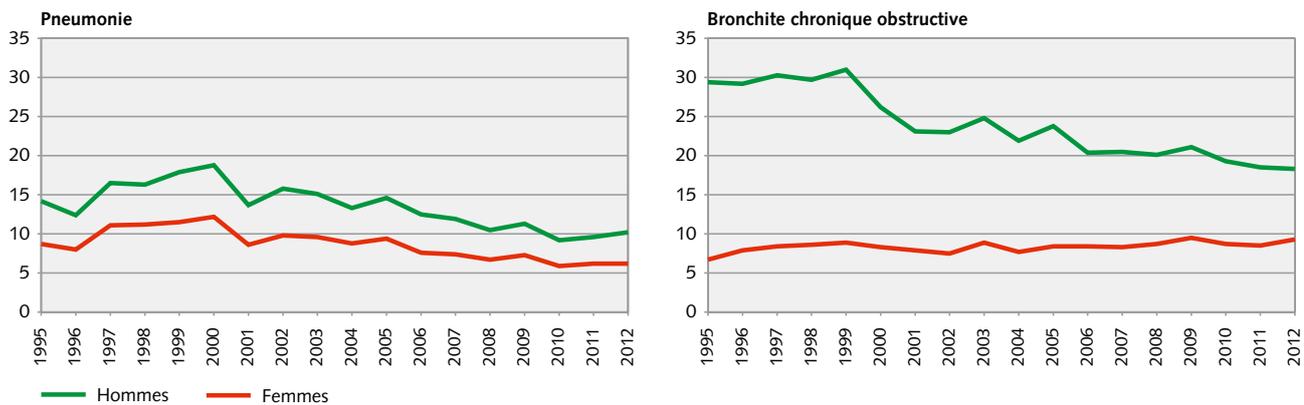
Ces évolutions différentes sont à associer avec le fait que les hommes fument davantage que les femmes, mais que la part des fumeurs a continué à croître plus longtemps chez les femmes que chez les hommes (> chapitre 3.5.4).

En 2012, un nombre un peu plus élevé de personnes ont été hospitalisées alors qu'elles souffraient de pneumonie que d'une bronchite chronique obstructive (34'160 contre 30'453, respectivement). La pneumonie est dans la moitié des cas le motif d'hospitalisation (diagnostic principal), alors que la bronchite chronique obstructive figure trois fois sur quatre parmi les diagnostics secondaires accompagnant une hospitalisation pour d'autres motifs. Le taux d'hospitalisation pour la pneumonie et celui pour la bronchite chronique obstructive augmentent fortement avec l'âge dès 55 ans (G 4.44). Près de six personnes sur dix hospitalisées avec ces maladies sont des hommes; cette part est stable depuis 2002 pour la pneumonie (56%) et en lent recul pour la bronchite chronique obstructive (de 64% à 59%).

Taux de mortalité pour pneumonie ou bronchite chronique obstructive

Taux standardisé pour 100'000 habitants

G 4.43



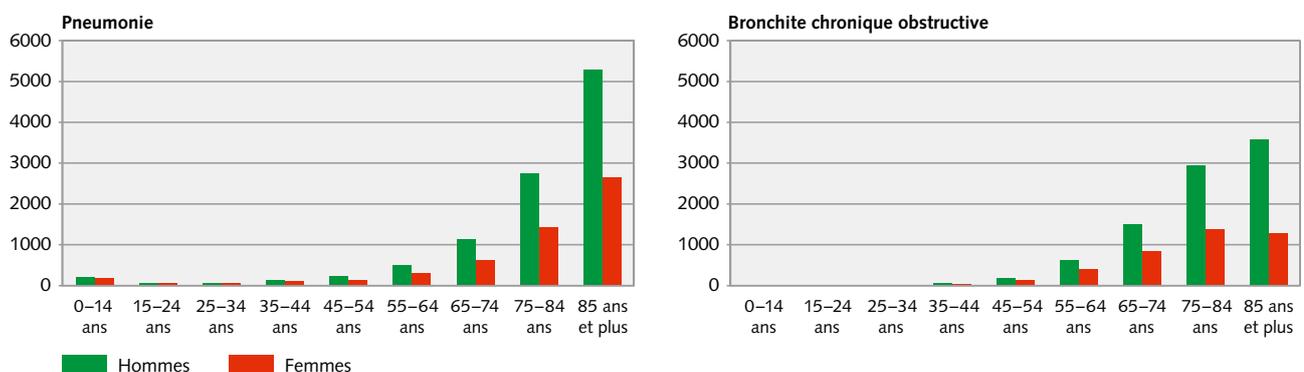
Source: OFS – CD

© OFS 2014

Personnes hospitalisées avec une pneumonie ou une bronchite chronique obstructive, 2010–2012

Taux pour 100'000 habitants, diagnostics principaux et secondaires

G 4.44



Source: OFS – MS

© OFS 2014

4.3 Santé psychique

La santé psychique d'une personne se manifeste au travers de son bien-être émotionnel, de son estime de soi, de sa satisfaction, de ses performances, ainsi que de sa capacité à prendre part à la vie sociale et à cultiver des liens sociaux satisfaisants. Elle résulte de la capacité à mobiliser des ressources internes et externes pour faire face aux multiples exigences et difficultés rencontrées quotidiennement et au cours de la vie. A l'inverse, des problèmes psychiques peuvent apparaître en cas de troubles cognitifs, affectifs ou comportementaux ou de difficultés à établir des relations saines avec ses semblables. Ces problèmes peuvent à leur tour engendrer souffrance personnelle et maladies physiques, altérer la capacité de travailler voire pousser une personne à se réfugier dans la consommation de substances psychoactives ou à se couper du monde.

Bien-être psychique

La grande majorité de la population déclarait en 2012 ressentir bien plus souvent des émotions positives que négatives. La plupart des personnes interrogées indiquaient s'être senties tout le temps ou la plupart du temps «calmes et paisibles» ou «heureuses» au cours des quatre semaines précédant l'entretien (G 4.45). Les résultats sont les mêmes pour les hommes et pour les femmes. Les personnes diplômées du degré tertiaire sont plus souvent paisibles (83%) que celles sans formation postobligatoire (71%). La part des personnes qui se déclarent paisibles augmente également avec l'âge,

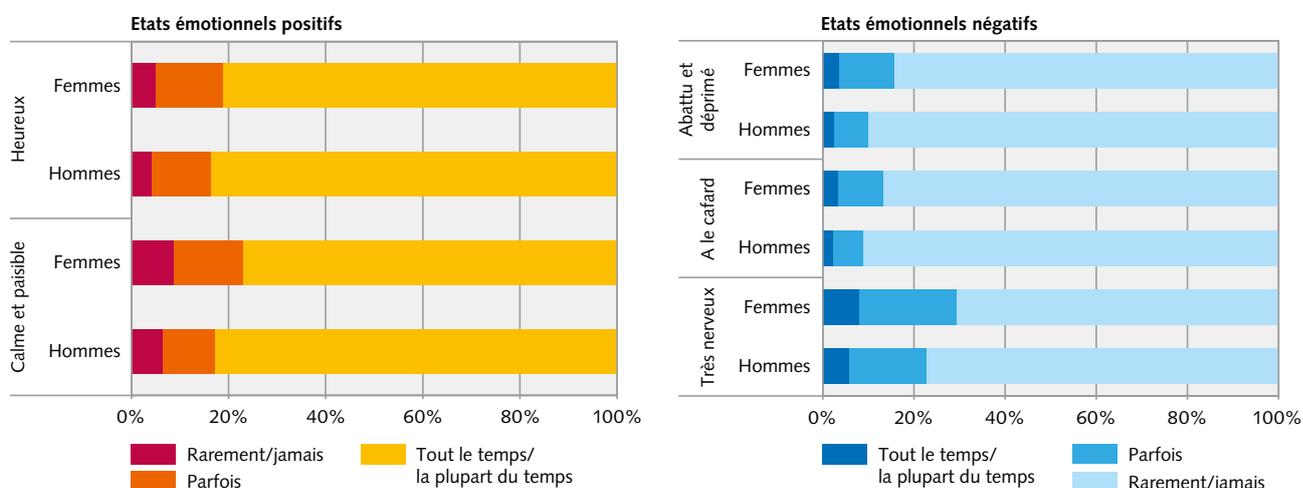
passant de 79% chez les 15 à 24 ans à 85% chez les 75 ans et plus. Dans toutes les classes d'âge, seule une proportion relativement faible de personnes (moins de 15%) fait part d'émotions négatives comme le fait d'être abattu, déprimé ou d'avoir le cafard. Le sentiment négatif le plus répandu en 2012 était la nervosité, avec 29% des femmes et 23% des hommes déclarant s'être sentis parfois ou la plupart du temps «très nerveux».

Des relations sociales suffisantes et de qualité sont une condition importante du bien-être psychique et de l'absence de maladies psychiques. Le soutien apporté par des proches en qui l'on a confiance aide en effet à surmonter les situations ou événements douloureux. En l'absence de relations sociales satisfaisantes, un sentiment de solitude peut naître et, s'il persiste, affecter négativement l'état de santé. En 2012, 32% de la population s'est sentie parfois seule et environ 5% souvent seule (G 4.46). Dans toutes les classes d'âge, les femmes ressentent plus souvent de la solitude que les hommes (42% contre 30%). La part des personnes souffrant de solitude diminue avec les années, pour repartir à la hausse dès 75 ans, ce qui résulte sans doute de la part croissante de couples dont un des deux conjoints est décédé. Les personnes sans formation postobligatoire sont plus nombreuses à se sentir assez ou très souvent seules (10%) par rapport à celles ayant un diplôme du secondaire II (4%) ou du degré tertiaire (3%). Le sentiment de solitude ne résulte pas forcément de facteurs objectifs. Toutefois, les personnes qui disposent d'au

Etat émotionnel, en 2012

Sur une période de quatre semaines. Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.45



Source: OFS – ESS

© OFS 2014

moins un confident ou d'une confidente ne sont que 4% à ressentir de la solitude, contre 17% pour celles qui n'ont pas de personne de confiance.

Le sentiment de maîtrise désigne la sensation qu'une personne a d'avoir le contrôle sur sa vie et d'en déterminer soi-même le cours. C'est une autre ressource importante qui aide à surmonter les problèmes quotidiens et les crises. Les personnes qui ont l'impression de n'avoir aucune prise sur les événements sont davantage sujettes aux humeurs dépressives. Ainsi, seulement 1% des personnes ayant un fort sentiment de maîtrise déclaraient en 2012 une détresse psychologique élevée, contre 14% de celles avec un sentiment de maîtrise faible. De la même manière, les premières étaient à peine 2% à suivre un traitement contre la dépression prescrit par un médecin, contre 20% pour les secondes.

Les hommes sans formation postobligatoire ont un risque nettement plus élevé que les diplômés universitaires de n'avoir qu'un faible sentiment de maîtrise (33% contre 16%) alors que la différence n'est pas significative chez les femmes (G 4.47). Cela peut s'expliquer par le fait qu'une formation plus élevée permet d'acquérir de meilleures compétences pour orienter sa vie, ainsi que par les marges de manœuvre et les pouvoirs de décision accrus dont bénéficient les personnes exerçant des professions avec des exigences élevées. Alors que les hommes à la retraite se disent moins exposés que les plus jeunes aux influences et aux contraintes extérieures, on ne relève pas de différences significatives selon l'âge dans la part des femmes avec une faible sentiment de maîtrise de leur vie.

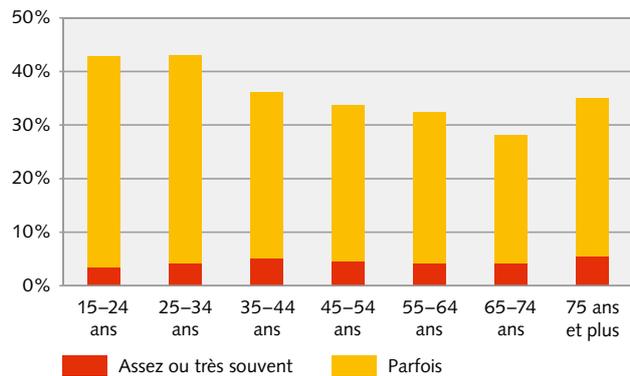
Dépression

La dépression est la maladie psychique la plus fréquente. La charge de morbidité qu'elle occasionne, y compris avec les troubles somatiques qui l'accompagnent, en fait un des principaux problèmes de santé des sociétés développées. Son tableau clinique comprend notamment les symptômes suivants: sentiment d'indifférence (incapacité d'éprouver de la joie ou de l'empathie, absence de réaction aux encouragements d'autrui), perte de motivation, agitation, inhibition de la pensée et troubles du sommeil. En 2012, la situation décrite par près de 6% des hommes et 7% des femmes correspondait à un état de dépression majeure. Le risque de dépression majeure tend à diminuer avec l'âge (G 4.48).

Sentiment de solitude, en 2012

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.46



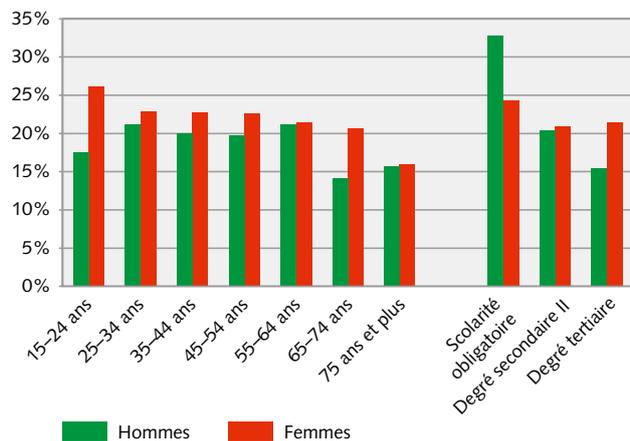
Source: OFS - ESS

© OFS 2014

Sentiment de maîtrise, en 2012

Personnes avec le sentiment de maîtrise le plus faible, selon l'âge et la formation. Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé*

G 4.47



* Pour la formation, population de 25 ans et plus

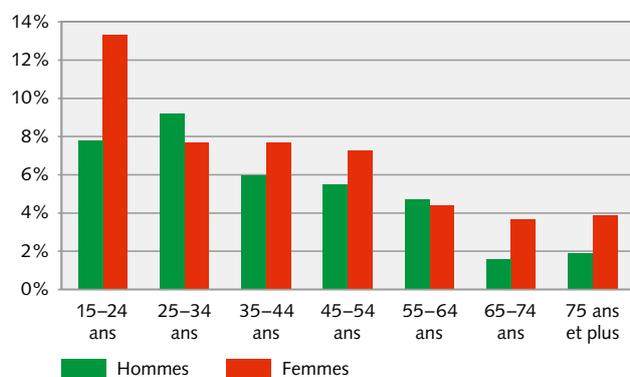
Source: OFS - ESS

© OFS 2014

Dépression majeure, en 2012

Personnes avec une dépression modérée à grave
Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.48



Source: OFS - ESS

© OFS 2014

Traitement de problèmes psychiques

Sur une période d'une année, 5% de la population a reçu un traitement pour des troubles psychiques, les femmes un peu plus souvent que les hommes (7% contre 4%). 30% de ces personnes présentaient les symptômes d'une dépression majeure. Les classes d'âge intermédiaires sont celles qui sollicitent le plus l'aide de professionnels, alors que les personnes de moins de 25 ans et celles de 65 ans et plus y recourent le moins (G 4.49). Les professionnels le plus souvent consultés sont les psychiatres (47%), suivis des psychologues et psychothérapeutes (39%) et les médecins généralistes (16%). Les hommes s'adressent moins souvent que les femmes à des psychologues/psychothérapeutes (34% contre 41%, respectivement).

Hospitalisations

63'462 personnes ont été hospitalisées en 2012 pour des troubles mentaux et du comportement, ce qui correspond à 6% de toutes les personnes hospitalisées. Relativement stable entre 2002 et 2007, le taux d'hospitalisation a ensuite augmenté de 14% chez les hommes et de 9% chez les femmes, pour se situer en 2012 à un peu moins de 800 pour 100'000 habitants. Au cours d'une année, il est relativement fréquent qu'une même personne soit hospitalisée plus d'une fois pour différents troubles mentaux et du comportement.

Les troubles de l'humeur sont la cause la plus fréquente (29%) des hospitalisations pour troubles psychiques et du comportement et, dans 84% des cas, il s'agit d'une grave dépression. C'est la classe d'âge des 45-64 ans qui est la plus touchée: 42% des femmes et 32% des hommes hospitalisés pour des troubles psychiques et du comportement souffrent de tels troubles (G 4.50).

En 2012, 16'965 personnes ont été hospitalisées pour une grave dépression. Le taux d'hospitalisation s'élève à 254 personnes sur 100'000 chez les femmes et à 167 sur 100'000 chez les hommes (G 4.51). En d'autres termes, les hospitalisations pour dépression affectent 1,5 fois plus souvent les femmes que les hommes. Pour les deux sexes, c'est la tranche d'âge des 45-54 ans qui est la plus touchée.

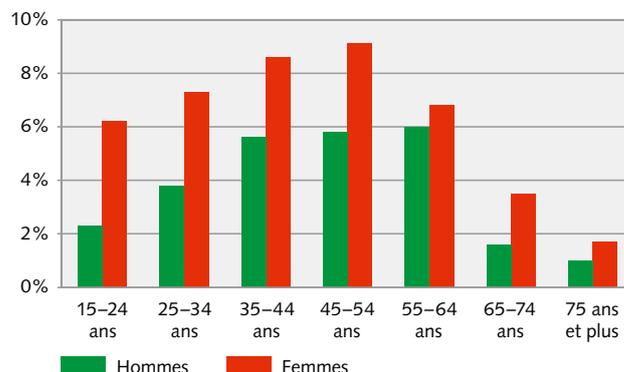
Chez les hommes, la part des troubles liés à la consommation d'alcool parmi les hospitalisations pour troubles mentaux et du comportement est la plus élevée entre 45 et 64 ans et atteint 30% (G 4.50). Pour les troubles liés à la consommation d'autres substances psychoactives (drogues), c'est entre 25 et 44 ans que

Traitement pour problèmes psychiques, en 2012

Sur une période d'une année

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.49



Source: OFS - ESS

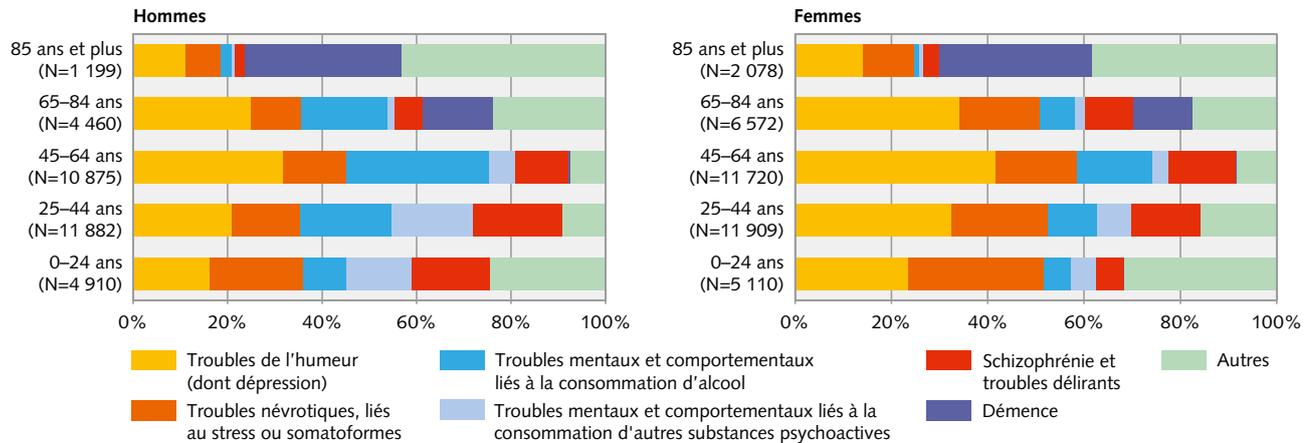
© OFS 2014

cette part est la plus grande (17%). Chez les femmes, ces proportions sont nettement plus faibles (respectivement 16% et 7%). La part des hospitalisations dues à la schizophrénie, à des troubles schizotypiques ou à des troubles délirants s'élève à 13%. Jusqu'à 44 ans, les hommes sont plus souvent hospitalisés que les femmes pour ce genre de troubles. Au-delà de cet âge, les femmes sont majoritaires. La démence concerne avant tout des personnes de 65 ans et plus. Parmi les personnes de 85 ans et plus hospitalisées pour troubles mentaux et du comportement, 32% souffrent de démence.

Personnes hospitalisées pour troubles mentaux et du comportement, en 2012

Principaux diagnostics selon l'âge

G 4.50



Source: OFS – MS

© OFS 2014

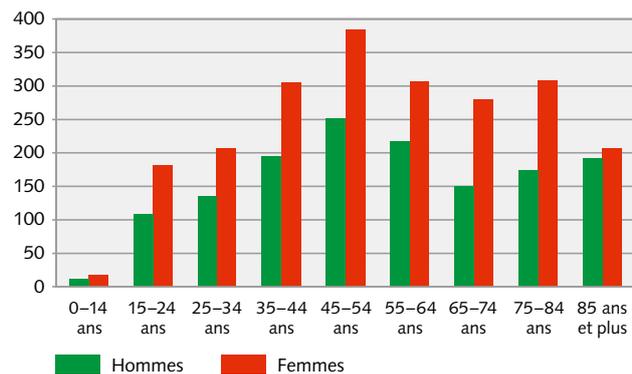
Troubles mentaux et du comportement

- *Troubles de l'humeur (ou troubles affectifs)*: changement de l'affect ou de l'humeur, dans le sens d'une dépression (avec ou sans anxiété) ou d'un état d'exaltation, généralement accompagné d'une modification du niveau global d'activité.
- *Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes*: troubles se traduisant par des sentiments d'anxiété déclenchés par des situations ne présentant pas de danger. Ces situations sont évitées ou endurées avec angoisse. Les troubles peuvent se traduire p. ex. par des palpitations cardiaques ou des sensations de faiblesse, et aboutissent souvent à une peur de mourir, de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou.
- *Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool*: troubles de divers ordres causés par la consommation d'alcool. Exemples de symptômes: intoxication aiguë, syndrome de dépendance ou troubles psychotiques.
- *Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives*: comme ci-dessus, mais avec pour origine des substances psychoactives autres que l'alcool.
- *Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants*: troubles graves de la pensée et de la perception, doublés de troubles de l'humeur ou d'un émoussement affectif. Exemples de symptômes: impression d'entendre ses pensées, voix imaginaires commentant à la troisième personne les faits et gestes du patient, hallucinations, sentiment d'être manipulé ou contrôlé, surinterprétation des événements, etc.
- *Démence*: syndrome dû à une maladie cérébrale, caractérisé par une altération de nombreuses fonctions, comme la mémoire, l'idéation, l'orientation, la compréhension, le jugement, etc., sans que la conscience ne s'en trouve brouillée.

Personnes hospitalisées pour dépression, 2010–2012

Taux pour 100'000 habitants

G 4.51



Source: OFS – MS

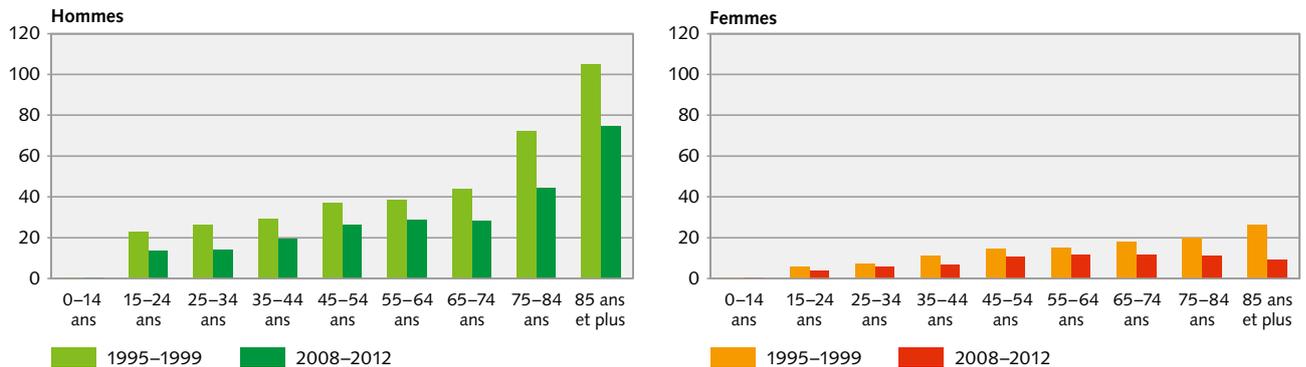
© OFS 2014

Suicide

1037 personnes (752 hommes et 285 femmes) se sont suicidées en 2012 (les cas d'assistance au suicide exclus). Entre 1995 et 2012, le taux standardisé de suicide a baissé de 40%. Le taux de suicide augmente fortement avec l'âge chez les hommes (G 4.52). Chez les femmes, les différences selon l'âge sont moins importantes. Pour la période 2010–2012, une maladie concomitante n'était indiquée que dans 46% des cas de suicides. La dépression était l'affection la plus souvent mentionnée (59% des maladies concomitantes). Parmi les maladies somatiques, les plus fréquentes sont le cancer (6%) et les maladies cardiovasculaires (5%).

Suicide selon l'âge et le sexe (assistance au suicide exclue)

Taux pour 100'000 habitants

G 4.52

Source: OFS – CD

© OFS 2014

4.4 Handicap

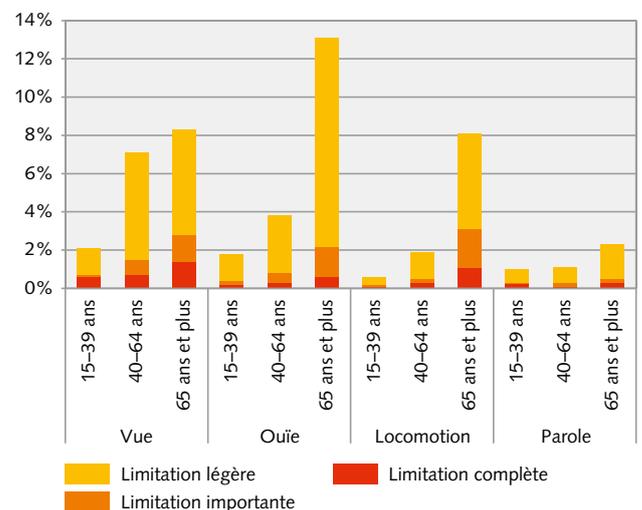
Selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), on parle de handicap lorsqu'un problème de santé affecte les fonctions et structures anatomiques de la personne (déficience), sa capacité à réaliser certaines activités (limitation d'activité) ou ses performances dans son environnement social (restriction de participation). Le handicap n'est donc pas seulement un problème biologique, mais également un problème social, qui survient lorsqu'une personne ne peut pas réaliser les activités élémentaires de la vie humaine ou participer pleinement à la société pour une raison de santé. Le risque de rencontrer un problème de santé handicapant augmente avec l'âge. Le processus naturel de vieillissement réduit le bon fonctionnement de l'organisme de telle sorte que le handicap accompagne très souvent les dernières années de vie (> chapitre 4.7.2).

Limitations fonctionnelles et dans les activités de la vie quotidienne

En 2012, 12% de la population âgée de 15 ans et plus et vivant à domicile souffraient d'au moins une limitation fonctionnelle en matière de vue, d'ouïe, de locomotion ou de parole (> glossaire; les personnes vivant en institution pour personnes handicapées et celles vivant dans des établissements médico-sociaux pour personnes âgées ne sont pas prises en considération). Cette valeur moyenne masque le fait que ce sont surtout les personnes de 65 ans et plus qui souffrent de ces limitations (G 4.53). Celles-ci sont par ailleurs légères dans la majorité des cas.

Limitations fonctionnelles, en 2012

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.53

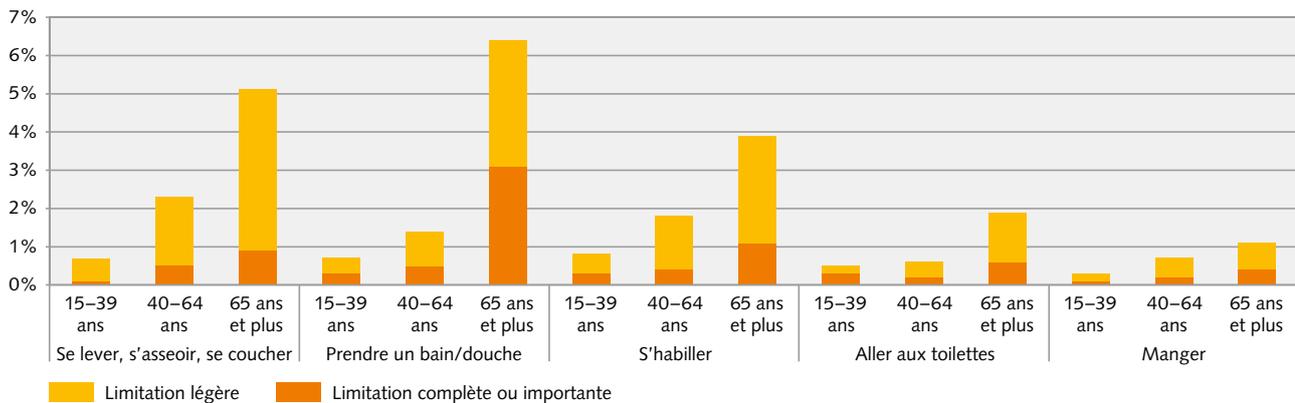
Source: OFS – ESS

© OFS 2014

Femmes et hommes sont confrontés de manière similaire aux limitations fonctionnelles. Depuis 1992, ces dernières ont légèrement augmenté en raison du vieillissement de la population. La vue faisait exception jusqu'en 2007, probablement grâce aux techniques médicales qui parviennent de mieux en mieux à la conserver même à un âge avancé. Néanmoins, en 2012, les limitations visuelles ont progressé pour la première fois depuis 1992 en raison de l'augmentation des personnes de 40 à 64 ans faisant état de difficultés dans ce domaine (7% en 2012 contre 5% en 2007).

Limitations dans les activités de la vie quotidienne, en 2012

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.54

Source: OFS – ESS

© OFS 2014

Les limitations dans les activités de la vie quotidienne (> glossaire), comme prendre un bain ou une douche, se lever ou se coucher, s'habiller, manger et aller aux toilettes, touchent une part nettement plus faible de la population (4%). Dans ce cas également, les personnes âgées de 65 ans et plus sont beaucoup plus concernées (G4.54). Les femmes déclarent un peu plus souvent une ou plusieurs de ces limitations.

Restriction de participation

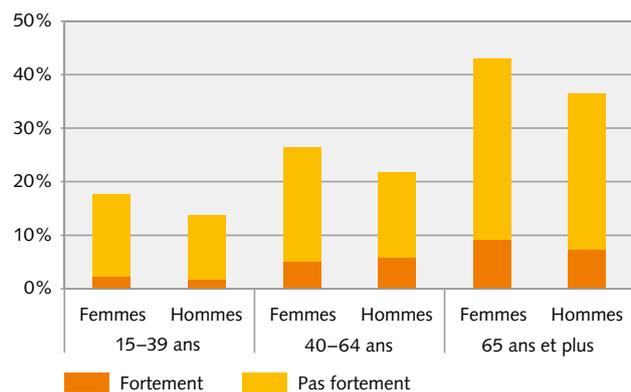
Une personne sur quatre (24%) connaît, en raison d'un problème de santé, des limitations depuis au moins six mois dans les activités de la vie habituelle, comme par exemple préparer à manger, se rendre à son travail ou des activités plus générales comme se former, élever des enfants ou participer à des associations. Ces limitations d'activité restent le plus souvent légères: seuls 5% de la population indiquent être fortement limités. Elles augmentent avec l'âge, en fréquence et en gravité (G 4.55).

Les femmes déclarent plus souvent connaître des limitations d'activité depuis au moins six mois que les hommes (27% contre 21%). La différence concerne essentiellement les limitations légères. Les différences observées peuvent être reliées à des éléments de subjectivité (attention portée aux problèmes de santé et à leurs conséquences) mais aussi à des éléments objectifs: les femmes assument une plus grande variété d'activités que les hommes – professionnelles, familiales, bénévoles, etc. – et ont donc plus de probabilité d'être gênées par un problème de santé dans au moins une activité.

5% des personnes en âge de travailler indiquent être limitées dans le volume de travail qu'elles peuvent effectuer (temps partiel ou inactivité pour raison de santé).

Limitations d'activité depuis au moins 6 mois, en 2012

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé limitée en raison d'un problème de santé

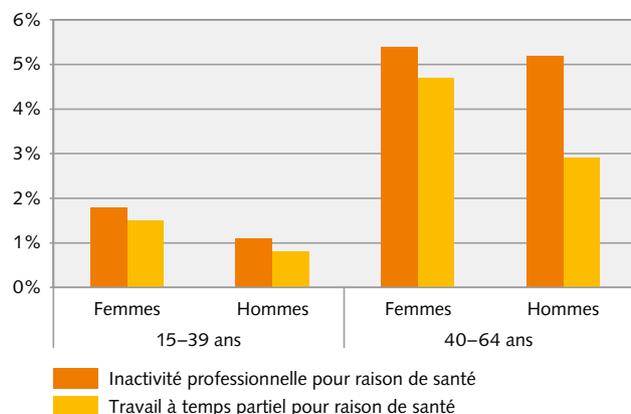
G 4.55

Source: OFS – ESS

© OFS 2014

Limitations dans l'activité professionnelle, en 2012

Population de 15 à 64 ans vivant en ménage privé

G 4.56

Source: OFS – ESS

© OFS 2014

Cette proportion augmente avec l'âge: la part de personnes limitées dans leur volume de travail est multipliée par quatre après 40 ans (G 4.56).

Les femmes indiquent plus souvent que les hommes travailler à temps partiel pour raison de santé. Ceci est cohérent avec les différences d'investissement des hommes et des femmes dans les sphères professionnelle et familiale: les femmes recourent facilement au temps partiel comme forme courante et valorisée d'investissement professionnel féminin. Des données de 2007, qui ne sont plus disponibles en 2012, indiquaient par ailleurs que les hommes sont plus nombreux que les femmes à changer de profession pour des raisons de santé.

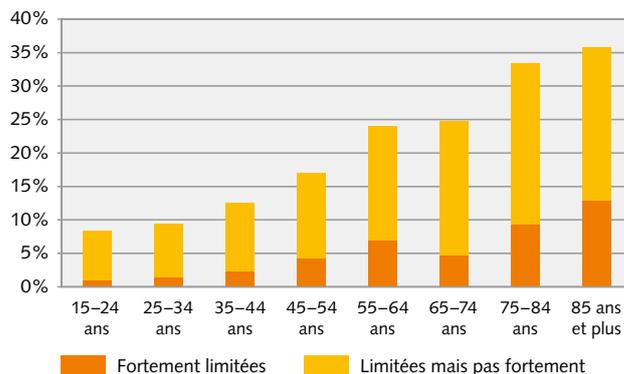
Personnes handicapées

17% de la population de 15 ans et plus vivant à domicile peuvent être considérées comme handicapées au sens de la loi sur l'égalité pour les personnes handicapées (LHAND), soit environ 1'193'000 personnes (G 4.57). L'influence de l'âge et du sexe est similaire à celle observée pour les limitations d'activité depuis au moins six mois, qui sont partie intégrante de la définition du handicap. Par ailleurs, les institutions pour personnes handicapées ont pris en charge 42'014 clients durant l'année 2012 (dont certains correspondent à une seule et même personne), soit 0,5% de la population. Ces clients peuvent être considérés comme des personnes avec un handicap sévère. La moitié environ réside durablement dans ces institutions.

Personnes handicapées, en 2012

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.57



Source: OFS – ESS

© OFS 2014

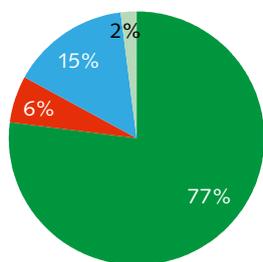
Type de handicap

Plus de trois personnes sur quatre parmi les personnes handicapées vivant à domicile indiquent que le problème de santé qui les limite dans leurs activités a une cause physique (G 4.58). Les problèmes ayant une cause psychique, mixte ou autre (catégorie pouvant correspondre aux handicaps sensoriels par exemple) ne concernent donc qu'une minorité. La situation est globalement inverse lorsqu'on considère les personnes en institution pour personnes handicapées: les handicaps physiques ne représentent que 10% alors que la majorité est constituée de handicaps mentaux (55%) et psychiques (20%). Il apparaît donc clairement que la prise en charge institutionnelle reste la règle pour le handicap mental et l'exception pour le handicap physique.

Type de handicap, en 2012

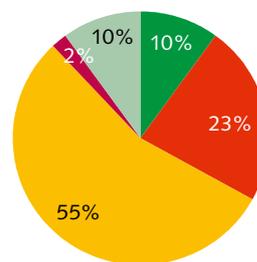
G 4.58

Personnes handicapées à domicile¹:
cause de la limitation d'activité
(N=1'193'000)



■ Cause physique ■ Les deux ensemble
■ Cause psychique ■ Ni l'un, ni l'autre

Personnes en institution²:
handicap selon le dossier médical
(N=42'014)



■ Handicap physique ■ Handicap sensoriel
■ Handicap psychique ■ Autres handicaps (dépendance etc.)
■ Handicap mental

¹ Personnes de 15 ans et plus qui ont un problème de santé durable et se disent limitées (fortement ou faiblement) depuis au moins 6 mois dans les activités de la vie ordinaire
² Clientèle annuelle dans les établissements pour handicapés (une personne peut représenter plusieurs clients), total sans limite d'âge

Source: OFS – ESS, SOMED

© OFS 2014

4.5 Accidents

Les accidents sont une des principales causes de mortalité prématurée ainsi qu'un motif important d'hospitalisation (> chapitre 4.1). Dans la mesure où ils sont potentiellement évitables, ils constituent un enjeu majeur de santé publique et de prévention. Il est habituel de distinguer quatre grandes catégories d'accident, selon les circonstances de leur déroulement: accidents de travail, de circulation routière, de sport et, enfin, dans l'habitat ou durant les loisirs.

Accidents du travail

Près de 269'000 personnes actives professionnellement ont été victimes en 2013 d'un accident professionnel (les accidents non déclarés à l'assurance-accidents ne sont pas répertoriés). C'est près de 12'000 de plus (+ 4%) qu'en 2003 (G 4.59). Durant la même période, le nombre de personnes actives (à plein temps et à temps partiel) a crû de 12%. Cette croissance moins rapide des accidents professionnels que de l'emploi peut s'expliquer à la fois par les modifications structurelles du marché de l'emploi (baisse de l'emploi dans le secteur secondaire, où le risque d'accident est plus élevé, et hausse de l'emploi dans les services) et par les effets des politiques de prévention.

Les hommes ont été en 2013 plus de trois fois plus nombreux à être victimes d'accidents professionnels que les femmes (204'292 contre 64'630). Le taux d'activité plus élevé des hommes et leur présence dominante dans les branches où le risque d'accident professionnel est le

plus élevé, comme la construction, expliquent une partie de cette différence. Depuis 2003, le nombre d'accidents professionnels dont ont été victimes des femmes a augmenté de 20%, alors que, pendant le même temps, l'emploi des femmes progressait de 15%.

La statistique des causes de décès ne permet pas d'isoler les décès provoqués par un accident professionnel. En 2012, les assurances accidents ont reconnu 88 décès comme ayant été provoqués par un accident professionnel (auxquels s'ajoutent 121 décès provoqués par une maladie professionnelle reconnue).

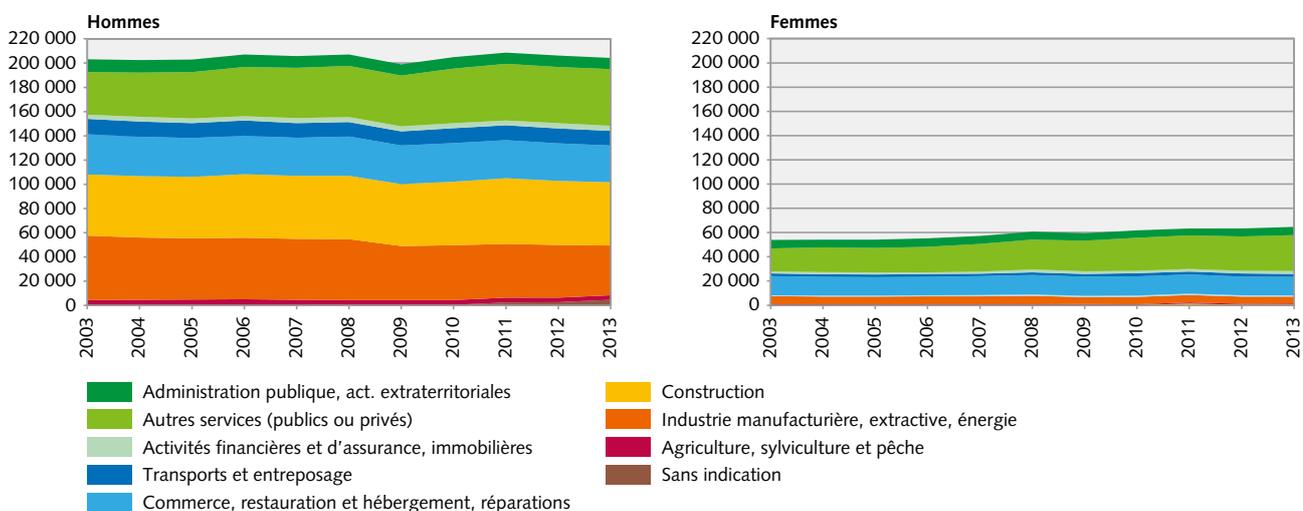
Accidents de la circulation routière

17'473 accidents de la route ayant occasionné des dommages corporels ont été enregistrés par la police en 2013. Ils ont causé le décès de 269 personnes; 4129 autres personnes ont été grièvement blessées et 17'250 légèrement. Les estimations tenant compte de l'ensemble des accidents de la route (enregistrés ou non par la police) évaluent le nombre de blessés à quelque 85'000 en 2011, dont 80% de blessés légers (BPA 2014).

Depuis le début des années 1970, le nombre de tués et de blessés graves de la route n'a cessé de reculer (G 4.60). Cette amélioration continue de la sécurité routière s'explique par la mise en œuvre d'un ensemble de mesures d'ordre juridique, technique et pédagogique, comme les limitations de vitesse, la baisse des valeurs limites pour le taux d'alcoolémie, le port obligatoire des ceintures de sécurité, les améliorations dans les techniques des véhicules, les améliorations du réseau routier ou encore le renforcement des mesures éducatives.

Accidents du travail selon la branche d'activité

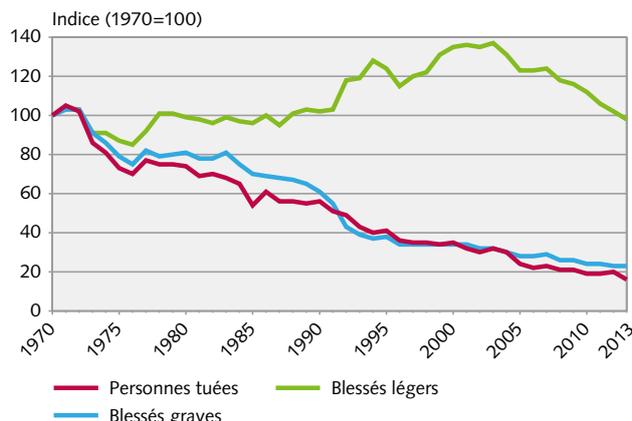
G 4.59



Source: OFS – SSAA

© OFS 2014

Victimes de la circulation routière **G 4.60**



Source: OFS, OFROU – Accidents de la circulation routière © OFS 2014

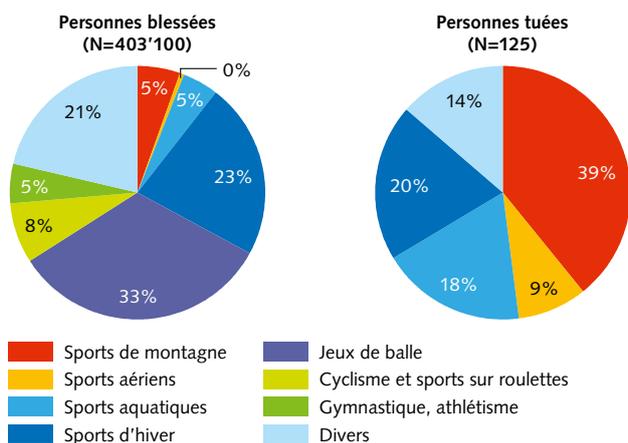
Le risque de décéder d'un accident de la circulation est le plus élevé chez les jeunes adultes et, davantage encore, chez les personnes très âgées. Les hommes ont globalement trois fois plus de risque de décéder d'un accident de la circulation que les femmes. Cette différence est la plus forte entre 20 et 24 ans.

Accidents de sport

Entre 2007 et 2011, quelque 403'100 personnes se sont blessées en moyenne chaque année lors d'accidents de sport. 31% des victimes de ces accidents avaient moins de 17 ans, alors que seuls 5% avaient 65 ans et plus. Les jeux de balle et le football en particulier (103'770 et 67'600 accidents, respectivement) ainsi que les sports d'hiver (56'830) sont les activités sportives lors desquelles se produisent le plus grand nombre de blessures (G 4.61). Les sports de montagne sont ceux qui occasionnent le plus grand nombre de tués: 49 en moyenne annuelle entre 2009 et 2013, sur un total de 125 décès de personnes résidant en Suisse provoqués par des accidents de sport survenus sur le territoire national.

Personnes blessées et tuées par un accident de sport

Blessés: moyenne annuelle entre 2007 et 2011; tués: moyenne annuelle entre 2009 et 2013 **G 4.61**



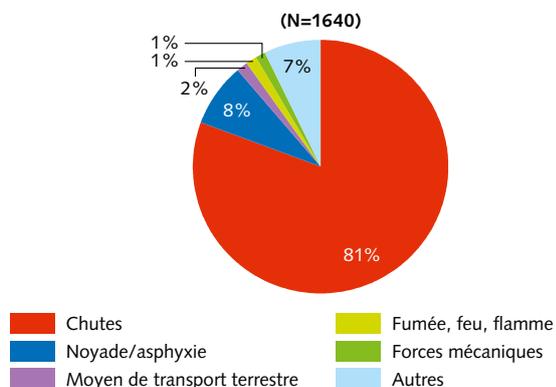
Source: BPA – STATUS © OFS 2014

Accidents dans le cadre de l'habitat ou des loisirs

C'est dans le cadre de l'habitat ou des loisirs que le plus grand nombre de personnes se blessent accidentellement: 554'210 personnes par an en moyenne entre 2007 et 2011. 27% des victimes de ces accidents avaient moins de 17 ans, 21% 65 ans et plus. Les blessures provoquées par des chutes représentent 49% du total. Cette part augmente avec l'âge et atteint 86% chez les personnes âgées de 65 ans et plus (> chapitre 4.7.2 pour les chutes chez les personnes âgées). Les chutes sont également la cause de 81% des décès provoqués par un accident dans l'habitat ou durant les loisirs (1640 au total en moyenne entre 2007 et 2011; G 4.62).

Personnes tuées par un accident dans l'habitat ou durant les loisirs

Moyenne annuelle entre 2007 et 2011 **G 4.62**



Source: BPA – STATUS © OFS 2014

Hospitalisations

126'555 personnes ont été hospitalisées suite à un accident en 2012. A partir de 65 ans, le taux d'hospitalisation est plus élevé chez les femmes et il augmente fortement dès 75 ans (G 4.63). Les chutes y contribuent certainement de manière importante. Jusqu'à 64 ans, c'est le taux d'hospitalisation des hommes qui est le plus haut. Les jeunes hommes de 15 à 24 ans, particulièrement exposés aux accidents de sport et de la circulation routière, se distinguent par un taux d'hospitalisation plus élevé.

4.6 Santé reproductive

La santé reproductive constitue un aspect important de la santé des femmes en âge de procréer. Le bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement ont également un impact considérable sur la santé des nouveau-nés (> chapitre 4.7.1) et sur celle des individus tout au long de leur vie et donc, par conséquent, sur les coûts du système de santé.

Actuellement, les femmes ont en moyenne 1,5 enfant au cours de leur vie. Environ une femme sur cinq n'aura pas d'enfant durant sa vie. Cette proportion croît au fil des générations et augmente avec le niveau de formation. Les femmes retardent également de plus en plus leur maternité. Si, en 1970, un tiers des femmes ayant accouché dans l'année avaient moins de 25 ans, elles sont moins d'une sur dix en 2013. Dans le même temps, la proportion des femmes ayant donné naissance à l'âge de 35 ans et plus a quasiment triplé et elles constituent actuellement 30% des femmes qui accouchent (G 4.64).

En comparaison internationale, la Suisse est le pays d'Europe où l'âge moyen des mères à la naissance de leur premier enfant est le plus élevé (30,6 ans en 2013). Le fait que les femmes choisissent d'avoir des enfants plus tard a bien entendu certains effets comme une baisse de la fertilité et l'augmentation de certains risques comme les grossesses gémellaires spontanées ou les anomalies chromosomiques. En 2012, 2,8% des femmes entre 15 et 49 ans ayant participé à l'enquête suisse sur la santé ont dit être enceintes.

L'immense majorité des accouchements (97%) ont lieu à l'hôpital. Les autres se déroulent dans une maison de naissance, à domicile ou à l'étranger. Deux tiers des accouchements ayant lieu à l'hôpital sont des accouchements vaginaux, dont un sur six avec l'aide d'une ventouse ou de forceps. Un tiers des accouchements ont lieu par césarienne. La proportion de naissances par césarienne dans les hôpitaux de Suisse a augmenté de manière régulière ces dernières années, de 22,7% en 1998 à 33,4% en 2012. Le recours à une césarienne varie considérablement d'une région à l'autre. 19,2% des naissances sont concernées dans le Jura, contre plus du double dans d'autres régions de Suisse (C4.1).

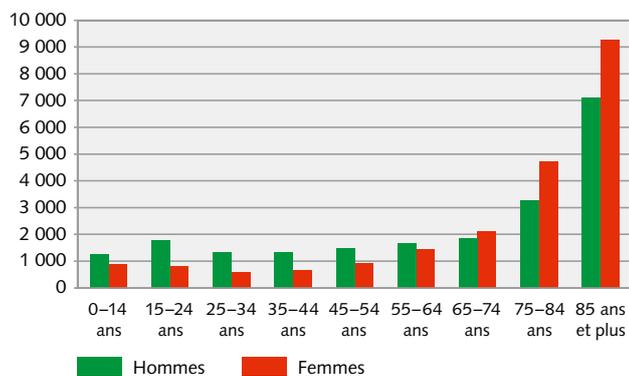
Après avoir régulièrement augmenté entre 2004 et 2010, le nombre de femmes recourant aux méthodes de fécondation extra-utérine de la procréation médicalement assistée (PMA) semble se stabiliser, tout comme le nombre d'enfants nés suite à une telle procédure (G 4.65). En 2012, au moins 2% des enfants sont nés grâce à une PMA.

La contraception est largement utilisée en Suisse. En 2012, 80% des personnes de 15 à 49 ans ayant eu au moins un ou une partenaire dans les 12 derniers mois ont dit qu'eux-mêmes ou leur partenaire utilisait un moyen de contraception. Chez les femmes, la pilule est

Personnes hospitalisées suite à un accident, 2010–2012

Taux pour 100'000 habitants

G 4.63

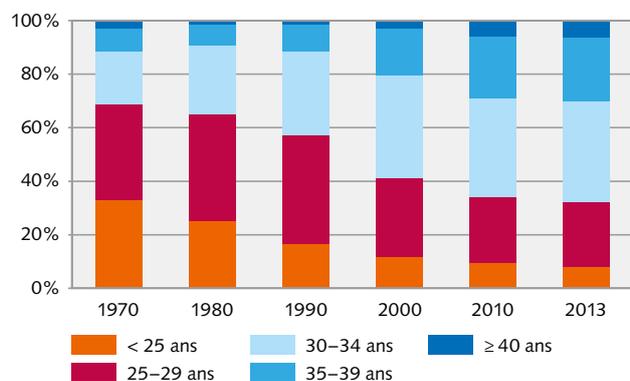


Source: OFS – MS

© OFS 2014

Naissances vivantes selon l'âge de la mère

G 4.64

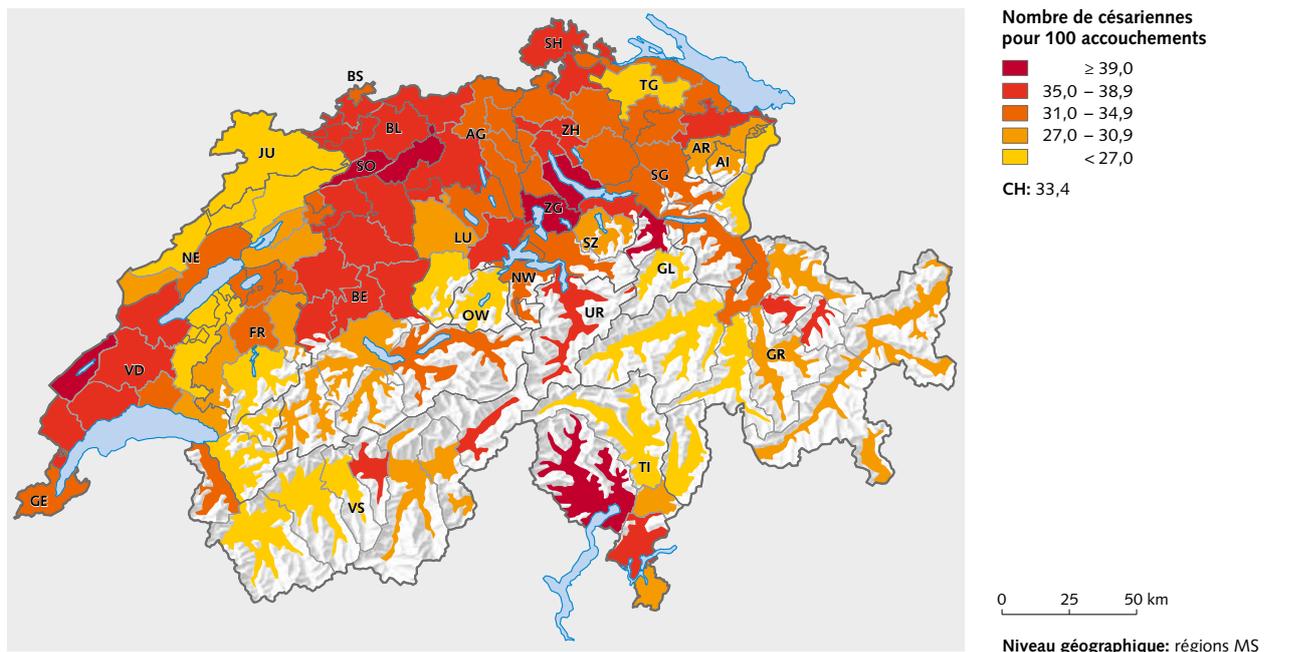


Source: OFS – BEVNAT

© OFS 2014

Taux de césariennes, en 2012

C 4.1

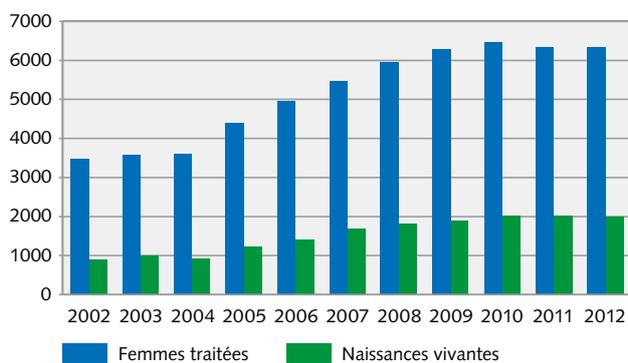


Source: OFS – MS

© OFS, ThemaKart, Neuchâtel 2014

Procréation médicalement assistée¹

G 4.65



¹ Méthodes de fécondation extra-utérine

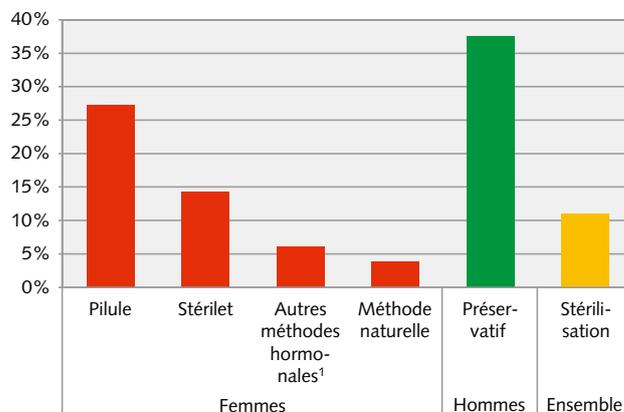
Source: OFS – StatLPMA

© OFS 2014

Recours à la contraception, en 2012

Femmes et hommes sexuellement actifs entre 15 et 49 ans

G 4.66



¹ Anneau, patch, implant ou injection trimestrielle

Source: OFS – ESS

© OFS 2014

le moyen le plus répandu (27% des femmes de 15 à 49 ans sexuellement actives y recourent, dont 8% en combinaison avec le préservatif), suivi par le stérilet (14%). 37% des hommes sexuellement actifs de 15 à 49 ans disent utiliser le préservatif (G 4.66). 11% des personnes des deux sexes ont dit qu'elles ou leur partenaire avaient choisi la stérilisation (ligature ou vasectomie). La stérilisation concerne avant tout des personnes de 35 ans et plus et leurs partenaires.

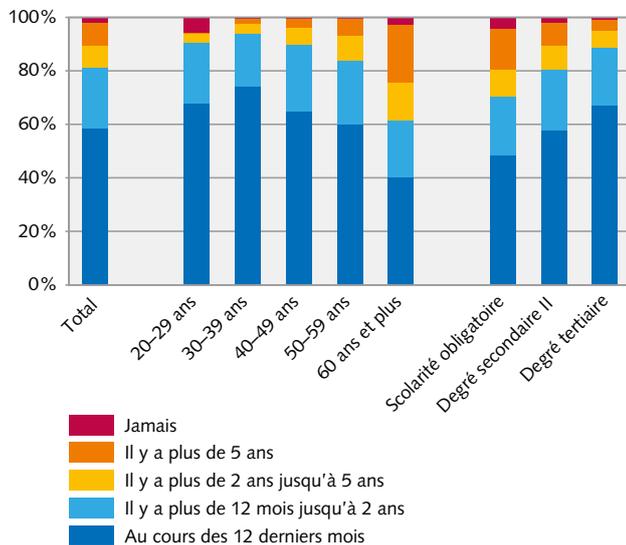
Le recours à l'interruption de grossesse est faible en comparaison internationale. Depuis 2004, on enregistre environ 7 interruptions de grossesse pour 1000 femmes entre 15 et 44 ans. En 2013, ce taux était de 6,4 ‰ pour les femmes résidant en Suisse. Chez les adolescentes de 15 à 19 ans, ce taux est encore plus bas et diminue constamment depuis 2004. Il était de 4,0 ‰ en 2013 chez les adolescentes résidant dans notre pays.

Les contrôles gynécologiques permettent notamment de procéder au frottis (dépistage de stades précurseurs du cancer du col de l'utérus) et de vérifier la santé des organes génitaux. Près de six femmes sur dix ont consulté un ou une gynécologue au cours des douze derniers mois (G4.67). Les femmes de moins de 40 ans sont celles qui consultent le plus, alors que seuls 40% des femmes de 60 ans et plus ont consulté dans les douze derniers mois. On constate aussi que plus une femme a un niveau de formation élevé, plus elle consulte fréquemment. Ces effets de l'âge et de la formation s'observent également pour le recours au frottis.

Consultation gynécologique, en 2012

Femmes de 20 ans ou plus

G 4.67



Source: OFS – ESS

© OFS 2014

4.7 Santé de groupes particuliers

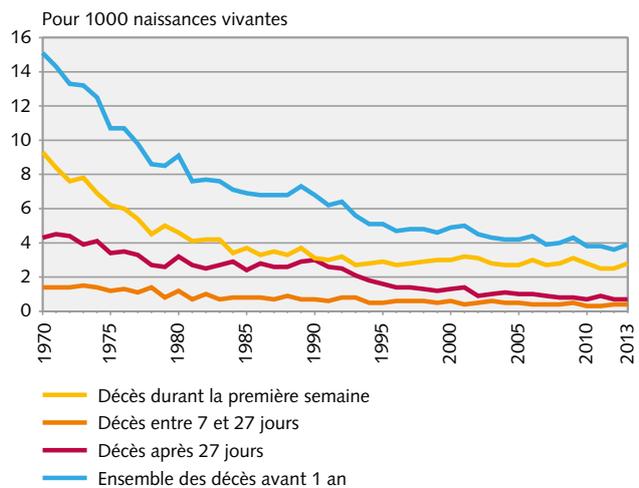
4.7.1 Nouveau-nés

L'état de santé des enfants à la naissance a une influence déterminante sur leurs chances de survie durant les premiers mois de vie ainsi que sur leur santé future. Après avoir fortement diminué durant des décennies, la mortalité infantile s'est stabilisée depuis quelques années entre 4 et 4,5 décès d'enfants de moins de 1 an pour 1000 naissances vivantes (G4.68). Ces décès se concentrent de plus en plus durant les heures et les jours suivant la naissance. Parmi les 320 décès d'enfants de moins de 1 an qui ont été enregistrés en 2013, près de 60% ont eu lieu durant les 24 heures suivant la naissance. Les décès infantiles concernent avant tout des enfants avec un très faible poids de naissance ou nés avec une prématurité importante (les deux étant souvent liés). Les naissances avant 28 semaines représentent ainsi 0,4% des naissances vivantes, mais 50% des cas de mortalité infantile.

En 2013, 7,2% des enfants sont nés prématurément, c'est-à-dire avant 37 semaines de gestation. Une naissance prématurée peut se produire spontanément, en lien avec de nombreux facteurs de risque (hypertension, infection chez la mère, rupture prématurée de la poche des eaux, mère très jeune ou âgée, tabagisme,...). Elle peut également être provoquée pour raison médicale, lorsque la poursuite de la grossesse est plus risquée que la naissance avant terme. La prématurité est

Mortalité infantile

G 4.68



Source: OFS – BEVNAT

© OFS 2014

particulièrement fréquente lors de naissances gémellaires: 54% d'entre elles se produisent en effet avant terme. En comparant la répartition des naissances selon l'âge gestationnel, on remarque que les naissances multiples interviennent en moyenne 3 semaines plus tôt que les naissances simples (G 4.69).

Aujourd'hui, on compte plus de 36 naissances multiples pour 1000 naissances vivantes (soit 18 grossesses sur 1000), ce qui correspond à un doublement depuis 1970. Cette évolution s'explique par l'élévation de l'âge des mères et par le recours plus fréquent à la médecine de la reproduction (> chapitre 4.6).

La proportion de naissances de faible poids est également en augmentation et les naissances de moins de 1000g enregistrées comme vivantes ont presque triplé en trente ans (G 4.70). Les enfants issus de naissances multiples sont plus légers que ceux de naissances simples (2332g contre 3323g en 2013), mais les naissances de très faible poids augmentent aussi bien parmi les naissances simples que parmi les naissances multiples. Les enfants prématurés ont également un poids plus faible que les enfants nés à terme (2264g contre 3367g en 2013). Le poids des nouveau-nés augmente en moyenne d'environ 130g par semaine entre la 22^e et la 32^e semaine de gestation, puis d'environ 230 à 250g par semaine supplémentaire.

Le recours au dépistage prénatal permet de détecter certaines malformations congénitales et anomalies chromosomiques et aboutit, dans certains cas, à une

interruption de grossesse. Cela entraîne une réduction du nombre de malformations congénitales et d'anomalies chromosomiques enregistrées à la naissance (T 4.1). Les malformations congénitales et anomalies chromosomiques sont à l'origine d'environ un tiers des décès d'enfants de moins de 1 an.

T 4.1 Quelques malformations chez les nouveau-nés vivants, en 2012 détectées à la naissance (naissances à l'hôpital ou dans certaines maisons de naissance, nouveau-nés domiciliés en Suisse)

Malformations et anomalies chromosomiques	Nombre de cas	Proportion d'enfants concernés
Malformations congénitales cardiaques	415	1/196
Chez le garçon, méat urinaire sur la face inférieure du pénis (Hypospadias)	182	garçons: 1/231
Méat urinaire sur la face supérieure du pénis ou du clitoris (Epispadias)	36	1/2 259
Fissure de la lèvre supérieure ou absence de soudure de la voûte du palais (Fente labiale et/ou palatine)	105	1/774
Trisomie 21 (Syndrome de Down)	86	1/946
Trisomie 18 ou 13 (Syndrome d'Edwards ou de Patau)	10	1/8 132
Absence de fermeture postérieure de la colonne vertébrale (Spina bifida)	6	1/13 553

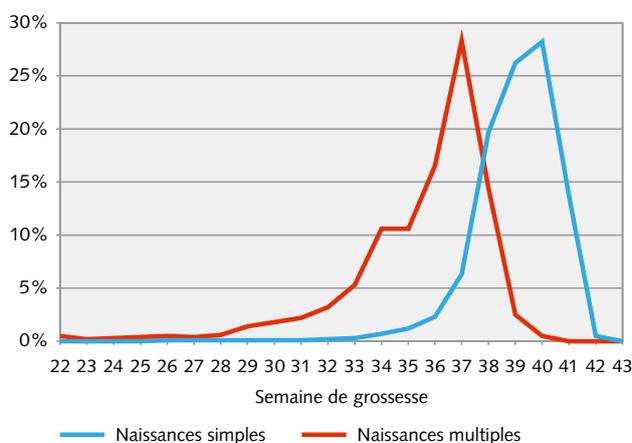
Source: OFS – MS

© OFS, Neuchâtel 2014

Naissances simples et multiples, en 2013

Répartition de chaque type de naissance selon la semaine de grossesse

G 4.69

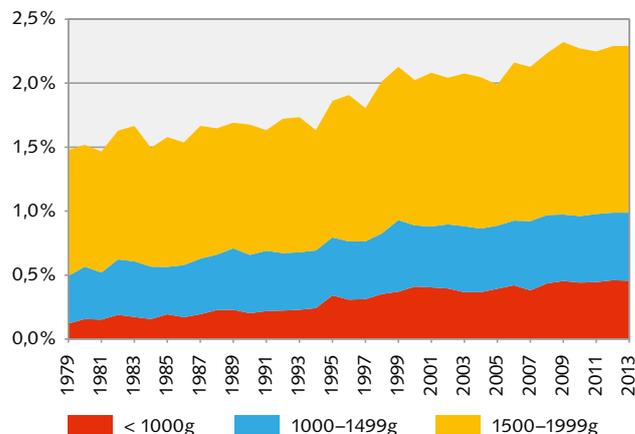


Source: OFS – BEVNAT

© OFS 2014

Naissances vivantes de faible poids

G 4.70



Source: OFS – BEVNAT

© OFS 2014

4.7.2 Personnes âgées

L'espérance de vie augmente depuis des décennies et, en 2012, 17,4% de la population (1,4 million) était âgée de 65 ans et plus. Néanmoins, l'état de santé des personnes âgées reste très hétérogène, non seulement du point de vue de l'âge et du sexe, mais également selon le lieu de vie. En 2012, 8% des personnes de 65 ans et plus (112'155) ont fait un séjour de longue durée dans un établissement médico-social (EMS), c'est-à-dire une maison pour personnes âgées ou un home médicalisé. Avec l'âge, la proportion de résidents en EMS augmente sensiblement (G 4.71). Elle est la même selon le sexe jusqu'à environ 80 ans, puis les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes. Près de trois quarts des personnes vivant en EMS sont des femmes (72%).

Quatre personnes âgées sur dix vivant en ménage privé (les personnes en EMS ne sont pas prises en compte dans ce qui suit) sont restreintes ou fortement limitées depuis au moins six mois dans leurs activités habituelles en raison d'un problème de santé. Ces limitations augmentent avec l'âge: la part des personnes concernées passe de 36% parmi les 65–79 ans à 53% chez les 80 ans et plus.

Les limitations fonctionnelles (affectant la vue, l'ouïe et la locomotion) augmentent également avec l'âge. A partir de 80 ans, la proportion de personnes avec un problème de vue ou d'ouïe double, celle des personnes avec un problème de locomotion fait plus que tripler (G 4.72). 87% des personnes de 65 ans et plus portent des lunettes et 2% ont des problèmes pour lire un livre ou un journal. 15% portent un appareil auditif mais 6% d'entre elles ne peuvent néanmoins pas suivre une

conversation à laquelle participent au moins deux personnes. Les problèmes d'ouïe doublent avec l'âge, passant de 2% chez les 65–79 ans à 4% chez les 80 ans et plus.

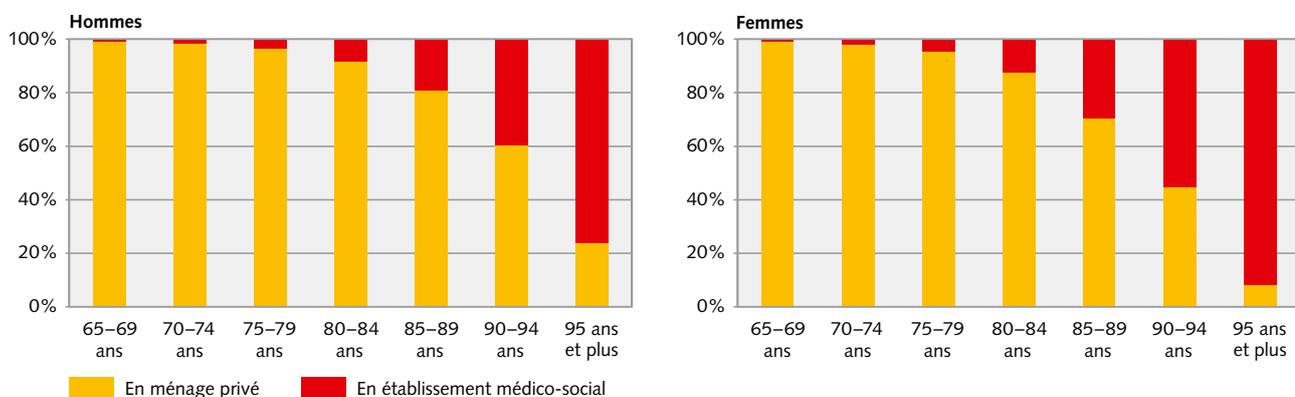
Une personne âgée rencontre des problèmes d'autonomie lorsqu'elle n'est plus capable d'accomplir sans aide une série d'activités, comme préparer les repas, téléphoner, faire des achats, la lessive, des travaux ménagers, les comptes ou utiliser les transports publics. 20% des personnes de 65 ans et plus vivant en ménage privé ont beaucoup de difficulté ou sont incapables d'accomplir au moins une de ces activités. Les personnes de 80 ans et plus sont presque trois fois plus nombreuses à être dans ce cas que celles entre 65 et 79 ans (40% contre 14%). Cette perte d'autonomie s'aggrave encore lorsqu'une personne rencontre des difficultés à accomplir, sans aide extérieure, des gestes élémentaires de la vie quotidienne comme manger, s'habiller, aller aux toilettes, se laver ainsi que se lever, s'asseoir et se coucher. 3% des personnes de 65 ans et plus vivant en ménage privé sont limitées dans au moins l'une de ces activités de la vie quotidienne. Il n'y a pas de différence importante selon le sexe. La part des personnes concernées passe de moins de 2% entre 65 et 79 ans à 8% dans le groupe de 80 ans et plus.

Les chutes constituent une part importante des accidents, particulièrement chez les personnes âgées (> chapitre 4.5). Un quart des personnes âgées de 65 ans et plus vivant en ménage privé sont tombées au moins une fois sur une période d'une année, dont quatre sur dix plusieurs fois (G 4.73). Les femmes sont un peu plus nombreuses que les hommes à avoir chuté (28% contre 22%) et les personnes de 80 ans et plus chutent davantage que les 65–79 ans (30% contre 23%).

Lieu de vie selon l'âge, en 2012

Population de 65 ans et plus

G 4.71



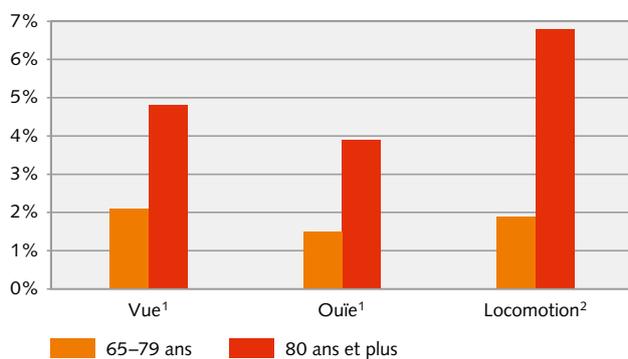
Source: OFS – SOMED, STATPOP

© OFS 2014

Limitations fonctionnelles parmi les personnes âgées, en 2012

Population de 65 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.72



¹ Limitation importante ou complète

² Ne peut pas marcher seule, ou seulement quelques pas

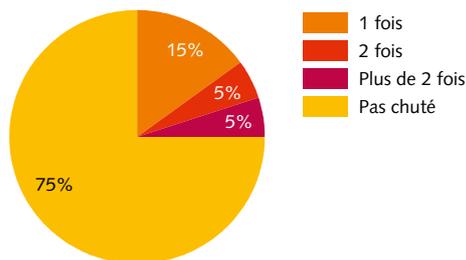
Source: OFS – ESS

© OFS 2014

Chutes, en 2012

Sur une période d'une année. Population de 65 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.73



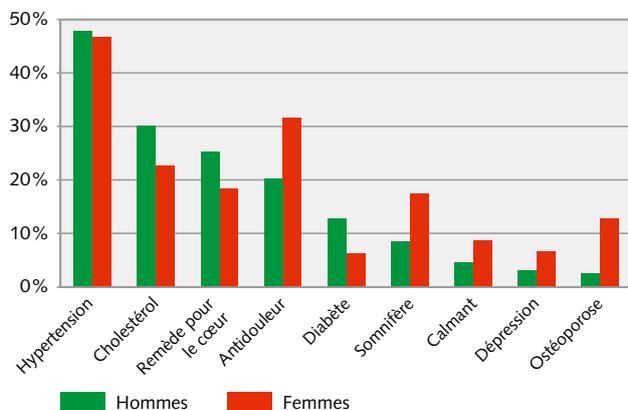
Source: OFS – ESS

© OFS 2014

Consommation de médicaments, en 2012

Population de 65 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.74



Source: OFS – ESS

© OFS 2014

78% des personnes âgées consomment au moins un médicament par semaine, les hommes dans la même proportion que les femmes. Cette part est de 75% chez les personnes de 65–79 ans et passe à 87% chez les 80 ans et plus. Près de la moitié des aînés prennent des médicaments contre l'hypertension (47%) et un quart des antidouleurs (27%) ou des médicaments contre le cholestérol (26%). La consommation de médicament diffère selon le sexe (G 4.74). Les hommes sont plus nombreux que les femmes à prendre des médicaments contre le cholestérol, pour le cœur et contre le diabète, tandis que les femmes prennent davantage d'antidouleurs, de somnifères et de médicaments contre l'ostéoporose. Parmi une liste de neuf médicaments, les personnes âgées consomment en moyenne 1,6 médicament par semaine. Cette moyenne augmente avec l'âge.

4.7.3 Migrants

En 2012, la population issue de la migration, c'est-à-dire les personnes ayant immigré et celles dont les parents ont immigré (membres de la 2^e génération), représentait 34,7% de la population résidente permanente de 15 ans et plus, dont deux tiers de nationalité étrangère et un tiers ayant acquis la nationalité suisse. Il est important de savoir si cette population est confrontée à des problèmes particuliers en termes de santé ou de recours aux soins. La population issue de la migration est très hétérogène, notamment en termes de structure par âge, de conditions de vie dans le pays d'origine, de culture, de durée de séjour en Suisse et de statut, de niveau de formation et de profession exercée, de revenus ou d'expérience éventuelle de discriminations en Suisse. Ces différences portent sur des caractéristiques qui sont de puissants déterminants de la santé. Les données présentées ici se réfèrent aux personnes de nationalité étrangère qui ont une autorisation d'établissement en Suisse. Pour une meilleure lisibilité, les pays d'origine ont été regroupés en 4 régions (> glossaire). Les personnes ne maîtrisant pas suffisamment bien une des langues nationales ou ayant un autre statut de séjour n'ont pas pu être interrogées. Les résultats ne peuvent donc pas être généralisés à l'ensemble de la population migrante, en particulier aux personnes avec les statuts les plus précaires (requérants d'asile, personnes sans papiers).

Etat de santé

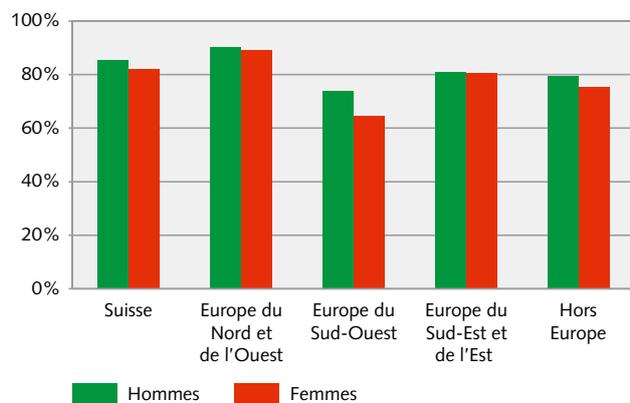
Les personnes de nationalité étrangère, à l'exception de celles originaires d'Europe du Nord et de l'Ouest, déclarent moins souvent que les Suissesses et les Suisses que leur santé est bonne ou très bonne (G 4.75). Dans la catégorie d'âge la plus jeune (les moins de 40 ans), les différences sont encore peu marquées. Elles augmentent avec l'âge, en particulier chez les personnes d'Europe du Sud-Ouest. L'évaluation de l'état de santé est toutefois influencée par les systèmes de valeurs culturels, ce qui rend plus difficile l'interprétation des différences entre nationalités. On constate cependant que la population étrangère, des deux sexes, est moins touchée par les problèmes de santé de longue durée (G 4.76). Les différences subsistent après la prise en compte de l'âge. Les immigrants récents, en particulier, présentent moins souvent des problèmes de santé de longue durée que les personnes de nationalité suisse.

Les problèmes psychiques sont par contre plus fréquents chez les personnes de nationalité étrangère que chez celles de nationalité suisse (G 4.77). Près d'une personne sur quatre originaires d'Europe du Sud-Ouest, ainsi que d'Europe du Sud-Est et de l'Est souffre de détresse psychologique moyenne ou élevée. Chez les femmes originaires d'Europe du Sud-Ouest, la proportion s'élève même à une sur trois. Des symptômes de détresse psychologique sont d'autant plus fréquents que les personnes de nationalité étrangère ont une formation dont le niveau ne dépasse pas celui de l'école obligatoire (32%). Le recours aux soins en raison de problèmes psychiques n'en est pas pour autant plus élevé. Il est même sensiblement inférieur chez les femmes originaires d'Europe du Sud-Est et de l'Est que chez les Suissesses (3,4%

Santé auto-évaluée bonne ou très bonne selon la nationalité, en 2012

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.75



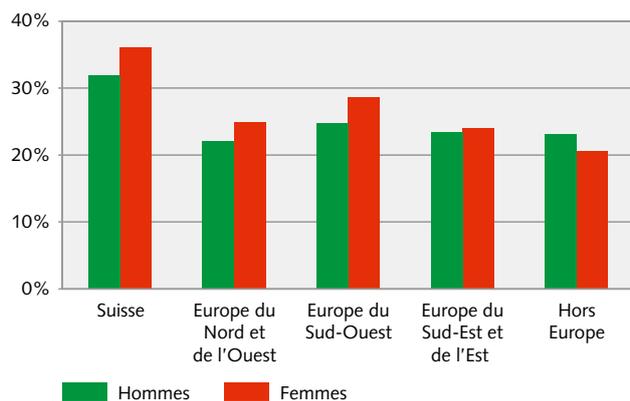
Source: OFS – ESS

© OFS 2014

Problème de santé de longue durée selon la nationalité, en 2012

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.76



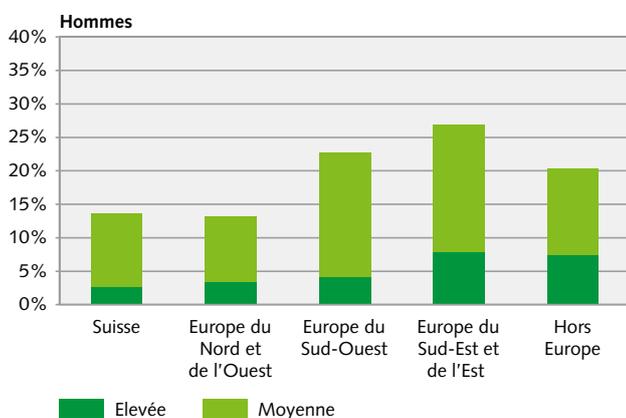
Source: OFS – ESS

© OFS 2014

Détresse psychologique selon la nationalité, en 2012

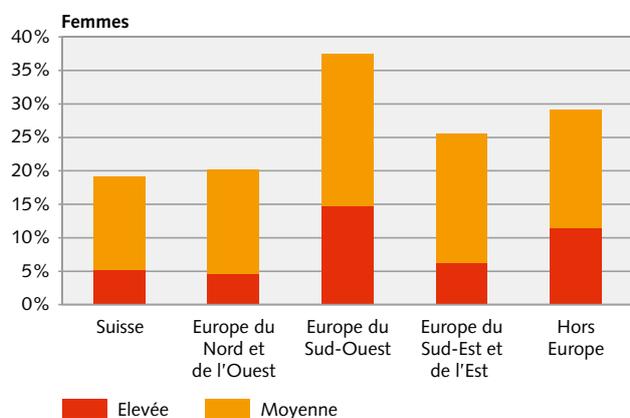
Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.77



Source: OFS – ESS

© OFS 2014



contre 6,6%). Les personnes de nationalité étrangère peuvent aussi moins compter sur un soutien social que la population de nationalité suisse et elles ont plus souvent le sentiment de manquer de maîtrise de leur vie. Il en va ainsi de tous les ressortissants étrangers, quelle que soit leur durée de séjour en Suisse, à l'exception des personnes originaires d'Europe du Nord et d'Europe de l'Ouest. De manière générale, la détresse psychologique augmente lorsque diminuent le soutien social ou le sentiment de maîtrise de la vie, que les personnes soient de nationalité suisse ou de nationalité étrangère.

Le risque d'être en surpoids et, surtout, obèse est particulièrement élevé chez les personnes originaires d'Europe du Sud-Ouest, ainsi que d'Europe du Sud-Est et de l'Est (G 4.78). L'écart avec les Suisses se creuse avec l'âge. Les personnes venant d'Europe du Nord et d'Europe de l'Ouest sont en revanche moins touchées par le surpoids et l'obésité.

Ces quelques indicateurs de l'état de santé mettent donc en évidence des situations différentes selon le groupe de population migrante:

- Les personnes d'Europe du Nord et d'Europe de l'Ouest ont un profil socioéconomique supérieur à celui des ressortissants suisses. De plus, environ un cinquième d'entre elles vit depuis moins de cinq ans en Suisse et leur état de santé est souvent meilleur que celui des personnes de nationalité suisse.
- Les personnes originaires d'Europe du Sud-Ouest et d'Europe du Sud-Est et de l'Est ont en moyenne cinq ans de moins que les ressortissants suisses. Cela pourrait expliquer que ces populations, les hommes en premier lieu, souffrent relativement peu de problèmes

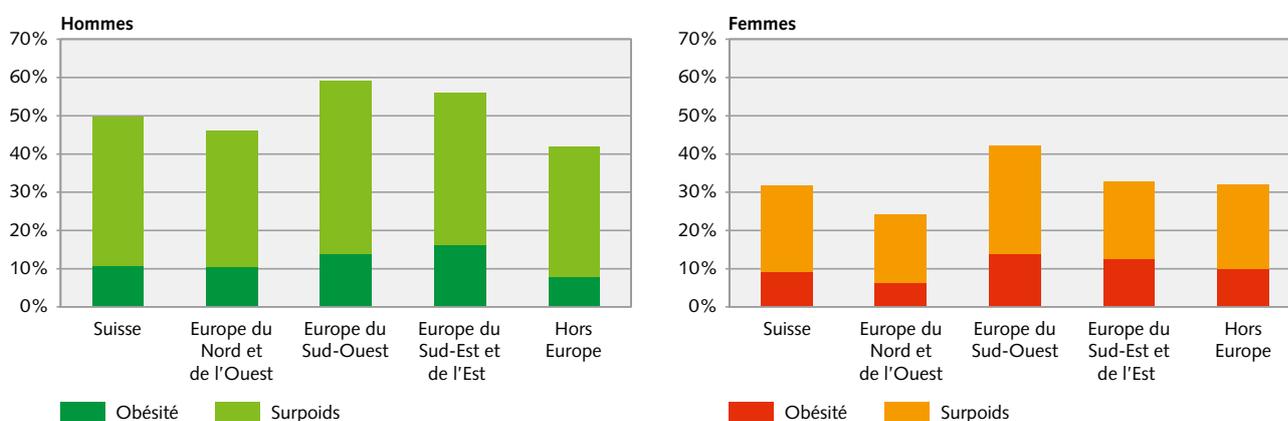
de santé de longue durée, bien que leur niveau de formation soit globalement bas. C'est une illustration du phénomène bien connu que les personnes qui immigreront sont souvent jeunes et en bonne santé (healthy migrant effect).

- Avec l'âge, l'écart entre la population de nationalité étrangère et celle de nationalité suisse se creuse. L'état de santé des personnes de nationalité étrangère âgées et vivant en Suisse depuis longtemps est nettement moins bon, exception faite de celui des personnes originaires d'Europe du Nord et d'Europe de l'Ouest. On peut identifier ici l'effet d'un gradient social en santé. Une grande partie de la population de nationalité étrangère appartient souvent aux couches sociales inférieures, que ces dernières soient mesurées par le niveau de formation ou par le revenu. A cela s'ajoute un lien entre la migration, d'une part, et le manque de soutien social et une détresse psychologique plus élevée, d'autre part.

Surpoids et obésité selon la nationalité, en 2012

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.78



Source: OFS – ESS

© OFS 2014

Recours aux soins

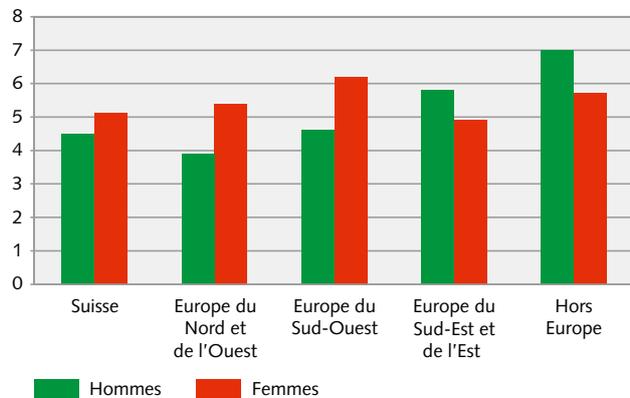
Il n'y a, en règle générale, pas de différence significative selon la nationalité dans la part des personnes ayant consulté au moins une fois un médecin sur une période d'une année. Font exception les femmes originaires d'Europe du Sud-Ouest, dont le taux de consultation est sensiblement plus élevé (90% contre 85% pour les femmes de nationalité suisse). Il n'y a pas non plus de différence significative entre le nombre de visites médicales par patient selon la région d'origine (G4.79). On observe par contre des différences pour ce qui est du type de médecin choisi: comparées à la population de nationalité suisse, les personnes de nationalité étrangère, à l'exception de celles originaires d'Europe du Nord et de l'Ouest, consultent davantage les généralistes que les spécialistes.

Les femmes originaires d'Europe du Sud-Ouest et de pays non européens se rendent nettement plus souvent que les Suissesses aux urgences d'un hôpital, dans un service ambulatoire d'un hôpital ou dans une polyclinique (G4.80). On ne relève toutefois pas de différence significative entre ces deux populations dans le nombre de consultations par patient en raison d'une urgence imprévue.

Consultations chez le médecin selon la nationalité, en 2012

Moyenne par patient au cours d'une année
Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.79



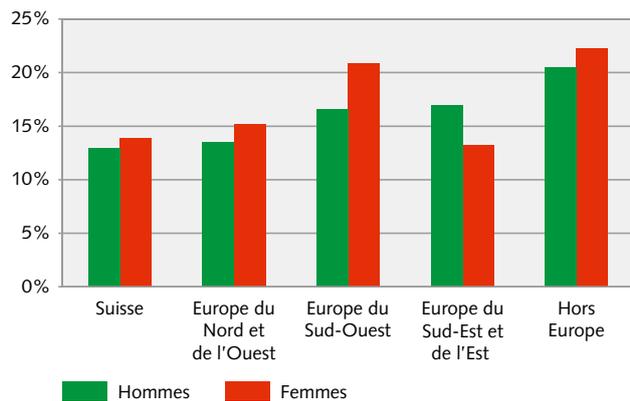
Source: OFS – ESS

© OFS 2014

Consultation aux urgences d'un hôpital, au service ambulatoire d'un hôpital ou dans une polyclinique selon la nationalité, en 2012

Sur une période d'une année. Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.80



Source: OFS – ESS

© OFS 2014

5 Système de santé

Le système de santé peut être divisé en deux grands secteurs: les prestataires de services ambulatoires et les prestataires de services en milieu hospitalier. Ces derniers comprennent les départements hospitaliers des hôpitaux (hôpitaux de soins généraux et cliniques spécialisées y compris les maisons de naissance), les établissements médico-sociaux pour personnes âgées ainsi que les «institutions spécialisées» (établissements pour personnes handicapées, ayant des problèmes psychosociaux ou de dépendance). En 2012, les établissements médico-sociaux proposaient le plus grand nombre de lits (93'000), suivis des hôpitaux (38'400 lits). Les institutions spécialisées disposaient d'environ 27'000 places d'hébergement.

De son côté, le secteur ambulatoire se compose d'une grande variété de prestataires. Il comprend en particulier les services ambulatoires des hôpitaux, les cabinets privés médicaux, dentaires ou de psychothérapie, les sages-femmes indépendantes, les services de soins à domicile ainsi que diverses offres paramédicales (physiothérapie, ergothérapie, ostéopathie, chiropratique, services de transport, laboratoires médicaux, etc.). Les nombreuses offres dans le domaine des médecines alternatives et des conseils (par ex. médecine chinoise traditionnelle, massages et thérapies corporels, thérapies de couple) peuvent moins clairement être délimitées et restent difficiles à relever; elles ne seront pas traitées ici. Le commerce de détail représente un domaine propre dans le système de santé.

Il comporte notamment les pharmacies, les drogueries et les points de vente d'appareils médicaux (pour lunettes, appareils auditifs, moyens auxiliaires, etc.). Compte tenu de l'état des données, seul un petit nombre de ces prestataires seront considérés ci-après.

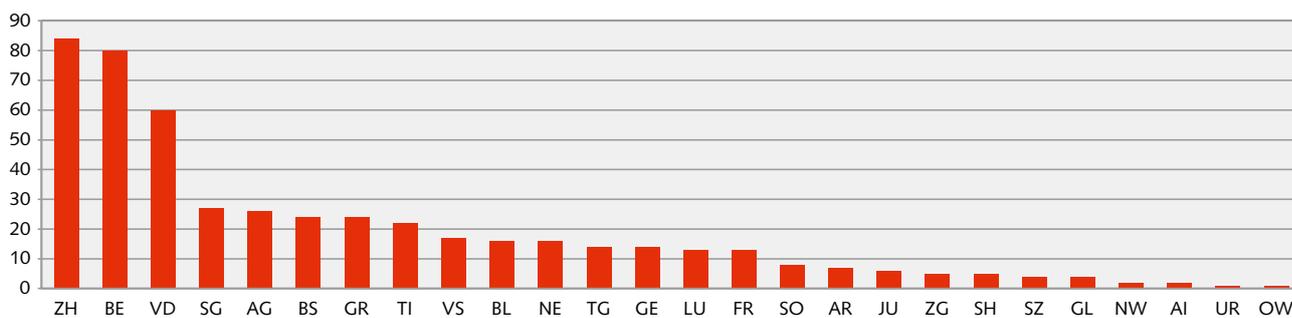
5.1 Hôpitaux

En 2012, on recensait 297 établissements proposant des traitements en milieu hospitalier sur 492 sites. Les cantons fortement peuplés de Berne, Zurich et Vaud comptent un nombre de sites particulièrement élevé (G 5.1).

Sur les 116 établissements hospitaliers de soins généraux, 30 assurent une prise en charge centralisée (hôpitaux universitaires et grands hôpitaux cantonaux) et 86 sont des hôpitaux de soins de base (hôpitaux régionaux et autres hôpitaux de petite taille). Le nombre des établissements a reculé de 32,9% entre 2002 et 2012 (G 5.2). Cette baisse est d'une part imputable à des fusions d'hôpitaux et d'autre part, depuis 2010, à un changement méthodologique au niveau statistique. Les données à partir de 2010 ne sont de ce fait que partiellement comparables avec celles des années antérieures. Ces deux raisons expliquent que le nombre de lits a diminué beaucoup moins fortement que celui des établissements durant cette même période.

Sites hospitaliers selon le canton, en 2012

G 5.1



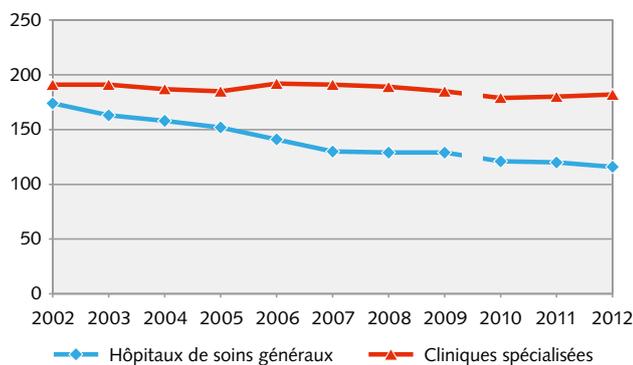
Source: OFS – KS

© OFS 2014

Hôpitaux de soins généraux et cliniques spécialisées

Nombre d'hôpitaux

G 5.2



Rupture chronologique à partir de 2010: révision du relevé

Source: OFS – KS

© OFS 2014

Sur les 182 cliniques spécialisées que comptait la Suisse en 2012, un chiffre en baisse de 4,2% par rapport à 2002, 47 étaient des cliniques psychiatriques, 45 des cliniques de réadaptation et 90 des autres cliniques.

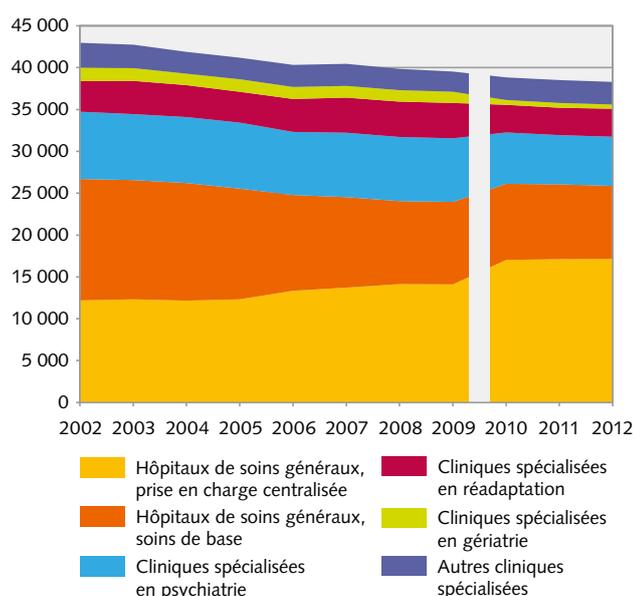
Offre de lits

En 2012, 38'297 lits étaient proposés pour la prise en charge en milieu hospitalier (sans les lits pour nouveaux), ce qui représente une densité de 4,8 lits pour 1000 habitants (G 5.3). Cette valeur varie cependant entre 1,7 dans le canton de Schwytz et 11,7 à Bâle-Ville

Lits d'hôpitaux selon le type d'établissement

Nombre de lits

G 5.3



Rupture chronologique à partir de 2010: révision du relevé

Source: OFS – KS

© OFS 2014

(C5.1). Entre 2002 et 2012, le nombre total de lits a baissé de 13,1%. Les quelque 38'000 lits disponibles en 2012 se répartissaient entre les trois grands domaines d'activité suivants: soins aigus 62%, psychiatrie 19%, réadaptation-gériatrie 19%.

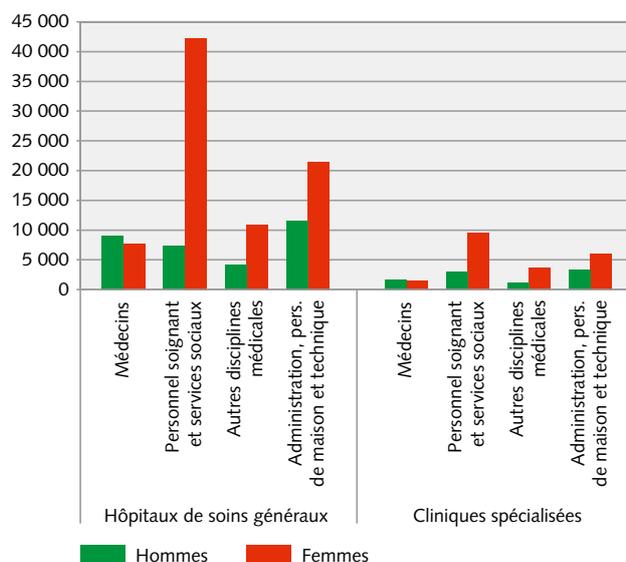
Emplois

En 2012, le personnel des hôpitaux comptait 185'357 personnes au total, représentant 144'066 équivalents plein temps. 79% travaillaient dans des hôpitaux de soins généraux. Le nombre d'équivalents plein temps s'est accru de 20% depuis 2002, ce qui peut s'expliquer notamment par l'augmentation des traitements ambulatoires dans les hôpitaux. Le personnel se compose pour 14% de médecins, pour 43% de personnel soignant, pour 14% de spécialistes d'autres disciplines médicales ainsi que pour 29% de personnes dans les services centraux (administration: 14%, services de maison et transport: 12%, services techniques: 3%). Si la proportion de femmes est presque égale à celle des hommes dans le corps médical (G 5.4), elle est bien supérieure dans le personnel soignant et dans les autres disciplines médicales (82% dans les hôpitaux de soins généraux et 76% dans les cliniques spécialisées).

Personnel des hôpitaux selon la fonction et le sexe, en 2012

En équivalents plein temps

G 5.4



Source: OFS – KS

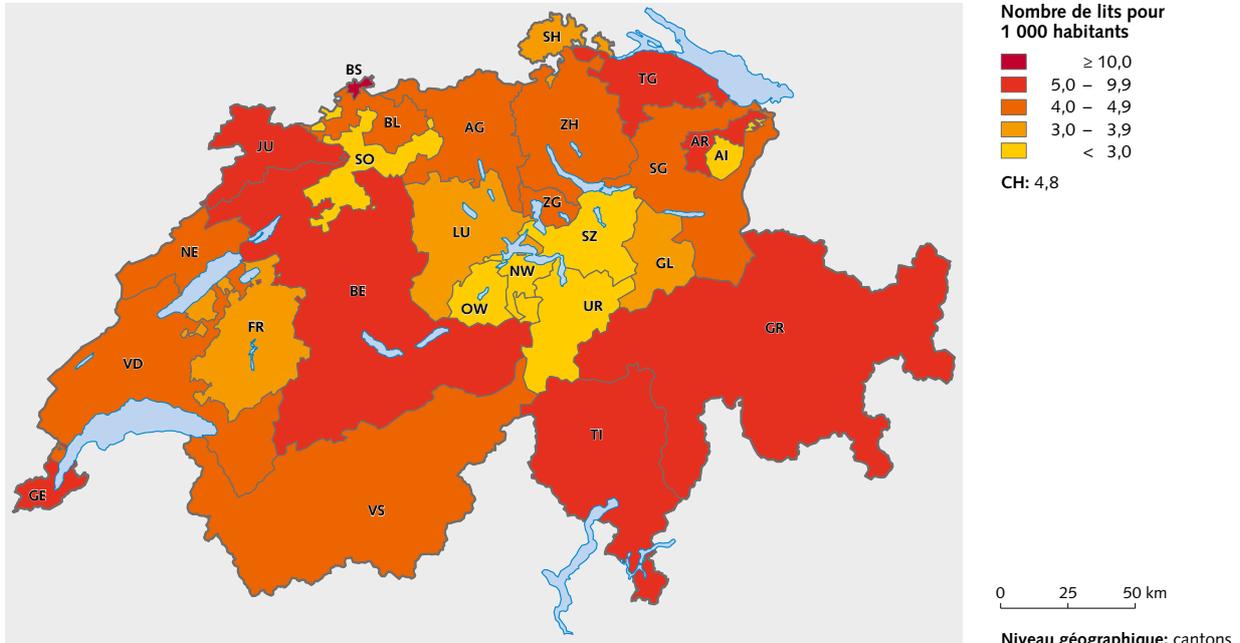
© OFS 2014

Il faut en moyenne 3,1 postes à plein temps pour les soins par lit d'hôpital. On observe ici toutefois des différences parfois considérables selon les régions (C5.2):

cette valeur est la plus élevée dans le canton de Bâle-Ville et de Lucerne (4,1) et la plus faible dans les cantons du Valais, du Jura et du Tessin (2,3).

Lits d'hôpitaux, en 2012

C 5.1

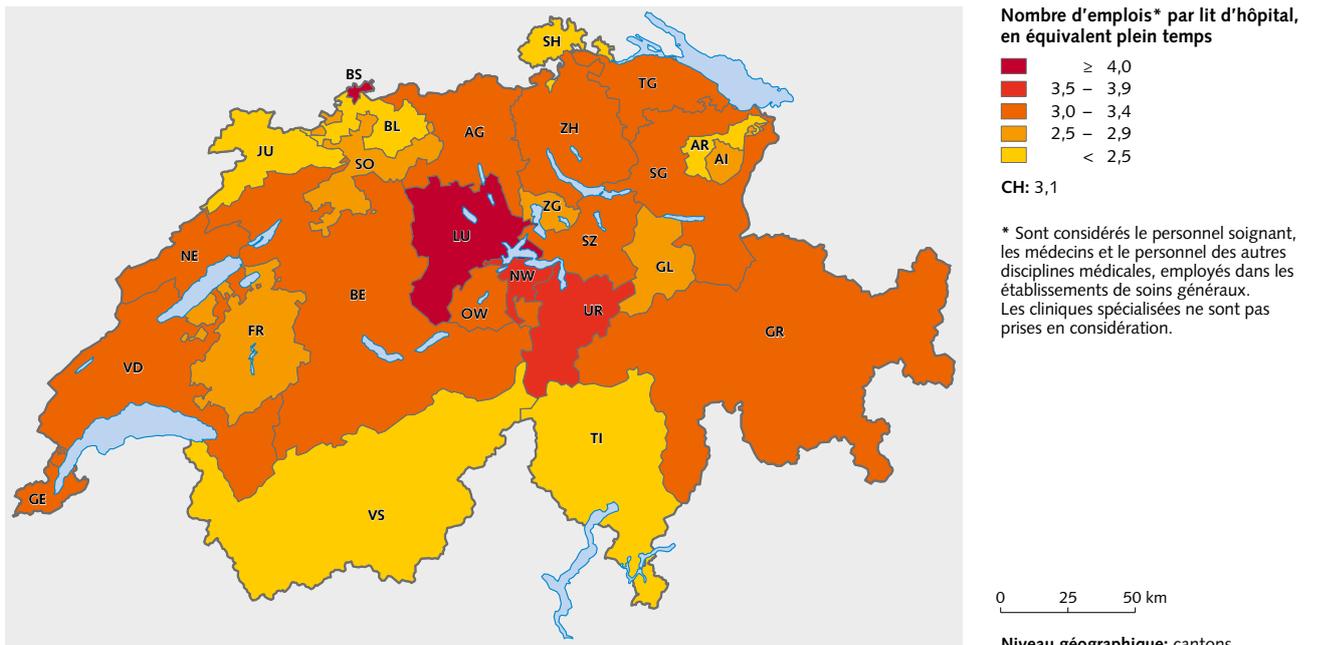


Source: OFS – KS

© OFS, ThemaKart, Neuchâtel 2014

Personnel soignant et médical par lit d'hôpital, en 2012

C 5.2



Source: OFS – KS

© OFS, ThemaKart, Neuchâtel 2014

Recours aux prestations

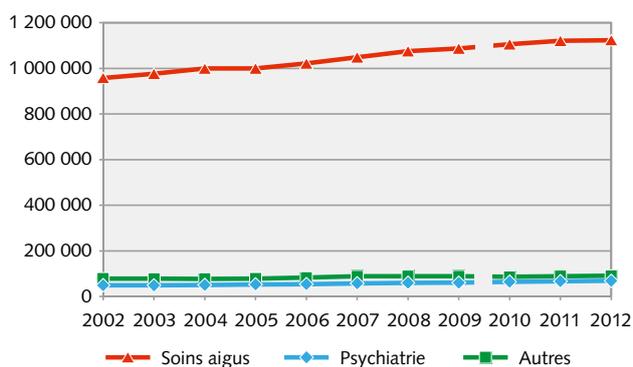
1'283'779 cas d'hospitalisation ont été enregistrés en 2012. La grande majorité d'entre eux ont été pris en charge dans des hôpitaux de soins aigus suite à une maladie aiguë ou à un accident. 5,4% des cas ont été enregistrés dans une unité psychiatrique d'un hôpital ou une clinique spécialisée en psychiatrie et 7,1% concernaient des admissions dans d'autres types de services, surtout en réadaptation et en gériatrie (G 5.5). A noter qu'une personne hospitalisée à plusieurs reprises est comptabilisée comme autant de cas hospitaliers. Le total des hospitalisations recensées en 2012 représente un taux d'hospitalisation de 15'969 cas pour 100'000 habitants. 82% des cas concernent des personnes habitant dans le canton, 15% des personnes domiciliées dans d'autres cantons et 3% des personnes vivant à l'étranger.

Les hôpitaux de Bâle-Ville présentent de loin les plus forts taux d'hospitalisation (38'300 cas pour 100'000 habitants), mais seuls 54% de ces cas concernent des habitants du canton (G 5.6). A l'inverse, ce canton n'«exporte» que peu de patients vers d'autres cantons. Cela illustre la grande force d'attraction des hôpitaux de Bâle-Ville. Mais c'est Appenzell Rhodes-Extérieures qui compte la part la plus élevée de cas traités concernant

Cas d'hospitalisation

Nombre de cas

G 5.5



Rupture chronologique à partir de 2010: révision du relevé

Source: OFS - KS

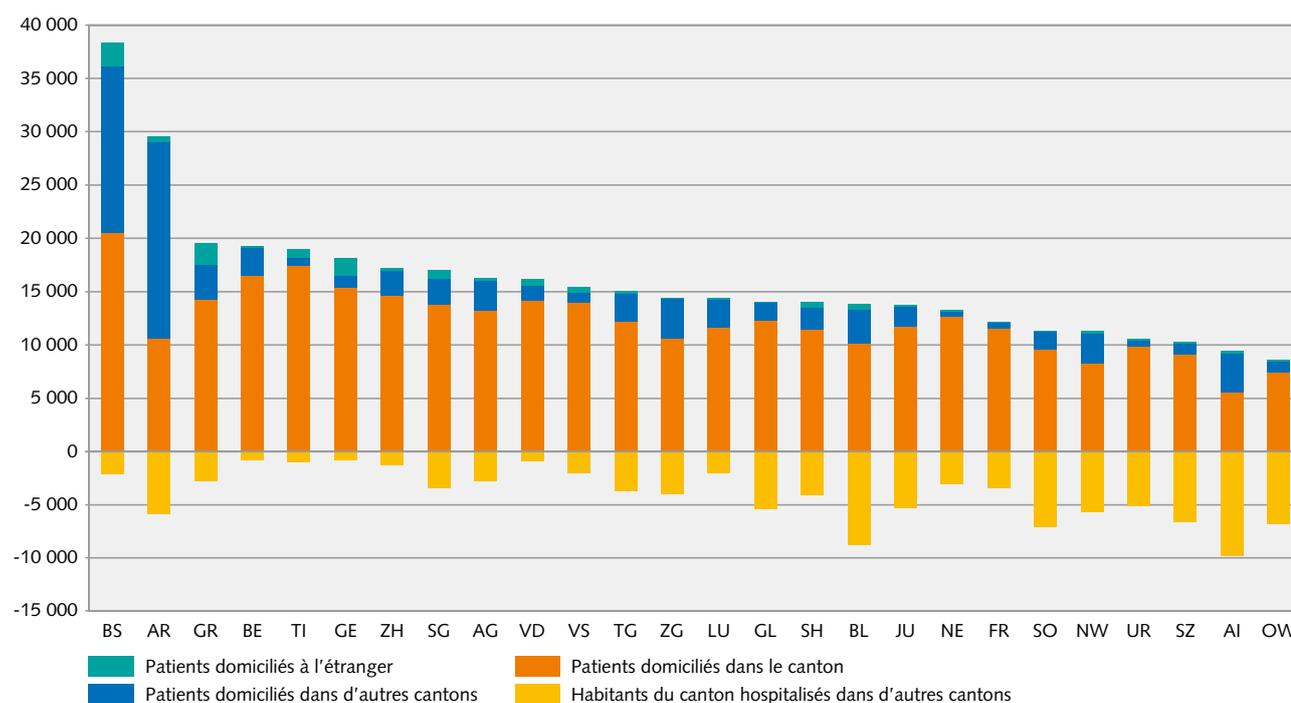
© OFS 2014

des personnes domiciliées hors du canton (62%), un phénomène qui s'explique par la vaste offre de cliniques de réadaptation et de cliniques spécialisées en chirurgie dans ce canton. Parmi les cantons présentant une part relativement élevée d'habitants hospitalisés dans d'autres cantons, on trouve Appenzell Rhodes-Intérieures, Obwald, Bâle-Campagne, Soleure, Schwytz, Nidwald, Appenzell Rhodes-Extérieures, Uri et Jura.

Taux d'hospitalisation par canton, en 2012

Nombre de cas pour 100'000 habitantes et habitants

G 5.6



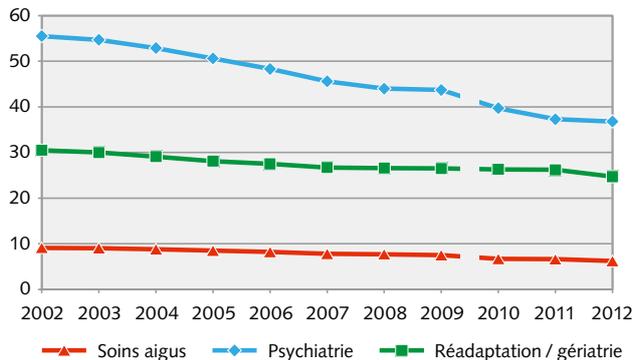
Source: OFS - MS

© OFS 2014

Durée moyenne de séjour dans les hôpitaux

En jours

G 5.7



Rupture chronologique à partir de 2010: révision du relevé

Source: OFS - KS

© OFS 2014

La durée moyenne des séjours hospitaliers en soins aigus était de 6,2 jours en 2012, contre 9,1 jours en 2002. En 2012, les patients ont séjourné en moyenne 36,8 jours en psychiatrie et 24,7 jours en réadaptation/ gériatrie (G 5.7).

Une partie des personnes ont été hospitalisées plusieurs fois; en 2012, cette proportion se situait à environ un quart (G 5.8). La classe d'âge des 85 ans et plus compte la part la plus élevée d'hospitalisations multiples.

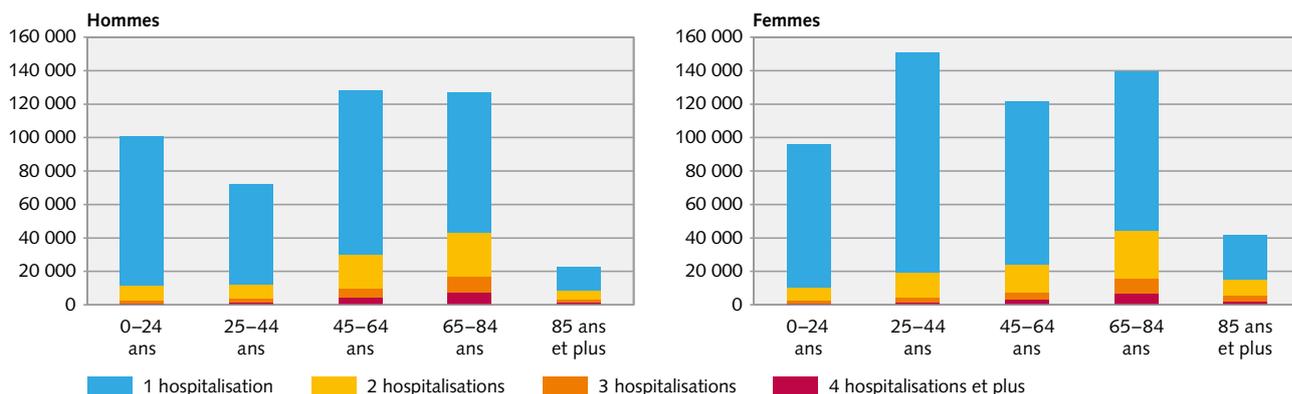
Coûts

En 2012, une journée d'hospitalisation pour un patient coûtait en moyenne 1419 francs. Ce montant varie toutefois considérablement en fonction du type d'activité des établissements hospitaliers. Ainsi, le coût d'une journée d'hospitalisation dans un service de soins aigus

Hospitalisations multiples, en 2012

Nombre de patientes et patients, selon l'âge et selon le nombre d'hospitalisations durant l'année

G 5.8



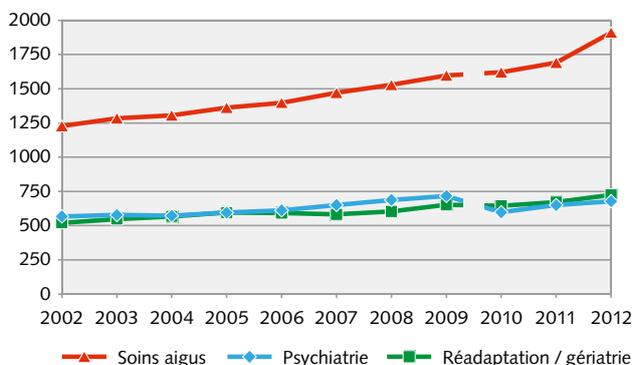
Source: OFS - MS

© OFS 2014

Coûts moyens des hôpitaux

En francs par journée et par patiente ou patient

G 5.9



Rupture chronologique à partir de 2010: révision du relevé

Source: OFS - KS

© OFS 2014

s'élevait à 1911 francs, contre 678 francs en psychiatrie et 724 francs en réadaptation/gériatrie. L'augmentation des coûts la plus forte (+56% depuis 2002) a été enregistrée dans les hôpitaux de soins aigus (G 5.9).

Le coût moyen d'une hospitalisation était en 2012 de 9419 francs. Cette valeur masque toutefois de grandes différences, les coûts étant échelonnés de quelque 2042 francs pour un nouveau-né sain né à l'hôpital à plus de 150'000 francs pour les transplantations cardiaques et de moelle osseuse. Une hospitalisation pour ablation des amygdales coûtait en moyenne 4506 francs, 5344 francs pour un accouchement par voie basse sans complication, 16'201 francs pour la pose d'une prothèse de hanche.

5.2 Etablissements médico-sociaux

Les établissements médico-sociaux (EMS) s'occupent de gériatrie somatique pour les personnes souffrant de troubles physiques liés à l'âge ou de psychogériatrie pour les personnes âgées atteintes dans leur santé psychique. Ils offrent des prestations dans les domaines de l'hébergement, de la restauration, des soins et de l'animation. Les établissements médico-sociaux et les institutions spécialisées (> chapitre 5.3) sont aussi désignés ensemble sous le terme d'«institutions médico-sociales». Les homes pour personnes âgées qui n'offrent aucune prestation médicale de soins ne sont pas considérés dans les informations ci-après.

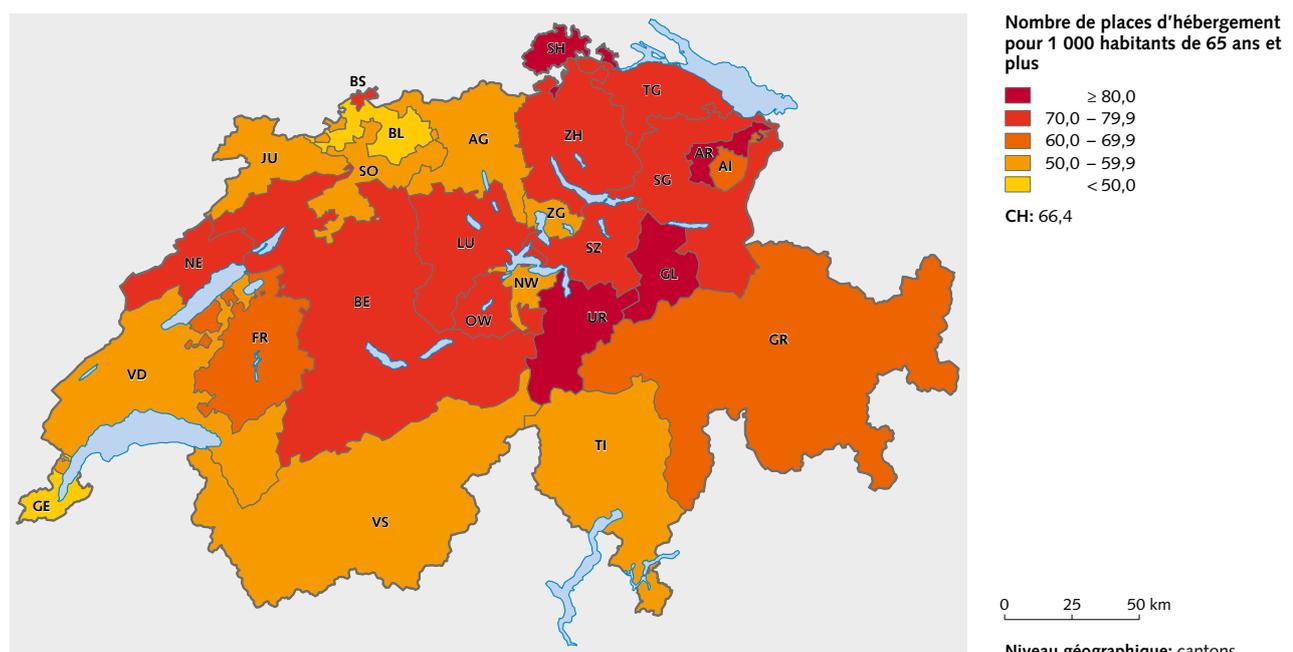
En 2012, on recensait 1558 établissements médico-sociaux, dont 630 étaient des institutions privées non subventionnées par les pouvoirs publics, 465 des institutions privées subventionnées et 463 des institutions publiques. Le nombre de places d'hébergement proposées se montait en moyenne à 60 par établissement, la fourchette allant de près d'une douzaine à 335 places dans des établissements de grande taille dont l'infrastructure est proche de celle d'un hôpital. Les établissements privés non subventionnés sont généralement plus petits (50 places en moyenne) que les établissements subventionnés (60 places) ou publics (73 places).

Offre de places

En 2012, les établissements médico-sociaux proposaient 93'155 places, soit 13% de plus qu'en 2002. Ce nombre correspond à 67,8 places pour 1000 habitants de 65 ans et plus. Ce taux varie cependant considérablement selon les cantons, allant de 48 places pour 1000 habitants (Bâle-Campagne) à 122 dans le demi-canton d'Appenzel Rhodes-Extérieures (C5.3).

Places des établissements médico-sociaux, en 2012

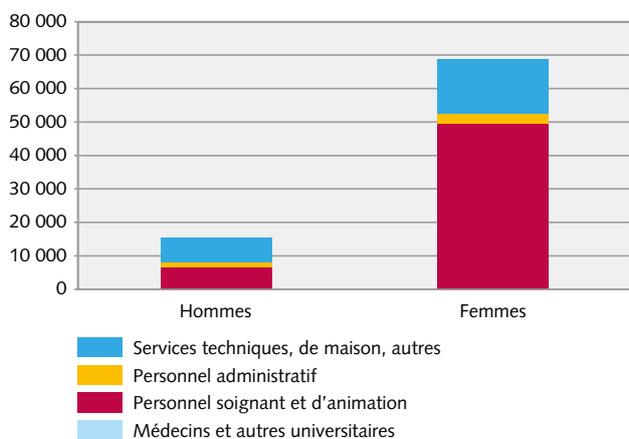
C 5.3



Source: OFS – SOMED

© OFS, ThemaKart, Neuchâtel 2014

Personnel des établissements médico-sociaux, selon le groupe professionnel et le sexe, en 2012
En équivalents plein temps **G 5.10**



Source: OFS – SOMED

© OFS 2014

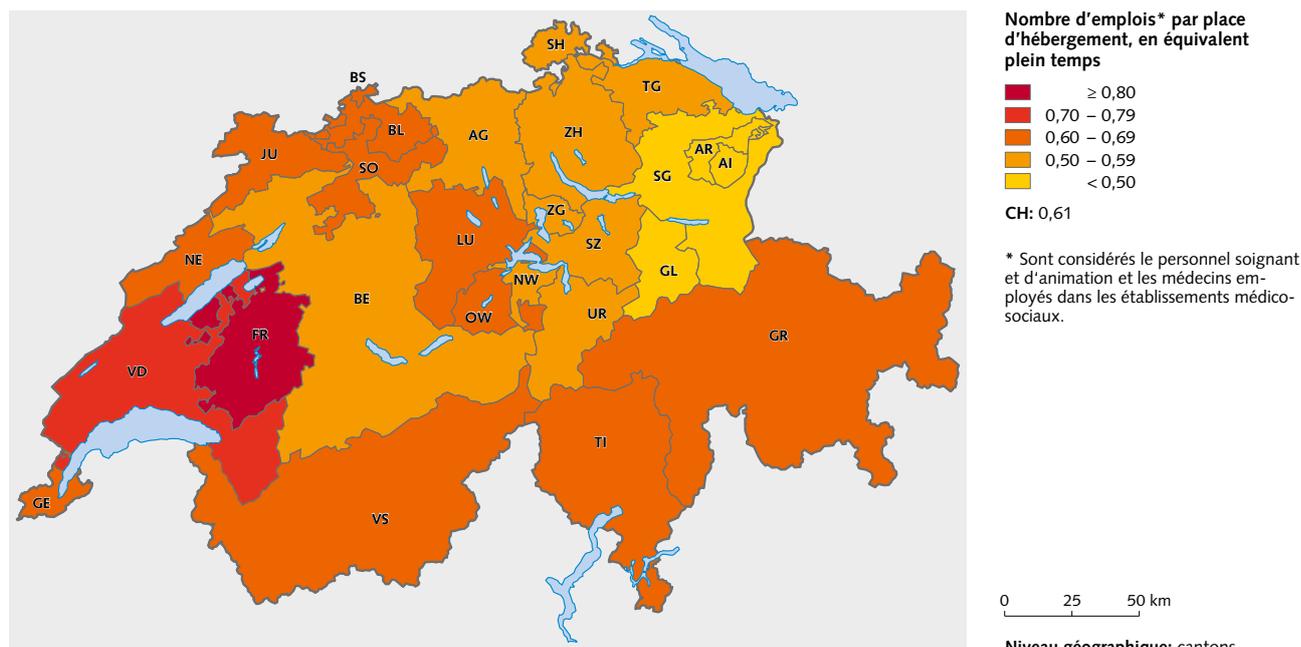
Emplois

En 2012, 119'612 employés travaillaient dans des établissements médico-sociaux, dont 84% étaient des femmes. Convertis en équivalents plein temps, les postes qu'ils occupaient n'atteignaient cependant que 84'216 unités, traduisant une proportion élevée de personnes travaillant à temps partiel. Le taux moyen d'occupation des femmes se situait à 68,3%, soit un niveau nettement inférieur au taux d'occupation moyen des hommes (82%). Depuis 2006, le volume de l'emploi s'est accru de 21,2%, un peu plus fortement pour les hommes (+27,6%) que pour les femmes (+19,8%). Deux tiers des prestations de travail ont été consacrées aux soins et à l'animation, et près d'un tiers aux services de maison et aux services techniques (G5.10). Les traitements médicaux sont généralement fournis par des médecins externes, raison pour laquelle les médecins employés de manière permanente par les établissements ne représentent que 0,1% du personnel. On observe une nette différence entre les sexes au niveau de la répartition des rôles: les femmes travaillent très majoritairement dans les soins et l'animation, les hommes dans les services de maison.

Le taux d'encadrement est en moyenne suisse de 0,61 poste par place d'hébergement (C5.4). Cette valeur est relativement élevée dans le canton de Fribourg (0,81 poste) et relativement faible dans les cantons de Glaris (0,38) et d'Appenzell Rhodes-Extérieures (0,42).

Personnel des établissements médico-sociaux, en 2012

C 5.4



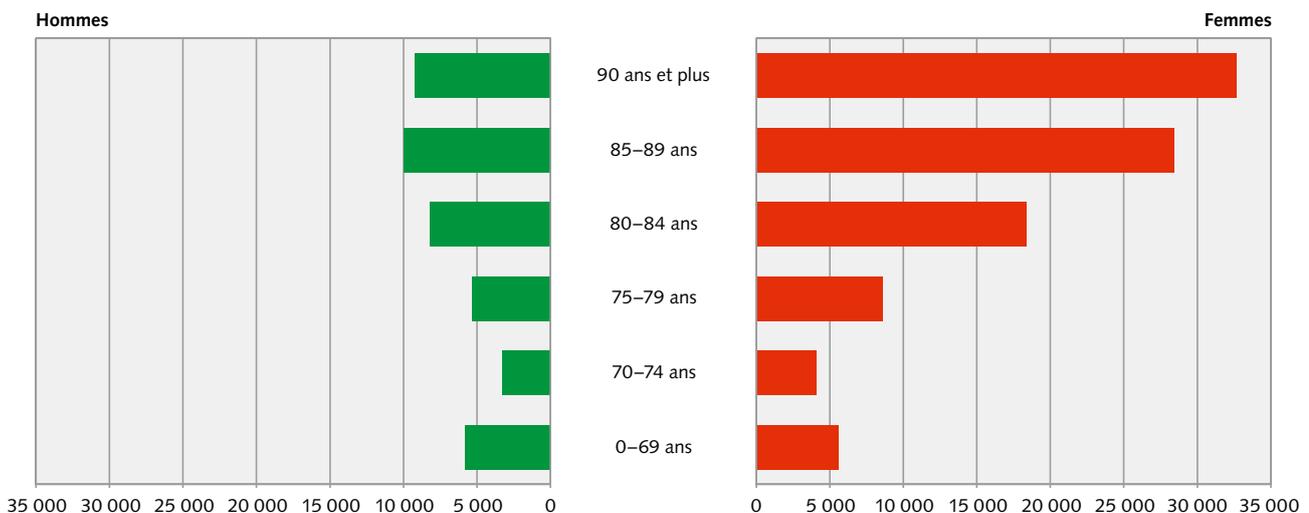
Source: OFS – SOMED

© OFS, ThemaKart, Neuchâtel 2014

Clients et clientes des établissements médico-sociaux, en 2012

Nombre selon la classe d'âge

G 5.11



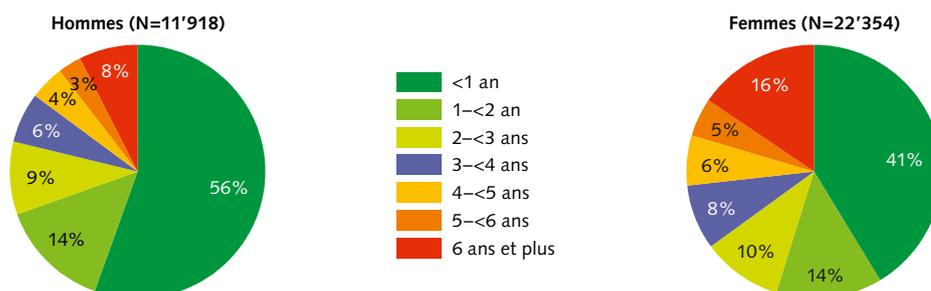
Source: OFS – SOMED

© OFS 2014

Durée de séjour dans les établissements médico-sociaux, en 2012

Personnes sorties de l'établissement en 2012

G 5.12



Source: OFS – SOMED

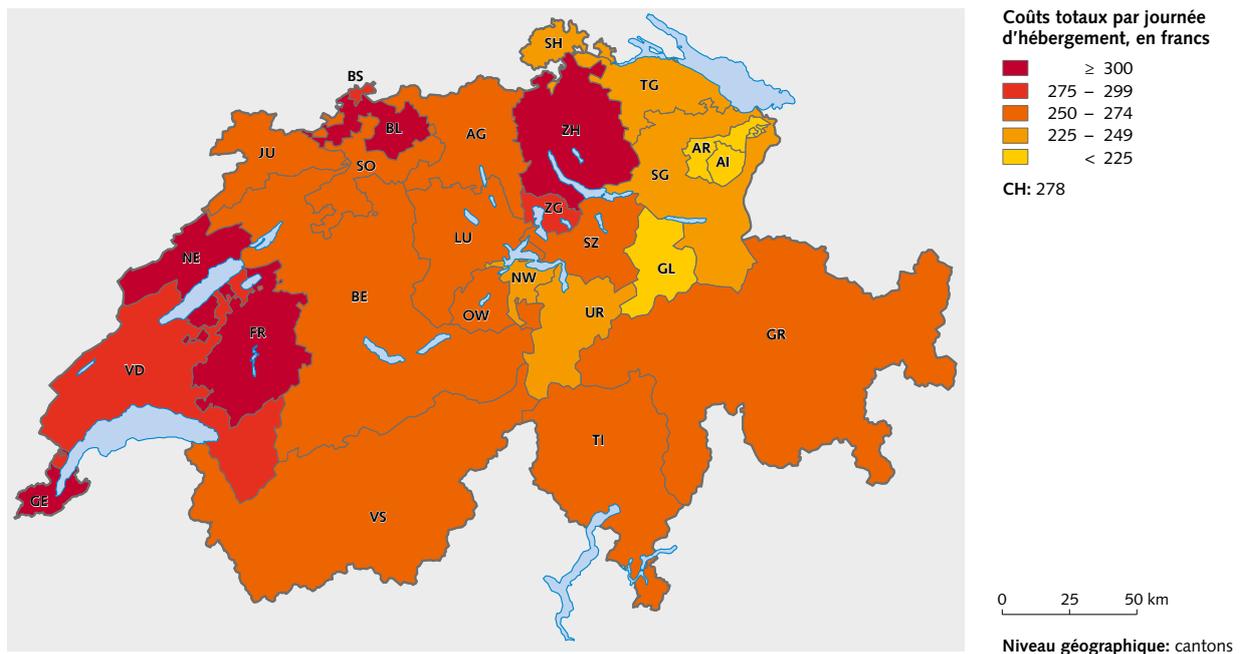
© OFS 2014

Recours aux prestations

En 2012, 139'409 personnes au total ont recouru à des prestations des établissements médico-sociaux. Les quelque 3791 clients externes, utilisant exclusivement la structure de jour ou de nuit, ne sont pas considérés dans ces chiffres. 58% des clients avaient 85 ans et plus (G 5.11). Parmi les clients de moins de 75 ans, on trouvait majoritairement des personnes souffrant de maladies chroniques, la représentation des sexes étant ici assez équilibrée.

Avec l'âge, les femmes sont cependant de plus en plus surreprésentées. Cela tient en particulier au fait que dans les couples, ce sont fréquemment les hommes qui décèdent en premier. Ils ont généralement pu être soignés à domicile par leur partenaire alors que les femmes, du fait qu'elles vivent plus longtemps, doivent plus souvent recourir à des soins en institution.

37% des personnes résidant dans un établissement médico-social (EMS) en 2012 en sont sorties au cours de la même année. Dans un tiers des cas, il s'agissait de personnes en court séjour, entrées en EMS suite à une hospitalisation ou pour soulager des proches leur fournissant soins et assistance, par exemple. La durée moyenne de séjour de ces résidentes et résidents en court séjour était de 33 jours. Pour les personnes en long séjour ayant quitté un EMS en 2012, cette durée moyenne grimpe à 702 jours pour les hommes et 1075 jours pour les femmes. La part d'entre elles à avoir résidé au moins 5 ans en EMS s'élève à 11% pour les hommes et à 21% pour les femmes (G 5.12).



Source: OFS – SOMED

© OFS, ThemaKart, Neuchâtel 2014

Coûts

En 2012, les coûts globaux par journée d'hébergement se montaient en moyenne à 278 francs. Ils variaient cependant considérablement selon les cantons, allant de 195 francs dans le canton de Glaris à 387 francs dans celui de Genève (C5.5). Les prestations de soins sont en partie prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire (LAMal). Les pouvoirs publics, les clients et les prestations sociales sous condition de ressources (prestations complémentaires AVS/AI) financent le solde.

5.3 Institutions spécialisées

Les institutions spécialisées sont des homes et des structures de jour qui sont spécialisés dans l'encadrement de personnes handicapées et de personnes ayant des problèmes de dépendance ou des problèmes psychosociaux. En font partie entre autres les internats ou homes d'enseignement spécialisé pour enfants, les homes avec emplois protégés pour adultes handicapés et les établissements appliquant des mesures d'intégration professionnelle pour personnes toxicodépendantes. Les institutions spécialisées et les établissements médico-sociaux (> chapitre 5.2) sont aussi désignés ensemble sous le terme d'«institutions médico-sociales».

En 2012, la grande majorité (78%) des institutions spécialisées avaient un statut de droit privé et recevaient des subventions publiques. 8% de ces institutions avaient un statut de droit public et 14% étaient des établissements privés non subventionnés. Ces derniers étaient sur-représentés parmi les institutions traitant les problèmes de dépendance (20%) et celles traitant les problèmes psychosociaux (25%).

Infrastructure

En 2012, les institutions spécialisées proposaient environ 27'100 places d'hébergement (avec ou sans occupation de jour) et 26'100 places pour l'accueil de jour. La majeure

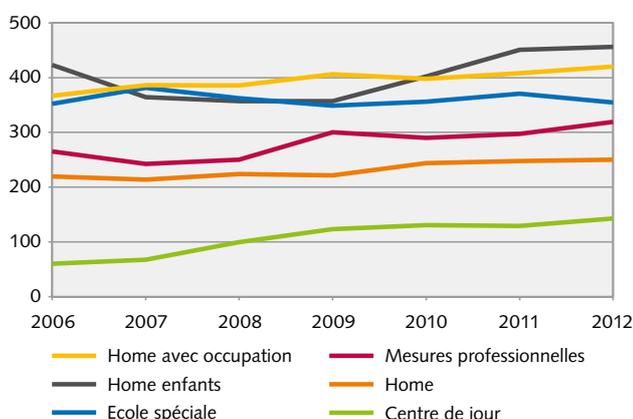
partie de l'offre s'adresse à des personnes handicapées (adultes: 83% des places d'hébergement et 90% des places d'accueil de jour). Les offres de jour pour les adultes se composent majoritairement d'ateliers protégés, celles destinées aux enfants sont généralement des écoles spécialisées.

Depuis 2006, l'offre de places d'hébergement et de places de jour pour adultes a augmenté de 22%. Cette progression touche essentiellement les places de jour: celles destinées aux personnes ayant des problèmes de dépendance, aux personnes handicapées et aux personnes ayant des problèmes psychosociaux se sont accrues de respectivement 85%, 44% et 33%. En ce qui concerne les places d'hébergement, seules celles réservées aux personnes handicapées ont enregistré une hausse (+12%), alors que celles proposées dans les institutions traitant les problèmes de dépendance diminuaient de 18%. Pour ce dernier type d'établissement, la tendance à privilégier la prise en charge ambulatoire se dessine clairement. Les offres destinées aux mineurs sont restées stables durant la même période, les structures d'hébergement ayant un peu augmenté (+4%) et les offres de jour ayant légèrement reculé (-1,4%).

Emplois

Les institutions spécialisées employaient des personnes pour un total de 33'217 équivalents plein temps en 2012, ce qui représente une hausse de 23% depuis 2006. La composition du personnel selon les fonctions est restée à peu près constante durant les sept années considérées. 68% étaient des professionnels pédagogiques et thérapeutiques, 20% travaillaient dans le secteur administratif et 12% étaient employés dans des ateliers.

Coûts moyens des institutions spécialisées
En francs par jour et selon le type de place **G 5.13**



Source: OFS – SOMED

© OFS 2014

Recours aux prestations

En 2012, les institutions spécialisées ont pris en charge 52'156 cas, 80% en rapport avec un handicap, 12% en raison de troubles psychosociaux et 8% en lien avec une dépendance. Le nombre de personnes traitées est cependant un peu plus bas que celui des cas, car une personne peut recourir à plus d'une prestation par année civile.

Coûts

Les établissements pour adultes proposant des possibilités d'occupation ont occasionné les coûts les plus élevés par jour et par personne (420 francs), avec les internats pour enfants (456 francs) et les écoles spécialisées (355 francs) (G 5.13). Les établissements de jour pour adultes présentent des coûts bien plus bas (143 francs par jour et par personne), mais ces derniers ont plus que doublé depuis 2006.

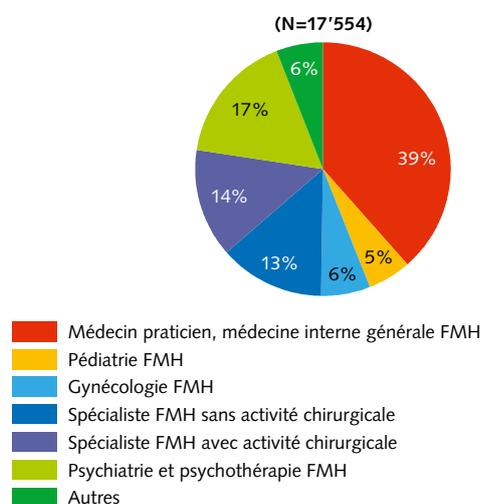
5.4 Prise en charge ambulatoire

La médecine de premier recours dans les cabinets médicaux était assurée en 2013 par 6764 médecins généralistes (avec une spécialisation médicale en médecine interne générale, ainsi que les médecins praticiens) et 962 médecins pédiatres (G 5.14). Ainsi, la densité moyenne de médecins de premier recours est de 95 pour 100'000 habitants, variant entre 60 dans le canton de Fribourg et 141 à Bâle-Ville (G 5.15).

Médecins exerçant dans le secteur ambulatoire, en 2013

Selon la discipline principale

G 5.14



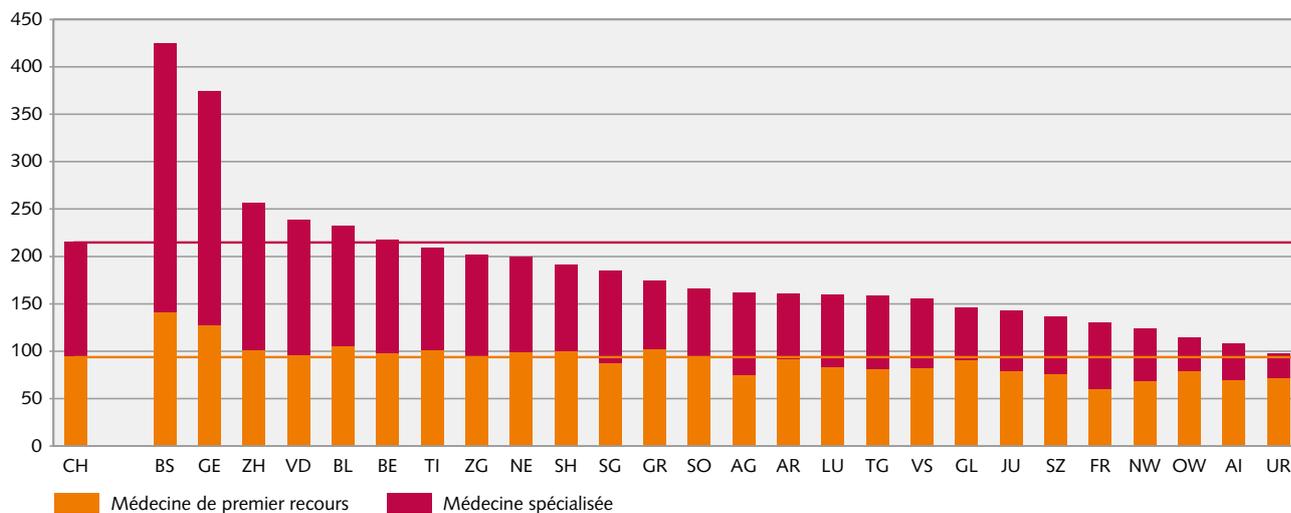
Source: FMH – Statistique médicale

© OFS 2014

Densité des médecins exerçant dans le secteur ambulatoire selon le canton, en 2013

Nombre de médecins pour 100'000 habitantes et habitants

G 5.15



Médecine de premier recours: avec une spécialisation médicale en médecine interne générale, en pédiatrie ainsi que médecins praticiens

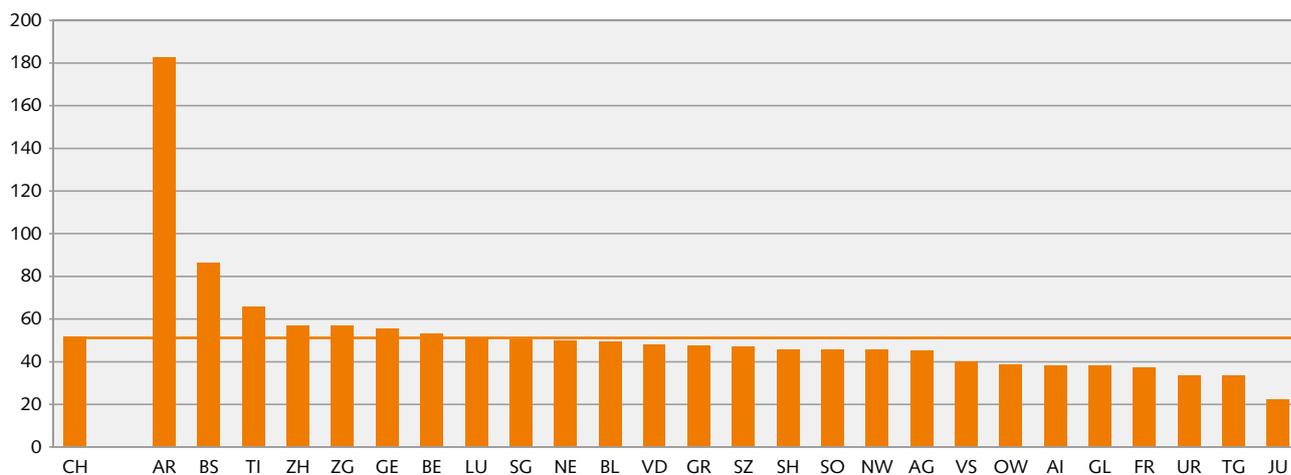
Source: FMH – Statistique médicale

© OFS 2014

Densité des dentistes selon le canton, en 2013

Nombre de dentistes pour 100'000 habitantes et habitants

G 5.16



Source: SSO

© OFS 2014

La médecine spécialisée compte un grand nombre de spécialisations. La psychiatrie est la plus fortement représentée, suivie de la gynécologie. La densité moyenne de médecins spécialisés, de 121 pour 100'000 habitants, est supérieure d'un quart environ à la densité moyenne de médecins de premier recours. La densité de médecins spécialisés est particulièrement élevée dans les cantons disposant d'hôpitaux universitaires. Elle est également supérieure à la densité des médecins de premier recours dans sept autres cantons (AG, BL, FR, SG, TI, ZG, NE). Le fait que la densité de médecins ait été calculée sur la base des personnes et non

des équivalents plein temps pourrait cependant entraîner une surévaluation de cette densité dans les villes, car dans ces dernières les médecins travaillant en cabinet de groupe tendent plus souvent qu'ailleurs à travailler à temps partiel.

La prise en charge des soins dentaires était assurée en 2013 par 4208 dentistes, ce qui représente une densité moyenne de 52 dentistes pour 100'000 habitants. Cette densité est particulièrement élevée dans le canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures, le seul canton où des dentistes au bénéfice d'une autorisation cantonale peuvent également pratiquer (G5.16).

Depuis l'année 1990, le nombre de médecins en activité a considérablement augmenté: de 295 médecins pour 100'000 habitants, ce chiffre s'est élevé à 409 en 2013, avec une sensible augmentation les deux dernières années (G 5.17). Pour les dentistes, l'évolution est modeste (48 dentistes pour 100'000 habitants en 1990 et 52 en 2013) et le taux pour 100'000 habitants est stable depuis 2007.

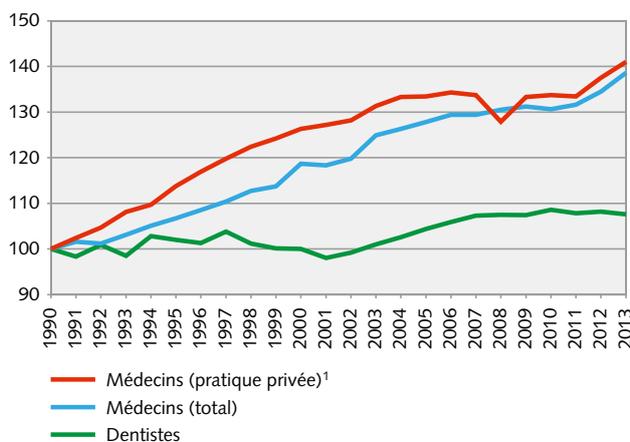
Recours aux prestations

71% des hommes et 86% des femmes sont allés au moins une fois chez un médecin sur une période de douze mois. Cette différence entre les sexes s'explique notamment par les visites chez les gynécologues (> chapitre 4.6). Deux tiers des personnes ont consulté un médecin généraliste au moins une fois dans l'année. Le nombre de consultations par an augmente avec l'âge, rapidement dès 75 ans (G 5.18). Plus d'un tiers de

Médecins et dentistes

Indices du nombre de médecins et dentistes pour 100'000 habitants, 1990 = 100

G 5.17



¹ Dès 2008, médecins du secteur ambulatoire, nouvelle conception de la statistique médicale de la Fédération des médecins suisses (FMH)

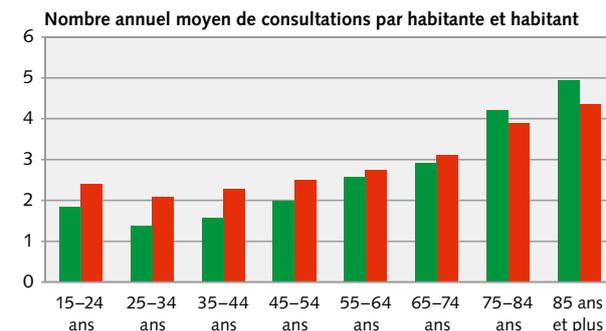
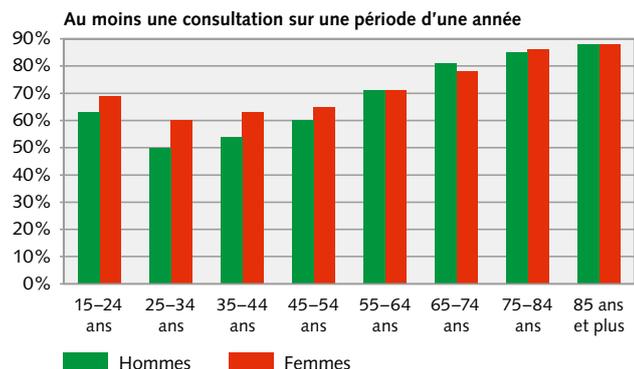
Source: FMH, SSO

© OFS 2014

Consultations chez un généraliste, en 2012

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 5.18



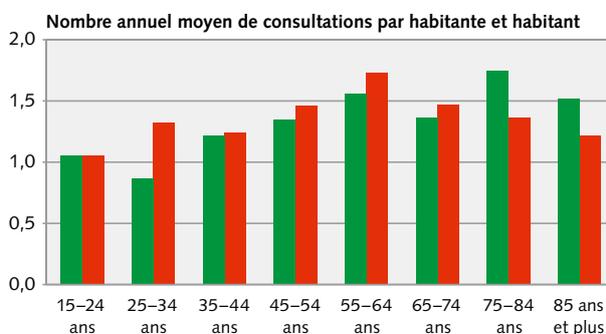
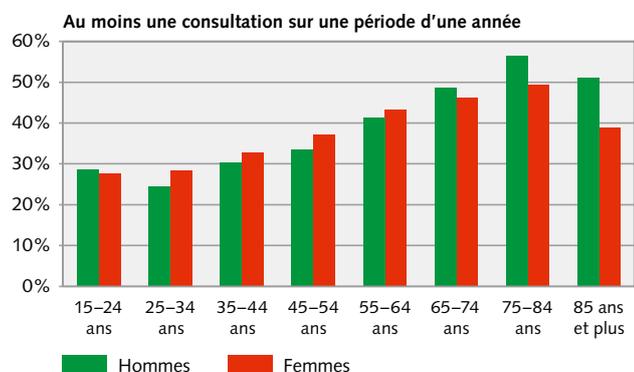
Source: OFS - ESS

© OFS 2014

Consultations chez un spécialiste (sans la gynécologie), en 2012

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 5.19



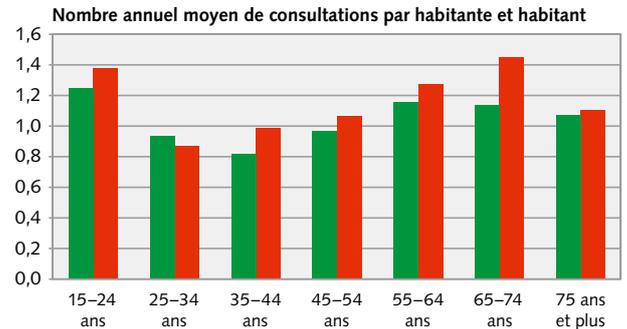
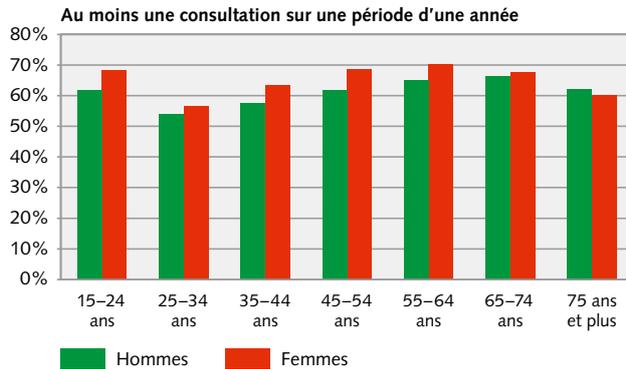
Source: OFS - ESS

© OFS 2014

Consultations chez un dentiste, en 2012

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 5.20



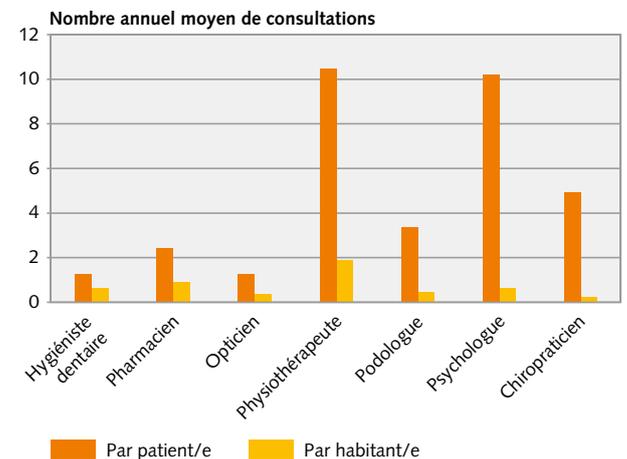
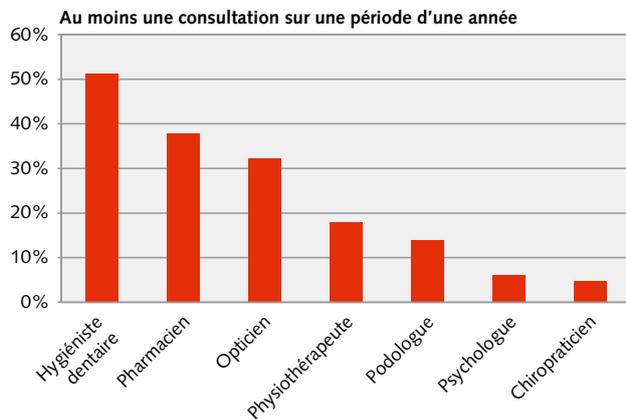
Source: OFS – ESS

© OFS 2014

Consultations chez un autre fournisseur de prestations, en 2012

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 5.21



Source: OFS – ESS

© OFS 2014

la population a consulté un médecin spécialiste (sans compter la gynécologie). L'âge n'a ici pas d'influence particulière sur la fréquence des visites (G 5.19). Les personnes sans formation postobligatoire ont consulté plus souvent des généralistes que les personnes au bénéfice d'une formation du degré tertiaire (77% contre 61%), mais moins fréquemment des spécialistes (31% contre 39%).

66% des personnes sont allées chez le dentiste au moins une fois dans l'année (G 5.20), celles sans formation postobligatoire un peu moins souvent que celles ayant une formation du degré tertiaire (57% contre 69%). Par ailleurs, la moitié de la population a recouru à des prestations d'un ou d'une hygiéniste dentaire.

Les pharmacies sont aussi souvent sollicitées pour des conseils médicaux (G 5.21). La population recourt plus rarement à des services de chiropratique, de physiothérapie ou de psychothérapie. Les femmes font davantage appel à ces services que les hommes. La différence est la plus prononcée pour les soins des pieds (podologie), avec 21% des femmes contre 7% des hommes y ayant eu recours sur une période d'une année.

Recours aux prestations

Les services d'aide et de soins à domicile se sont occupés de 257'724 clients en 2012 et ont fourni à ces personnes des prestations totalisant environ 17,5 millions d'heures de travail. 65% de ces dernières étaient des prestations de soins, 32% des prestations d'aide à domicile et 3% des autres prestations (par ex. service social, services de transport, systèmes d'appels d'urgence, etc.) (G 5.23). Les femmes étant généralement plus jeunes que leur mari ou compagnon et ayant une espérance de vie plus élevée que celles des hommes, c'est plus souvent, dans un couple, les femmes qui assistent leur partenaire que

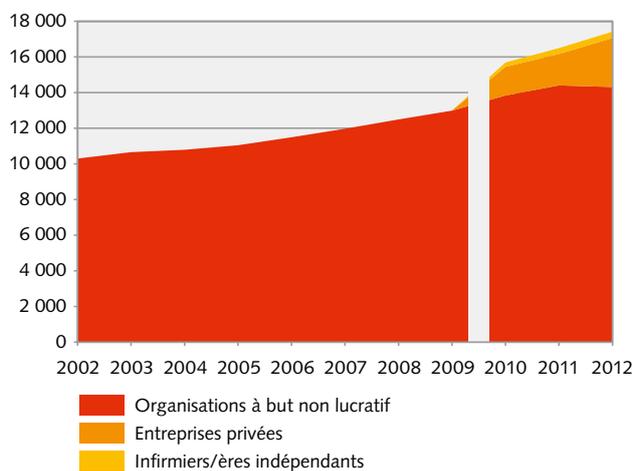
l'inverse. Il en résulte que, jusqu'à 79 ans, 60% des prestations de soins proposées par les services d'aide et de soins à domicile ont été sollicitées par des femmes; à partir de 80 ans cette proportion passe même à 69%. En ce qui concerne les prestations d'aide à domicile, la part des femmes est encore plus importante en raison du phénomène évoqué ci-dessus, mais aussi de la répartition traditionnelle des rôles: elle se situait à 78% dans la classe d'âge la plus jeune et à 75% chez les 80 ans et plus.

Chaque recours à un type de prestation génère un cas. On comptabilise en moyenne 1,5 cas par personne (total: 395'368 cas). En 2012, le temps moyen investi par cas de prestation de soins variait entre 39 heures (0-64 ans) et 63 heures (80 ans et plus), celui par cas de prestation d'aide à domicile entre 35 et 52 heures (G 5.24). Le nombre d'heures de travail fournies par cas n'a pas fondamentalement changé depuis 2002. Cette stabilité s'explique par la limitation du nombre des heures fixée par les caisses-maladie et les autorités accordant des subventions.

Emploi dans les services d'aide et de soins à domicile

En équivalents plein temps

G 5.22



Modification du relevé en 2010, avec intégration des entreprises privées et des infirmières et infirmiers indépendants

Source: OFS - SPITEX

© OFS 2014

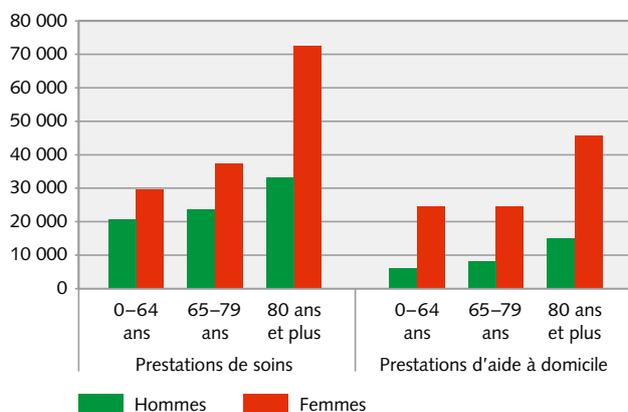
Financement

Les pouvoirs publics (cantons et communes) ont financé 43% des prestations d'aide et de soins à domicile. L'assurance obligatoire des soins en a pris en charge 36%, correspondant aux prestations de soins selon l'ordonnance sur les prestations de l'assurance de base, le solde étant financé par d'autres sources (aide à domicile et repas payés directement par les clients, cotisations de membres, dons, etc.). En 2012, le coût facturé par les organisations d'aide et de soins à domicile s'élevait en moyenne à 7119 francs par client, tous types de prestation confondus, contre 4891 francs en 2002.

Clientes et clients des services d'aide et de soins à domicile, en 2012

Nombre selon le type de prestation et l'âge

G 5.23



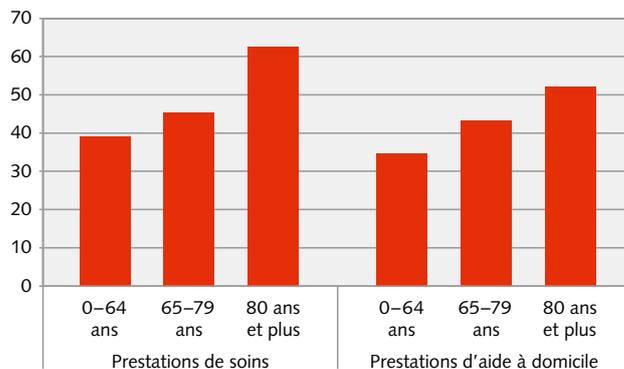
Source: OFS - SPITEX

© OFS 2014

Volume des prestations des services d'aide et de soins à domicile, selon le type de prestation et l'âge, en 2012

Heures par cliente ou client

G 5.24



Source: OFS - SPITEX

© OFS 2014

5.6 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.). A côté des services professionnels d'aide et de soins à domicile (> chapitre 5.5), les proches et les connaissances contribuent, dans des proportions variables, à fournir l'aide nécessaire.

Aide informelle reçue

En 2012, sur une période de 12 mois, 14% de la population ont reçu pour des raisons de santé de l'aide de parents, connaissances ou voisins. Ce taux varie relativement peu jusqu'à 74 ans (G5.25). Il augmente ensuite fortement pour les deux dernières classes d'âge, atteignant 41% chez les femmes de 85 ans et plus alors qu'il reste à 24% chez les hommes du même âge. Les femmes disent recevoir davantage d'aide que les hommes, particulièrement dès 65 ans.

Les bénéficiaires indiquent le plus souvent comme objet de cette aide le ménage (65%), les achats (57%), le soutien moral (41%), les transports (38%), les repas (31%) et les soins médicaux ou corporels (29%) (plusieurs réponses possibles). L'entourage familial joue un rôle déterminant: l'aide vient dans 52% des cas du ou de la partenaire, dans 31% du fils ou de la fille, dans 19% du père ou de la mère, dans 20% des autres membres de la famille (plusieurs réponses possibles). Les voisins ainsi que les connaissances et amis (18%) contribuent aussi de manière significative.

Aide informelle apportée

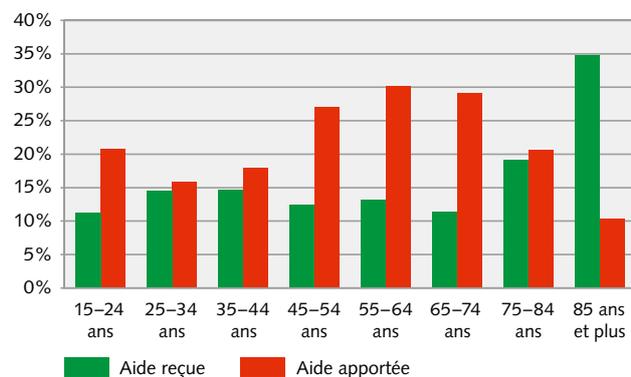
On constate que 20% des hommes et 25% des femmes ont aidé en 2012, régulièrement et bénévolement, d'autres personnes, par exemple en rendant visite à des malades, des personnes handicapées ou des personnes âgées, en les aidant dans leur ménage, en leur apportant à manger ou en effectuant des transports. La part des personnes apportant une aide est la plus élevée entre 45 ans et 74 ans (G5.25).

Ce sont la famille et la parenté hors ménage (58%) qui sont le plus souvent mentionnées comme bénéficiaires de l'aide; les voisins, connaissances ou amis (35%) viennent ensuite, puis les personnes à l'intérieur du ménage (20%). L'aide pour le ménage est beaucoup plus fréquente que

Aide informelle, en 2012

Sur une période d'une année. Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 5.25



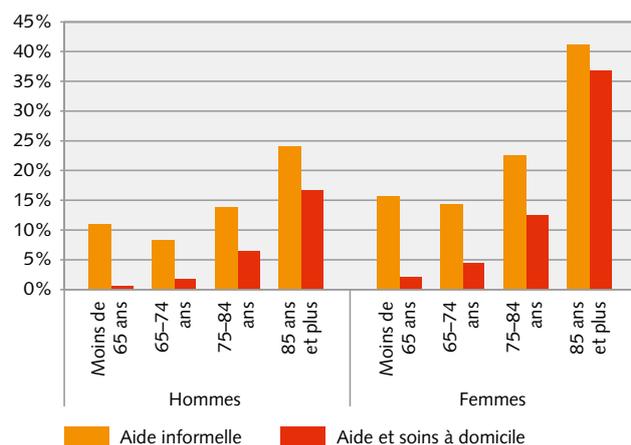
Source: OFS - ESS

© OFS 2014

Recours à l'aide informelle et au service d'aide et de soins à domicile, en 2012

Sur une période d'une année. Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 5.26



Source: OFS - ESS

© OFS 2014

les soins médicaux et corporels (53% contre 17%). Ces derniers sont prodigués surtout au sein du ménage. Jusqu'à un âge avancé (74 ans) la part des personnes apportant de l'aide est largement supérieure à celle des personnes en recevant.

Aides informelles et soins à domicile

3% de la population font appel aux services d'aide et de soins à domicile. Cette proportion est de 10% parmi les personnes de 75 à 84 ans et de 29% parmi celles de 85 ans et plus (G5.26). Les prestations des services professionnels d'aide et de soins à domicile ne remplacent pas l'aide informelle: 63% des personnes recourant aux services d'aide à domicile reçoivent également de l'aide

informelle. Les femmes recourent plus souvent que les hommes à une aide informelle ou aux services d'aide et de soins à domicile (18% contre 12%). Le recours à ces aides augmente avec l'âge, particulièrement pour les prestations d'aide et de soins à domicile. Bénéficiaire d'une aide informelle n'est pas rare parmi les personnes de moins de 65 ans, contrairement au recours à l'aide et aux soins à domicile (13% contre 1%).

5.7 Coûts du système de santé

Les coûts des prestations du système de santé se sont montés à 68,0 milliards de francs en 2012, ce qui correspondait à 10,9% du produit intérieur brut (compte tenu de la révision du PIB de septembre 2014). Ils ont progressé en moyenne de 3,9% par an depuis 1995, les taux de croissance variant entre 1,4% (2006) et 6,4% (2001). On observe une hausse des coûts quasiment ininterrompue pour tous les types de prestations (G5.27) et la part respective de ces dernières dans le total n'a presque pas changé. Seule évolution notable: un déplacement de 2% environ des coûts de santé depuis les soins en milieu hospitalier vers les soins ambulatoires, avant tout les soins ambulatoires dispensés à l'hôpital. La part des coûts des prestations ambulatoires fournies par les hôpitaux dans le total des coûts a ainsi doublé en 17 ans, passant de 3,7% à 8,6%.

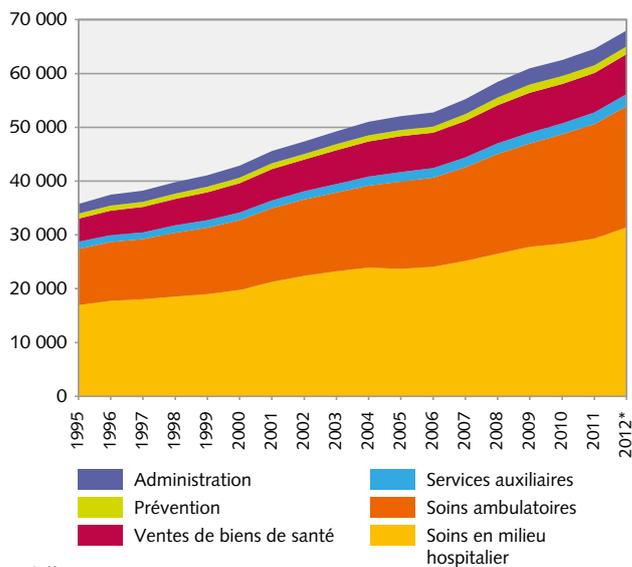
Dépenses de santé par habitant

En 2012, les dépenses de santé par personne domiciliée en Suisse se sont élevées à 709 francs par mois (G5.28). Les soins en milieu hospitalier (327 francs) et les soins ambulatoires (235 francs) absorbent plus des trois quarts des dépenses totales de santé.

Dépenses de santé selon l'âge et le sexe

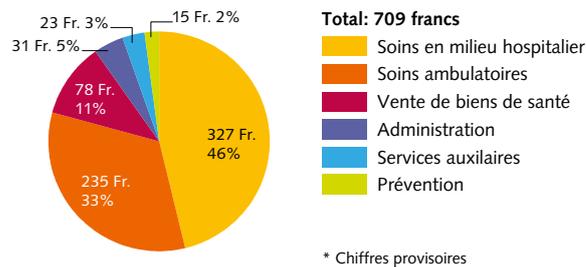
Les dépenses de santé augmentent fortement avec l'âge (G5.29). En 2012, les personnes de 60 ans et plus ont occasionné des coûts à peu près aussi élevés que celles de moins de 60 ans, bien que les premières ne représentaient que 23,1% de la population totale. Cet effet est encore plus accentué à un âge avancé: les personnes de 75 ans et plus, qui ne représentent que 8,1% de la population, occasionnent 30% des dépenses de santé. On ne peut cependant pas en déduire que la hausse des coûts de santé est due avant tout au vieillissement croissant de la population. La majeure partie des dépenses

Dépenses de santé selon le type de prestations G 5.27
En millions de francs



* Chiffres provisoires
Source: OFS - COU © OFS 2014

Dépenses de santé par habitant, en 2012* G 5.28
En francs par mois



* Chiffres provisoires
Source: OFS - COU © OFS 2014

Dépenses de santé selon la classe d'âge et le sexe, en 2012* G 5.29
En millions de francs



* Chiffres provisoires
Source: OFS - COU © OFS 2014

de santé surviennent en effet, quel que soit l'âge, durant les derniers six mois de vie. Autrement dit, avec l'allongement de l'espérance de vie, on observe aussi une augmentation du nombre d'années de vie en bonne santé (et donc avec des dépenses de santé comparativement faibles).

En 2012, 57,7% des dépenses de santé étaient imputables aux femmes, et 42,3% aux hommes. Le tableau varie cependant selon les classes d'âge. Chez les enfants et les jeunes jusqu'à 15 ans, les dépenses de santé sont environ 14,5% plus basses chez les filles que chez les garçons, car ces derniers ont une constitution généralement plus faible (cf. la mortalité infantile, par exemple) et sont plus souvent victimes d'accidents. A l'âge de procréer, les dépenses de santé des femmes augmentent fortement suite aux grossesses et aux accouchements. La différence des coûts entre les sexes est la plus importante dans la classe d'âge de 31 à 35 ans, soit celle où se situe justement l'âge le plus fréquent auquel les femmes mettent des enfants au monde (32 ans). Cette différence entre les sexes s'amenuise ensuite avec l'âge. Ce n'est qu'à partir de 65 ans que les dépenses de santé sont à nouveau plus élevées chez les femmes, conséquence de leur dominance numérique.

Les dépenses de santé dans le contexte économique général

Pour apprécier l'évolution des coûts du système de santé dans un contexte économique général, l'indicateur privilégié est la part que représentent les dépenses de santé dans le produit intérieur brut (PIB). Compte tenu de la faible croissance économique dans les années 1990, cet indicateur est passé de 7,9% (1990) à 10,4% en 2004. Le produit intérieur brut ayant à nouveau augmenté plus fortement que les dépenses de santé entre 2005 et 2008, la part de ces dernières dans le PIB est retombée à 9,6%. Une forte hausse des coûts hospitaliers la première année après le passage au financement hospitalier basé sur le système des forfaits par cas (SwissDRG) a fait grimper la part des coûts de santé dans le PIB au niveau record de 10,9% en 2012. Les chiffres ci-dessus tiennent compte de la révision entreprise en 2014 des données sur le produit intérieur brut depuis 1995.

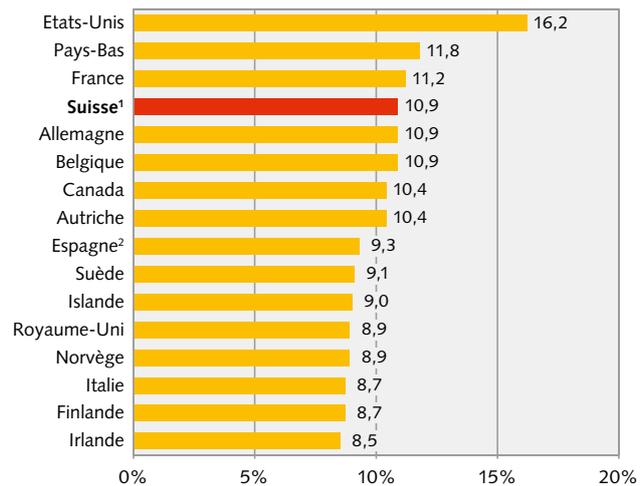
La Suisse occupait en 2012 le quatrième rang dans le classement des pays de l'OCDE établi sur la base de la part des dépenses de santé dans le PIB (G 5.30). Cependant, la Suisse arrive aussi au troisième rang sur le plan de l'espérance de vie (82,8 ans, derrière le Japon et l'Islande avec, respectivement, 83,2 et 83 ans). Selon l'OCDE,

la Suisse dispose ainsi d'un système de santé performant, de bonne qualité et accessible à tous. Mais l'OCDE souligne aussi que d'autres pays membres arrivent à fournir des prestations de même valeur en matière de santé avec moins de ressources (OCDE 2011).

Dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, en 2012

Part des dépenses de santé dans le produit intérieur brut

G 5.30



¹ Après révision du PIB du septembre 2014
² 2011

Source: OCDE, OFS

© OFS 2014

6 Financement du système de santé

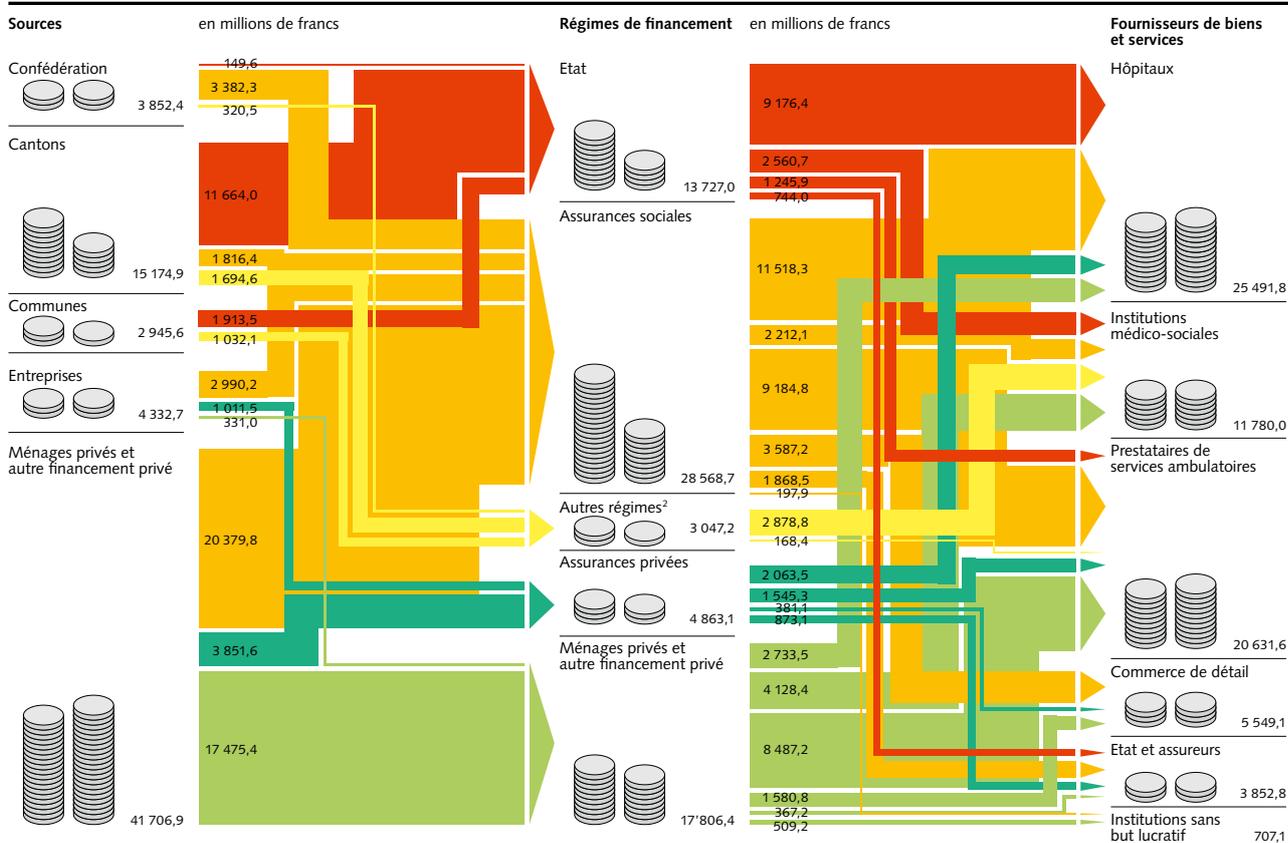
Les institutions du système de santé sont financées par différents acteurs, notamment par les cantons, les communes, les assurances sociales, les assurances privées et les ménages. Mais les assurances sont elles-mêmes financées par les ménages (primes d'assurance, franchises, quotes-parts), par les entreprises et par les contributions publiques aux primes. L'analyse peut se concentrer sur différents points de cette chaîne de financement.

Financement selon le régime de financement

Dans l'analyse selon le régime de financement, on considère les agents économiques qui paient les prestations des fournisseurs de biens et services de santé. En 2012, la plus grande part (42,0%) a été payée par les assurances sociales, à savoir l'assurance obligatoire des soins, l'assurance-accidents, l'AVS, l'AI et l'assurance militaire (G 6.1). L'assurance obligatoire des soins (basée sur la loi sur l'assurance-maladie, LAMal) y a contribué à elle seule à hauteur de 35,8%. Les ménages privés sont le deuxième plus important régime de financement, avec une part de 25,2%, qui comprend les prestations non

Coût et financement du système de santé en 2012¹

G 6.1



¹ Chiffres provisoires ² Prestations complémentaires AVS, AI; aides cantonales aux personnes âgées (soins)

Source: OFS – COU

© OFS 2014

prises en charge par les assurances sociales ou privées (paiements out-of-pocket) et les participations au paiement des autres prestations (franchises et quotes-parts).

La part des pouvoirs publics était en 2012 de 20,2%, dont la majeure partie était supportée par les cantons (17,1%). Ceux-ci accordent des subventions aux hôpitaux, aux établissements médico-sociaux et aux organisations d'aide et de soins à domicile, et ils fournissent des services à la population (santé publique, prévention, services de sauvetage). Les assurances privées, avec une part de 7,2%, jouaient un rôle bien moindre. Quant à la part des prestations sous condition de ressources (principalement les prestations complémentaires à l'AVS/AI), elle était de 4,5%, et celle des «autres financements privés» (dons ou legs à des organisations sans but lucratif) de 1,0%.

La part de chacun de ces régimes au financement varie fortement selon le type de prestations prises en considération (G 6.2). La part des ménages est la plus élevée pour les soins dentaires. La prise en charge en milieu hospitalier est couverte en grande partie par l'Etat et par l'assurance obligatoire des soins, alors que la prise

en charge ambulatoire (par les hôpitaux, les médecins et d'autres prestataires) doit se passer de l'aide de l'Etat, sauf dans le domaine de l'aide et des soins à domicile.

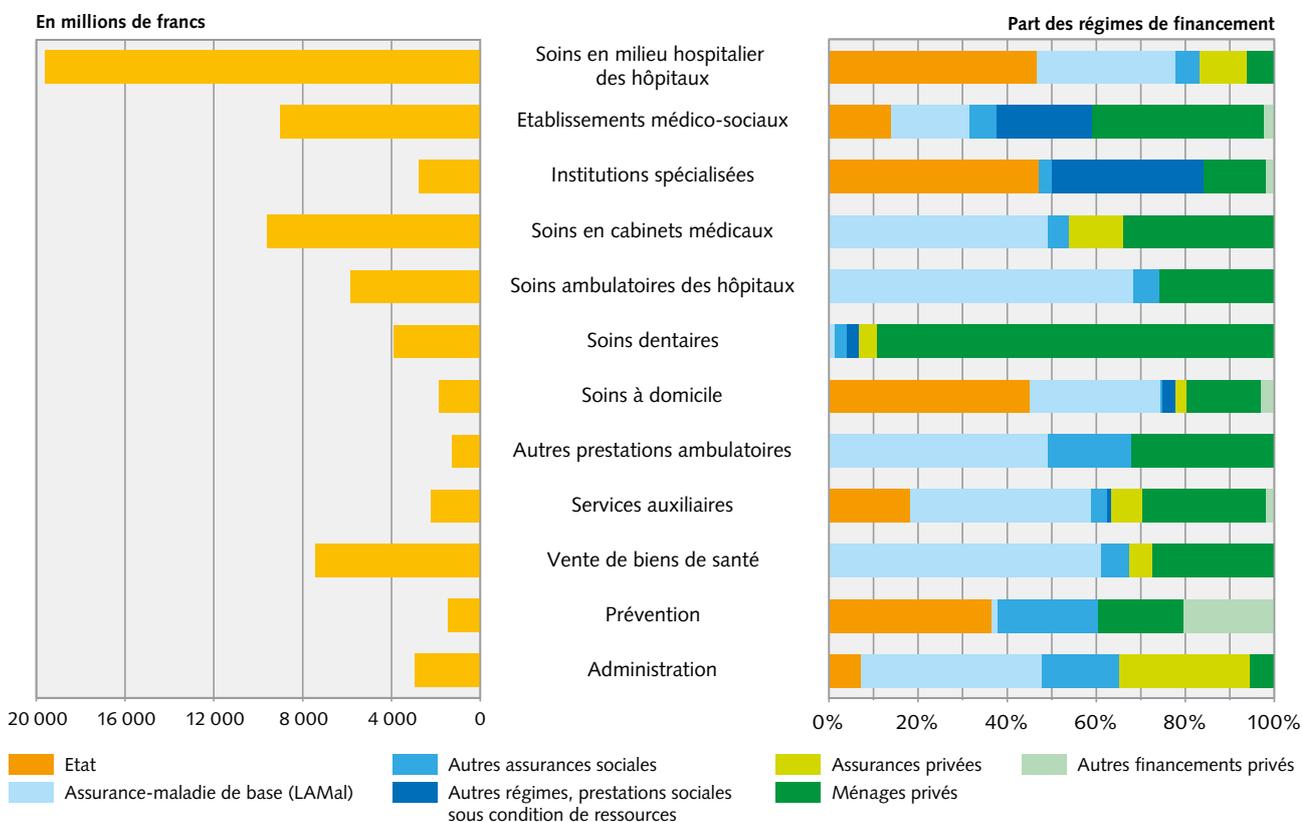
La prise en charge ambulatoire est par contre financée de manière significative par d'autres assurances sociales et par les assurances privées (sur la base de la loi sur le contrat d'assurance, LCA).

Le financement selon la source de financement

L'analyse selon la source de financement vise à déterminer quelle part du coût du système de santé est finalement supportée par les trois acteurs du circuit économique: l'Etat, les entreprises et les ménages. Dans ce but, les primes d'assurance-maladie (obligatoire et privée) sont imputées aux ménages, tandis que les prestations de transfert – réductions de primes, aide sociale, prestations complémentaires et allocations pour imposables de l'AVS et de l'AI – sont imputées à l'Etat (Confédération, cantons).

De ce point de vue, les ménages ont financé, en 2012, 61,3% des dépenses de santé et les pouvoirs publics 32,3% (G 6.3). Les entreprises, par leurs contributions

Financement des dépenses de santé par type de prestations, selon le régime de financement, en 2012* **G 6.2**

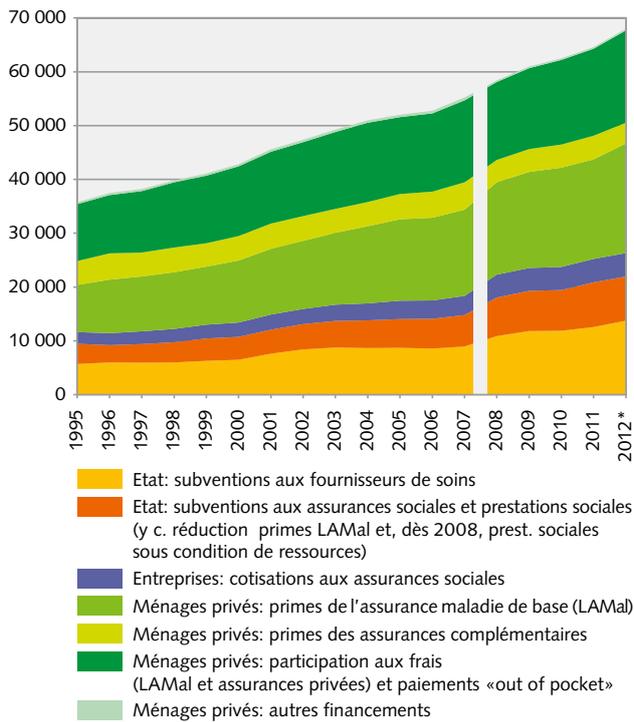


à l'assurance-accidents et au financement de l'AVS/AI (cotisations des employeurs, des salariés et des indépendants aux assurances sociales), ont financé 6,4% des coûts de la santé. Proportionnellement, la répartition n'a que peu évolué de 2008 à 2012: la part de l'Etat a augmenté d'un point et demi, alors que la part des entreprises a diminué d'un point et celle des ménages d'un demi-point.

Financement des dépenses de santé selon la source

En millions de francs

G 6.3



Rupture chronologique à partir de 2008, suite à la révision partielle concernant le financement

* Chiffres provisoires

Source: OFS – COU

© OFS 2014

7 Annexes

7.1 Abréviations

AI	Assurance-invalidité	SOMED	Statistique des institutions médico-sociales
BEVNAT	Statistique du mouvement naturel de la population	SPITEX	Statistique de l'aide et des soins à domicile
BPA	Bureau de prévention des accidents	SSAA	Service de centralisation des statistiques de l'assurance-accidents
CD	Statistique des causes de décès	SSO	Société suisse d'odonto-stomatologie
CIM-10	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10 ^e révision	StatLPMA	Statistique de la procréation médicalement assistée
CN	Comptabilité nationale	STATPOP	Statistique de la population et des ménages
COU	Statistique du coût et du financement du système de santé	VIH/sida	Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome de l'immunodéficience acquise
EC	Epidémiologie du cancer		
EMS	Etablissement médico-social		
ESPA	Enquête suisse sur la population active		
ESPOP	Statistique de l'état annuel de la population (1981–2010)		
ESS	Enquête suisse sur la santé		
FMH	Fédération des médecins suisses		
IMC	Indice de masse corporelle		
KS	Statistique des hôpitaux		
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie		
MS	Statistique médicale des hôpitaux		
NICER	Institut national pour l'épidémiologie et l'enregistrement du cancer		
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques		
OFAS	Office fédéral des assurances sociales		
OFEV	Office fédéral de l'environnement		
OFROU	Office fédéral des routes		
OFS	Office fédéral de la statistique		
OFSP	Office fédéral de la santé publique		
OFSPPO	Office fédéral du sport		
OMS	Organisation mondiale de la santé		
PIB	Produit intérieur brut		
RCT	Registres cantonaux des tumeurs		
RSCE	Registre suisse du cancer de l'enfant		
SILC	Revenus et conditions de vie en Suisse		
SNC	Swiss National Cohort		

7.2 Glossaire

Années potentielles de vie perdues

Indicateur de mortalité précoce. Il se réfère à tous les décès ayant eu lieu avant un âge de décès théorique, fixé à 70 ans, et il se calcule en faisant la somme des différences entre l'âge du décès et cet âge théorique. Il peut aussi être exprimé sous forme de taux.

Antigène prostatique spécifique (PSA)

Protéine fabriquée par la prostate et présente dans le sang des hommes. Son taux augmente en cas de cancer de la prostate, mais aussi en cas d'infection aiguë de la prostate ou de tumeur bénigne.

Cardiopathies ischémiques

Les cardiopathies ischémiques recouvrent un ensemble de troubles ou maladies consécutives à un arrêt ou une réduction de l'irrigation sanguine du muscle cardiaque, en lien généralement avec l'athérosclérose des artères coronaires. Elles se traduisent par différents syndromes: syndromes coronaires aigus et infarctus du myocarde, angine de poitrine, atteinte ischémique chronique avec insuffisance cardiaque, troubles du rythme cardiaque, voire mort subite.

Chômeurs (au sens BIT)

Sont considérées comme chômeurs les personnes âgées de 15 à 74 ans qui n'étaient pas occupées au cours de la semaine de référence, qui ont cherché activement un emploi au cours des quatre semaines précédentes et qui étaient alors disponibles pour prendre un emploi. Cette définition est conforme aux normes du Bureau international du travail (BIT) et de l'OCDE ainsi qu'à la définition d'Eurostat.

Comorbidité

Présence d'un ou de plusieurs troubles associés à un trouble ou une maladie primaire.

Congénital

Présent à la naissance, dont l'origine se situe dans la vie intra-utérine.

Décès (cause de)

Maladie ou cause externe principalement responsable de la mort d'une personne. Le codage des causes de décès est effectué conformément à la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes connexes, dixième révision (CIM-10).

Dépistage

Processus visant à identifier des maladies encore asymptomatiques par des tests, examens ou autres procédures simples et applicables à grande échelle, à l'ensemble d'une population cible en bonne santé apparente.

Dépistage (ou diagnostic) prénatal

Techniques médicales ayant pour but de détecter une éventuelle affection grave de l'embryon ou du fœtus dans le ventre de sa mère. On distingue les dépistages par échographie et les analyses génétiques.

Diagnostics principaux et secondaires

Dans le cadre de la statistique médicale des hôpitaux, est considérée comme diagnostic principal l'affection qui, au terme d'une hospitalisation, a essentiellement justifié le traitement et les examens prescrits. Des diagnostics secondaires peuvent être indiqués pour les comorbidités. Le codage des diagnostics s'effectue par groupe de maladies et organes spécifiques, répartis entre 21 chapitres (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes connexes, dixième révision [CIM-10]).

Durée moyenne d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation est calculée en divisant le nombre de journées d'hospitalisation par le nombre de cas d'hospitalisation.

Emplois en équivalents plein temps

Les emplois en équivalents plein temps résultent de la conversion du volume de travail (mesuré en termes d'occupation ou d'heures de travail) en emplois à plein temps. Le nombre d'emplois en équivalents plein temps se définit comme le nombre total d'heures travaillées divisé par la moyenne annuelle des heures travaillées dans les emplois à plein temps.

Endoscopie

Exploration d'une cavité au moyen d'un endoscope, à savoir un instrument souple en forme de tube muni d'un objectif et d'une source de lumière.

Espérance de vie

Nombre moyen des années (restantes) à vivre, compte tenu des taux actuels de mortalité pour l'âge considéré.

Espérance de vie en bonne santé

Nombre d'années en bonne santé qu'une personne peut s'attendre à vivre (à la naissance). Une bonne santé est définie comme un état de santé auto-évalué bon ou très bon. Cet indicateur combine des informations sur la mortalité et la morbidité. Il est très sensible aux différences méthodologiques, même minimales.

Forceps

Instrument en forme de pinces à branches séparables (cuillères) servant à saisir la tête de l'enfant pour en faciliter l'expulsion lors de certains accouchements.

Franchise

Dans le cadre de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), la franchise correspond au montant annuel des prestations que la personne assurée doit entièrement prendre à sa charge, avant que l'assurance ne commence à rembourser les prestations. Le montant minimal de la franchise est de 300 francs par an pour les adultes. Les caisses maladie peuvent proposer des franchises plus élevées (jusqu'à 2500 francs).

Gradient social

L'OMS parle de gradient social pour désigner la relation inverse entre position socio-économique et état de santé, les personnes avec la situation sociale la plus défavorable étant en règle générale en moins bonne santé.

Grandes régions

A des fins statistiques, la Suisse est divisée en sept grandes régions: région lémanique (Vaud, Valais, Genève), Espace Mittelland (Berne, Fribourg, Soleure, Neuchâtel, Jura), Suisse du Nord-Ouest (Bâle-Ville, Bâle-Campagne, Argovie), Zurich, Suisse orientale (Glaris, Schaffhouse,

Appenzell Rh.-Ext., Appenzell Rh.-Int., Saint-Gall, Grisons, Thurgovie), Suisse centrale (Lucerne, Uri, Schwytz, Obwald, Nidwald, Zoug) et Tessin.

Hormonothérapie de substitution

Traitement hormonal ayant généralement pour objectif de limiter les troubles liés à la ménopause.

Incidence

Fréquence des nouveaux cas d'une maladie dans une population définie et durant une période donnée. L'incidence des cancers est souvent exprimée sous forme de taux annuels pour 100'000 habitants.

Limitations dans les activités de la vie quotidienne

Les personnes sont interrogées sur leur capacité (sans aide) à: a) manger, b) se coucher, sortir du lit et se lever d'un fauteuil, c) s'habiller et se déshabiller, d) aller aux toilettes et e) prendre un bain ou une douche. Les personnes peuvent répondre: «oui, sans difficulté» (pas de limitation), «oui, avec quelque difficulté» (limitation légère), «oui, mais avec beaucoup de difficulté» (limitation importante) ou «non» (limitation complète).

Limitations fonctionnelles

Les personnes sont interrogées sur leur capacité à: a) lire un livre ou un journal [ou regarder la télévision], y compris avec des lunettes (vue), b) suivre une conversation à laquelle participent au moins deux personnes, y compris avec un appareil auditif (ouïe), c) marcher seules, sans aide, sans s'arrêter et sans être fortement incommodées (locomotion) ou d) parler (parole). A ces questions, les personnes peuvent répondre: «oui, sans difficulté» (pas de limitation), «oui, sans trop de difficulté» (limitation légère), «oui, mais avec beaucoup de difficulté» (limitation importante) ou «non» (limitation complète). Pour la locomotion, les réponses possibles sont: «200 mètres ou plus» (pas de limitation), «plus de quelques pas mais moins de 200 mètres» (limitation faible), «seulement quelques pas» (limitation importante) et «je ne peux pas me déplacer» (limitation complète).

Mammographie

Examen du sein par radiographie aux rayons X visant à dépister un cancer du sein.

Médiane

La médiane ou valeur centrale partage l'ensemble des valeurs observées (et ordonnées selon leur grandeur) en deux moitiés de taille égale, l'une comprenant les valeurs supérieures à la médiane, l'autre les valeurs inférieures à celle-ci. A la différence de la moyenne arithmétique, la médiane n'est pas influencée par les valeurs extrêmes.

Mélanome

Il s'agit, avec les carcinomes, d'un des deux principaux types de cancer de la peau. Il se développe à partir des mélanocytes, les cellules produisant le pigment de la peau.

Mortalité

Fréquence des décès dans une population définie durant une période donnée (ou pour des causes spécifiques).

Nationalité (regroupement des pays)

Les pays d'origine des personnes de nationalité étrangère résidant en Suisse sont regroupés en quatre régions: *Europe du Nord et de l'Ouest*: Allemagne, Autriche, France, Belgique, Luxembourg, Pays-Bas, Grande-Bretagne, Irlande, Danemark, Finlande, Islande, Norvège, Suède, Monaco; *Europe du Sud-Ouest*: Portugal, Espagne, Italie, Vatican, Malte, Saint-Marin; *Europe du Sud-Est et de l'Est*: Turquie, Serbie, Croatie, Slovaquie, Bosnie et Herzégovine, Monténégro, Macédoine, Kosovo, Albanie, Grèce, Chypre, Bulgarie, Roumanie, Estonie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Hongrie, République tchèque, Moldavie, Russie, Ukraine, Biélorussie; *Hors Europe*: tous les pays hors Europe.

Niveau de formation

Le niveau de formation atteint peut être classé en trois grandes catégories: scolarité obligatoire (correspondant, en règle générale, à neuf années de scolarité, regroupant l'enseignement du degré primaire et celui du degré secondaire I), secondaire II (filiales de formation professionnelle débouchant sur un diplôme ou un certificat fédéral de capacité, filiales de formation générale: maturité gymnasiale, école de culture générale) et tertiaire (hautes écoles universitaires, hautes écoles spécialisées, formation professionnelle supérieure).

Personnes handicapées

Personnes qui ont un problème de santé durable et se disent limitées (fortement ou faiblement) dans les activités de la vie ordinaire.

Privation matérielle

Les privations matérielles permettent de mesurer l'exclusion sociale en termes absolus, contrairement au risque de pauvreté, calculé sur la base d'un seuil relatif. On parle de privation matérielle en l'absence, pour des raisons financières, d'au moins trois des neuf éléments suivants: capacité à faire face à une dépense imprévue d'un montant de 2000 francs, à s'offrir chaque année une semaine de vacances hors de son domicile, à s'offrir un repas composé de viande / poulet / poisson (ou équivalent végétarien) tous les deux jours au moins, à chauffer convenablement son domicile, absence d'arriérés de paiements, possession d'un lave-linge, d'un téléviseur couleur, d'un téléphone, ou d'une voiture. En cas d'absence d'au moins quatre éléments, on parle de privation matérielle sévère.

Procréation médicalement assistée (PMA)

Techniques médicales visant à permettre à des couples de concevoir un enfant. Celles-ci comprennent notamment: la stimulation de l'ovulation, l'insémination artificielle (avec le sperme du conjoint ou d'un donneur), la fécondation extra-utérine.

Produit intérieur brut (PIB)

Le PIB fournit une mesure de la performance d'une économie nationale au cours d'une année donnée. Il mesure la valeur ajoutée, c'est-à-dire la valeur des biens et services produits dans le pays, sans les biens et services utilisés pour produire d'autres biens et services. Le PIB se calcule à prix courants et à prix constants. A prix constants, il mesure l'évolution économique réelle, indépendamment de l'évolution des prix.

Quote-part

Dans le cadre de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), les personnes assurées doivent prendre à leur charge 10% des frais dépassant la franchise, jusqu'à concurrence d'un montant de 700 francs par an pour les adultes (350 francs pour les enfants de moins de 18 ans).

Risque de pauvreté

Au niveau international, le calcul du taux de risque de pauvreté est établi sur la base de seuils «relatifs». Sont considérées comme à risque de pauvreté les personnes vivant dans un ménage dont les ressources financières (sans le stock de fortune) sont sensiblement inférieures au niveau habituel des revenus dans le pays considéré. Le seuil du risque de pauvreté est, au niveau de l'Union européenne, fixé par convention à 60% de la médiane du revenu disponible équivalent. On parle de risque de pauvreté sévère lorsque ce seuil est fixé à 50% de la médiane du revenu disponible équivalent.

Sang occulte

Présence de sang dans les selles, non visible à l'œil nu. La détection du sang occulte dans les selles est une des méthodes de dépistage du cancer du côlon-rectum.

Survie relative à 5 ans

Taux de survie, 5 ans après le diagnostic de cancer, par exemple, estimé en tenant compte des décès intervenant dans la population générale à chaque âge de la vie.

Taux d'hospitalisation

Le taux d'hospitalisation correspond au nombre de personnes ou de cas traités, selon le domicile, rapporté à la population du canton.

Taux standardisé

Taux recalculé en admettant que la population étudiée présente la structure par âge d'une population type. Cela permet de comparer la mortalité entre populations ou d'observer son évolution sur de longues périodes, en neutralisant les différences dues à la structure par âge résultant, par exemple, du vieillissement de la population. Les populations types habituellement utilisées correspondent à une moyenne européenne ou mondiale.

Traitement ambulatoire en milieu hospitalier

Examen ou traitement d'une durée inférieure à 24 heures sans séjour dans un lit d'un établissement de soins hospitaliers. Les dialyses et les traitements par rayons sont considérés comme des traitements ambulatoires.

Traitement hospitalier

Traitement, examen ou soins pendant au moins 24 heures avec séjour dans un lit d'un hôpital. Les urgences aboutissant à une hospitalisation, les transferts dans un autre hôpital et les décès survenus au cours des 24 heures suivant l'admission sont aussi considérés comme des traitements hospitaliers.

Trisomie

Anomalie chromosomique où au moins une des paires de chromosomes est un triplet. La trisomie la plus fréquente, appelée trisomie 21 ou syndrome de Down, concerne la 21^e paire de chromosomes.

Ventouse (obstétricale)

Ventouse en plastique ou en métal placée sur la tête de l'enfant afin de le guider pour faciliter sa progression lors de certains accouchements.

7.3 Enquêtes et statistiques dans le domaine de la santé*

* Réalisées par l'Office fédéral de la statistique (OFS), sauf mention contraire.

Coûts et financement du système de santé (COU)

La statistique du coût et du financement du système de santé (COU) est une statistique de synthèse. Elle utilise toutes les données disponibles pour estimer les flux monétaires de production, de dépense et de financement des biens et services de santé en Suisse durant une année. Les coûts sont ventilés par prestation et par fournisseur de biens et services. Le financement est analysé selon le régime et la source de financement. La statistique est annuelle. Les données sont disponibles depuis 1995. Elles ont été partiellement rétro-polées jusqu'en 1960. La ventilation des données relatives au financement a été partiellement révisée à partir de 2008, ce qui limite la comparabilité avec les années antérieures.

Epidémiologie du cancer (EC)

L'épidémiologie du cancer (EC) est une statistique de synthèse. Elle délivre des informations sur l'état et l'évolution de la mortalité et de l'incidence du cancer en Suisse, globalement et par localisation cancéreuse. Les données relatives à la mortalité se basent sur la statistique des causes de décès. Celles concernant l'incidence reposent, d'une part, pour les enfants de 0 à 15 ans sur les données du Registre suisse du cancer de l'enfant (RSCE) fondé en 1976, d'autre part, sur les données des 15 registres cantonaux et intercantonaux des tumeurs, centralisées par l'Institut national pour l'épidémiologie et l'enregistrement du cancer (NICER) et extrapolées à l'échelle de la Suisse. Des registres existent dans les cantons suivants: AG (depuis 2013), BS/BL (1981), FR (2006), GE (1970), GR/GL (1989/92), JU (2005), LU (2010), NE (1974), OW/NW (2011), SG/AR/AI (1980), TG (2013), TI (1996), UR (2011), VD (1974), VS (1989), ZG (2011) et ZH (1980). La statistique est annuelle. Les données sont disponibles depuis 1983 auprès de NICER et depuis 1998 auprès de l'OFS.

Enquête suisse sur la santé (ESS)

L'enquête suisse sur la santé (ESS) est une enquête par échantillonnage. Depuis 2010, elle fait partie des enquêtes thématiques du recensement de la population. Elle porte sur l'état de santé de la population, les

comportements et l'environnement social qui peuvent l'influencer, sur le recours aux services de santé ainsi que sur les conditions d'assurance. Elle est souvent sur ces sujets la seule source de données représentatives à l'échelle nationale. L'enquête est menée auprès de la population âgée de 15 ans et plus, vivant en ménage privé et disposant d'un raccordement téléphonique. Elle se compose d'une interview téléphonique, suivie d'un questionnaire écrit. L'ESS a lieu tous les cinq ans. Les données sont disponibles depuis 1992. Les données les plus récentes datent de 2012 (21'597 personnes interrogées).

Revenus et conditions de vie en Suisse (SILC)

SILC (Statistics on Income and Living Conditions) est, depuis 2007, une enquête de l'Office fédéral de la statistique (OFS), portant sur les revenus et les conditions de vie des ménages en Suisse. Cette enquête a pour objectif d'étudier la pauvreté, l'exclusion sociale et les conditions de vie au moyen d'indicateurs comparables au niveau européen. Elle se base en Suisse sur un échantillon aléatoire d'environ 7000 ménages et 17'000 personnes.

Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX)

La statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX) est une enquête exhaustive obligatoire. Elle concerne les organisations de droit public et de droit privé à but non lucratif ainsi que, depuis 2010, les organisations de droit privé à but lucratif et les infirmiers et infirmières indépendants. Les informations récoltées portent sur la forme juridique des organisations, l'offre de prestations, le domaine d'activité, l'effectif et la structure des emplois et de la clientèle, ainsi que les comptes d'exploitation. L'enquête est réalisée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) depuis 2007; auparavant, elle était effectuée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS). Le relevé est annuel. Les données sont disponibles depuis 1998.

Statistique des causes de décès (CD)

La statistique des causes de décès (CD) est un relevé exhaustif obligatoire, basé sur les indications des offices d'état civil (registres d'état civil) et les déclarations de décès rendues par les médecins. Elle renseigne sur l'évolution de la mortalité en Suisse et sur les causes de décès. Le relevé est annuel. Les données sont disponibles depuis 1876, sous forme électronique depuis 1969. Depuis 1995, le codage des causes de décès se fait sur la base de la classification internationale des maladies, 10^e révision (CIM-10), succédant à la CIM-8.

Statistique des hôpitaux (KS)

La statistique des hôpitaux (KS) est une enquête exhaustive obligatoire. Elle vise à décrire l'infrastructure et les activités des hôpitaux et des maisons de naissance suisses selon les points de vue suivants: type d'établissement, prestations offertes et fournies, infrastructure, effectif du personnel, comptes d'exploitation. Le relevé est annuel. Les données sont disponibles depuis 1997. Le relevé a été partiellement révisé en 2010, ce qui limite la comparabilité avec les années antérieures.

Statistique des institutions médico-sociales (SOMED)

La statistique des institutions médico-sociales (SOMED) est une enquête exhaustive obligatoire. Elle cherche à décrire l'infrastructure et les activités des institutions suivantes: maisons pour personnes âgées, établissements médico-sociaux, institutions pour personnes handicapées et pour personnes dépendantes, établissements pour personnes présentant des troubles psychosociaux. L'enquête porte sur les infrastructures, les prestations, la structure de la population hébergée et du personnel assurant son accompagnement ainsi que sur les comptes d'exploitation. Le relevé est annuel. Les données sont disponibles depuis 1997.

Statistique des interruptions de grossesse

La statistique des interruptions de grossesse est une enquête exhaustive établie sur la base des indications communiquées par les médecins (obligation d'annonce). Elle offre un aperçu général des interruptions de grossesse en Suisse. Elle permet de retracer les évolutions qui touchent le domaine et de fournir des indications quant aux mesures qui sont à prendre ainsi que sur les mesures préventives envisageables. Des données sont disponibles depuis 2004.

Statistique médicale des hôpitaux (MS)

La statistique médicale des hôpitaux (MS) est une enquête exhaustive obligatoire. Elle recueille des informations sociodémographiques (âge, sexe et région de domicile des patients), des données administratives, comme le type d'assurance, ainsi que des informations médicales relatives aux diagnostics posés (principaux et secondaires) et aux traitements effectués. Le relevé est effectué par chaque hôpital ou clinique. Il est annuel. Les données sont disponibles depuis 1998. Dans cette publication, lorsqu'il est question de diagnostics, seuls les principaux sont pris en compte, sauf mention contraire.

Statistique de la procréation médicalement assistée (StatLPMA)

La statistique de la procréation médicalement assistée (StatLPMA) est une enquête exhaustive obligatoire. Elle porte sur le nombre de traitements par procréation médicalement assistée et sur le nombre d'embryons surnuméraires. Elle informe également sur le résultat des traitements et l'issue des grossesses. Elle est basée sur les données communiquées par les médecins. Le relevé est annuel. Les données sont disponibles depuis 2002.

7.4 Bibliographie

- BPA (2014), Status 2014. Statistique des accidents non professionnels et du niveau de sécurité en Suisse, Berne
- Cavalli, Stefano (2002), Vieillards à domicile, vieillards en pension: une comparaison, Lausanne
- CSAA (2014), Statistique des accidents LAA 2014, Lucerne
- Karasek, Robert & Theorell Töres (1990), Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life, New York
- Maag J., Braun J., Bopp M., Faeh D. (2013), «Direct estimation of death attributable to smoking in Switzerland based on record linkage of routine and observational data», *Nicotine & Tobacco Research*, 15 (9), pp. 1588–97
- Marmet S., Gmel G. sen, Gmel G. jun, Frick H., Rehm J. (2013), Alcohol-attributable mortality in Switzerland between 1997 and 2011, *Addiction Suisse*, Lausanne
- OCDE (2013), Panorama de la santé 2013. Les indicateurs de l'OCDE, Paris
- OCDE, OMS (2011), Examens de l'OCDE des systèmes de santé: Suisse 2011, Paris
- OFS (2008), D'une génération à l'autre. Evolution des causes de décès de 1970 à 2004, Neuchâtel
- OFS (2009), Visages du handicap. Personnes pouvant être considérées comme handicapées selon différentes définitions, Neuchâtel
- OFS (2010a), Hospitalisations 2008. Résultats choisis, Neuchâtel
- OFS (2010b), Santé des nouveau-nés 2008. Prématurité, grossesses multiples et retard de croissance, Neuchâtel
- OFS (2010c), Santé et comportements vis-à-vis de la santé. Enquête suisse sur la santé, Neuchâtel
- OFS (2011a), Coût et financement du système de santé. Résultats détaillés 2008 et évolution récente, Neuchâtel
- OFS (2011b), Personnes âgées dans les institutions. Entrée en établissement médico-social en 2008/09, Neuchâtel
- OFS (2012a), Le mélanome de la peau: état des lieux et prévention, Neuchâtel
- OFS (2012b), Mortinaissances et mortalité infantile 2003–2010, Neuchâtel
- OFS (2012c), Statistique des causes de décès 2009. Assistance au suicide et suicide en Suisse, Neuchâtel
- OFS (2012d), Coûts et financement du système de santé. Le financement des prestations de santé à la population résidente, Neuchâtel
- OFS (2012e), Santé des personnes âgées vivant en établissement médico-social. Enquête sur la santé des personnes âgées dans les institutions 2008/09, Neuchâtel
- OFS (2012f), La situation des personnes handicapées en institution, Neuchâtel
- OFS (2013a), La mortalité en Suisse et les principales causes de décès, Neuchâtel
- OFS (2013b), Etat de santé, renoncement aux soins et pauvreté. Enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC) 2011, Neuchâtel
- OFS (2013c), Paysage hospitalier suisse 2011, Neuchâtel
- OFS (2013d), Coûts des prises en charge hospitalières 2011, Neuchâtel
- OFS (2013e), Statistique de l'aide et des soins à domicile. Résultats 2012: chiffres et tendances, Neuchâtel
- OFS (2013f), «Avoir un enfant avant 20 ans?» Demos. Informations démographiques, N° 2, Neuchâtel
- OFS (2014a), «Parents à 40 ans ou plus» Demos. Informations démographiques, N° 1, Neuchâtel
- OFS (2014b), Décès dus aux maladies infectieuses et au sida de 1970 à 2009: évolution d'une génération à l'autre, Neuchâtel
- OFS (2014c), Décès dus aux cancers de 1970 à 2009: évolution d'une génération à l'autre, Neuchâtel
- OFS (2014d), Les enfants à l'hôpital, Neuchâtel
- OFS (2014e), Travail et santé. Résultats de l'enquête suisse sur la santé 2012, Neuchâtel
- OFS (2014f), Santé fonctionnelle des personnes âgées vivant en ménage privé, en 2012, Neuchâtel
- OFS (2014g), Enquête suisse sur la santé 2012. Activité physique et santé, Neuchâtel

- OFS (2014h), Santé maternelle et infantile des populations migrantes 2000–2012, Neuchâtel
- OFS, NICER, RSCE (2011), Le cancer en Suisse. Etat et évolution de 1983 à 2007, Neuchâtel
- OFSP (2013), «La tuberculose en Suisse, 2005–2011», Bulletin 21, Berne
- OFSP (2014), «Nombre de cas de VIH et d'IST en 2013: rapport, analyses et tendances», Bulletin 20, Berne
- OFSP/ODM (2011), Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Schlussbericht, Berne
- OMS (2009), Comblent le fossé en une génération: instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé: rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé, Genève
- Oncosuisse (2011), Programme national contre le cancer pour la Suisse 2011–2015, Berne

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

Données interactives (banques de données, accessibles en ligne)

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

Contact

058 463 60 11
info@bfs.admin.ch

www.statistique.admin.ch

www.news-stat.admin.ch

058 463 60 60
order@bfs.admin.ch

www.stattab.bfs.admin.ch

Publications récentes pour le thème Santé

Décès dus aux maladies infectieuses et au sida de 1970 à 2009: évolution d'une génération à l'autre, Neuchâtel 2014, 7 pages, gratuit, numéro de commande: 1411-0901

Décès dus aux cancers de 1970 à 2009: évolution d'une génération à l'autre, Neuchâtel 2014, 13 pages, gratuit, numéro de commande: 1411-0902

Les enfants à l'hôpital, Neuchâtel 2014, 4 pages, gratuit, numéro de commande: 1439-1400-05

Travail et santé. Résultats de l'enquête suisse sur la santé 2012, Neuchâtel 2014, 36 pages, gratuit, numéro de commande: 213-1207

Santé fonctionnelle des personnes âgées vivant en ménage privé, en 2012, Neuchâtel 2014, 4 pages, gratuit, numéro de commande: 1452-1200-05

Santé maternelle et infantile des populations migrantes 2000–2012, Neuchâtel 2014, 4 pages, gratuit, numéro de commande: 1456-1200-05

Enquête suisse sur la santé 2012: activité physique et santé, Neuchâtel 2014, 4 pages, gratuit, numéro de commande: 213-1209-05

Cette publication offre un survol des données statistiques sur le thème de la santé. Elle présente en particulier les principaux résultats de la dernière enquête suisse sur la santé, réalisée en 2012. Elle traite des conditions cadre et des déterminants qui influencent l'état de santé, de la santé de la population et du recours aux soins, du système de santé, de son coût et des modalités de son financement. Les données des graphiques de la publication sont mises à disposition sous forme de dossier électronique sur le portail Statistique suisse (www.health-stat.admin.ch).

N° de commande

1291-1400

Commandes

Tél. 058 463 60 60

Fax 058 463 60 61

E-mail: order@bfs.admin.ch**Prix**

22 francs (TVA excl.)

ISBN 978-3-303-14213-4