



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

ValeurS

Santé

Magazine d'information de l'Office fédéral de la statistique – Numéro 1/2016





La statistique pour scanner la santé

Georges-Simon Ulrich

Directeur de l'Office fédéral de la statistique
Neuchâtel/Suisse



Souvent, lorsqu'on évoque la santé, c'est d'abord la maladie qui nous vient à l'esprit. Mais la santé est bien plus que la seule absence de maladie: l'Organisation mondiale de la santé la définit comme un état de complet bien-être physique, mental et social.

Longtemps, la statistique n'a fait que recenser les maladies, en particulier celles dont l'issue était fatale. La statistique des causes de décès nous livre ainsi des données depuis 1876. L'exploitation de ces données au fil des décennies nous fait remonter le temps et nous livre des découvertes passionnantes sur les conditions de vie de nos aïeux. Christoph Junker nous dresse en page 14 un aperçu des principales causes de décès de ces dernières années. Mais l'intérêt pour les informations sur la santé a évolué: on souhaite aujourd'hui savoir quels sont les problèmes de santé qui rendent nécessaire une hospitalisation, et l'on recense pour ce faire les principaux diagnostics et traitements, sur la base d'une nomenclature médicale. Katharina Fehst explique en page 17 à quelles fins les données collectées sont utilisées.

L'intérêt pour les questions de prévention et les moyens de préserver la santé s'est fortement accru dans les années 1990. L'OFS a réalisé en 1992 sa première enquête sur la santé, pour laquelle il a demandé à des gens en bonne santé comment ils se sentaient. Marco Storni explique en page 8 la méthode utilisée pour saisir la santé dans sa globalité. Il est aujourd'hui quasiment établi que les conditions de vie et les comportements influent directement sur la santé de la population. Ralph Krieger et Jean-François Marquis présentent en page 21 deux relevés visant à montrer les interactions entre le travail et la santé. Renaud Lieberherr dresse un aperçu des comportements actuels de la population en matière de santé (p. 11), tandis que Martine Kaeser nous parle des différences entre les couches sociales en matière de santé (p. 19). L'environnement influe aussi à maints égards sur notre état de santé: savoir comment il va nous aide à savoir comment nous allons. Laurent Zecha décrit à la page 25 comment la population perçoit l'état de l'environnement.

Il n'existe pas de rupture nette entre un état de bonne santé et un état malade. Notre société investit beaucoup pour permettre à ses membres de rester en bonne santé ou de recouvrer la santé. Faire en sorte que le système de santé suisse reste financable constitue l'un des grands défis de notre temps. Seul un monitoring des dépenses permet d'en déterminer les coûts directs. Michael Lindner et Ulrich Wagner expliquent en page 28 la mécanique fine sur laquelle repose la statistique de synthèse *Coût et financement du système de santé*.

Le Conseil fédéral a approuvé en 2013 la stratégie *Santé2020*, qui vise le développement du système de santé. Sabina Helfer présente en page 4 les buts de cette stratégie globale et les mesures prévues pour la réaliser.

Enfin, Monika Diebold explique comment l'Observatoire suisse de la santé aide la Confédération et les cantons à explorer des questions importantes touchant à la santé (p. 31).

La santé est essentielle tant pour l'individu que pour la société. Elle comporte de nombreuses dimensions, que l'on ne peut appréhender que grâce à des données statistiques fiables.

Je vous souhaite une agréable et intéressante lecture.

La qualité de nos services de santé: ni fortuite, ni évidente

La Suisse dispose d'un système de santé performant et d'une offre de soins de grande qualité. Mais ce qui peut paraître aujourd'hui aller de soi pourrait être remis en cause si notre système de santé ne se prépare pas à temps à relever les grands défis à venir. Avec la stratégie *Santé2020*, le Conseil fédéral entend améliorer le système de santé dans tous les domaines pour que les habitants de notre pays puissent continuer de bénéficier partout de soins de qualité. Sabina Helfer

La population suisse est satisfaite de son système de santé. Un accès aisé et garanti aux prestations médicales de même qu'une large offre d'assureurs et de prestataires de santé vont de soi de nos jours. La grande qualité des prestations fournies nous assure à tous une qualité de vie élevée et une des plus hautes espérances de vie du monde. Mais cela a un prix: en 2012, les dépenses de santé représentaient 11,4% du produit intérieur brut (PIB) de la Suisse, contre 9,3% en moyenne pour l'OCDE. L'un des plus grands défis qui se posent à nous est de maintenir notre système de santé à un niveau abordable. Et pas seulement pour les personnes disposant d'un revenu élevé ou fortunées, mais pour tout le monde.

S'atteler aujourd'hui aux défis de demain

La hausse des coûts n'est pas le seul défi à relever. Le Conseil fédéral a identifié quatre grandes catégories de problèmes:

- *Premièrement*, les *maladies chroniques* vont augmenter du fait de l'évolution démographique. Nous vivons de plus en plus longtemps grâce aux progrès de la médecine et de la technologie médicale. Mais il y aura aussi en Suisse de plus en plus de personnes souffrant de maladies chroniques.
- *Deuxièmement*, les services de santé devront s'adapter à cette nouvelle donne, tant en ce qui concerne le volume que l'*organisation de l'offre*. Les prestations devront être davantage axées sur la prévention et les soins de longue durée dispensés aux malades chroniques.
- *Troisièmement*, comme cela a déjà été dit et écrit, le *financement* du secteur en expansion de la santé doit être garanti. Les progrès de la médecine, la demande croissante de prestations médicales et l'évolution démographique entraînent la hausse des coûts de l'assurance-

maladie obligatoire. La pression sur le système de réduction des primes ne cesse de ce fait d'augmenter. Quelque 29% des assurés ont bénéficié en 2012 de réductions de leurs primes d'assurance-maladie obligatoire.

- *Quatrièmement*, le *pilotage* du système de santé doit être amélioré et son *manque de transparence* corrigé. Le système de santé est extrêmement complexe, les responsabilités réparties entre plusieurs acteurs: des patients, instituts de formation et fournisseurs de prestations à la Confédération, en passant par les organisations à but non lucratif, les communes et les cantons.

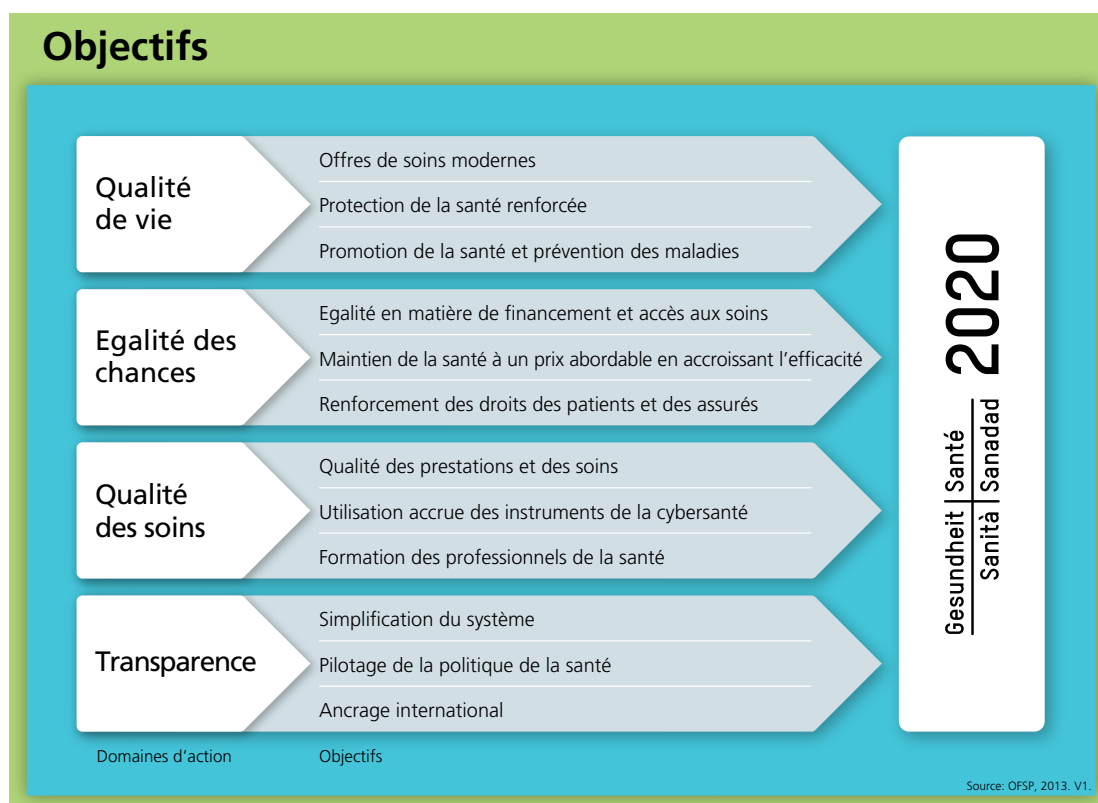
Développement global du système de santé

Le Conseil fédéral a approuvé en janvier 2013 la stratégie *Santé2020*. Cette stratégie globale, qui a reçu un large appui, vise le développement de l'ensemble du système de santé. Elle comporte 36 mesures coordonnées entre elles qui, depuis, sont mises en œuvre dans tous les domaines de la santé. Le but est d'améliorer la qualité des soins, d'assurer la qualité de vie, de renforcer l'égalité des chances et d'accroître la transparence. Centrées sur l'être humain et son bien-être, ces mesures permettront de développer le système de santé en fonction des besoins de la population.

Un dialogue intensif avec les principaux acteurs

Parmi les 36 mesures qu'il est prévu d'harmoniser et de mettre en œuvre progressivement d'ici 2020, le Conseil fédéral en a sélectionné en priorité douze pour 2014. Ces mesures sont le fruit d'un dialogue intensif avec les acteurs concernés. Certaines d'entre elles, telles que le *Masterplan* relatif à la médecine de famille et la médecine de base, ont été traitées au sein d'organes spéciaux. Au besoin, l'organisation de tables rondes

Objectifs



a permis d'éliminer d'éventuelles divergences. De telles tables rondes ont par exemple eu lieu sur les prix des médicaments, sur le pilotage du secteur ambulatoire et la qualité des soins. Les travaux réalisés en étroite collaboration avec tous les acteurs impliqués ont débouché sur les projets suivants:

– Amélioration de la qualité des soins médicaux

Le Conseil fédéral entend améliorer encore la sécurité et la qualité du système de santé. Concrètement, la qualité des prestations médicales devra être mieux mesurée et des standards reconnus et obligatoires devront être introduits pour assurer la sécurité des patients. Dans ce but, des programmes nationaux de qualité seront lancés et des indicateurs de qualité développés. L'utilité et l'utilisation appropriée des prestations devront en outre être systématiquement vérifiées et les technologies de la santé évaluées (*Health Technology Assessment*, HTA). Le Conseil fédéral propose de coordonner les activités existantes dans le domaine de l'assurance-qualité au sein d'un réseau à mettre en place et de soutenir la Confédération, les cantons et les fournisseurs de prestations à l'aide de bases scientifiques et de travaux concrets.

Après la mise en consultation d'un projet de loi sur la création d'un réseau au niveau national, les discussions avec les différents acteurs se sont poursuivies de manière constructive et ont abouti, début décembre 2015, à une proposition à l'intention du Parlement.

– Loi fédérale sur l'enregistrement des maladies oncologiques

Des données de meilleure qualité peuvent aider à mieux comprendre les maladies oncologiques. L'enregistrement uniforme au niveau national des cancers permettra de mieux cibler la prévention, le dépistage et le traitement des maladies oncologiques. Le Conseil fédéral a transmis au Parlement un projet de loi à ce sujet ainsi que le message correspondant.

– Mesures pour éviter le sur-approvisionnement et le sous-approvisionnement (révision partielle de la LAMal)

La révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) doit donner la possibilité aux cantons de réguler durablement l'offre ambulatoire afin de garantir des soins médicaux de grande qualité. Le Conseil fédéral propose une solution qui permettra aux cantons – en concertation

avec les milieux intéressés – de limiter l'admission des fournisseurs de prestations en cas d'offre excédentaire et de prendre des mesures de soutien en cas d'offre insuffisante.

– **Loi fédérale sur la protection contre les dangers liés au rayonnement non ionisant et au son**

Le rayonnement ionisant est en particulier produit par les pointeurs laser, les lasers médicaux ou les solariums. Le Conseil fédéral entend mieux protéger la population des dangers liés au rayonnement non ionisant (RNI) et au son en édictant une nouvelle loi.

– **Loi sur les produits du tabac**

Le Conseil fédéral entend renforcer les mesures de protection des jeunes contre les effets du tabagisme. C'est là l'objectif prioritaire de la loi sur les produits du tabac mise en consultation en 2014.

– **Loi fédérale sur les professions de la santé: une nouvelle base légale dans l'intérêt de la santé publique**

Pour soutenir la qualité de la formation dans les professions de la santé enseignées dans les hautes écoles spécialisées, le Conseil fédéral prévoit entre autres d'édicter une nouvelle loi sur les professions de la santé. Le projet mis en consultation a été accueilli favorablement.

– **Plan d'action de soutien et de décharge en faveur des proches aidants**

L'assistance et les soins apportés par des proches aux membres malades de leur famille seront encore plus importants à l'avenir. Ce d'autant plus que le système de santé ne dispose ni des ressources humaines ni des ressources financières pour une prise en charge complète et professionnelle. Le Conseil fédéral lance par conséquent diverses mesures visant à améliorer la situation des proches aidants et étudie comment permettre à ces derniers de mieux concilier travail et soins aux proches.

– **Rapport sur la santé psychique**

La prévention, la promotion de la santé et le dépistage précoce des maladies psychiques doivent être renforcés par des mesures ciblées. Pour disposer d'une base d'évaluation et de décision, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP),

la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé et la fondation Promotion Santé Suisse ont étroitement collaboré en 2014 à la rédaction du rapport *Santé psychique en Suisse*, qui a été soumis au Conseil fédéral en mai 2015.

Des progrès décisifs ont été réalisés en 2015 dans les domaines *Amélioration de la qualité*, *Formation optimale des professionnels de la santé* et *Prévention des maladies non transmissibles*.

La coordination des soins au cœur des débats de la deuxième conférence nationale

Le 26 janvier 2015, plus de 400 acteurs du domaine de la santé et de la politique de la santé se sont retrouvés à Berne, à l'invitation du conseiller fédéral Alain Berset et du président de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, Philippe Perrenoud, pour la deuxième conférence nationale *Santé2020*. Les débats menés selon une approche transversale se sont concentrés sur les moyens d'améliorer la coordination des soins médicaux dans l'intérêt des patients. Dans son allocution finale, le conseiller fédéral Alain Berset a souligné que si la diversité des rôles dans le système de santé constituait un enrichissement, il était néanmoins essentiel d'en assurer une bonne coordination et organisation. Il s'est engagé à continuer d'associer activement toutes les parties concernées à l'élaboration de solutions. Mais pour que celles-ci puissent être menées à bien, il est important que tous les acteurs soient prêts au compromis.

La troisième conférence nationale *Santé2020* se tiendra le 1^{er} février 2016 à Berne. Elle sera consacrée au thème de l'inadéquation des prestations médicales et de soins.

Sabina Helfer est responsable du dossier *Santé2020* au sein de la division Communication & Campagnes de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Santé: les principaux chiffres

Santé de la population	2012
Part de la population de 15 ans et plus (%) se sentant en bonne ou en très bonne santé	82,8
Part de la population de 15 ans et plus (%) ayant un problème de santé de longue durée	31,9
Facteurs influant sur la santé	2012
Part des inactifs du point de vue de l'activité physique (% de la population de 15 ans et plus)	10,7
Hommes	8,7
Femmes	12,7
Consommation quotidienne d'alcool (% de la population de 15 ans et plus)	13,0
Hommes	17,4
Femmes	8,8
Part des fumeurs (% de la population de 15 ans et plus)	28,2
Hommes	32,4
Femmes	24,2
Espérance de vie	
A la naissance (en années)	2014
Hommes	81,0
Femmes	85,2
En bonne santé à 65 ans (en années)	2012
Hommes	12,5
Femmes	12,9
Mortalité	2013
Mortalité infantile (en pour mille) ¹	3,9
Nombre de décès, toutes causes confondues	64 961
Maladies cardiovasculaires	21 512
Tumeurs malignes	16 675
Accidents	2 597
Suicides	1 070
Prestataires de services et personnels de santé	2014
Nombre de lits d'hôpitaux/1000 habitants ⁴	4,6
Places d'hébergement en service dans les maisons pour personnes âgées et homes médicalisés/1000 habitants ⁴	11,6
Nombre de médecins dans le secteur ambulatoire/100'000 habitants ⁴	216
Nombre de dentistes/100'000 habitants ⁴	51
Prestations et recours aux services	
Consultations chez le médecin en 2012 ² (% de la population de 15 ans et plus)	78,4
Consultations chez le dentiste en 2012 ³ (% de la population de 15 ans et plus)	66,0
Taux d'hospitalisation (patients) dans les hôpitaux de soins aigus/1000 habitants en 2014 ⁴	116,6
Taux d'hébergement des personnes de 80 ans et plus dans les maisons pour personnes âgées et homes médicalisés, en % de la population de 80 ans et plus (31.12.2014) 2013 ⁴	16,9
Coût et financement	2013
Dépenses de santé par habitant et mois en francs	713
Coûts en % du PIB	10,9

¹ Mortalité infantile: décès durant la première année de vie pour 1000 enfants nés vivants

² Au moins 1 consultation au cours des 12 derniers mois, spécialiste et gynécologue inclus

³ Au moins 1 consultation au cours des 12 derniers mois

⁴ Population résidente permanente à la fin de l'année

Source: Office fédéral de la statistique

Appréhender la santé comme un tout

On a longtemps considéré que la santé n'est autre que l'absence de maladie. Mais cela ne dit pas grand-chose de la nature même de la santé. Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé est un état de bien-être complet, physique, psychique et social. Selon cette définition, la santé d'une personne ne dépend pas seulement de ses prédispositions ou du hasard, mais aussi de son environnement, de ses comportements dans la vie et du système de santé. Marco Storni

L'être humain, à chaque moment de sa vie, se situe quelque part sur un continuum entre la santé et la maladie. En plus de s'interroger sur ce qui rend les gens malades, il faut donc se demander ce qui les maintient en bonne santé. La santé, selon la définition de l'OMS, est un état subjectif de bien-être. L'enquête suisse sur la santé se rattache à cette conception holistique et subjective de la santé quand elle demande aux personnes interrogées de porter une appréciation sur leur propre état de santé. Elle tient compte aussi du fait que la santé de l'individu est influencée par son environnement naturel, social et culturel, par ses comportements dans la vie et par les prestations qu'il reçoit du système de santé. Tous ces facteurs doivent être pris en considération dans les stratégies et les mesures de la politique de la santé. C'est pourquoi la Suisse, comme la plupart des autres pays, collecte régulièrement des données pour étudier la nature et l'évolution des problématiques de santé et pour vérifier l'efficacité des mesures de prévention et des programmes de promotion de la santé.

Une enquête réalisée dans le cadre du recensement de la population

L'enquête suisse sur la santé est la seule enquête statistique qui vise à dresser un tableau complet de la santé et qui embrasse l'ensemble de la population, malades et bien-portants confondus. Ce point est important, car si l'on veut savoir qui consulte un médecin et qui ne consulte pas, ou qui souffre de problèmes de dos et qui n'en souffre pas, il est nécessaire de considérer l'ensemble de la population. L'enquête est réalisée auprès d'un échantillon représentatif de la population âgée de 15 ans ou plus et vivant dans un ménage privé. Le questionnaire porte sur l'état de santé, les maladies, la situation personnelle et sociale, le recours aux services de santé, la situation en matière d'assurance-maladie, les conditions de vie et de travail, les modes de vie et les comportements à risque. L'enquête est réalisée tous les cinq ans dans le cadre des enquêtes thématiques du recensement de la population. Beaucoup de cantons financent des interviews supplémentaires sur leur territoire aux fins de faire établir un rapport cantonal sur la santé. Dans le cadre de la dernière enquête suisse sur la santé, l'Office fédéral de la statistique a réalisé 21'597 interviews téléphoniques, chacune suivie par l'envoi d'un questionnaire écrit.

Modèle de santé

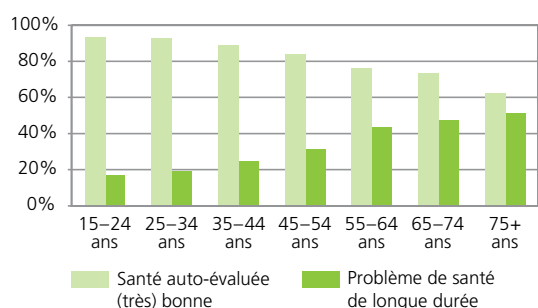


© OFS, Neuchâtel 2015

Des lunettes aux appareils orthodontiques

Les résultats de l'enquête sont publiés dans des brochures thématiques – par exemple sur le surpoids ou les conditions de travail – et dans des séries structurées de tableaux. Plus de 160 tableaux standards ont été publiés. Ils donnent une vue d'ensemble de la santé de la population et des comportements en matière de santé. Ils montrent par exemple que 64% des Suisses portent des lunettes ou des lentilles de contact et que 28% ont porté une fois dans leur vie un appareil orthodontique.

Santé auto-évaluée et problème de santé de longue durée, en 2012



Source: OFS – ESS

© OFS, Neuchâtel 2015

Les résultats de l'enquête sur la santé entrent dans plusieurs systèmes d'indicateurs, notamment dans le système de mesure du bien-être de la nation et dans le système d'indicateurs du développement durable. Les données sont également mises à la disposition des chercheurs. Celles de la dernière enquête sur la santé ont été utilisées dans une soixantaine de projets de recherche portant notamment sur la promotion de la santé et sur le système de santé. Enfin, les données sont utilisées par les cantons pour effectuer des campagnes de promotion de la santé et pour en évaluer les résultats.

Les Suisses sont en bonne santé

Une grande partie des personnes interrogées en 2012 dans le cadre de l'enquête sur la santé déclarent que leur état de santé est bon ou très bon. En même temps, près d'une personne sur trois fait état d'un problème de santé chronique. Près de quatre personnes sur cinq ont consulté un médecin au cours de l'année précédant l'enquête et deux sur trois sont allées chez le dentiste. Deux personnes sur cinq souffraient de maux de dos, sévères dans moins de dix pour cent des cas. Au cours de ces dernières années, trois Suisses sur quatre ont eu une activité physique suffisante. Les personnes qui font du sport sont plus nombreuses aujourd'hui qu'il y a dix ans, et cependant plus de personnes sont en surpoids, surtout chez les hommes. Six pour cent des non-fumeurs et des non-fumeuses sont exposés quotidiennement pendant au moins une heure à la fumée d'autrui. La proportion de personnes qui ne consomment pas d'alcool est à peu près stable depuis 1992. L'enquête montre aussi que la santé des gens est fortement influencée par leur situation sociale.

Ces quelques résultats, choisis parmi beaucoup d'autres, donnent une idée des informations que peut produire l'enquête sur la santé.

Comparaisons entre pays et comparaisons dans le temps

Pour que les données soient comparables au plan international, l'instrument d'enquête a été développé en collaboration avec l'OMS. Un questionnaire élaboré par EUROSTAT pour les European health interview surveys (EHIS) a été incorporé dans l'enquête suisse. De nombreux pays membres de l'UE, dont l'Allemagne, la France et l'Autriche, produisent des données qu'on peut comparer avec les données de la Suisse.

En Suisse, cinq enquêtes sur la santé ont été réalisées sur une période de vingt ans. Les comparaisons dans le temps deviennent toujours plus intéressantes. Comme les thèmes essentiels de l'enquête ne changent pas, on peut observer des tendances et des évolutions. On constate par exemple que le nombre de personnes en forte surcharge pondérale a doublé en Suisse au cours des vingt dernières années.

Pour plus d'informations: www.ess12.bfs.admin.ch

Marco Storni dirige le service des «enquêtes socioéconomiques» de la section Santé; il est chef de projet dans le cadre de l'enquête suisse sur la santé, OFS



«No sports»

On vit plus longtemps et en meilleure santé en pratiquant une activité physique suffisante, en se nourrissant sainement, en ne consommant ni tabac, ni alcool, ni drogues et en évitant les pratiques sexuelles à risque. L'enquête suisse sur la santé renseigne sur les comportements des Suisses dans le domaine de la santé. Renaud Lieberherr

No sports! aurait répondu Winston Churchill à un journaliste qui lui demandait comment il avait fait, lui, grand amateur de cigares, de whisky et de champagne, pour arriver à un si grand âge. Favorisé par la chance et probablement par ses gènes, le grand homme ne s'est éteint qu'à l'âge de 91 ans.

La réponse un peu provocante de Churchill mésestime l'importance de l'activité physique pour la santé. Nous savons que la santé est influencée par nos comportements. Les personnes qui ne fument pas, qui boivent avec modération, qui ont une activité physique régulière, qui consomment cinq portions de fruits et légumes par jour et qui n'ont pas d'autres comportements à risques pendant leurs loisirs ont plus de chances de rester en bonne santé que les personnes qui ont des comportements défavorables à la santé. La chose est démontrée épidémiologiquement. Retenons donc plutôt cet autre propos de Churchill: *«I never worry about action, but only about inaction.»*

En ce qui concerne l'activité physique, beaucoup de Suisses ont une conduite exemplaire. Mais nombreux sont ceux qui pourraient faire mieux en fumant moins, en consommant moins d'alcool et en mangeant moins. C'est ce que montre l'enquête de 2012 sur la santé, qui renseigne sur les comportements des Suisses dans divers domaines de la santé où des facteurs de risque ont été scientifiquement démontrés.

Facteurs de risque pour la santé

Environ 15% des décès en Suisse sont liés à la consommation de tabac, selon une analyse de l'enquête sur la santé et de la statistique des causes de décès. La

fumée est un des principaux facteurs de risque pour les maladies cardiovasculaires, les maladies chroniques des voies respiratoires et les tumeurs malignes du poumon, des bronches, de la cavité buccale, de l'œsophage, des reins et du pancréas. L'alcool également peut être une cause de mort prématurée. Il est préjudiciable à la santé physique autant qu'à la santé psychique et sociale. Il augmente le risque d'accident et de blessure, de violence et d'invalidité précoce, d'arrêt de travail et d'exclusion sociale.

La consommation d'opiacés et de cocaïne comporte un risque élevé de dépendance et peut avoir des conséquences importantes sur la santé et sur les relations sociales. Un potentiel de dépendance existe aussi pour le cannabis, qui peut avoir en outre des effets négatifs sur le développement psychosocial de l'individu.

À côté de cela, la pratique d'une activité physique régulière est d'une grande importance. Elle prévient les maladies cardiovasculaires, les maux de dos, le cancer du côlon et du sein, le diabète et le surpoids. La pratique d'un sport comporte toutefois un certain risque d'accident.

Enfin, l'alimentation est essentielle au maintien d'une bonne santé. Elle est étroitement liée à la survenance et à l'évolution des maladies dites de civilisation, comme le surpoids, le diabète, l'hypertension et les maladies cardiovasculaires. On pourrait signaler encore d'autres comportements à risque, tels que l'abus de médicaments et certaines conduites sexuelles, qui sont pris en considération dans l'enquête sur la santé.

Une population sportive et soucieuse de son alimentation

Fait réjouissant, 57% des Suisses de 15 ans et plus interrogés en 2012 déclarent faire du sport. 72% de la population observeraient les recommandations en vigueur en matière d'activité physique¹. La part des personnes pratiquant suffisamment d'activité physique pendant leurs loisirs a augmenté de 10% par rapport à 2002. La part des personnes entièrement inactives est tombée de 18% à 11%.

Une grande partie de la population déclare avoir des habitudes alimentaires raisonnables. 68% des personnes interrogées en 2012 disent faire attention à certains aspects de leur alimentation. La proportion est plus faible chez les hommes (61%) que chez les femmes (75%). Elle n'est que de 50% chez les adolescents et les jeunes adultes.

Les habitudes des fumeurs ont changé

Malgré ces résultats positifs touchant l'activité physique et l'alimentation, 39% des Suisses et 23% des Suissesses sont en surpoids. Les hommes sont plus fréquemment obèses (11%), c'est-à-dire en forte surcharge pondérale, que les femmes (9%). La part des personnes en surpoids augmente avec l'âge. À partir de 35 ans, la majorité des hommes sont en surpoids ou obèses. La Suisse reste néanmoins l'un des pays où la proportion de personnes en surpoids est la plus faible.

En 2012, plus du quart de la population fumait (28%). Un léger recul du nombre de fumeurs ne s'observe depuis 20 ans que chez les hommes. Mais les habitudes des fumeurs, dont le nombre reste globalement stable, ont

changé. La part des personnes qui fument 20 cigarettes par jour ou plus s'est réduite de près de la moitié en deux décennies, passant de 12% à 7%. En 2007, 16% des non-fumeurs étaient exposés quotidiennement pendant au moins une heure à la fumée des autres; la proportion est tombée à 6% en 2012. Ce sont toujours les adolescents et les jeunes adultes qui sont le plus exposés à la fumée passive.

83% de la population buvaient de l'alcool en 2012. La consommation d'alcool était beaucoup plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. 68% des hommes et 46% des femmes buvaient de l'alcool au moins une fois par semaine. Un homme sur six et près du tiers des hommes de plus de 65 ans en buvaient quotidiennement. Chez les adolescents et les jeunes adultes, la consommation d'alcool tend à être sporadique et en partie incontrôlée. Chez les hommes de ce groupe d'âge, on observe notamment une augmentation des cas d'ivresse: 8% s'enivrent une fois par semaine et 28% une fois par mois.

Une personne sur quatre a déjà consommé des drogues illégales

En 2012, le cannabis était la drogue la plus consommée en Suisse: 31% des hommes et 19% des femmes de moins de 75 ans en avaient consommé au moins une fois dans leur vie. Pour quatre personnes sur cinq, dans le groupe des 25–75 ans, la consommation de cannabis est un phénomène passager. En 2012, 19% des hommes de 15 à 24 ans avaient consommé du cannabis au cours des douze derniers mois, dont 28% au moins une fois par semaine. Chez les femmes, les proportions étaient respectivement de 11 et de 19%. Chez les personnes de plus de 45 ans, seules 2% avaient consommé du cannabis au cours de l'année écoulée.

La cocaïne est la deuxième drogue illégale la plus consommée, après le cannabis. En 2012, 5% des personnes de 15 à 49 ans en avaient consommé au moins une fois dans leur vie. La proportion était de près de 10% chez les hommes de 25 à 34 ans. L'ecstasy s'est répandue depuis

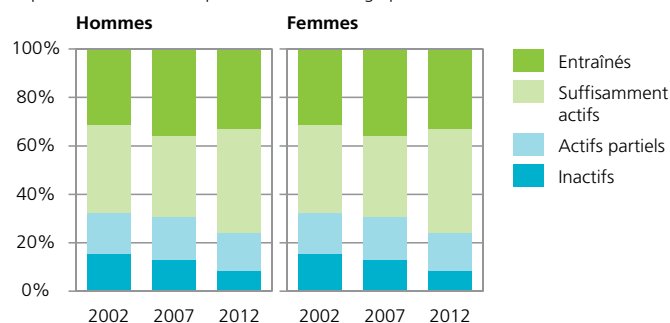
l'émergence de la scène techno au début des années 1990. Quatre pour cent des personnes de moins de 50 ans en 2012 avaient consommé au moins une fois de l'ecstasy. L'héroïne, depuis une quinzaine d'années, n'est plus à la mode. La proportion de personnes qui en consomment est stable.

Renaud Lieberherr est collaborateur scientifique pour l'enquête suisse sur la santé, section Santé, OFS

¹ Selon la définition des statistiques suisses de la santé, sont considérées comme ayant une activité physique suffisante les personnes qui pratiquent au moins deux fois par semaine une activité physique intense (avec transpiration) ou au moins 150 minutes par semaine une activité physique modérée (avec essoufflement).

Activité physique

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

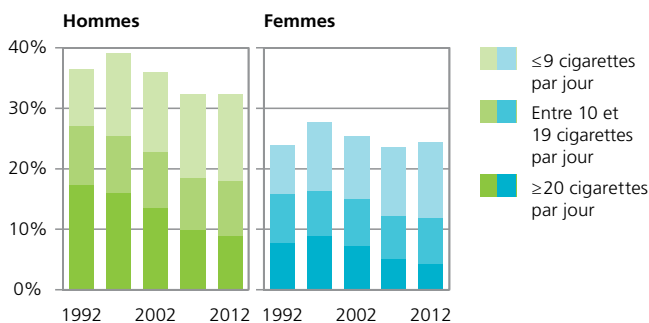


Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) 2012

© OFS, Neuchâtel 2015

Nombre de cigarettes fumées par jour

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

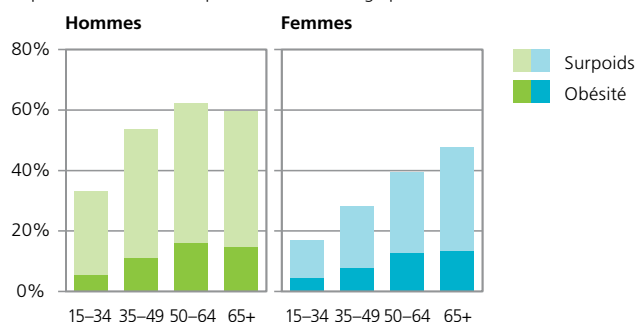


Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) 2012

© OFS, Neuchâtel 2015

Surpoids et obésité selon l'âge, en 2012

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

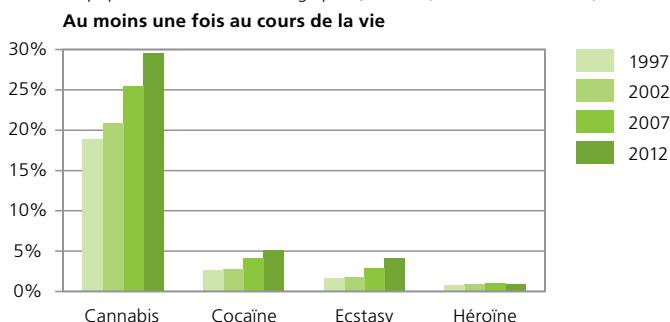


Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) 2012

© OFS, Neuchâtel 2015

Consommation de drogues illégales

Part de la population vivant en ménage privé, 15–49 (cannabis: 15–59 ans)



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) 2012

© OFS, Neuchâtel 2015



«Le cancer sera bientôt la principale cause de décès»

Les causes de décès sont recensés depuis 1876 en Suisse. Si les chiffres évoluent très peu d'une année à l'autre, ils traduisent de profonds changements sur le long terme. Christoph Junker, responsable du projet, décrit les principales évolutions observées ces dernières années et esquisse celles à venir.

Interview de Christoph Junker, par Mirella Wepf

Les derniers résultats sont à présent disponibles.¹ Quels en sont selon vous les points marquants?

De manière générale, les statistiques montrent très peu de changements d'une année à l'autre. Sur le long terme toutefois, une tendance se dessine nettement: les maladies cardiovasculaires, bien qu'elles demeurent la cause de décès la plus fréquente, voient leur importance relative diminuer fortement depuis le début des années 1980.

Quelles sont les raisons de cette évolution?

On peut en citer quatre: d'abord, les progrès médicaux accomplis, avec de nouveaux médicaments et de nouvelles techniques chirurgicales. Deuxièmement, la prévention secondaire, qui joue un rôle important. En ce qui concerne le tabagisme par exemple, dont la nocivité n'est plus à démontrer, nombre d'individus ayant subi un infarctus arrêtent de fumer, pour éviter ainsi un nouvel accident cardiaque. Troisièmement, le nombre de gens qui ne commencent jamais à fumer et qui font du fitness s'est très fortement accru. Enfin, il ne faut pas oublier les très bonnes conditions de vie qu'on trouve en Suisse.

La statistique des décès fait encore ressortir les tendances suivantes: avec la hausse de l'âge moyen de la population, de nouvelles causes de décès gagnent en fréquence. Les personnes âgées meurent généralement d'autres causes que les jeunes. L'augmentation de la part des décès dus au cancer en est une illustration. La démence fait également de

plus en plus de victimes. Une évolution réjouissante sur les dix dernières années est qu'il n'y a pratiquement plus de décès attribués à l'asthme.

Observe-t-on en Suisse des différences régionales quant aux causes de décès?

Cette question, quoique intéressante, ne fait pas partie des priorités premières de l'OFS. Elle a été traitée dans le passé, parfois de manière très détaillée, dans plusieurs annuaires statistiques² de l'OFS.

L'immigration que connaît la Suisse a-t-elle un impact sur les chiffres des causes de décès?

Les migrants qui viennent en Suisse sont plutôt jeunes et en bonne santé. En conséquence, leur taux de mortalité est plutôt bas, comparé à celui de la population suisse. Un détail intéressant: le taux de suicide est nettement plus bas chez les étrangers que chez les Suisses. Deux hypothèses pourraient contribuer à l'expliquer: le suicide serait nettement moins bien accepté dans certaines cultures, et les personnes jeunes atteintes de problèmes psychiques ne réussiraient pas à émigrer dans un autre pays.

Les conditions de vie influencent la santé et les causes de décès de générations entières. Y a-t-il des périodes qui se distinguent des autres?

De 1905 à 1920, les femmes étaient nettement plus nombreuses que les hommes à décéder de maladies infectieuses. Plusieurs raisons pourraient l'expliquer. Occupées aux tâches ménagères, elles

bénéficiaient moins des bienfaits du soleil; elles étaient entourées de plus de gens – d'enfants en particulier – susceptibles de transmettre des maladies. Peut-être un régime alimentaire différent de celui des hommes jouait-il aussi un rôle.

La viande était réservée aux hommes...

Je suis content que vous le mentionniez, car je ne dispose pas, en tant que chercheur, de références scientifiques qui me permettraient de l'affirmer. Mais cela aurait aussi pu être un élément d'explication.

Un autre motif de différence intergénérationnelle pourrait être la motorisation qui s'est développée au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. Elle a fait exploser le nombre de décès dus à des accidents de la circulation; les deux tiers des victimes étaient des hommes âgés de 20 à 39 ans. La route a causé 1871 morts en 1971, au plus fort de cette hécatombe. Ce chiffre était tombé à 296 en 2012, alors que le nombre de véhicules-kilomètres avait doublé dans le même temps.

Vingt ans plus tard, c'était encore une fois les hommes jeunes qui payaient le plus lourd tribut, cette fois à cause du SIDA. Les tests du VIH sont réalisés et enregistrés à plus grande échelle en Suisse depuis 1985. Si l'on n'a malheureusement pas encore pu stopper complètement la propagation du VIH, le nombre de décès dus au SIDA a heureusement fortement reculé depuis 1994.

Il est notoire que les femmes vivent plus longtemps que les hommes. Mais la différence n'est pas toujours la même selon les époques et les pays...

A l'échelle mondiale, il n'existe que très peu de sociétés où l'espérance de vie des hommes et des femmes est la même. La question est de savoir si cet écart doit être imputé à des causes biologiques ou aux conditions de vie. Il est probable que les femmes sont légèrement favorisées sur le plan biologique, même si cela ne suffit pas à expliquer la différence de 4,3 ans qu'on relève en Suisse. A noter que l'écart était encore de 7,1 ans en 1991, contre seulement trois ans environ en 1905.

On considère que les femmes sont un peu mieux protégées des maladies cardiovasculaires par les œstrogènes. Par ailleurs, les nouveau-nés de sexe féminin sont, grâce à leurs deux chromosomes X, moins souvent touchés par des maladies génétiques récessives. Parallèlement, les hommes prennent plus de risques pour leur santé, que ce soit en sport, en voiture ou au niveau de la consommation d'alcool ou de tabac, avec pour corollaire une augmentation du risque de décès.

Différentes raisons expliquent le rapprochement de l'espérance de vie des hommes et des femmes dans notre pays. L'évolution différenciée du tabagisme, qui progresse chez les femmes, mais recule

chez les hommes, en est une. Les nombreuses mesures prises pour améliorer la sécurité routière ont porté leurs fruits, entraînant un recul du nombre de décès chez les hommes. Ces derniers sont aussi les principaux bénéficiaires de la baisse du nombre de décès dus à l'héroïne.

La statistique des causes de décès livre des indices à la politique de santé. Quelles sont les derniers développements relevés?

Il est très probable que le cancer sera bientôt la cause de décès la plus fréquente. Les milieux politiques en ont pris note, et une loi sur les registres des tumeurs est en voie d'élaboration. La mise en place de tels registres sur l'ensemble du territoire permettra, entre autres, de mettre en évidence des différences régionales quant au nombre de maladies tumorales. Il sera possible d'en tirer des enseignements sur l'efficacité de tel ou tel traitement, et cela permettra un échange de connaissances entre les régions.

Un autre exemple est la saisie statistique de la démence. C'est seulement depuis la révision de 1995 des règles de codage qu'elle est enregistrée. Cette maladie était déjà bien connue auparavant, mais c'est à l'occasion de ce relevé qu'il s'est avéré qu'elle représentait la troisième cause de décès. Ce constat a incité la Confédération à renforcer la médecine palliative.

Vous réalisez aussi une statistique des années potentielles de vie perdues. Que faut-il entendre par là?

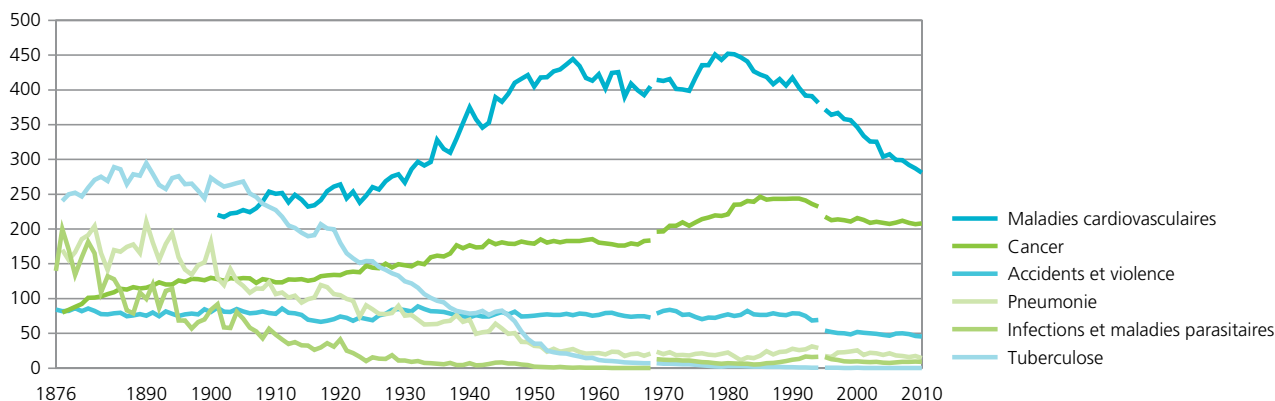
Le relevé des années potentielles de vie perdues vise à mettre en évidence les maladies qui causent des décès en particulier chez les jeunes. Cette statistique favorise l'amélioration des mesures de prévention et des thérapies. En effet, on table en Suisse sur une espérance de vie d'au moins 70 ans, voire de 80 ans.

Par exemple, un de mes collègues médecins a besoin de ces données pour montrer à ses patients quels sont les facteurs et les comportements qui pourraient les amener à mourir prématurément.

Ces données permettent aussi de comparer l'impact de certaines maladies. Les formes de cancer les plus répandues sont le cancer de la prostate chez les hommes et le cancer du sein chez les femmes. Les données sur les années potentielles de vie perdues montrent que le cancer du sein survient beaucoup plus tôt que le cancer de la prostate, et qu'en raccourcissant de manière plus importante la durée de vie, il s'avère plus dangereux. En 2012, le cancer a été responsable de près de la moitié des années de vie perdues chez les femmes, contre «seulement» un tiers chez les hommes.

Evolution des causes de décès

Décès pour 100'000 habitants



Source: OFS – Statistique des causes de décès et des mortinaissances

© OFS, Neuchâtel 2015

Pour réaliser ses statistiques, l'OFS se fonde sur les normes de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Si vous en aviez la possibilité, que demanderiez-vous à l'OMS de changer au système?

La révision de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* est en cours. Cette CIM-11 devrait permettre de saisir les causes de décès de manière beaucoup

plus détaillée, et d'inclure les maladies rares. Il serait souhaitable qu'on puisse mieux montrer la multimorbidité. A titre d'exemple: actuellement, une seule cause principale de décès est mentionnée dans la statistique qui est publiée. Dans le cas d'une grippe qui aggraverait l'état d'un malade atteint du cancer par exemple, il est fort probable que cette pathologie soit ignorée et que l'on impute le décès au cancer. Mentionner la grippe, ou

d'autres maladies, pourrait cependant amener la population à mieux percevoir leur dangerosité et contribuer à une meilleure acceptation des campagnes de prévention.

Il y a cependant encore d'autres choses que j'aimerais voir améliorer. Le codage et la publication des causes de décès prennent environ 18 mois. Voilà que nous nous apprêtons à publier les données de 2014. Nous aimerions accélérer le processus et parvenir à exploiter les données de manière plus approfondie. Mais pour cela, il nous faut des ressources supplémentaires.

En tant que médecin travaillant depuis douze ans pour l'OFS, avez-vous été surpris par certains résultats?

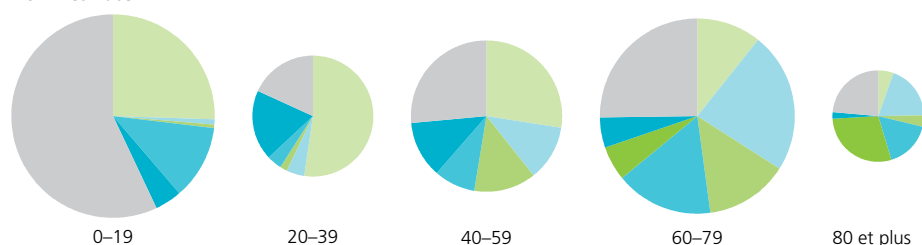
L'énorme progression des maladies cardiovasculaires comme cause de décès de 1925 à 1955 m'a fortement impressionné. La principale raison en était le tabagisme chez les hommes. Un recul tout aussi spectaculaire s'est produit après 1980. Si cette tendance se poursuit, ces maladies céderont bientôt la première place au cancer parmi les causes de décès.

Le Docteur Christoph Junker dirige le service Statistiques vitales et épidémiologie du cancer de la section Santé de l'OFS

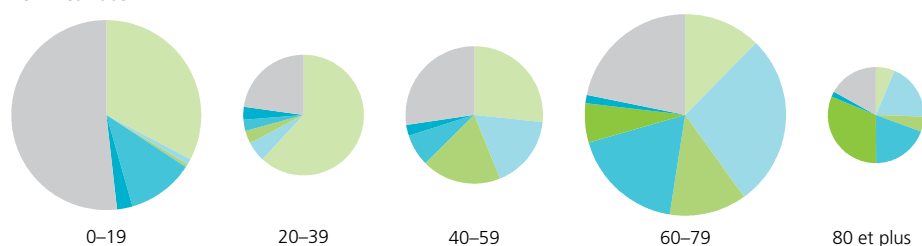
Mirella Wepf est journaliste indépendante

Principales causes de décès selon le groupe d'âge

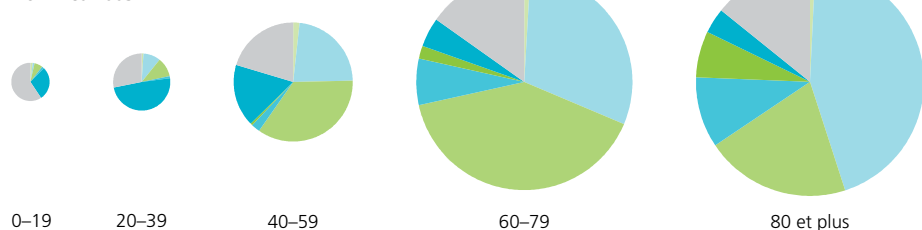
Hommes 1905



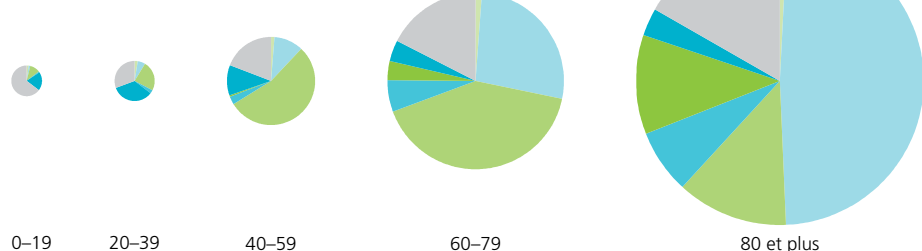
Femmes 1905



Hommes 2005



Femmes 2005



Source: OFS – Statistique des causes de décès

© OFS, Neuchâtel 2015

1
Vous trouverez les chiffres les plus récents pour 2013 en ligne sous www.statistique.ch → Thèmes → 14 – Santé → Survol → Quoi de neuf? → Tout sur cette publication.
Des informations détaillées peuvent être consultées en ligne sous www.statistique.ch → Thèmes → 14 – Santé → Santé de la population → Mortalité, causes de décès.

2
Lien vers l'annuaire Archives 1891–1965: www.statistique.ch → Services → Les publications de Statistique suisse → Ouvrages de synthèse et atlas → Annuaire statistique de la Suisse → Archives de l'Annuaire.

Un code pour tous les cas

Les classifications médicales permettent d'enregistrer de manière systématique les traitements et les diagnostics hospitaliers. Elles servent de base d'une part à la statistique médicale des hôpitaux, d'autre part à la tarification des traitements dans le système forfaitaire par cas SwissDRG. L'Office fédéral de la statistique administre les classifications médicales et apporte son soutien à ceux et celles qui les utilisent. Katharina Fehst

M. Martin est hospitalisé pour une appendicite. A l'hôpital, il subit une appendicectomie. Pendant son séjour, les médecins, les soignants et tout le personnel associé aux soins enregistrent leurs actes thérapeutiques: diagnostics, procédures, examens, médicaments. Un logiciel spécial convertit ensuite ces données en un code DRG alphanumérique¹. Pour l'appendicectomie de M. Martin, c'est le code G23C.

Chaque DRG a un coût relatif fixe². Le coût relatif multiplié par le prix de base³ donne le montant facturé que la caisse-maladie va rembourser. Les données relevées sur les patients servent d'une part à la tarification des soins dans le système de tarification forfaitaire SwissDRG. Elles sont utilisées d'autre part par l'OFS pour établir la statistique médicale des hôpitaux.

Saisir la réalité médicale de manière structurée

Les données relatives aux diagnostics et aux traitements doivent être relevées de manière uniforme dans tous les hôpitaux. Pour assurer cette uniformité, l'Office fédéral de la statistique publie des directives de codage et deux systèmes de classification: la *Classification statistique internationale des maladies* (CIM 10) et la *Classification suisse des interventions chirurgicales* (CHOP).

La classification CIM 10 sert à enregistrer les diagnostics. Elle répertorie plus de 13'000 maladies et problèmes de santé – depuis le code A00.- *Choléra* jusqu'au code Z99.4 *Dépendance envers un coeur artificiel*.

La classification CHOP concerne les traitements et les examens. Elle couvre plus de 12'000 traitements munis chacun d'un code. Les directives de codage jointes à ces deux systèmes de classification permettent l'enregistrement correct des données relatives aux patients dans les hôpitaux. Le codage des traitements est assuré par les

médecins et les soignants, qui sont formés à cet effet. Ils ont appris à utiliser les instruments de classification et les méthodes de codage médical. L'OFS entretient une *Hotline* gratuite pour aider le personnel de codage et les autres usagers à saisir les données relatives aux patients.

Les hôpitaux de Suisse ont l'obligation légale de communiquer des données sur les diagnostics et les traitements aux offices statistiques cantonaux, qui les transmettent à l'OFS pour les besoins de la statistique médicale des hôpitaux. Des mesures d'assurance qualité ont été prises pour accompagner la saisie des données, leur transmission et leur traitement, de façon à ce que les données relevées donnent une image uniforme des diagnostics et des traitements en Suisse.

Une structure arborescente pour des analyses différenciées

Les systèmes de classification médicale servent de charpente aux connaissances médicales. Ils obéissent à une structure déterminée, avec des relations à l'intérieur des classifications. La CHOP est divisée en 17 chapitres qui correspondent chacun à un système organique du corps humain (voir l'exemple ci-après). Les chapitres sont divisés en catégories et en sous-catégories, jusqu'aux interventions elles-mêmes, qui ne sont pas subdivisibles et qui serviront de base au codage. Cette structure arborescente rend possible des analyses à différents niveaux, les catégories supérieures étant en relation avec les catégories inférieures qu'elles englobent. Les exemples suivants donnent une idée de la structure du système de classification.

Des données précieuses sur les patients

Les données relevées sur les patients dans les hôpitaux sont nécessaires au fonctionnement et au développement du système tarifaire SwissDRG, et elles sont indispensables à la tarification des

1
Diagnosis Related Groups (groupes homogènes de patients). Système de classification utilisé pour la tarification forfaitaire des soins hospitaliers. Les patients hospitalisés y sont classés dans des groupes homogènes sur la base de critères médicaux (diagnostic principal, diagnostics supplémentaires, traitements, variables démographiques).

2
Coût relatif – cost weight (CW) (charge économique relative) – Paramètre utilisé dans les systèmes de classification médico-économiques (p. ex. les systèmes DRG) pour la tarification des prestations médicales dans les hôpitaux. Le coût relatif attribué à un groupe homogène de patients (DRG) indique la charge économique qu'il représente et, en relation avec le prix de base (base rate), permet la facturation des prestations.

3
Prix de base – montant qui sert de base au calcul des prix DRG (Diagnosis Related Groups) pour les traitements hospitaliers.

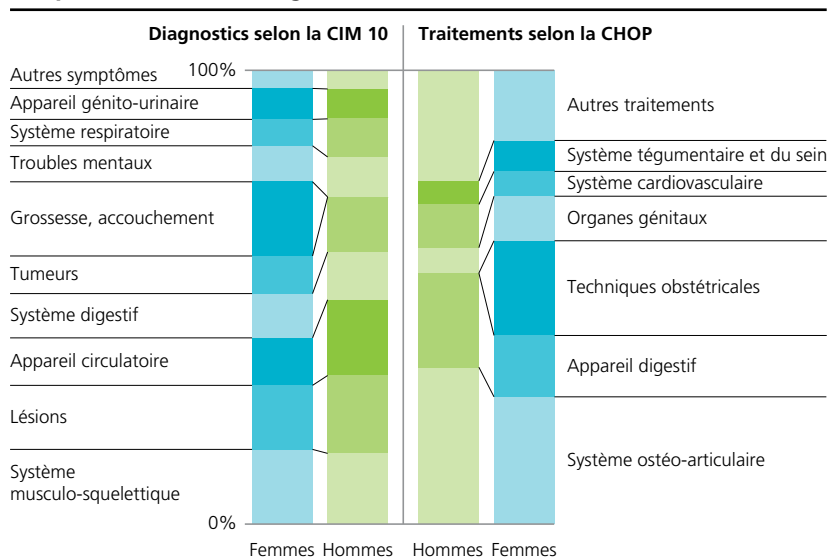
traitements. Certaines données sur les patients sont utilisées à des fins statistiques. Elles permettent de déterminer la fréquence des maladies donnant lieu à une hospitalisation et par conséquent de planifier des programmes de prévention et des mesures thérapeutiques.

Les données relevées permettent par ailleurs d'analyser les prestations des hôpitaux, leur qualité, la fréquence de certaines interventions et la fréquence des réhospitalisations pour certains diagnostics et traitements. Elles facilitent la planification des services de santé au plan cantonal et intercantonal. Dans le contexte international (OMS, Eurostat, OCDE), elles permettent des comparaisons et facilitent les prises de décisions au niveau supranational. Les données sont utilisées aussi à des fins scientifiques et dans le cadre de la recherche.

Les classifications évoluent

Les progrès de la médecine nous obligent à adapter constamment les deux systèmes de classification. La CHOP est révisée chaque année. Les professionnels peuvent demander, selon une procédure uniformisée au plan national, que de nouveaux codes soient créés ou que des codes existants soient modifiés ou abrogés. La CHOP 2016, par exemple, tiendra compte de nouvelles méthodes de traitement du cancer (chimiothérapie). L'OFS traite en moyenne plus de cent demandes par année en concertation avec tous les partenaires du système tarifaire (sociétés médicales, association faîtière des hôpitaux, assurances-maladies, cantons).

Hospitalisations: du diagnostic au traitement, 2013



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

© OFS, Neuchâtel 2015

La CHOP et les directives de codage sont publiées chaque année, la CIM 10 tous les deux ans, dans les trois langues officielles. L'OFS publie actuellement plus de 6500 pages de documents de codage dans le domaine médical.

Katharina Fehst est cheffe a. i. de la section Santé et responsable du service des classifications médicales, OFS

Exemple 1: appendicectomie

9 Opérations du système digestif (42–54)

47 Opérations de l'appendice

INCL. Endoloop et clip intestinal

Moignon appendiculaire

Coder aussi: toute application ou administration de substance anti-adhérence (99.77)

47.0 Appendicectomie

EXCL. Appendicectomie en passant (47.1)

Appendicectomie laparoscopique en passant (47.11)

Autre appendicectomie en passant (47.19)

47.01 Appendicectomie laparoscopique

47.09 Autre appendicectomie

Exemple 2: traitement complexe (transplantation combinée cœur-poumons)

6 Opérations du système respiratoire (30–34)

33 Autres opérations pulmonaires et bronchiques

33.6 Transplantation combinée cœur-poumons

Coder aussi: by-pass cardiopulmonaire

[circulation extracorporelle]

(39.61.-)

Pour saisir le type de donneur – v.

codes 00.91-00.93

33.6X Transplantation combinée cœur-poumons

33.6X.0 Détail de la sous-catégorie 33.6X

33.6X.00 Transplantation combinée cœur-poumons, SAP.

33.6X.10 Retransplantation combinée cœur-poumons durant la même hospitalisation

33.6X.99 Transplantation combinée cœur-poumons, autre

Source: OFS – Classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP), 2015

© OFS, Neuchâtel 2015

La formation influence la santé

Dès l'Antiquité, des disparités sociales ont existé dans le domaine de la santé. L'enquête suisse sur la santé 2012 et le recensement de la population montrent que ces disparités existent aujourd'hui encore en Suisse. L'état de santé d'une personne est déterminé plus fortement par son niveau de formation que par son niveau de revenu. Martine Kaeser et Caroline Schnellmann

L'étude des inscriptions funéraires à Rome et dans ses environs montre que, au temps du Christ, on mourait plus jeune dans les couches inférieures que dans les couches supérieures de la société. Au milieu du XIX^e siècle, des médecins réclament pour la première fois des mesures pour protéger la santé des plus démunis, notamment une amélioration de leurs conditions de logement. Dans la deuxième moitié du XIX^e siècle, avec les progrès de la science – découverte des bactéries et de leur rôle dans certaines maladies –, les causes sociales de la maladie sont reléguées pour quelque temps au second plan. Il faut attendre le début du XX^e siècle pour qu'on s'en soucie à nouveau davantage. L'attention se porte alors surtout sur les conditions de logement, les conditions de travail et la sous-alimentation.

Aujourd'hui, les scientifiques et les statisticiens rapportent les disparités de santé à des comportements individuels, mais aussi à des facteurs humains et sociaux. Les personnes dont le statut social est bas ont plus fréquemment que les autres des comportements désavantageux ainsi que des conditions de vie et de travail défavorables à la santé. Le statut social a beaucoup plus d'influence sur la santé que la santé n'en a sur le statut social, même si des problèmes de santé chroniques peuvent compliquer l'intégration sur le marché du travail et mettre en péril la capacité d'une personne à s'assurer le minimum vital. Ces constats s'appuient sur les chiffres de l'enquête suisse sur la santé et du recensement fédéral, qui ventilent la population selon leur niveau de formation et selon leur revenu.

Espérance de vie et état de santé

L'espérance de vie de la population suisse est globalement très élevée. Les enfants nés en 2012 atteindront en moyenne l'âge de 80,5 ans pour les garçons et de 84,7 ans pour les filles. Mais des différences existent selon le niveau de formation, et c'est à l'âge de 30 ans qu'elles sont le plus marquées. Dans cette classe d'âge, les hommes dont le niveau de formation est bas ont une espérance de vie de 4,6 ans plus courte que ceux dont le niveau de formation est élevé. L'écart est de 2,3 ans chez les femmes. Il s'amenuise ensuite à mesure que l'âge augmente.

L'état de santé perçu est un bon indicateur de l'état de santé réel d'une personne. Si la majorité des Suisses portent une appréciation positive sur leur santé, les personnes qui n'ont fait que l'école obligatoire se considèrent beaucoup plus rarement en bonne ou en très bonne santé que les personnes dont le niveau de formation est plus élevé. Le revenu¹ joue également un rôle. Dans le groupe de revenu le plus élevé, 90% des gens s'estiment en bonne ou en très bonne santé, contre seulement 70% dans le groupe de revenu le plus bas.

D'autres indicateurs encore, prédictifs de l'état de santé, dépendent également de la formation et du revenu. 11% des personnes dont le niveau de formation est bas déclarent être fortement gênées dans leur vie quotidienne par un problème de santé. La proportion n'est que de 3% chez les personnes qui ont une formation du degré tertiaire. Des écarts analogues s'observent selon les classes de revenu.

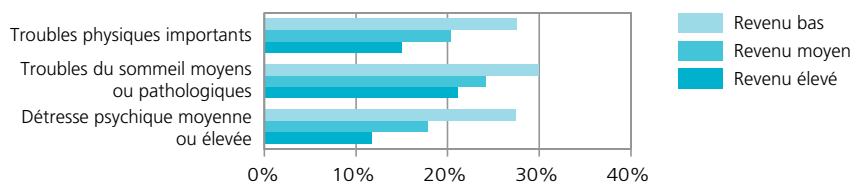
Certains troubles physiques importants – maux de dos, douleurs dans les épaules, à la nuque ou aux bras, sentiment de faiblesse généralisée – sont bien plus fréquents chez les personnes sans formation postobligatoire que dans le reste de la population. C'est dans les classes d'âge moyennes (entre 45 et 64 ans) que les écarts sont les plus marqués. Dans les groupes à faible revenu, 27% des gens souffrent de tels problèmes, contre seulement 15% dans les groupes à haut revenu. Les mêmes tendances s'observent pour les troubles du sommeil et les problèmes psychiques.

Comportements individuels, ressources personnelles et sociales

Avoir un bon réseau de relations sociales et avoir le sentiment de maîtriser sa vie a un effet favorable sur la santé et renforce

Etat de santé selon revenu, en 2012

Part de la population résidente permanente de 15 ans

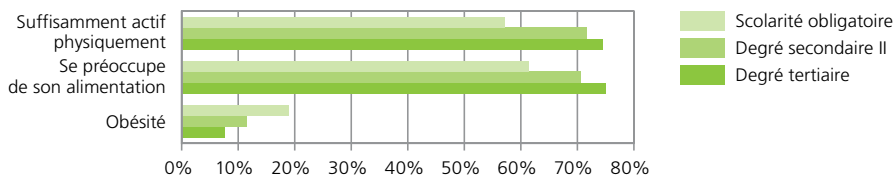


Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) 2012

© OFS, Neuchâtel 2015

Comportements de santé et obésité selon niveau de formation, en 2012

Part de la population résidente permanente de 25 ans



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) 2012

© OFS, Neuchâtel 2015

le «système immunitaire psychosocial». Or les personnes sans formation postobligatoire ont moins que les autres le sentiment de maîtriser leur vie, et leur réseau social est souvent plus limité. Cela touche en particulier les hommes d'âge moyen qui ont un moins bon niveau d'éducation: 40% d'entre eux ont le sentiment de n'avoir que peu de maîtrise sur leur vie. En outre, les personnes sans formation postobligatoire sont nettement plus souvent démunies de soutien social que les personnes ayant une formation tertiaire (27% contre 9%). Cela vaut pour tous les groupes d'âge, chez les femmes comme chez les hommes.

Les personnes dont le niveau de formation ou le revenu est bas ont plus souvent que les autres des comportements défavorables à la santé. Or on sait que le surpoids, le manque d'activité physique et la consommation de tabac favorisent les maladies cardiovasculaires. Par ailleurs, certains cancers sont plus fréquents chez les fumeuses et les fumeurs que dans le reste de la population. Le diabète et les troubles de l'appareil locomoteur sont plus fréquents chez les personnes en surpoids. Enfin l'activité physique protège contre le cancer du côlon, le cancer du sein et l'ostéoporose.

Les femmes sans formation postobligatoire, quel que soit leur âge, présentent beaucoup plus souvent un surpoids important que les femmes ayant une formation tertiaire. Dans la population de 45 à 64 ans, c'est le cas de 22% des premières, contre 6% des secondes. Dans la même classe d'âge, 19% des femmes ayant un faible revenu sont fortement en surpoids contre seulement 5% chez les femmes qui ont un revenu élevé. Les écarts sont moins marqués chez les hommes.

La situation est à peu près la même pour l'activité physique et les habitudes alimentaires. Environ trois quart des personnes ayant une formation de niveau tertiaire se préoccupent de leur alimentation, contre 62% des personnes dont le niveau de formation est modeste. L'écart le plus grand s'observe chez les femmes de 25 à 44 ans. 81% des femmes ayant une formation supérieure font attention à leur alimentation, contre 53% des femmes peu formées. Chez les hommes, les proportions sont respectivement de 68% et 42%.

Des différences selon le statut social s'observent aussi pour la consommation de tabac. 37% des personnes de 25 à 64 ans ayant un bas niveau de formation fument. La proportion est de 26% chez les personnes ayant une formation de niveau tertiaire. L'écart est plus marqué chez les hommes que chez les femmes. Les personnes qui fument plus de 20 cigarettes par jour sont plus nombreuses dans la population sans formation postobligatoire que dans la population dont le niveau de formation est élevé. Enfin, les hommes ayant un faible revenu fument plus que les hommes ayant un revenu élevé.

Travail et santé

Les actifs de 25 ans ou plus ayant un bas niveau de formation sont nettement plus souvent exposés à leur lieu de travail à au moins trois risques physiques que les personnes ayant une formation de niveau tertiaire. Par risque physique, il faut entendre par exemple un travail pénible, un travail

avec des produits toxiques, une station debout prolongée ou un travail dans un environnement bruyant. Les proportions sont de 80% contre 33% chez les hommes et de 69% contre 32% chez les femmes. Les contraintes psychosociales – autonomie insuffisante, faible considération sociale, faible soutien social, peur de perdre son travail – sont plus fréquentes chez les personnes peu formées que chez les autres. Les femmes ayant une formation de niveau supérieur, cependant, sont plus fréquemment exposées à des discriminations. Les hommes bien formés ont plus souvent des taux d'occupation élevés.

Visites chez le médecin

En principe, l'Etat assure des prestations de santé égales et de bonne qualité à l'ensemble de la population. Plusieurs études indiquent cependant que les traitements non couverts par l'assurance-maladie sont plus difficilement accessibles à certains groupes de population. Un exemple nous est fourni par la médecine dentaire, notamment chez les personnes âgées: les trois quarts des personnes ayant un niveau de formation élevé sont allées chez le dentiste au cours de l'année écoulée, contre seulement la moitié des personnes sans formation postobligatoire. Des écarts analogues s'observent par rapport au revenu.

En 2011, 5% de la population ont renoncé au moins une fois à un examen médical ou dentaire pour des raisons financières. La proportion est plus de deux fois plus élevée chez les personnes sans formation postobligatoire que chez les personnes ayant une formation de niveau tertiaire (9% contre moins de 4%).

Martine Kaeser collaboratrice scientifique dans la section Santé, travaille pour l'enquête suisse sur la santé de l'OFS

Caroline Schnellmann est rédactrice libre

1

La comparaison porte sur la catégorie de revenu regroupant le 20% des personnes dont le revenu d'équivalence est le plus bas (1^{er} quintile: moins de 2608 francs) par rapport à la catégorie de revenu regroupant le 20% des personnes dont le revenu d'équivalence est le plus élevé (5^e quintile: plus de 6000 francs).

Travailler peut nuire à la santé

Le travail – disposer d'un emploi et des conditions dans lesquelles l'activité professionnelle est exercée – est un des principaux déterminants de l'état de santé de la population et des inégalités sociales dans ce domaine. Deux enquêtes régulières permettent de documenter la situation en Suisse. Leurs résultats mettent en évidence la permanence des principaux types de risques liés au travail ainsi qu'un moins bon état de santé chez les personnes exposées à ces risques. Ces données statistiques peuvent alimenter le débat et inspirer l'action publique. Ralph Krieger et Jean-François Marquis

Depuis la révolution industrielle du XIX^e siècle, la question de l'impact du travail sur la santé est un enjeu médical, social, économique et politique et elle est associée à l'apparition des premières législations protégeant les salariés dans des domaines comme le travail des enfants, les horaires de travail, l'exposition aux produits toxiques ou les accidents. La protection de la santé au travail est confrontée depuis les années 1980 à de nouvelles problématiques, suite notamment à un chômage durablement élevé dans nombre de pays industrialisés ainsi qu'à l'apparition de nouveaux risques liés à l'émergence d'une société de services et à de nouveaux modèles d'organisations de travail.

Une enquête nationale et une enquête européenne

La Suisse dispose depuis une dizaine d'années de deux enquêtes, régulières et complémentaires, permettant de mesurer la fréquence des conditions de travail à risque pour la santé et d'étudier leurs liens avec l'état de santé.

– *L'enquête suisse sur la santé (ESS)*. Réalisée tous les cinq ans depuis 1992, elle est la première source d'information en Suisse sur l'état de santé de la population et sur les facteurs qui peuvent l'influencer. La thématique du travail, présente dès l'origine, y a été considérablement développée en 2007 puis en 2012, en s'inspirant des enquêtes menées à ce sujet au niveau européen.

La force de l'ESS est la grande taille de son échantillon. En 2012, 21'597 personnes de 15 ans et plus

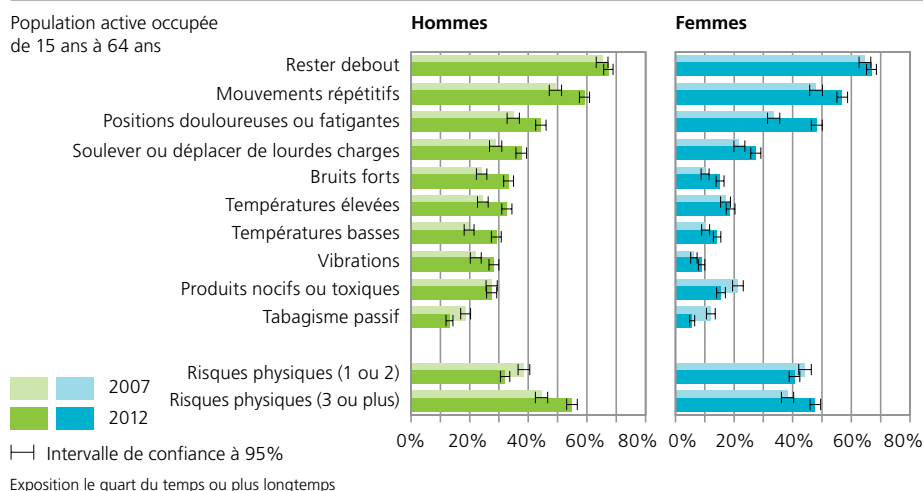
vivant en ménage privé ont été interrogées, dont 11'157 exerçant une activité professionnelle à un taux de 20% au moins. Cela permet d'analyser plus finement les différences entre branches d'activité ou catégories socio-professionnelles. L'ESS réunit également des informations très riches sur l'état de santé. Par contre, les données qu'elle recueille sur les conditions de travail n'ont pas la diversité ni le niveau de détail d'une enquête spécialisée comme l'enquête européenne sur les conditions de travail (EWCS, selon son acronyme anglais)¹. De plus, l'ESS ne permet pour l'instant que des comparaisons chronologiques limitées et elle n'est pas conçue pour des comparaisons internationales directes.

– *L'Enquête européenne sur les conditions de travail (EWCS)*. Réalisée tous les cinq ans depuis 1990, cette enquête

couvre les pays de l'Union européenne (UE) ainsi que des pays non-membres intéressés. En 2015, la Suisse y participait pour la troisième fois (directement ou indirectement), après 2005 et 2010. L'EWCS est conçue pour être une source d'information détaillée sur toutes les principales facettes des conditions de travail. Elle permet d'établir des comparaisons entre pays et de suivre l'évolution des risques sur une longue période.

La principale limite de cette enquête est la petite taille de son échantillon, environ 1000 travailleurs et travailleuses interrogés en Suisse. Cela restreint les possibilités d'analyses détaillées par activité économique. Par ailleurs, les informations concernant l'état de santé et les facteurs l'influençant sont nettement moins nombreuses que dans l'ESS.

Risques physiques selon le sexe



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© OFS, Neuchâtel 2015



Des risques physiques qui ne reculent pas

Quelle image des conditions de travail et de leur évolution en Suisse ressort de ces deux enquêtes? En voici un aperçu: aujourd'hui, ce sont souvent le stress, le mobbing ou d'autres facteurs de risques psychosociaux qui sont évoqués lorsqu'il est question de risques pour la santé liés au travail. Or les données de l'ESS montrent que les risques physiques (comme porter des charges lourdes, le bruit, l'exposition aux produits toxiques, etc.) ne perdent pas de l'importance. 52% des personnes actives occupées étaient exposées à au moins trois d'entre eux en 2012. C'est 10% de plus qu'en 2007 (voir graphique p. 21). Cette augmentation concerne pratiquement tous les risques physiques, à l'exception notoire de la fumée passive². La part des personnes exposées très longtemps à ces risques (au moins les trois quarts du temps) est cependant stable (13%). L'EWCS met en évidence entre 2005 et 2010 une augmentation de certaines contraintes physiques en Suisse, alors qu'en moyenne européenne elles sont demeurées stables, bien qu'à un niveau nettement supérieur.

Globalement, les hommes sont davantage exposés aux risques physiques que les femmes: 55% d'entre eux contre 48% d'entre elles déclarent au moins trois risques physiques. Cette différence est particulièrement prononcée pour le port de lourdes charges, pour les risques environnementaux (bruit, température extrême) ainsi que pour les vibrations et l'exposition aux produits toxiques. Par contre, les femmes doivent plus souvent que les hommes prendre des positions douloureuses ou fatigantes et elles doivent aussi plus fréquemment soulever ou déplacer des personnes, risque caractéristique du secteur des soins.

Sans surprise, la part des personnes exposées à un cumul de risques physiques est la plus élevée dans l'agriculture (87%) et la construction (79%). Mais cette proportion est également supérieure à la moyenne dans plusieurs branches des services, comme les transports (62%), le

commerce (60%) et, pour les femmes, la santé et le social (57%). Or la santé est le secteur dans lequel l'emploi, majoritairement féminin, a le plus crû ces dernières années.

Un rythme de travail élevé est un facteur de risque psychosocial

Un emploi qui offre de bonnes conditions de travail a un effet bénéfique sur la santé psychique des individus. A contrario, tout travail impliquant des risques psychosociaux peut être nuisible à la santé. D'où l'importance des facteurs de protection dans ce domaine. Si ces facteurs ne permettent pas de compenser les contraintes psychiques, la santé est compromise à long terme.

Comparée à la moyenne européenne et aux pays voisins, la Suisse se distingue par un niveau élevé de contraintes psychiques ainsi que par un niveau élevé de facteurs de protection.

La Suisse ne fait pas très bonne figure dans le paysage européen en ce qui concerne les cadences élevées, la pression des délais et les interruptions du travail, tant en 2005 qu'en 2010. La Suisse arrive en tête en ce qui concerne le rythme de travail élevé ainsi que la pression des délais et en troisième position pour les interruptions de travail (voir graphique en bas). De plus, les salariés suisses à plein temps travaillent en moyenne nettement plus longtemps que leurs collègues des pays de l'Union européenne. En 2010, les salariés suisses ont également vécu

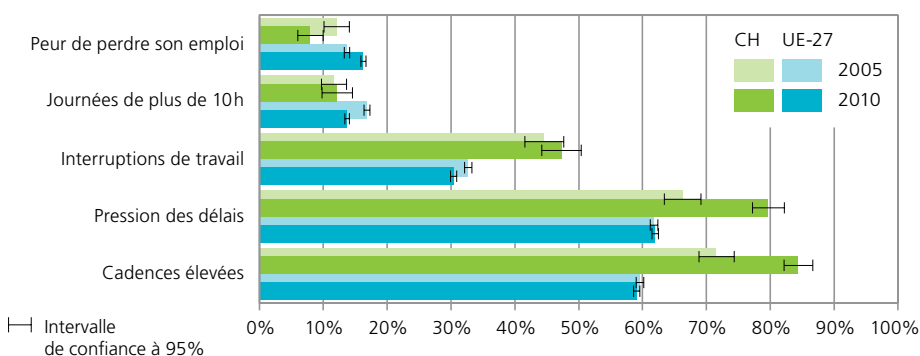
plus fréquemment des restructurations ou des réorganisations que la moyenne européenne ou que les salariés d'Allemagne ou d'Italie, et ils travaillent relativement souvent sur leur temps libre pour répondre aux exigences de leur travail.

De l'autre côté, l'EWCS 2010 révèle que les personnes salariées disposent en Suisse d'un assez grand nombre de facteurs de protection, qui permettent de mieux faire face aux exigences du travail et d'atténuer les effets des contraintes physiques ou psychiques (voir graphique p. 24). Elles sont ainsi nombreuses à pouvoir bien ou très bien concilier leurs horaires de travail avec leurs obligations familiales et sociales, à recevoir de l'aide de leurs collègues ou de leur chef, à pouvoir choisir leur méthode de travail ou déterminer leur rythme de travail ou leurs cadences, à pouvoir changer l'ordre de leurs tâches et prendre leurs pauses à leur gré.

En matière de flexibilité du temps de travail la Suisse sort nettement du lot. Les salariés suisses bénéficient d'horaires nettement plus souples que ceux de l'Union européenne et de nos pays voisins. Aucun autre pays en Europe n'a introduit des régimes flexibles à une aussi large échelle. La Suisse est également en pointe en comparaison européenne pour le sentiment de la sécurité de l'emploi, la part des salariés bénéficiant d'une formation continue payée ou la part des ménages disposant d'un revenu permettant de joindre facilement ou très facilement les deux bouts.

Contraintes psychosociales en Suisse et dans l'Union européenne (UE)

Population active occupée de 15 ans et plus

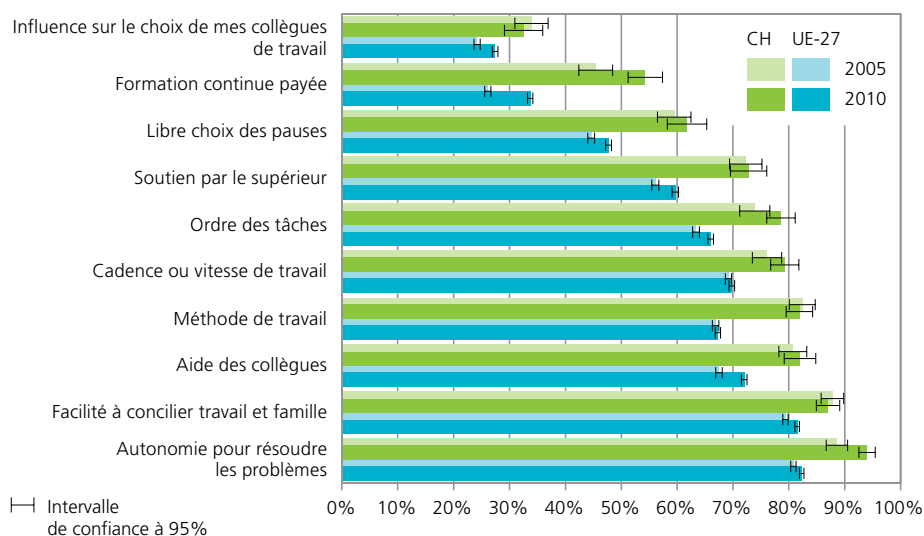


Source: SECO – Enquête européenne sur les conditions de travail (EWCS)

© OFS, Neuchâtel 2015

Facteurs de protection en Suisse et dans l'Union européenne

Population active occupée de 15 ans et plus



Source: SECO – Enquête européenne sur les conditions de travail (EWCS)

© OFS, Neuchâtel 2015

Informations complémentaires:

Travail et santé. Résultats de l'enquête suisse sur la santé 2012 sur www.statistique.ch → Thèmes → 14 – Santé → Santé de la population → Facteurs influant sur la santé → Analyses → Travail et santé

5^{ème} enquête européenne sur les conditions de travail 2010 – Résultats choisis selon la perspective suisse. Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO)/Fachhochschule Nordwestschweiz, 2012 sur www.seco.admin.ch → Documentation → Publications et formulaires → Etudes et rapports → Travail → 5^{ème} enquête européenne

Ralph Krieger est collaborateur scientifique du secteur Travail et Santé au Secrétariat d'Etat à l'économie SECO. Il est l'auteur principal de l'étude *5^{ème} enquête européenne sur les conditions de travail 2010 – Résultats choisis selon la perspective suisse* publiée par le SECO en 2012

Jean-François Marquis est responsable de la diffusion à la section Santé de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Il est l'auteur de l'étude *Travail et santé. Résultats de l'enquête suisse sur la santé 2012* publiée par l'OFS en 2014

Des contraintes psychiques élevées et un manque de facteurs de protection sont associés à un risque accru de se sentir stressé. En 2010, environ un tiers des personnes actives occupées en Suisse (34%) ont affirmé s'être senties souvent voire très souvent stressées. Un chiffre nettement supérieur aux résultats obtenus en 2000 (27%).

Un lien étroit avec la santé

L'ESS et l'EWCS sont des enquêtes transversales, qui «photographient» à un moment donné la population. Si elles ne permettent pas d'établir des liens de causalité, elles font cependant apparaître des liens étroits entre conditions de travail et état de santé. Ainsi, les données de l'ESS montrent que les personnes exposées à au moins trois risques physiques sont nettement plus nombreuses à déclarer un état de santé général qui n'est pas bon que celles qui ne sont exposées à aucun risque physique (13% contre 5%). De même, 49% des personnes stressées à leur travail ont le sentiment d'être vidées émotion-

nellement dans leur travail, ce qui est considéré comme indiquant un risque de burnout, alors que cette proportion n'est que de 13% parmi les personnes qui ne sont pas stressées au travail. Ces associations continuent à être observées même lorsqu'on prend en compte d'autres facteurs pouvant influencer l'état de santé, comme le sexe, l'âge, le niveau de formation et la nationalité, ainsi que les autres conditions de travail.

Des données pour le débat public

L'EWCS et l'ESS recueillent des données permettant de mesurer la fréquence en Suisse des principales conditions de travail à risque, ainsi que la distribution de ces risques (qui est exposé), leurs évolutions dans le temps et leurs liens avec la santé. L'image qui en ressort confirme que les conditions de travail constituent un enjeu social et sanitaire de première importance. Il appartient aux acteurs politiques, économiques et sociaux d'utiliser ces informations pour alimenter le débat public au sujet de la santé au travail et des politiques de protection dans ce domaine.

¹ European Working Conditions Survey

² Un changement dans la mesure de l'exposition aux produits toxiques limite la comparabilité des valeurs entre 2007 et 2012.

Comment va notre environnement?

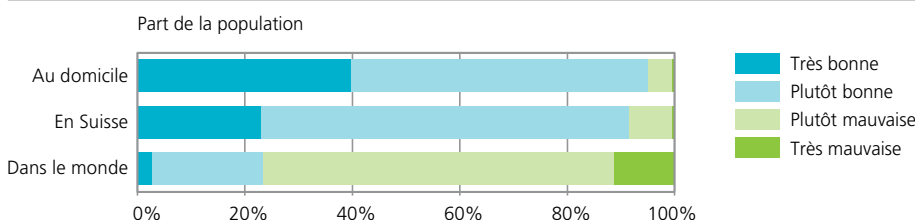
L'«état de santé» de l'environnement peut être évalué de différentes manières. Le plus souvent, cette évaluation se fait par le biais de mesures effectuées dans la nature. Mais on peut aussi obtenir une image de l'état de l'environnement en sondant la population à ce sujet. En 2011, l'Office fédéral de la statistique a réalisé pour la première fois une enquête sur la perception de la qualité de l'environnement par la population. Une deuxième édition de cette enquête est en cours. Laurent Zecha

Pour savoir dans quel «état de santé» se trouve l'environnement, on recourt par exemple aux données de divers réseaux de mesure de la qualité du sol, de l'air, de l'eau, etc. Ces données, considérées généralement comme «objectives», offrent une image variée et parfois contradictoire de l'état de l'environnement, car l'appréciation peut différer selon ce qui est examiné. Une évaluation globale s'avère ainsi également difficile, du fait par exemple que les polluants peuvent varier selon le lieu et au fil du temps. Les affirmations générales concernant l'état de l'environnement doivent donc toujours être interprétées avec une certaine retenue.

Appréciations subjectives

Sonder la population représente une autre manière d'appréhender statistiquement l'état de l'environnement. Il est assez facile de collecter de telles données subjectives, car chaque être humain peut en principe exprimer sa propre perception. Cependant, les appréciations de ce type

Appréciation de la qualité de l'environnement, en 2011



Source: OFS – Omnibus 2011: Enquête multithématique sur la vie en Suisse

© OFS, Neuchâtel 2015

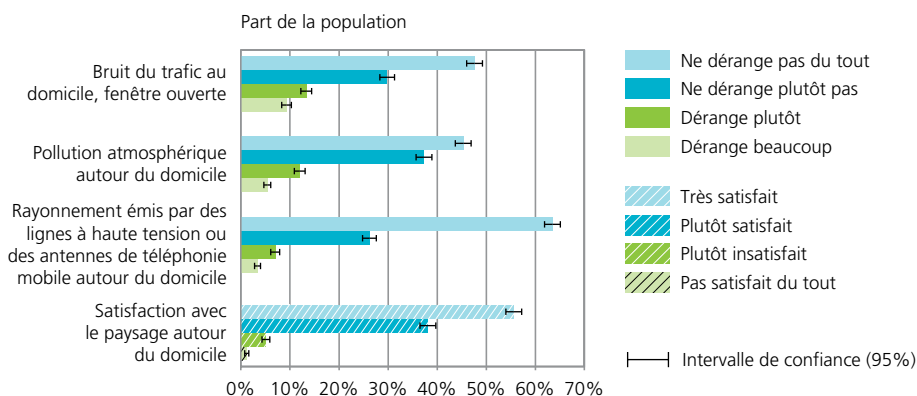
donnent une vue quelque peu simplifiée des choses, certains polluants n'étant par exemple pas directement perceptibles. En outre, la perception peut aussi être influencée par divers facteurs. A l'inverse, il y a également des aspects qui ne se laissent appréhender qu'à l'aide d'une enquête, par exemple les raisons de certains comportements en matière d'environnement. Ainsi, mesure objective et appréciation subjective ont chacune leur importance; elles se complètent et peuvent toutes deux servir de base d'informations pour les discussions et les décisions politiques.

Etat perçu de l'environnement

En 2011, l'OFS a réalisé pour la première fois une enquête¹ sur la perception de la qualité de l'environnement. Il en est ressorti entre autres que 95% de la population jugeait la qualité de l'environnement autour du domicile très bonne ou plutôt bonne, contre 92% pour ce qui est de la qualité de l'environnement en Suisse et seulement 23% s'agissant de la situation environnementale à l'échelle mondiale.

Concernant les conditions environnementales au domicile, le bruit du trafic (fenêtre ouverte) était ressenti comme très dérangeant ou plutôt dérangeant par 23% de la population, la pollution atmosphérique par 17% et le rayonnement des lignes à haute tension ou des antennes de téléphonie mobile par 10%. 94% de la population se disait très satisfaite ou plutôt satisfaite du paysage autour du domicile.

Perception des conditions environnementales au domicile, en 2011



Source: OFS – Omnibus 2011: Enquête multithématique sur la vie en Suisse

© OFS, Neuchâtel 2015

La pollution comme problème

44% de la population estimait que la pollution de l'environnement représentait un très grand problème ou un assez grand problème pour la Suisse. Cette part différait fortement selon la région



linguistique: elle atteignait 41% en Suisse alémanique, 51% en Suisse romande et même 62% en Suisse italienne.

On observe ici aussi des différences selon le sexe: les femmes ressentait plus fréquemment la pollution de l'environnement comme un grand problème (50% contre 39% chez les hommes). Il en va de même selon la nationalité: alors que la moitié environ des personnes de nationalité suisse estimaient que la pollution de l'environnement était un très grand ou un assez grand problème, la proportion était nettement plus faible (28%) dans la population de nationalité étrangère.

Comportements environnementaux

Les personnes ont en outre été interrogées sur les motivations expliquant certains comportements ayant une influence sur l'environnement. Ainsi, 39% des personnes qui consomment au moins occasionnellement des aliments issus de l'agriculture biologique déclaraient le faire pour des raisons de santé. La protection de l'environnement, deuxième motif par ordre de fréquence, était citée par 21% des personnes consommant des produits biologiques, la qualité des produits par 15% d'entre elles.

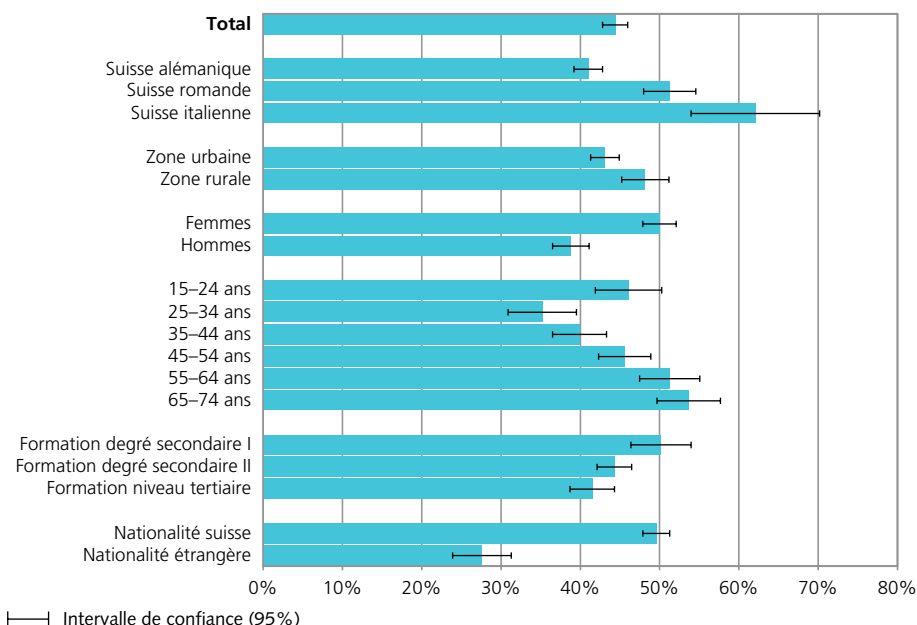
A l'inverse, 42% des personnes qui ne consomment jamais ou pas exclusivement des produits bio indiquaient écarter ces produits à cause de leur prix et 28% invoquaient l'insuffisance de l'offre, ce qui en fait le deuxième motif le plus souvent cité.

Identifier les changements

L'enquête est actuellement renouvelée, notamment pour savoir si et dans quelle mesure la perception de la qualité de l'environnement a changé depuis 2011. Les quelque 3000 interviews téléphoniques réalisées permettront à nouveau d'obtenir des résultats statistiquement représentatifs. Les personnes interrogées ont entre 15 et 74 ans et sont sélectionnées de manière aléatoire.

Appréciation de la pollution de l'environnement, en 2011

Part de la population qui estime que la pollution de l'environnement est un très grand ou un assez grand problème en Suisse



Source: OFS – Omnibus 2011: Enquête multithématique sur la vie en Suisse

© OFS, Neuchâtel 2015

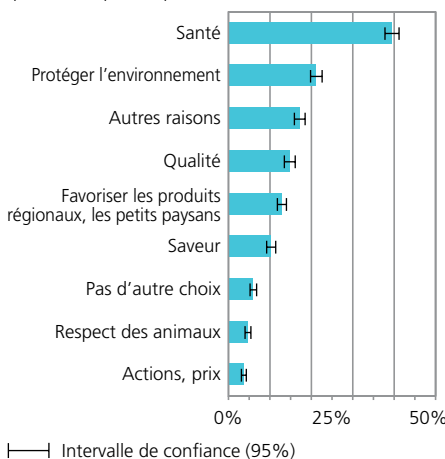
Outre la manière dont sont perçues la qualité de l'environnement et les conditions environnementales au domicile, l'enquête porte à nouveau sur les comportements environnementaux de la population, son degré d'information en matière d'environnement et son appré-

ciation des dangers liés aux technologies et aux changements environnementaux. Les premiers résultats de l'enquête 2015 seront disponibles début 2016.

Laurent Zecha est collaborateur scientifique dans la section Environnement, développement durable, territoire, OFS

Raisons de la consommation de produits issus de l'agriculture biologique, en 2011

En pour cent des personnes qui consomment des produits issus de l'agriculture biologique (plusieurs réponses possibles)



Source: OFS – Omnibus 2011

© OFS, Neuchâtel 2015

1 Enquête Omnibus 2011 sur la «perception de la qualité de l'environnement et comportements environnementaux». Les enquêtes Omnibus sont des enquêtes multithématiques et font partie du nouveau recensement de la population de l'OFS.

La «chimie» du coût et du financement du système de santé

De la même façon qu'un composé chimique est constitué de différents éléments, il faut combiner diverses sources de données pour déterminer les dépenses de santé en Suisse. Un seul relevé ne suffit pas. La statistique *Coût et financement du système de santé* renseigne sur les flux monétaires complexes auxquels donnent lieu la production, la consommation et le financement de biens et services dans le domaine de la santé. Michael Lindner et Ulrich Wagner

La comparaison entre les données statistiques brutes et les éléments chimiques n'est pas tirée par les cheveux: ni les unes ni les autres ne sont directement utilisables et doivent commencer par être traitées avant de pouvoir être utilisées. La statistique du coût et du financement du système de santé est une statistique de synthèse réalisée par l'OFS à partir de différentes sources.

Une statistique de synthèse a beaucoup de points communs avec la chimie de synthèse, par exemple avec la production d'engrais chimiques, en laboratoire ou à l'échelle industrielle. Cette production consiste à créer, au cours d'un processus complexe, quelque chose de complètement nouveau à partir de précurseurs élémentaires (l'azote et l'hydrogène), à savoir de l'ammoniac qui sert à fabriquer du nitrate d'ammonium. Les engrais de synthèse ont permis d'accroître énormément les rendements agricoles au début du XX^e siècle.¹

Monitoring des flux de financement

La statistique de synthèse *Coût et financement du système de santé* ne résout certes pas les problèmes de sous-approvisionnement alimentaire, mais elle fournit depuis 1985 des informations importantes pour éviter le problème inverse. Nous voulons parler du sur-approvisionnement du sys-

tème de santé, c'est-à-dire de la consommation incontrôlée de ressources essentiellement monétaires. En Suisse, la collectivité montre encore une grande propension à payer pour un système de santé de qualité. Cependant, vu la charge que font peser sur l'économie nationale des dépenses de santé toujours plus élevées, un monitoring précis des flux de financement s'impose. Quant à savoir si le système de santé suisse est trop coûteux, seule une comparaison avec les dépenses de santé d'autres pays de l'OCDE dotés d'un système de santé aussi performant peut permettre de le dire. La base de données pour de telles comparaisons respectant les exigences internationales est aussi fournie par la statistique de synthèse *Coût et financement du système de santé*.

La statistique apporte de la clarté

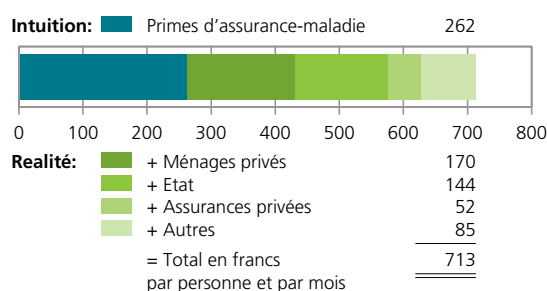
La statistique du coût et du financement du système de santé dissipe aussi des malentendus: intuitivement, les habitants de la Suisse perçoivent surtout le coût de leur prime d'assurance-maladie, qui s'élevait en 2013 à 262 francs en moyenne par personne et par mois.

A cette prime moyenne de 262 francs viennent toutefois s'ajouter 144 francs de contribution de l'Etat par personne et par mois, 170 francs payés par les ménages (quote-part, franchise, etc.), 52 francs par l'assurance privée et 85 francs par d'autres agents financeurs². De sorte que les 262 francs perçus intuitivement correspondent en réalité à 713 francs.

Complexité du processus, simplicité du produit final

Le produit final – les dépenses totales du système de santé – est obtenu au terme d'un processus complexe, comme dans le cas de la fabrication d'engrais azotés. La statistique du coût et du

Financement du système de santé en 2013



Source: Propre calcul

© OFS, Neuchâtel 2015

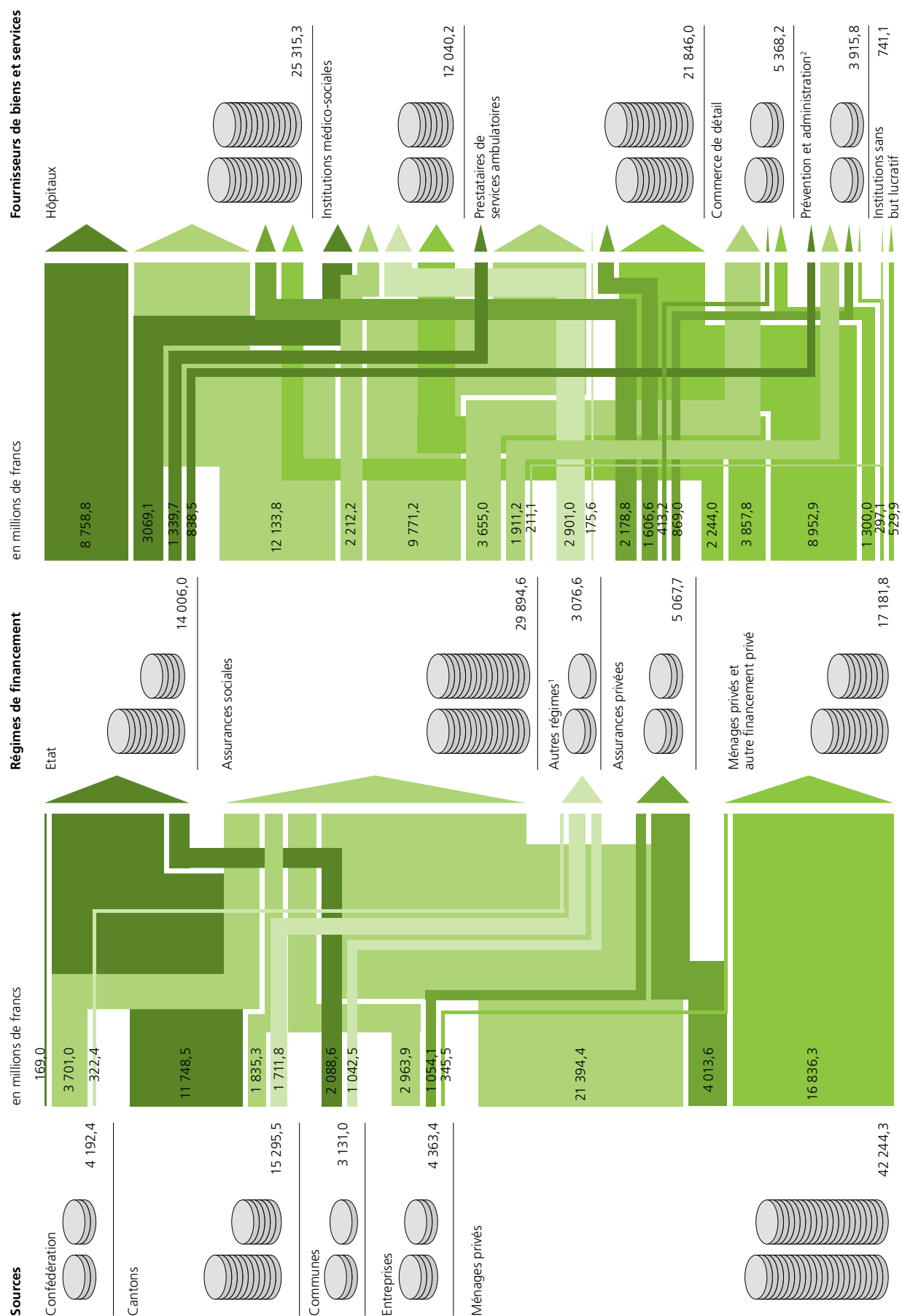
1

En permettant la production industrielle d'engrais azotés, le procédé Haber-Bosch, du nom des chimistes Fritz Haber et Carl Bosch (chimiste chez BASF), a contribué à nourrir des milliards d'êtres humains.

2

Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, aides cantonales aux personnes âgées et aux soins, financement par des fondations

Coût et financement du système de santé en 2013



1 Prestations complémentaires A/V, Al; aides cantonales aux personnes âgées (soins)

Source: OFS – Statistique du coût et du financement du système de santé

© OFS, Neuchâtel 2015

	Financement		Total
	Assurance-maladie	Autres sources de financement	
Fournisseurs de prestations			
Fournisseurs de prestations stationnaires ¹	12,1	25,3	37,4
Fournisseurs de prestations ambulatoires, y. c. l'administration	13,3	18,5	31,9
Total	25,4	43,8	69,2

¹ Etablissements accueillant les patients ou les résidents (EMS) pour la nuit

Source: OFS – Coût et financement du système de santé en 2013

© OFS, Neuchâtel 2015

financement du système de santé comporte trois dimensions (fournisseurs de prestations, catégories de prestations et financement) et jusqu'à 12'000 possibilités de combinaison. Les principes qui sous-tendent le modèle peuvent être mis en évidence (voir exemples avec des données réelles) à l'aide de deux dimensions seulement et de quatre combinaisons. Sous une forme très simplifiée, le produit final pourrait se présenter ainsi (données en milliards de francs, 2013). Même simplifié, cet exemple donne un aperçu complet. La statistique serait complète même si elle n'avait qu'une variable d'output à savoir:

Dépenses de santé de la Suisse en 2013	69,2
---	-------------

Cette variable d'output répond à elle seule au besoin d'information sur les dépenses de santé. On peut en effet déduire à partir de cette seule variable la part des dépenses de santé dans le PIB (10.9%) et les dépenses par personne et par mois (713 francs).

Des travaux importants à exécuter

Pour obtenir des données fiables en vue de cette statistique, il faut que trois conditions soient remplies:

1. Les institutions, prestations et produits à considérer comme faisant partie du système de santé doivent être définis. Tandis que les prestations des cliniques dentaires universitaires, par exemple, sont considérées comme faisant partie des services de santé, certaines de leurs activités d'enseignement peuvent ne pas l'être.³
2. L'établissement d'une classification subdivise le système de santé en fournisseurs de prestations directs et fournisseurs indirects. Pour définir cette classification, la statistique s'appuie en priorité sur les recommandations internationales dont l'approche est au moins tridimensionnelle et qui proposent une nomenclature des catégories. Comme la Suisse et d'autres pays utilisent le manuel *Systems of Health Accounts* publié par l'OCDE, l'OMS et Eurostat, les comparaisons internationales sont tout à fait possibles.⁴

3. Attribuer les postes de données aux catégories de la classification revient à décider entre quelles catégories ces postes peuvent être répartis. La question qui se pose est par exemple la suivante: les franchises et quotes-parts doivent-elles ou non être considérées comme un financement par l'assurance-maladie?⁵

Un mode de pensée global est requis

Une fois les points précédents réglés, il convient de choisir la source de données et/ou la méthode de relevé les plus aisément disponibles. Il faut pour cela une bonne dose de créativité, la capacité à penser de manière globale, du savoir-faire, mais aussi un sens pour les problèmes de méthode. Prenons un exemple: pour répartir les dépenses des assurances privées par groupes de fournisseurs de prestations, on ne dispose pas de données pour la Suisse, mais de données pour le Liechtenstein. Comme les marchés de l'assurance en Suisse et au Liechtenstein sont structurés de manière similaire, il peut s'avérer préférable d'estimer les données pour la Suisse à partir de celles du Liechtenstein plutôt que d'avoir recours à une clé de répartition en pour cent qui date d'il y a 15 ans.⁶

On peut établir une analogie, dans le procédé Haber-Bosch, avec le catalyseur à base de fer, un élément essentiel au procédé, mais qui occasionne peu de coûts.

Une statistique de synthèse fournit une large palette d'information sur des thèmes importants: elle offre une large marge de manœuvre pour ce qui est de la production et du traitement de l'information, qu'il s'agisse de la délimitation du système de santé, de classification, de répartition des postes de données par catégorie ou de la sélection des sources de données et des méthodes. Comme au laboratoire, il faut soigneusement combiner les éléments entre eux pour obtenir un résultat pertinent, du point de vue de la politique de la santé.

Michael Lindner est chef du projet *Statistique du coût et du financement du système de santé*, section Santé, OFS

Ulrich Wagner est chef du domaine Economie de la santé et diffusion, section Santé, OFS

3
Analogie avec la chimie de synthèse: quelles matières participent à la réaction en chaîne? De la même façon, dans le procédé Haber-Bosch, les trois composants principaux que sont l'eau, le gaz naturel et l'azote (de l'air) sont consommés comme matières premières, à la différence du catalyseur à base de fer.

4
Analogie avec la chimie de synthèse: comment le procédé se subdivise-t-il et quel produit doit-on obtenir à chaque étape? De la même façon, on peut définir plusieurs étapes dans le cas du procédé Haber-Bosch: d'une part, la production initiale d'hydrogène par vaporeformage et, d'autre part, la synthèse de l'ammoniac au sens strict, suivie de la fabrication d'engrais à base de nitrate d'ammonium.

5
Analogie avec la chimie de synthèse: quelles matières participent à chaque étape de la réaction? De la même façon, dans le procédé Haber-Bosch, tous les produits ne sont pas utilisés à chaque phase: l'azote, un des produits initiaux, n'entre pas dans la fabrication de l'hydrogène.

6
Analogie avec la chimie de synthèse: comment déclenchons-nous la réaction chimique?

Le rapport national sur la santé 2015

En Suisse, la santé publique relève essentiellement de la responsabilité des cantons. Mais les défis qui attendent le système de santé sont tels – à cause notamment de la progression des maladies chroniques – qu’il est désormais nécessaire de rassembler toutes les informations disponibles. Le regard de l’Observatoire suisse de la santé (Obsan) ne s’arrête pas aux frontières cantonales. Monika Diebold

Nombreux sont les organismes qui collectent et qui traitent des données sur la santé de la population suisse. Mais ce qui fait souvent défaut, c’est une approche synthétique qui rassemble et qui analyse les données par-delà les frontières cantonales. C’est pour pallier ce manque que l’Observatoire suisse de la santé a publié cette année son troisième rapport national sur la santé, après ceux de 1993 et de 2008. Il donne une vue d’ensemble de la situation et esquisse des tendances pour l’avenir.

Le point sur les maladies chroniques

Le rapport national sur la santé sert à rendre accessibles à tous les données dont on dispose sur la santé, à les expliquer et à montrer les évolutions auxquelles il faut s’attendre dans les années à venir. Le rapport, qu’on peut télécharger gratuitement sur www.rapportsante.ch est divisé en deux parties. La première partie – clairement structurée autour de nombreux graphiques – porte sur les aspects les plus divers de la santé à tous les âges de la vie. Cette première partie se lit comme une encyclopédie donnant un aperçu général de la santé en Suisse.

La deuxième partie est consacrée aux *maladies chroniques*. Elle s’appuie sur quatre études réalisées par des mandataires externes et qui constituent la base scientifique du rapport. L’attention se porte sur la prévalence des maladies chroniques, leurs formes, leurs facteurs de risque, les possibilités de prise en charge, mais aussi sur les conséquences de ces maladies pour l’économie suisse. Une attention particulière a été accordée aux besoins et aux conditions de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.

La santé publique dépend de la Confédération et des cantons

En Suisse, la santé publique relève essentiellement de la compétence des cantons, même si l’assurance-maladie a été instituée sur le plan national. Une coopération étroite entre la Confédération et les cantons est indispensable pour mieux maîtriser les défis auxquels le système de santé est aujourd’hui confronté. En 2003 a été institué un *dialogue national sur la politique de la santé*. Le Conseiller fédéral en charge de la santé – actuellement Alain Berset – rencontre plusieurs fois par an les directrices et directeurs cantonaux de la santé publique. Ces rencontres servent à définir et à coordonner une démarche commune.

C’est en prélude à ce dialogue, en 2001, qu’a été fondé l’Obsan, qui a pour mission d’assister les organes fédéraux et cantonaux chargés de la santé en leur fournissant des analyses et des rapports pour la préparation de leurs décisions. Son mandat de prestations lui a été assigné par la Confédération et par les cantons.

Questions brûlantes.

Réponses de l’Obsan

La principale tâche de l’Obsan et de ses presque vingt collaborateurs consiste à cerner des problématiques pertinentes, à réunir les meilleures données disponibles et à les analyser à l’attention des autorités de santé. L’Obsan travaille sur les thématiques les plus diverses: *santé de la population, coûts et financement du système de santé, vieillissement de la population, utilisation du système de santé, professions de la santé, structure des soins, santé psychique*.

Outre des rapports cantonaux et nationaux sur la santé, l’Obsan propose sur internet un système de monitoring de la santé, lequel présente sous forme graphique des indicateurs sur de nombreux thèmes en rapport avec la santé (www.obsan.ch). Dans ses analyses et ses rapports, l’Obsan tâche d’apporter des réponses aux questions les plus brûlantes de la politique de la santé: dans quels secteurs de la santé manquerons-nous demain de personnel? A quels besoins faut-il s’attendre à l’avenir dans le domaine des hôpitaux et des établissements médicosociaux? Peut-on économiser sur le coût des médicaments? Les personnes atteintes de maladies psychiques sont-elles suffisamment et adéquatement traitées dans notre pays? L’Obsan participe également à des études comparatives internationales. Les rapports de l’Obsan sont publics et accessibles gratuitement sur internet.

Pour plus d’informations:

Rapport national sur la santé: www.rapportsante.ch

Observatoire suisse de la santé: www.obsan.ch

Dialogue National Politique de la santé:

www.nationalegesundheits.ch

Monika Diebold est directrice de l’Observatoire de la santé

Impressum

Editeur: Office fédéral de la statistique (OFS), Neuchâtel,
www.statistique.ch

Rédaction: Cornelia Neubacher et Marius Widmer,
division Communication, OFS

Information: division Communication, OFS,
tél. 058 463 60 13, kom@bfs.admin.ch

Auteurs: Monika Diebold, Katharina Fehst, Sabina Helfer,
Christoph Junker, Martine Kaeser, Ralph Krieger,
Renaud Lieberherr, Michael Lindner, Jean-François Marquis,
Caroline Schnellmann, Marco Storni, Georges-Simon Ulrich,
Ulrich Wagner, Mirella Wepf et Laurent Zecha

Réalisation: Netthoevel & Gaberthuel, Bienne

Graphisme/Layout: section DIAM, Prepress/Print, OFS

Photographie: Franz Rindlisbacher et Gerry Amstutz, Zurich

Traduction: services linguistiques de l'OFS

Numéro de commande: 1042-1601 (gratuit)

ISBN: 978-3-303-00537-8

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

Copyright: OFS, Neuchâtel 2016

La reproduction des textes et des graphiques est autorisée,
sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée.