



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

OBSAN RAPPORT 63

63

La santé dans le canton de Genève

Résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2012
et de l'exploitation d'autres banques de données

Clémence Merçay

Editeur: Observatoire suisse de la santé (Obsan) sur mandat du
Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé (DEAS).



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

L'**Observatoire suisse de la santé (Obsan)** est une institution mandatée par la Confédération et les cantons. L'Observatoire suisse de la santé analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. Pour plus d'informations, veuillez consulter www.obsan.ch.

Paraissent dans la **série «Obsan Rapport»** des rapports et des analyses consacrés au domaine de la santé. La réalisation des rapports est assurée par l'Obsan ou confiée à des experts externes. Une commission de révision contrôle la qualité des rapports. Le contenu de ces derniers est de la responsabilité de leurs auteurs. Les rapports de l'Obsan sont généralement publiés sous forme imprimée.

Impressum

Editeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)
Espace de l'Europe 10, 2010 Neuchâtel
Tél. 058 463 60 45
obsan@bfs.admin.ch
www.obsan.ch

Mandant

Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé (DEAS)
du canton de Genève

Auteure

Clémence Merçay (Obsan)

Equipe de projet à l'Obsan

Paul Camenzind, Clémence Merçay, Florence Moreau-Gruet, Luca Petrini,
Nicole Ruch, Tina Schmid, Daniela Schuler, Isabelle Sturny

Série et numéro

Obsan Rapport 63

Référence bibliographique

Merçay, C. (2015). *La santé dans le canton de Genève. Résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2012 et de l'exploitation d'autres banques de données* (Obsan Rapport 63). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements / informations et commandes

Direction générale de la santé
Rue Adrien Lachenal 8, 1207 Genève
Tél. +41 (0)22 546 50 00

Téléchargement du fichier PDF

http://ge.ch/dares/sante/a_votre_service.html

Graphisme et mise en page

DIAM, Prepress/Print, OFS;
Tableau d'annexe: Obsan

Page de couverture

Roland Hirter, Berne

ISBN

978-2-940502-36-3

© Obsan 2015

Table des matières

Préambule	3	2.2 Etat de santé auto-évalué	30
Abréviations	4	2.3 Problèmes de santé de longue durée et limitations	34
Résumé	5	2.3.1 Problèmes de santé de longue durée	34
1 Introduction	8	2.3.2 Limitations des activités en raison de problèmes de santé	35
1.1 Rapports pour le canton de Genève	8	2.3.3 Limitations dans les activités de la vie quotidienne	36
1.2 Objectifs du rapport	9	2.4 Santé physique	37
1.3 Présentation des données	10	2.4.1 Troubles physiques	37
1.3.1 Enquête suisse sur la santé (ESS)	10	2.4.2 Sélection de diagnostics	39
1.3.2 Autres sources de données	13	2.4.3 Facteurs de risques des maladies cardiovasculaires	41
1.4 Présentation de l'approche par les déterminants de la santé	14	2.4.4 Multimorbidité	43
1.4.1 Introduction	14	2.4.5 Accidents et chutes	43
1.4.2 Concept de déterminants sociaux de la santé	14	2.5 Santé psychique	47
1.4.3 Déterminants de santé présentés dans le rapport sur la santé dans le canton de Genève	15	2.5.1 Energie et vitalité	47
1.5 Méthodes et analyse, lecture des tableaux	19	2.5.2 Problèmes psychiques	48
1.5.1 Analyses descriptives	19	2.5.3 Symptômes dépressifs	50
1.5.2 Exemples de lecture de tableaux et de figures comprenant des intervalles de confiance	20	2.6 Ressources en santé	52
1.6 Le canton de Genève en comparaison régionale	22	2.6.1 Sentiment de maîtrise de la vie	52
2 Etat de santé	26	2.6.2 Soutien social	53
2.1 Longévité et mortalité	26	2.6.3 Sentiments de solitude	54
2.1.1 Espérance de vie à la naissance	26	2.7 Résumé	54
2.1.2 Espérance de vie à l'âge de 65 ans	27	3 Attitudes et comportements pouvant influencer la santé	56
2.1.3 Taux de mortalité	28	3.1 Attention portée à la santé	56
2.1.4 Causes de décès	28	3.2 Poids corporel, habitudes alimentaires et activité physique	59
2.1.5 Années potentielles de vie perdues	29	3.2.2 Attention portée à l'alimentation, habitudes alimentaires et apport en liquide	62
		3.2.3 Activité physique	66

3.3	Consommation de substances psychoactives	69	6	Evolution des coûts et des primes de l'Assurance obligatoire des soins	128
3.3.1	Consommation de tabac	69	6.1	Coûts de l'AOS	129
3.3.2	Fumée passive	73	6.2	Primes AOS et modèles d'assurance	135
3.3.3	Consommation d'alcool	75	6.3	Résumé	139
3.3.4	Consommation de cannabis	79			
3.4	Jeux d'argent et de hasard	83		Glossaire	141
3.5	Résumé	86			
4	Santé, habitat et conditions de travail	88		Bibliographie	144
4.1	Nuisances à la maison	89			
4.2	Travail et santé	92		Annexes	155
4.2.1	Aspects généraux du travail et de la santé	92			
4.2.2	Risques physiques au travail	94			
4.2.3	Risques psychosociaux au travail	97			
4.2.4	Horaires de travail	100			
4.2.5	Risques multiples au travail	101			
4.3	Résumé	103			
5	Recours aux services de santé	104			
5.1	Recours aux consultations médicales en cabinet	106			
5.1.1	Consultations médicales en cabinet	106			
5.1.2	Consultations médicales en cabinet par domaine de spécialisation	109			
5.2	Recours aux examens préventifs	113			
5.2.1	Examens préventifs des maladies cardiovasculaires	113			
5.2.2	Examens de dépistage du cancer	114			
5.2.3	Prévention de la grippe	116			
5.3	Recours à la médecine complémentaire	117			
5.4	Prestations hospitalières	119			
5.4.1	Soins hospitaliers ambulatoires	119			
5.4.2	Soins hospitaliers intra-muros	120			
5.5	Soutien à la maison, formel et informel	122			
5.6	Soins de longue durée dans les établissements pour personnes âgées	125			
5.7	Résumé	126			

Préambule

Le nouveau rapport sur la santé à Genève, issu de la dernière Enquête suisse sur la santé menée en 2012, met à notre disposition de précieuses informations sur l'état de santé de la population genevoise. Par ailleurs, il décrit aussi les attitudes et comportements ainsi que les conditions de vie et de travail susceptibles d'influencer l'état de santé. Il détaille également les modalités de recours aux services de santé. Menées tous les 5 ans, ces enquêtes répétées permettent de suivre dans le temps l'évolution de divers indicateurs de santé. Ces informations sont d'autant plus précieuses que les mesures de prévention ou de promotion de la santé s'inscrivent le plus souvent dans le long terme.

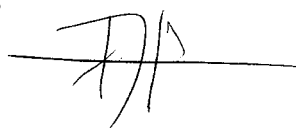
Parmi les résultats de l'étude, on relève avec satisfaction que plus des trois quarts de la population interrogée considère son état de santé bon ou très bon. En outre, la très grande majorité des personnes actives professionnellement se disent en très bonne santé et satisfaite au travail. Enfin, au niveau national, les habitant-e-s du canton de Genève sont ceux et celles qui vivent le plus longtemps à domicile après 65 ans.

A côté de ces résultats réjouissants, l'enquête révèle aussi un certain nombre de constats qui requièrent une attention particulière. Près d'un quart de la population du canton déclare souffrir de troubles psychiques moyens à importants (en Suisse, cette proportion s'élève à 18%). Les problèmes psychiques et les symptômes dépressifs sont le plus souvent déclarés chez les femmes, les personnes n'ayant pas de formation post-obligatoire et les personnes de nationalité étrangère. La surcharge pondérale et l'obésité sont en constante augmentation. Ici aussi, la répartition est inégale puisqu'elle touche plus particulièrement les hommes, les personnes sans formation ou de nationalité étrangère. Enfin, si le nombre de personnes exposées à la fumée passive a nettement chuté, ce qui est réjouissant, la proportion de fumeurs dans certaines catégories socio-professionnelles de la population ainsi que chez les femmes entre 15 et 50 ans reste préoccupante du fait du rôle du tabac dans l'apparition de nombreuses maladies et comme une cause importante parmi les décès.

Ces divers constats seront une aide pour ajuster les priorités en matière de prévention et promotion de la santé. Qu'il s'agisse de la santé psychique, du surpoids, des addictions, ou du vieillissement de la population, la complexité des problèmes de santé évoqués montre aussi la nécessité d'impliquer l'ensemble des politiques publiques si on souhaite pouvoir apporter une réponse intégrée. Il s'agit d'intervenir en amont sur l'ensemble des déterminants modifiables de la santé, qu'ils soient de nature socio-économiques, comportementaux ou environnementaux. Par ailleurs, il est nécessaire d'améliorer encore la complémentarité entre les approches préventives et curatives pour apporter une réponse sanitaire cohérente qui réponde aux besoins de la population.

La réflexion interdisciplinaire que mène actuellement le canton sous l'égide du Conseil d'Etat, devrait aboutir sous peu à une politique de prévention et de promotion de la santé ambitieuse centrée sur les besoins et les opportunités de santé de l'être humain durant toutes les étapes de la vie. La nouvelle stratégie cantonale est guidée par la volonté de promouvoir une approche positive de la santé. Elle vise à donner les moyens à la population d'agir en faveur de sa santé tout en veillant à ce que les actions mises en œuvre contribuent à réduire le fossé des inégalités sociales et de santé.

C'est au travers de la mise en application de ces différents éléments que le but ultime de la prévention pourra être atteint à savoir: offrir à la population du canton, les moyens de vivre en santé tout au long de sa vie et le plus longtemps possible.



Adrien Bron,
Directeur général
Direction générale de la santé du canton de Genève

Abréviations

AOS	Assurance obligatoire des soins	PIB	Produit intérieur brut
APVP	Années potentielles de vie perdue	PNA	Programme national alcool
BEVNAT	Statistique du mouvement naturel de la population	PNAAP	Programme national alimentation et activité physique
BPA	Bureau de prévention des accidents	Réf.	Catégorie de référence dans une régression logistique
CDS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé	SASIS	Filiale de santésuisse, organisation faîtière de la branche de l'assurance-maladie sociale
CSIAS	Confédération suisse des institutions d'action sociale	SECO	Secrétariat d'Etat à l'économie
DEAS	Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé	SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
EMS	Etablissement médico-social	SOMED	Statistique des institutions médico-sociales
ESPOP	Statistique de l'état annuel de la population	Spitex	Services d'aide et de soins à domicile
ESS	Enquête suisse sur la santé	SR	Suisse romande
EU_SILC	Statistiques de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie	SRPH	Cadre d'échantillonnage pour les enquêtes auprès des personnes et des ménages
FMH	Fédération des médecins suisses	STATPOP	Statistique de la population et des ménages
GE	Genève	SUVA	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
HMO	Organisation pour le maintien de la santé (Health Maintenance Organization)	SwissDRG	Forfait par cas en fonction du diagnostic
IMC	Indice de masse corporelle		
ISM	Indice standardisé de mortalité		
LAMaI	Loi fédérale sur l'assurance maladie		
LCA	Loi fédérale sur le contrat d'assurance		
LiMa	Liste des moyens et appareils		
MHI-5	Five-item Mental Health Index		
N	Taille de la population, univers de référence		
n	Nombre de personnes interrogées, échantillon		
NANUSS	National Nutrition Survey Switzerland		
NICER	Institut National pour l'Epidémiologie et l'Enregistrement du Cancer		
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques		
OFEV	Office fédéral de l'environnement		
OFS	Office fédéral de la statistique		
OFSP	Office fédéral de la santé publique		
OMS	Organisation mondiale de la Santé		
OR	Rapport de chance (Odds ratio en anglais)		
PHQ-9	Indice de dépression majeure		

Résumé

Ce rapport vise en premier lieu à dresser un tableau général de la santé de la population du canton de Genève, de ses comportements favorables ou délétères pour la santé, de ses conditions de vie et de travail, de son recours aux services de santé ainsi que des coûts imputés à l'assurance obligatoire des soins. Il constitue à cet égard un outil précieux permettant de soutenir les autorités du canton de Genève dans leurs efforts de prévention et de promotion de la santé ainsi que dans la planification sanitaire.

C'est la seconde fois que l'Observatoire suisse de la santé réalise ce rapport sur mandat du canton de Genève. Il se base principalement sur les données de l'Enquête suisse sur la santé, une enquête représentative menée en 2012 auprès de 21'597 personnes en Suisse, dont 1150 dans le canton de Genève. D'autres sources de données sont également utilisées (p. ex. statistique médicale des hôpitaux, statistique des institutions médico-sociales ou pool de données SASIS SA).

Cette édition 2012 montre, lorsque les indicateurs sont disponibles, des comparaisons temporelles depuis 1992. Ainsi, il est possible de distinguer les tendances à long terme des évolutions récentes.

Des tendances contrastées marquent l'évolution de la santé physique des Genevoises et Genevois

En 2012, environ 77% des Genevois considèrent que leur état de santé est bon ou très bon. L'état de santé auto-évalué des personnes de nationalité étrangère est significativement moins bon que celui des personnes de nationalité suisse. Cette observation est d'autant plus intéressante qu'elle ne se retrouve pas au niveau suisse.

Environ trois habitants du canton de Genève sur dix sont affectés par un problème de santé de longue durée. Ceux-ci occasionnent bien souvent des limitations dans les activités de la vie quotidienne: 23,0% des Genevois se disent limités et 4,3% le sont de façon importante. Des troubles physiques plus ponctuels peuvent également toucher la population: environ un cinquième des Genevois a déclaré avoir souffert de troubles physiques

importants dans les quatre semaines précédant l'enquête (p. ex. maux de dos et aux reins, douleurs aux épaules et à la nuque). Ces résultats traduisent une tendance à la hausse de la prévalence des maladies chroniques depuis 2007 (24,7% à 29,1%) mais une nette diminution des troubles physiques importants depuis 1992 (28,9% à 20,1%).

De plus, 15,1% des Genevoises et 23,1% des Genevois rapportent avoir eu un accident au cours des douze derniers mois. Pour les personnes âgées de 65 ans et plus, les chutes sont une forme fréquente d'accident: environ un quart des personnes âgées de 65 à 79 ans (22,9%) et un tiers de celles âgées de 80 ans et plus (35,4%) mentionnent un tel évènement.

Les maladies cardiovasculaires sont moins fréquentes dans le canton de Genève qu'en moyenne suisse mais les facteurs de risque sont à la hausse

En comparaison avec les autres cantons, Genève affiche des résultats relativement satisfaisants en ce qui concerne les diagnostics de certaines maladies cardiovasculaires (p. ex. infarctus aigu du myocarde). Il y a toutefois lieu de rester attentif à ces maladies dans la mesure où la population genevoise tend à présenter plus souvent et avec une tendance à la hausse des facteurs de risque tels que l'hypertension artérielle, un taux de cholestérol trop élevé ou du diabète.

Différents indicateurs permettent de rendre compte de la santé psychique de la population genevoise. Les résultats de l'ESS 2012 révèlent que 26,0% des habitants de ce canton présentent un niveau bas d'énergie et de vitalité, 23,0% ont des problèmes psychiques moyens à importants et 8,9% ont des symptômes dépressifs modérés à graves. On relève toutefois que 72,0% de la population affiche un sentiment de maîtrise de sa vie élevé et que 87,1% bénéficie d'un soutien social moyen à fort. Ces ressources personnelles et sociales constituent des facteurs de protection pour la santé des individus.

La surcharge pondérale et l'obésité en constante augmentation

Entre 1992 et 2012, la part de personnes en situation d'obésité est passée de 4,5% à 9,7% dans le canton de Genève et dans l'ensemble, le pourcentage de la population présentant une surcharge pondérale (obésité incluse) est passé de 26,1% à 40,9%. Les hommes (51,2%) et les étrangers (48,0%) sont particulièrement concernés. Si les habitudes alimentaires de la population genevoises tendent à être plus conformes aux recommandations en matière de nutrition qu'en moyenne suisse, on observe encore que la majorité de la population ne consomme par exemple pas suffisamment de fruits et de légumes (76,3%). Cette augmentation du nombre de personnes en surcharge pondérale s'est produite malgré l'accroissement du nombre d'individus physiquement actifs depuis 2002 (de 55,3% à 63,6% de la population genevoise).

Tabac et alcool: des tendances à la tempérance

Concernant la consommation de tabac et d'alcool, des tendances à la baisse peuvent être repérées. D'une part, le pourcentage de fumeurs a légèrement baissé depuis 1992 (36,0% à 30,3% de la population genevoise) et une diminution tangible du nombre de cigarettes fumées quotidiennement par les fumeurs est également observée (la part de fumeurs fumant au moins 20 cigarettes par jour est passée de 46,7% à 18,6%). De plus, le tabagisme passif a chuté sur une période de dix ans: alors qu'environ un tiers de la population genevoise était exposé à la fumée d'autrui au moins une heure par jour en 2002 (35,6%), ce n'est plus le cas que de moins de 10% de la population en 2012 (8,8%). D'autre part, le pourcentage de la population genevoise consommant quotidiennement de l'alcool a diminué de façon continue entre 1992 et 2012 (de 31,2% à 18,6%) alors que la fréquence de la consommation hebdomadaire augmentait durant le même laps de temps (26,9% à 36,9%).

Dans un autre registre, on relève une tendance à la hausse de la consommation de médicaments. En 2012, dans le canton de Genève, 53,9% de la population avait pris un médicament dans les sept jours précédant l'enquête contre 44,7% en 1992. La hausse de la consommation est particulièrement marquée pour les médicaments analgésiques: la part de la population genevoise ayant pris un tel médicament est passée de 17,5% à 29,4% entre 1992 et 2012.

Le jeu excessif concerne 1,4% de la population genevoise

Les pratiques de jeux de hasard et d'argent ont également été investiguées, le jeu excessif étant désormais considéré comme une forme de dépendance à part entière. En moyenne suisse, 13,6% de la population participe de façon au moins mensuelle à un jeu de hasard et d'argent. La loterie et les paris sportifs sont particulièrement populaires, surtout auprès des personnes âgées de 65 à 74 ans. Dans le canton de Genève, on estime que le jeu excessif concerne 1,4% de la population (1,1% en moyenne suisse).

Des actifs en bonne santé mais sensibles aux risques physiques et psychosociaux

A son domicile, plus de la moitié de la population genevoise (55,0%) mentionne au moins une forme de nuisance, le plus souvent de type sonore (bruit du trafic routier, de personnes ou d'enfants, etc.). Dans le cadre professionnel, bien que la très grande majorité des personnes actives occupées se sente en (très) bonne santé (86,1%) et soit satisfaite au travail (85,7%), cette population est néanmoins fréquemment exposée à un ou plusieurs risques physiques (80,5%) et psychosociaux (85,1%) dans le cadre de son travail. De longs horaires de travail (22,0% des actifs occupés) ou des horaires atypiques (14,7%) sont également fréquents. A la maison comme au travail, plus le nombre de nuisances ou de risques physiques ou psychosociaux est élevé, plus les indicateurs de santé physique et psychiques se détériorent.

Un recours accru aux médecins spécialistes dans le canton de Genève

Dans le canton de Genève comme en moyenne suisse, la tendance à la hausse du recours aux consultations médicales en cabinet décelée entre 2002 et 2007 ne se confirme pas entre 2007 et 2012. En comparaison avec les autres cantons (3,9 en moyenne suisse), les habitants du canton de Genève sont ceux affichant le nombre moyen de consultations le plus élevé (4,3). Cette différence tient au recours plus fréquent à un médecin spécialiste dans le canton de Genève (1,9 consultation par personne, CH: 1,3). Avec une moyenne de 1,6 consultation par habitant, le recours à la médecine complémentaire se situe dans la moyenne suisse. Dans le canton de Genève, c'est toutefois l'ostéopathie qui est la médecine

complémentaire à laquelle il est le plus souvent fait recours et non l'homéopathie comme en moyenne suisse.

La pratique de la mammographie est plus répandue dans le canton de Genève

Les fréquences des contrôles de la tension artérielle, du taux de cholestérol ainsi que la glycémie sont globalement proches dans le canton de Genève et en moyenne suisse. Le canton de Genève affiche également des résultats se situant dans la moyenne pour ce qui concerne les examens de dépistage du cancer du col de l'utérus ainsi que du cancer de la prostate. Par contre, il s'agit du canton où le pourcentage de femmes dépistées pour le cancer du sein est le plus élevé : 41,2% des femmes de 50 ans et plus (CH : 21,6%).

Un taux de résidence en EMS relativement bas mais un recours fréquent aux services d'aide et de soins à domicile

Dans le canton de Genève, 21,5% des répondants ont eu recours aux prestations ambulatoires des hôpitaux et 10,6% ont déclaré avoir séjourné à l'hôpital au cours des douze mois précédant l'enquête, sans évolution notable depuis 2007. On estime à 6,6% la part de la population genevoise ayant eu recours à des services d'aide et de soins à domicile au cours des douze derniers mois, un pourcentage plus de deux fois plus élevé qu'en moyenne suisse. Par contre, le canton de Genève présente la part de la population genevoise âgée de 65 ans et plus résidant en EMS parmi les plus basses de Suisse (GE: 4,8%, CH: 5,9%). Il est vraisemblable que les personnes ayant des besoins de soins légers restent plus souvent à leur domicile dans le canton de Genève.

Des coûts de l'AOS parmi les plus élevés de Suisse mais dont la croissance a été plus contenue

Concernant les coûts de l'AOS par assuré, les tendances observées pour la période 2003–2007 se poursuivent pour la période 2008–2012: les coûts ont moins augmenté dans le canton de Genève (2,7% d'évolution moyenne annuelle) qu'en moyenne suisse (3,4%) mais ils restent supérieurs à la moyenne nationale (GE: 4179 francs par personne assurée, CH: 3260 francs). Ces écarts se retrouvent dans le niveau moyen de prime annuelle AOS par assuré (GE: 4557 francs par assuré de 26 ans et plus, CH: 3648 francs). Plus d'un tiers des

coûts (36,3%) de l'AOS correspondent à des prestations des hôpitaux. Les frais de traitement des médecins, qui constituent un autre poste budgétaire important de l'AOS (26,6% dans le canton de Genève), ont connu une forte augmentation entre 2008 et 2012 (3,7% d'évolution moyenne annuelle).

Le modèle d'assurance standard LAMal a toujours la faveur des assurés genevois

Pour ce qui concerne les modèles d'assurance auxquels souscrivent les Genevoises et Genevois, bien que les modèles du médecin de famille avec facturation selon les prestations individuelles ont gagné du terrain en rassemblant 24,7% des assurés en 2012 contre 10,1% en 2008, c'est toujours le modèle d'assurance standard suivant la LAMal qui domine, puisque 58,9% des assurés genevois y avaient souscrit en 2012, contre 45,6% en moyenne suisse. De plus, la population genevoise tend à opter pour des niveaux de franchise plus bas avec 67,8% des assurés ayant une franchise de 500 francs ou moins, contre 61,5% de la population suisse.

La proportion de bénéficiaires d'une réduction de prime a baissé de 3,1 points dans le canton de Genève entre 2008 et 2012, mais la contribution moyenne par bénéficiaire a augmenté de 543 francs. En pourcentage des primes brutes de tous les assurés, la situation dans le canton de Genève (15,9%) correspond à la moyenne suisse (16,1%).

1 Introduction

La santé de la population est devenue une préoccupation de plus en plus centrale pour les pouvoirs publics qui ont dans le même temps passablement étendu leurs domaines d'intervention sur le sujet. En Suisse, au 20^e siècle, la politique de la santé portait presque exclusivement sur le développement et le financement des prestations médicales. Depuis la première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa en 1986, qui prônait la réalisation de l'objectif de la Santé pour tous d'ici à l'an 2000 (OMS, 1986), une attention croissante est portée à la prévention et à la promotion de la santé.

Il est désormais reconnu que le système de soins et les conditions d'hygiène ne peuvent à eux seuls expliquer l'état de santé de la population. En effet, outre les facteurs personnels tels que les prédispositions génétiques et la constitution de chaque individu, les conditions sociales, économiques et écologiques ont une influence importante sur la santé et sur les comportements favorables ou défavorables à celle-ci. L'environnement auquel sont exposés les individus est souvent influencé par des conditions-cadres provenant de politiques autres que la politique de santé. Sur la base de ce constat, une approche multisectorielle devrait être encouragée, et les aspects de santé systématiquement intégrés à l'ensemble des politiques sectorielles.

Au niveau fédéral, cette approche multisectorielle de la santé s'est notamment concrétisée par l'élaboration de Lignes directrices (OFSP, 2005), qui définissent sept grands champs d'action à travers lesquels une action peut être menée sur la santé de la population (emploi, formation, environnement, habitat, etc.). Plus récemment, le Conseil fédéral a approuvé en 2013 la stratégie globale «Santé2020» dont l'un des domaines d'action principaux traite de l'égalité des chances en matière de santé.

Connaître l'état de santé d'une population est nécessaire pour adapter le système de santé aux besoins de celle-ci. Cela permet aussi de définir des politiques de prévention des maladies et de promotion de la santé. Ce rapport contribue à la surveillance sanitaire du canton de

Genève, en collectant des informations en continu permettant ainsi de disposer d'indicateurs de santé. Il s'inscrit également dans les efforts de planification sanitaire du canton de Genève, comme le prévoit la Loi sur la Santé de 2006 (Art. 32).

Les résultats de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) conduite en 2012 constituent la principale source de données sur laquelle se base ce rapport. Afin de compléter les analyses, il a également été fait recours à des données médico-administratives (p. ex. le pool de données de SASIS SA, la filiale de santésuisse traitant des statistiques de la branche) ainsi qu'à d'autres recensements et statistiques (p. ex. statistique des causes de décès).

1.1 Rapports pour le canton de Genève

L'Observatoire suisse de la santé a été chargé par plusieurs cantons d'élaborer des rapports sur la santé, principalement basés sur les résultats de l'ESS 2012. Pour le canton de Genève, ce rapport s'inscrit dans la continuité des travaux réalisés précédemment sur la base des données collectées lors des Enquêtes suisses sur la santé de 1992/1993 (Rougemont et al., 1998; Weiss et al., 1996), 1997 (OCSTAT, 2001), 2002 (OCSTAT, 2006) et 2007 (Obsan, 2010). De plus, un rapport intercantonal pour la Suisse latine a été produit par l'Obsan en 2006 et en 2011 (Obsan, 2006, 2011).

Le présent rapport de santé pour le canton de Genève comprend également la réalisation préalable d'un rapport de base (Obsan, 2014). Parue le 27 juin 2014 (uniquement en format électronique), cette première publication, composée de tableaux et de figures standardisées des données de l'ESS 2012 ainsi que d'autres bases de données, fournit un premier aperçu général de la santé dans le canton de Genève. Les variables utilisées y sont brièvement présentées mais les résultats sont peu détaillés (les variables sont dichotomisées) et n'ont pas fait l'objet d'interprétations.

Dans le cadre de ce rapport, destiné à un large public de professionnels de la prévention et de la promotion de

la santé, l'ensemble des thèmes traités sont approfondis de façon à fournir un panorama complet de la santé dans le canton de Genève. Ce rapport est disponible en format électronique et en format papier.

1.2 Objectifs du rapport

Afin de pouvoir développer une politique de santé axée sur des mesures de prévention des maladies et de promotion de la santé, il est indispensable de disposer de données de base sur l'état de santé de la population et sur ses facteurs déterminants. Le présent rapport a pour but de fournir aux responsables politiques, aux professionnels de la santé et aux milieux intéressés une vue d'ensemble de la santé de la population genevoise, des comportements de cette dernière dans le domaine de la santé et des déterminants structurels qui l'influencent. L'analyse des comportements en matière de recours aux services de santé ainsi que des coûts et des primes de l'assurance obligatoire des soins (AOS) renseigne quant à elle sur la qualité et l'efficacité du système de santé. Par ailleurs, ce rapport s'appuie également sur les résultats de publications antérieures.

De manière générale, les principaux objectifs du rapport sont de:

- proposer une étude de référence sur différentes questions de santé publique;
- identifier des groupes à risque et des groupes-cibles en vue d'actions curatives, préventives et de promotion de la santé;
- augmenter les connaissances de la population pour favoriser un meilleur contrôle sur la santé;
- décrire les changements intervenus entre 1992 et 2012¹ (apparition de nouveaux problèmes de santé, aggravation ou diminution de problèmes de santé);
- mettre en évidence les spécificités du canton de Genève sur le plan sociodémographique et structurel ainsi que sur le plan des indicateurs de santé.

Dans le contexte genevois, le rapport sur la santé constitue, en outre, un support au développement de l'action publique en lien avec la santé.

- Le canton de Genève a défini un plan cantonal de promotion de la santé et de prévention pour la période 2011–2016. Ses principaux axes d'intervention (consommation d'alcool, prévention de la dépression, promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique ainsi que de la santé des personnes âgées) correspondent à des thèmes traités en profondeur dans le présent rapport, qui devrait donc documenter le bilan tiré de l'action publique. Ce rapport devrait également alimenter la réflexion dans le cadre du projet de révision de la politique cantonale de prévention des maladies et de promotion de la santé dont le concept devrait être défini en 2015 en vue d'être opérationnalisé sous forme de plan cantonal pour la période 2017–2020.
- Le canton de Genève a également développé une planification médico-sociale et sanitaire pour la période 2012–2015 (DARES, 2011). Celle-ci vise en particulier à promouvoir le maintien à domicile, à réduire les journées d'hospitalisation inappropriées et à réguler l'offre de soins. Ces objectifs pourraient être discutés à la lumière des résultats de l'ESS 2012 en lien avec le recours aux services de santé ainsi que des données de l'AOS pour ce qui concerne des coûts de la santé.
- Dans le cadre de la Loi relative à la politique de cohésion sociale en milieu urbain (LCSMU) du 19 avril 2012, le canton de Genève poursuit notamment l'objectif de réduire les inégalités de santé par des actions ciblées sur les territoires conjuguant des inégalités, en particulier sociales, économiques et urbaines. Le rapport sur la santé dans le canton de Genève s'inscrit dans la poursuite de ces efforts en vue d'une nouvelle stratégie de lutte contre les inégalités sociales en terme de santé affectant la population genevoise
- Depuis 1966, la ville de Genève est le siège de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). A ce titre, une certaine exemplarité peut être poursuivie en matière de politique de santé.

¹ Les indicateurs sont présentés pour les cinq années d'enquête dans les annexes (1992, 1997, 2002, 2007 et 2012). Cela n'a pas été possible pour un certain nombre d'indicateurs ou d'échelles qui ont subi des modifications ou qui ne figuraient pas dans les premières enquêtes.

1.3 Présentation des données

Les analyses et les résultats présentés dans ce rapport se basent principalement sur les données de l'ESS 2012, ainsi que sur celles des enquêtes précédentes (1992, 1997, 2002, 2007). C'est pourquoi seule la méthodologie employée pour cette enquête est présentée de manière approfondie. Les autres sources de données mobilisées pour ce rapport sont ensuite brièvement présentées.

1.3.1 Enquête suisse sur la santé (ESS)

L'ESS est effectuée tous les cinq ans par l'Office fédéral de la statistique (OFS) depuis 1992 (Tab 1.1). Elle fait partie du programme de relevés du recensement fédéral de la population. Cinq enquêtes ont été réalisées jusqu'à présent auprès d'un échantillon de 15'000 à 22'000 personnes (OFS 2013). L'ESS couvre une grande palette de thèmes liés à la santé, ce qui en fait une source de données essentielle pour les responsables politiques en Suisse.

Population résidante de base et échantillon

L'univers de référence de l'ESS est constitué de la population résidante permanente en Suisse (Suisse et étrangers établis), âgée de 15 ans et plus et vivant dans un ménage privé. Les personnes vivant dans des ménages collectifs² et les personnes dont la procédure d'asile est en cours ne sont pas incluses. Une enquête spécifique de l'OFS, l'Enquête sur la santé des personnes âgées en institution a été réalisée en 2008/09, de manière à décrire l'état de santé physique et mental des personnes âgées vivant en établissement médico-social (EMS) (Kaeser, 2012).

L'OFS a tiré l'échantillon à partir du cadre d'échantillonnage pour les enquêtes auprès des personnes et des ménages (SRPH). Le SRPH se base sur les données tirées des registres cantonaux et communaux des habitants, qui sont complétées chaque trimestre par les informations des fournisseurs de services téléphoniques (OFS 2014). Le plan d'échantillonnage est constitué d'un échantillon aléatoire simple, stratifié, de personnes et de ménages³. Les strates sont formées par

les cantons. L'échantillon est réparti entre les strates de sorte que les grandes régions⁴ représentent une portion minimale de l'échantillon (au minimum 900 interviews par grande région). L'échantillon national net comprend 10'000 interviews, réparties de manière correspondante entre les cantons.

La possibilité a été donnée aux cantons de densifier leur échantillon pour leur permettre d'effectuer des analyses plus représentatives à l'échelon cantonal. En 2012, 18 cantons⁵ ainsi que la ville de Zurich ont fait usage de cette possibilité. Le canton de Genève a saisi l'opportunité d'augmenter la taille de son échantillon en finançant des interviews supplémentaires (total de 1150 interviews). Si l'on tient compte des densifications, l'échantillon net de 2012 au niveau suisse se compose de 21'597 personnes interviewées. De plus, l'OFS a réalisé l'enquête pour la Principauté du Liechtenstein pour la première fois lors de l'édition 2012 (1023 interviews).

Type d'enquête

L'ESS est une enquête téléphonique assistée par ordinateur réalisée auprès d'un échantillon de personnes en ménages privés. En 2012, l'interview téléphonique a duré en moyenne 35 minutes. A l'issue de cet entretien, les répondants ont été invités à participer à une enquête écrite complémentaire, avec le choix entre un questionnaire en ligne et un questionnaire papier.

Récolte des données

L'enquête s'est déroulée tout au long de l'année 2012 de manière à tenir compte de l'influence des saisons sur l'état de santé et sur les comportements dans ce domaine. Elle a été réalisée par l'Institut LINK de recherche marketing et sociale (Lucerne).

Les personnes ayant un numéro de téléphone connu (taux d'appariement de 75%) ont reçu un courrier postal les informant qu'elles avaient été sélectionnées à la suite du tirage au sort aléatoire de l'échantillon et qu'elles allaient être contactées quelques jours plus tard pour une interview téléphonique. Les autres personnes ont reçu une carte-réponse sur laquelle elles pouvaient indiquer leurs coordonnées et proposer une date à laquelle elles

² Personnes ou groupes de personnes vivant ensemble, mais ne tenant pas un ménage de manière autonome. Entrent dans cette catégorie les établissements pénitentiaires, les internats, les hôpitaux, les établissements médico-sociaux, les couvents, les hôtels et autres institutions.

³ La méthode d'échantillonnage utilisée en 2012 est différente de celle utilisée lors des précédentes enquêtes où dans chaque ménage sélectionné, une personne cible était tirée au sort de manière aléatoire. Dans l'enquête 2012, la personne cible est directement sélectionnée sur la base des informations du cadre d'échantillonnage de l'OFS (SRPH).

⁴ Les 7 grandes régions de Suisse sont : la Région lémanique (GE, VD, VS), l'Espace Mittelland (NE, FR, BE, JU, SO), la Suisse du Nord-Ouest (AG, BL, BS), Zurich (ZH), la Suisse orientale (AI, AR, GL, SG, SH, TG, GR), la Suisse centrale (LU, NW, OW, SZ, UR, ZG) et le Tessin (TI).

⁵ Appenzell-Rhodes extérieures, Argovie, Bâle-Campagne, Bâle-Ville, Berne, Fribourg, Genève, Grisons, Jura, Lucerne, Neuchâtel, Schwyz, Tessin, Thurgovie, Uri, Valais, Vaud, Zoug.

Tab. 1.1 Fiche signalétique de l'Enquête suisse sur la santé (ESS)

Producteur de données	Office fédéral de la statistique OFS, section santé, Neuchâtel
Bases légales	Ordonnance concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux du 30 juin 1993 (RS 431.012.1) Ordonnance du 19 décembre 2008 sur le recensement fédéral de la population (RS 431.112.1)
Objet de l'enquête	L'Enquête suisse sur la santé livre des informations sur l'état de santé de la population et ses facteurs déterminants, sur les conséquences de maladies, sur l'utilisation des services de santé et sur les conditions d'assurance. Sa périodicité permet d'observer les évolutions dans ce domaine et d'étudier les effets des mesures de politique sanitaire.
Milieux interrogés	L'échantillon aléatoire représentatif est formé de personnes d'au moins 15 ans vivant dans des ménages privés disposant d'un raccordement téléphonique.
Echantillonnage	Enquête par échantillonnage, les personnes sont sélectionnées aléatoirement dans le registre téléphonique de l'OFS. Dans le cadre de l'ESS 2012, 21'597 personnes ont pris part à l'interview. Parmi ces personnes, 18'357 ont rempli le questionnaire écrit complémentaire. Dans le canton de Genève, 1150 personnes ont été interviewées par téléphone et 938 ont aussi donné des renseignements par écrit. 18 cantons et la ville de Zurich ont financé l'élargissement de leur échantillon en vue de réaliser des analyses à l'échelle du canton: AG, AR, BE, BL, BS, FR, GE, GR, JU, LU, NE, SZ, TG, TI, UR, VD, VS, ZG.
Périodicité	Tous les cinq ans. Enquêtes réalisées jusqu'ici: 1992/1993, 1997, 2002, 2007, 2012. Prochaine enquête: 2017.
Pertinence	Les données de l'échantillon sont pondérées. Cela permet d'améliorer la fiabilité des extrapolations à la population de la Suisse ou des cantons participants.

Source: OFS – section santé

pouvaient être appelées. Dans 57% des cas, ces envois sont restés sans réponse.

Participation à l'enquête

Au total, 21'597 personnes ont participé à l'enquête 2012, ce qui correspond à un taux de participation de 53,1% (49,8% dans le canton de Genève) (OFS 2013). Environ un tiers des personnes contactées (32,2%) n'ont pas pu être jointes et 12,7% ont refusé de participer à l'enquête. Le taux de participation s'élevait à 61,2% parmi les personnes dont le numéro de téléphone était connu et à 29,1% parmi celles pour lesquelles aucun numéro de téléphone connu n'avait pu être attribué en début d'enquête. Des efforts conséquents ont été réalisés pour atteindre les personnes et favoriser une plus grande participation.

Parmi les personnes ayant participé à l'interview téléphonique, on compte 11'314 femmes et 10'283 hommes, 17'936 étaient de nationalité suisse et 3661 étaient de nationalité étrangère domiciliées en Suisse. Les interviews ont été réalisées exclusivement dans les trois langues officielles: 13'998 en allemand, 5727 en français et 1872 en italien⁶.

⁶ La «région linguistique» est par contre une définition politique. Les habitants du canton du Tessin forment la Suisse italienne. Les cantons du Valais et de Fribourg, p. ex. appartiennent dans leur totalité à la Suisse romande.

Le questionnaire écrit a été envoyé à toutes les personnes ayant participé à l'interview téléphonique. 18'357 personnes ont rempli le questionnaire, ce qui correspond à un taux de réponse de 88%. Parmi elles, 61% ont opté pour le questionnaire papier et 39% pour le questionnaire via Internet.

Avantages et limites de l'ESS

Par rapport aux registres de maladies ou aux données médico-administrative, l'ESS présente l'avantage d'élargir les connaissances de l'état de santé de la population d'au moins trois manières (Obsan, 2011). Premièrement, l'ESS s'intéresse à la santé de la population dans son ensemble, et non seulement aux personnes malades ou à celles ayant fait appel au système de santé dont rendent compte les statistiques médicales. La santé et la maladie sont ainsi appréhendées comme des concepts indissociables (Canguilhem, 2009). Les résultats de l'ESS permettent alors de dresser un tableau général de l'état de santé de la population incluant à la fois des personnes en plus ou moins bonne santé et passant en revue leurs troubles, douleurs et handicaps passagers ou chroniques (Weiss, 2000).

Deuxièmement, l'ESS repose sur les déclarations faites par les personnes interrogées. En cela, elle envisage la santé également dans sa dimension subjective, et non

uniquement telle que définie par le corps médical. La prise en compte du point de vue de l'individu permet notamment de rendre compte de la santé telle qu'elle est vécue et d'éclairer les pratiques et usages en matière de santé, que ce soit en termes de modes de vie ou de recours à des services de santé.

Une telle approche comporte toutefois également des défis méthodologiques dont il s'agit de tenir compte dans l'analyse. De manière générale, on observe que les modalités de réponses à la question de l'auto-évaluation peuvent être utilisées différemment par chacun, si les répondants ne partagent pas les mêmes attentes ou normes de santé (Dourgnon & Lardjane, 2007). Plus précisément, des biais liés à l'hétérogénéité des déclarations ont été constatés, notamment en fonction du sexe, de l'âge, du niveau socio-économique et des caractéristiques culturelles. Par exemple, il a été observé que pour un même état de santé latent, les femmes déclarent davantage de maladies chroniques et de problèmes de santé psychique que les hommes et que les personnes ayant un niveau de formation ou de revenu plus élevés déclarent plus souvent des maladies chroniques (Sermet et al., 2008). De plus, des biais de mémoire ou de désirabilité sociale⁷ peuvent également intervenir. Il a également été observé que les répondants tendent à présenter une image valorisante d'eux-mêmes en surestimant certaines mesures (p. ex. la taille) et en sous-estimant d'autres paramètres (p. ex. leur poids) (Faeh et al., 2009).

Finalement, l'ESS comprend de nombreuses données sociodémographiques permettant de mettre en relation les indicateurs de santé avec les variables caractérisant les individus et leurs conditions de vie. De ce fait, elle

constitue un instrument particulièrement adéquat pour mettre en évidence des facteurs associés à la santé et pour définir des groupes à risque. Il faut toutefois rappeler que les enfants de moins de 15 ans sont pour leur part exclus de l'enquête dont les résultats ne permettent donc pas de discuter des effets des mesures développées à l'attention des enfants et des jeunes dans le cadre de politiques de promotion de la santé et de prévention.

De plus, du fait que seules les personnes vivant dans un ménage privé sont interrogées, les personnes âgées dont une partie vit dans des établissements médico-sociaux ainsi que les personnes hospitalisées peuvent se trouver sous-représentées. Les personnes ne maîtrisant pas l'une des langues officielles peuvent également se retrouver écartées de l'enquête si une personne de substitution n'est pas en mesure de remplacer le répondant. On peut aussi soupçonner que les personnes en situation précaire (personnes sans domicile fixe, immigrés en situation irrégulière, etc.) sont sous-représentées dans l'enquête.

Les problèmes de sous-représentation se présentent dans toutes les enquêtes de population. Dans l'ESS, des pondérations ont été calculées séparément pour l'enquête téléphonique et l'enquête écrite afin d'extrapoler les données à l'ensemble de la population vivant dans un ménage privé. Ces pondérations peuvent partiellement corriger les biais mentionnés. Sur la base d'informations sur les répondants et sur les non répondants à l'enquête téléphonique, la non réponse a été corrigée en fonction de l'âge, du sexe et de l'appartenance à un certain nombre de cantons (ou strates). La même opération a été réalisée pour la non réponse au questionnaire écrit⁸ (Nicoletti, 2013).

Tab. 1.2 Echantillon et population résidente du canton de Genève selon le sexe et la classe d'âge, 2012, (personnes âgées de 15 ans et plus)

Classe d'âge	Femmes				Hommes				Total			
	Echantillon		Population		Echantillon		Population		Echantillon		Population	
	n	%	N	%	n	%	N	%	n	%	N	%
15–34	162	24,8	51 751	24,3	150	30,2	51 001	28,5	312	27,1	102 752	26,3
35–49	179	27,4	57 085	26,8	130	26,2	52 353	29,3	309	26,9	109 438	28,0
50–64	154	23,6	44 845	21,1	108	21,7	40 763	22,8	262	22,8	85 608	21,9
65+	158	24,2	59 035	27,8	109	21,9	34 560	19,3	267	23,2	93 594	23,9
Total	653	100,0	212 716	100,0	497	100,0	178 676	100,0	1150	100,0	391 392	100,0

Sources: OFS – STATPOP 2011 (données provisoires, les données à disposition avant la réalisation de l'enquête en 2012 sont celles de 2011); ESS

© Obsan 2015

⁷ Quand la personne interrogée choisit une réponse qui correspond non pas à ce qui est valable pour elle, mais à ce qui est socialement attendu.

⁸ Les variables ayant servi à modéliser la non-réponse dans le questionnaire écrit sont: l'âge, le sexe, certains cantons, le type de ménage, le niveau de formation, l'état de santé auto-évalué, l'existence d'un problème chronique de longue durée, la consommation d'alcool et de tabac.

Le tableau 1.2 présente le nombre de personnes interrogées et de personnes résidant dans le canton de Genève (âgées de 15 ans et plus, en 2012), selon le sexe et la classe d'âge. Parmi les 391'392 habitantes et habitants du canton de Genève âgés de 15 ans et plus, 1150 ont été interrogés dans le cadre de l'ESS, dont 653 femmes et 497 hommes.

1.3.2 Autres sources de données

Des données autres que celles de l'ESS sont utilisées dans certains chapitres de ce rapport (notamment les chapitres 2, 5 et 6); elles sont tirées des sources statistiques suivantes:

Statistique annuelle des naissances, des mariages, des divorces, des décès, des reconnaissances de paternité, des adoptions et des partenariats enregistrés	BEVNAT est l'une des principales statistiques permettant de suivre l'évolution du mariage et de la famille en Suisse. Elle fournit en outre des données de référence utiles à la statistique de la population et des ménages (STATPOP), aux scénarios démographiques et au calcul d'indicateurs démographiques.
Statistique de la population et des ménages	STATPOP est une statistique établie par l'Office fédéral de la statistique qui livre des informations et des chiffres clés sur l'effectif, la structure et l'évolution de la population et des ménages. A partir de 2011, STATPOP a remplacé complètement la Statistique de l'état annuel de la population (ESPOP).
Statistique des causes de décès	La statistique des causes de décès, établie par l'Office fédéral de la statistique, fournit une vue d'ensemble de la mortalité ainsi que des informations sur les causes de décès en Suisse.
Statistique médicale des hôpitaux	La Statistique médicale des hôpitaux, établie par l'Office fédéral de la statistique, recense chaque année les données des hospitalisations effectuées en Suisse. Le relevé est effectué par chaque clinique et hôpital. Des informations sociodémographiques des patients ainsi que des données administratives et médicales sont recueillies.
Statistique des institutions médico-sociales	La SOMED est une statistique administrative, cherchant à décrire avant tout l'infrastructure et les activités des institutions accueillant des personnes âgées et handicapées.
Pool des données SASIS SA	Le pool de données comprend les données des assurances-maladie qui sont récoltées par SASIS SA, filiale de santésuisse (l'association faîtière des assureurs-maladie) (voir chapitre 6). Cette société recense les données agrégées de 99,7% des assurés en 2012 et fournit des renseignements sur le comportement des prestataires (notamment contrôles de l'économicité des prestations) ainsi que sur l'évolution des coûts et des primes dans le domaine de l'AOS.
Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX)	L'Office fédéral de la statistique établit la statistique de l'aide et des soins à domicile depuis 2007. Cette enquête annuelle relève des informations sur les services, l'offre de prestation, le personnel, les clients, les prestations fournies, les recettes et les dépenses. A partir des données 2010, la statistique porte non seulement sur les organisations à but non lucratif, mais aussi sur les entités à but lucratif telles qu'entreprises privées et infirmières et infirmiers indépendants.
Institut National pour l'Epidémiologie et l'Enregistrement du Cancer (NICER)	Il collecte et agrège les données relevées par les différents registres suisses cantonaux et régionaux des tumeurs. Il s'agit actuellement des cantons suivants: Bâle-Ville et Bâle-Campagne, Fribourg, Genève, Grisons et Glarus, Jura, Lucerne, Neuchâtel, Nidwald, Obwald, St. Gall et Appenzell Rhodes extérieures et Rhodes intérieures, Tessin, Uri, Valais, Vaud, Zoug et Zurich.

1.4 Présentation de l'approche par les déterminants de la santé

1.4.1 Introduction

Alors que l'amélioration des conditions de vie et les progrès médicaux ont eu pour conséquence une augmentation de l'espérance de vie en Suisse, les maladies dont souffre la population suisse ne sont plus que rarement des affections aiguës avec issue mortelle rapide mais bien plus souvent des maladies chroniques. A partir du milieu des années 1970, une pensée critique a émergé mettant en cause la capacité des seuls système de soins et progrès de la médecine à expliquer l'état de santé de la population (Cantoreggi, 2010). Depuis lors, différents modèles explicatifs visant à présenter les déterminants de la santé ont été développés, chacun étant porteur d'implications spécifiques en termes de politique de santé.

Dans un premier temps, l'accent a été principalement mis sur le rôle des habitudes de vie et des comportements, tels que la consommation de tabac, le manque d'exercice physique ou le surpoids dans l'état de santé individuel. Une telle perspective est plutôt de nature à renforcer l'idée de responsabilité individuelle.

Par la suite, ce sont les déterminants structurels qui ont plutôt été mis en évidence, soit les facteurs liés aux conditions de vie et de travail, socio-économiques, culturelles et environnementales, compris ensemble comme les déterminants sociaux de la santé. Le développement de cette approche, qualifiée de structuraliste ou de matérialiste, s'est accompagné de l'apparition du thème des inégalités de santé. Celles-ci découleraient notamment des différences en matière d'exposition à des conditions de vie et de travail malsaines et stressantes, d'un accès inadéquat aux services sanitaires et de comportements dommageables pour la santé (en lien avec des choix restreints concernant le mode de vie).

Le poids attribué aux différents types de déterminants de la santé, en particuliers structurels et comportementaux, a donc évolué au fil du temps. Mais surtout, les modèles mis au point s'avèrent de plus en plus complexes et hiérarchisés, discutant les liens de causalité entre les différentes catégories de déterminants.

1.4.2 Concept de déterminants sociaux de la santé

Les inégalités sociales de santé font référence à la relation existant entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale. Selon l'OMS, la majeure partie du «fardeau» de la maladie et les causes principales des

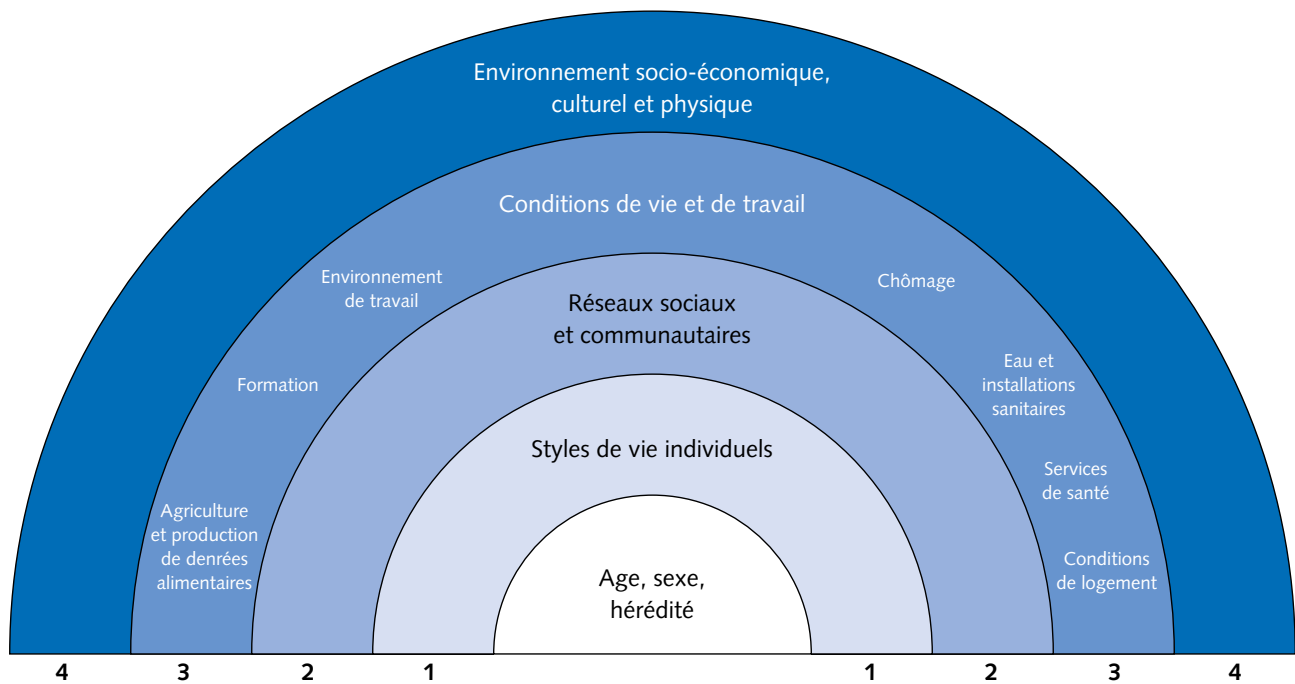
inégalités de santé proviennent en effet des conditions d'existence, conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent (OMS 2008).

Les inégalités sociales seraient le résultat d'un double fardeau pour les personnes de faible niveau socioéconomique: ces dernières seraient, d'une part, plus exposées à des conditions de vie stressantes susceptibles d'affecter leur état de santé et auraient, d'autre part, moins de ressources protectrices leur permettant de préserver ou d'améliorer leur état de santé (Roy 2004).

Le concept de déterminants sociaux de la santé a pour but d'expliquer comment des inégalités sociales deviennent des inégalités de santé. En effet, quel que soit le type d'indicateur socioéconomique retenu (p. ex. catégorie socio-professionnelle, niveau de revenu, niveau de formation), les catégories sociales les plus favorisées sont en meilleure santé que les catégories les moins avantagées. Le terme de «gradient social» décrit le phénomène par lequel les personnes au sommet de la pyramide sociale ont une meilleure santé que celles situées juste en dessous d'elles, celles-ci étant elles-mêmes en meilleure santé que celles qui sont encore plus bas dans la hiérarchie sociale et ainsi de suite.

Plusieurs modèles ont été successivement élaborés afin de représenter le poids des déterminants socioéconomiques sur la santé. Le modèle le plus récent a été conçu par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (Solar & Irwin, 2010). Celui-ci met plutôt l'accent sur la manière dont des déterminants structurels sont à l'origine de la stratification sociale et de façon subséquente, des inégalités de santé. En mettant en évidence les multiples chemins de causalité existant entre les différents déterminants de la santé, ce modèle s'avère toutefois relativement complexe. C'est pourquoi le modèle de Dahlgren et Whitehead (1991) est présenté ci-après (Fig. 1.1). A ce jour, celui-ci demeure un cadre de référence essentiel dans le domaine de la santé publique.

Le modèle de Dahlgren et Whitehead retient cinq catégories de déterminants, articulés selon une logique d'emboîtement. Les conditions générales socio-économiques, culturelles et environnementales comprennent les politiques structurelles ayant un impact sur l'équité en matière de santé. Les conditions de vie et de travail sont considérées comme la principale source d'inégalité. Cette catégorie comprend notamment les services de santé à travers les aspects économiques, géographiques et culturels de l'équité d'accès au système de soins. Le niveau suivant souligne l'importance des réseaux sociaux et communautaires comme ressources de santé. Le style

Fig. 1.1 Principaux déterminants de la santé

Source: Dahlgren & Whitehead, 1991

© Obsan 2015

de vie individuel comprend les facteurs comportementaux, par exemple liés à l'alimentation ou à l'activité physique. Finalement, des facteurs tels que l'âge, le sexe ou d'autres éléments héréditaires ne sont pas considérés par les auteurs comme des sources d'iniquités de santé puisqu'il s'agit de variations naturelles et biologiques. Il est à noter que dans le modèle de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, le genre, tout comme l'ethnie ou la race, est considéré, en tant que caractéristique socialement construite, comme un déterminant structurel de la santé.

1.4.3 Déterminants de santé présentés dans le rapport sur la santé dans le canton de Genève

Déterminants faisant l'objet de chapitres

Les déterminants de santé présentés dans le rapport sur la santé dans le canton de Genève sous forme de chapitres ou de points dans les chapitres sont les suivants:

Le point 1.6 du premier chapitre présente une sélection de données cantonales sur la population et la structure de l'emploi dans le canton de Genève. Ce point fournit aussi des chiffres clés sur le système de soins dans le canton de Genève tels que la densité de médecins, la densité de lits ou le taux d'hospitalisation.

Le point 2.6 aborde notamment le thème des réseaux sociaux et communautaires à travers les questions liées aux ressources personnelles et sociales en santé (p. ex. sentiment de maîtrise de son existence, soutien social, sentiments de solitude).

Le chapitre 3 expose, de manière approfondie, une sélection de comportements et attitudes influençant la santé des individus (activité physique, alimentation, consommation de substances psychoactives).

Le chapitre 4 traite des aspects des conditions matérielles de vie, de logement et de travail des Genevoises et Genevois (nuisances à la maison et au travail, tensions psychiques au travail, satisfaction au travail et peur de perdre son emploi).

Le chapitre 5 se concentre sur l'utilisation du système de santé. Dans le cadre de l'ESS, les personnes sont interrogées sur le recours à des prestations médicales dans le canton de Genève, et notamment sur le recours à des prestations hospitalières ou à des examens préventifs.

Pour les personnes interrogées, le recours aux soins représente une charge financière qui se reflète notamment dans l'évolution des coûts et des primes de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Le chapitre 6 en donne un aperçu.

Variables explicatives retenues comme déterminants sociaux de la santé

Les variables retenues comme déterminants sociaux de la santé sont le sexe, l'âge, le niveau de formation, le revenu d'équivalence du ménage, la nationalité, la région linguistique et le degré d'urbanisation. Les indicateurs les plus importants sont présentés dans l'annexe A-2.1 à A-5.7 selon cet ensemble de variables. Les fréquences de ces indicateurs sont aussi présentées pour les cantons ayant procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS.

Sexe

La variable sexe n'est pas considérée comme un simple facteur biologique, mais renvoie également à la question du genre, comprenant un grand nombre de processus individuels et structurels. Les femmes et les hommes doivent être vus comme deux groupes sociaux présentant chacun des expériences, des ressources et des facteurs de risque différents. Sur le plan de la santé, certains facteurs sont plus fréquents et/ou plus importants chez les femmes que chez les hommes: par exemple dans la vie professionnelle (travail à temps partiel, conditions de travail précaires, bas revenus), dans la vie privée (parent élevant seul des enfants, compatibilité entre vie active et vie familiale) ou au niveau de l'état de santé (espérance de vie plus longue, plus grande fréquence de maladies chroniques et de troubles psychiques) (OFSP 2008). Les différences entre les sexes susceptibles d'influencer la santé peuvent subsister même à un âge avancé, par exemple par rapport à l'importance du soutien social ou à la fréquence de vie en institution.

Age

Les résultats de ce rapport se réfèrent principalement aux données de l'ESS 2012, dans le cadre de laquelle seules des personnes de 15 ans et plus ont été interrogées. Ce rapport ne traite donc pas des déterminants de la santé des enfants et des jeunes.

Au-delà des changements physiologiques et des problèmes de santé qui y sont associés, l'âge recouvre une forte signification sociale en termes de cycle et de parcours de vie, notamment en lien avec la trajectoire familiale et professionnelle (Burton-Jeangros, 2009). Avec l'âge, les problèmes de santé et les infirmités deviennent plus fréquents et conduisent assez souvent à une morbidité multiple. On observe cependant de grandes différences entre les individus âgés quant à la santé physique

et psychique, à l'autonomie et au bien-être. Des relations sociales intactes, l'indépendance, des ressources financières suffisantes ainsi que le respect et la reconnaissance représentent des éléments particulièrement importants pour le maintien de la qualité de vie à un âge avancé (Perrig-Chiello, 2011; Zimmermann et al., 2012).

Les personnes très âgées sont plus souvent affectées par des troubles cognitifs et psychiques. En Europe, 1% à 2% des personnes de 65 à 69 ans souffrent de troubles démentiels, une proportion qui passe à plus de 40% chez les plus de 90 ans (Alzheimer Europe, 2009). Les analyses sont le plus souvent présentées pour des catégories d'âge très larges, mais correspondant aux grandes étapes du cycle de vie des hommes et des femmes: 15–34 ans, 35–49 ans, 50–64 ans et 65 ans et plus.

Niveau de formation et revenu du ménage

Le niveau de formation et le revenu du ménage sont traités ensemble car le premier a une forte influence sur le second qui définit la «position sociale». En Suisse, selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires, le salaire mensuel moyen en 2012 d'un homme sans formation professionnelle complète s'élève à 5000 francs et celui d'un homme ayant suivi une formation universitaire à 11'000 francs. (OFS, 2014h). Comme dans tous les pays de l'OCDE, le niveau de formation augmente aussi la probabilité d'avoir un emploi: le pourcentage des actifs occupés varie de 70% pour les titulaires d'un diplôme inférieur au 2^e cycle à 90% pour ceux qui ont obtenu un titre de formation de niveau tertiaire.

La «position sociale» explique dans une large mesure les inégalités sociales face à la santé. Les personnes ayant achevé une formation supérieure ont généralement un comportement plus favorable à la santé et une espérance de vie plus longue que les personnes dont le niveau de formation est bas (Mielck, 2005). Une étude a confirmé qu'en 2000, même à la retraite, le niveau de formation continue à avoir une importance sur l'espérance de vie: à 65 ans les personnes ayant une formation tertiaire ont environ trois ans d'espérance de vie de plus que celles qui n'ont pas achevé de formation primaire (Wanner et al., 2012). Des études menées en Suisse montrent aussi qu'un travailleur non qualifié vit en moyenne quatre à cinq années de moins qu'un universitaire (Kickbusch & Engelhardt, 2009). On relève des différences considérables de mortalité et de morbidité entre les personnes n'ayant suivi que l'école obligatoire et celles qui ont achevé un apprentissage professionnel. Les différences sont par contre bien plus faibles entre

ce dernier groupe de population et celui des personnes ayant un diplôme du degré tertiaire. La part de la population suisse de 25 à 64 ans sans formation post-obligatoire atteignait 17% en 1996 et a baissé à 12,8% en 2013 (OFS, 2013b). Les personnes plus âgées sont nettement plus nombreuses à ne pas avoir suivi de formation post-obligatoire (66–74 ans: 24,2%; 75 ans et plus: 36,5%) (OFS, 2014a). La proportion de personnes de 25 à 64 ans au bénéfice d'une formation universitaire a par contre beaucoup augmenté entre 1996 et 2013, passant de 21,9% à 38,9% (OFS, 2013b).

Le *niveau de formation* est défini sur la base de la plus haute formation achevée au cours de l'existence avec certificat ou diplôme⁹:

- *Ecole obligatoire*: Les personnes qui sont encore à l'école obligatoire ou qui n'ont pas terminé leur scolarité obligatoire et celles qui n'ont pas (encore) achevé de formation post-obligatoire.¹⁰
- *Degré secondaire II*: Les personnes qui ont achevé une formation élémentaire, une formation professionnelle, le cursus d'une école professionnelle à plein temps, qui ont obtenu une maturité professionnelle, et celles qui ont un diplôme d'une école de commerce d'un à deux ans, d'une école de degré diplôme, d'une école de culture générale, d'une école préparant à la maturité ou d'une école d'économie domestique.
- *Niveau tertiaire*: Les personnes qui ont achevé une formation à l'école normale (HEP), obtenu une maîtrise, un brevet fédéral, un diplôme d'une école technique ou professionnelle, d'une école supérieure, haute école spécialisée, universitaire ou autre.

Le *revenu d'un ménage* est la somme des revenus (nets) perçus par les différents membres qui composent le ménage. Pour pouvoir comparer les revenus de ménages de taille et de composition différentes, on se base sur le revenu pondéré, dit «d'équivalence». Le *revenu d'équivalence* du ménage est le revenu calculé d'après le nombre et l'âge des membres du ménage en utilisant les poids associés aux membres, définis par l'Organisation de coopération et de développement économiques

(OCDE)¹¹. Le *revenu d'équivalence du ménage* est classé en quatre catégories: moins de 3000 francs par mois; de 3000 à 4499 francs par mois; de 4500 à 5999 francs par mois; 6000 et plus francs par mois¹².

La *formation* et le *revenu* reflètent des aspects à la fois cumulatifs et complémentaires de la position sociale. La formation étant un atout très précieux sur le marché du travail, les personnes les mieux formées tendent également à disposer de revenus plus élevés. Toutefois, quoique bien formées, de nombreuses personnes en début de carrière ne disposent que d'un revenu modeste. De la même manière, des personnes peu formées, mais exerçant une activité indépendante de commerçant, peuvent jouir d'un revenu confortable.

En Suisse, selon l'OFS, la pauvreté monétaire¹³ touchait en 2012 7,7% de la population (590'000 personnes) (OFS 2014). Depuis le premier relevé des données réalisé en 2007, la pauvreté a diminué de 1,6 point en Suisse. Les personnes sans formation post-obligatoire sont presque deux fois plus souvent pauvres que les personnes ayant achevé une formation de degré secondaire II (13,9% contre 7,3%). Le taux de pauvreté est aussi plus élevé chez les femmes que chez les hommes et chez les personnes de plus de 65 ans. Selon la même étude, le risque de pauvreté, qui considère les personnes dont le revenu disponible équivalent est sensiblement inférieur au niveau habituel des revenus dans le pays (60% de la médiane du revenu disponible équivalent), touche 15,5% de la population suisse en 2012 (14,2% en 2007). En Suisse, la grande majorité de la population

¹¹ Les poids définis par l'OCDE sont les suivants: a) première personne de 14 ans ou plus (poids=1,0); b) autre personne de 14 ans ou plus (poids=0,5); et c) enfant de moins de 14 ans (poids=0,3). Ainsi, le revenu d'équivalence s'obtient en utilisant la formule suivante:

$$\text{Revenu d'équivalence du ménage} = \frac{\text{Revenu total du ménage}}{1 + (0,5 \times \text{nombre de personnes de 14 ans ou plus}) + (0,3 \times \text{nombre d'enfants})}$$

À titre d'exemple, comparons trois ménages qui disposent chacun de 7000 francs mensuels: a) un ménage d'un couple sans enfants; b) un ménage d'un couple avec un seul enfant, et c) un ménage composé d'une femme avec trois enfants de moins de 14 ans. Le revenu d'équivalence du premier ménage est de 4667 francs (pondération = 1,0 + 0,5 = 1,5), du deuxième de 3889 francs (pondération = 1,0 + 0,5 + 0,3 = 1,8), et du troisième est de 3684 francs (pondération = 1,0 + 0,3 + 0,3 + 0,3 = 1,9). C'est donc le ménage monoparental qui est le moins bien loti.

¹² La variable du revenu d'équivalence du ménage a été améliorée (récupération des valeurs manquantes) et modifiée en octobre 2014. De ce fait, les résultats prenant en compte cette variable du Rapport de base sur la santé pour le canton de Genève sont différents. Les résultats du présent rapport prennent en compte cette modification.

¹³ Le taux de pauvreté se réfère à un seuil «absolu»: sont considérées comme pauvres, les personnes qui n'ont pas les moyens financiers d'acquiescer les biens et services nécessaires à une vie sociale intégrée. Ce seuil de pauvreté est calculé d'après les normes de la Conférence suisse des institutions d'action sociale (CSIAS), couramment utilisées pour mesurer le droit à l'aide sociale en Suisse.

⁹ Cette information est obtenue par le questionnaire sur les formations successives achevées après la scolarité obligatoire: «Quelle est l'école ou la formation que vous avez achevée en tout premier lieu, après votre scolarité obligatoire? («achevée» = avec obtention d'un certificat ou d'un diplôme); et puis «Après cette première formation achevée, avez-vous achevé une autre formation?», et ainsi de suite jusqu'à ce que la personne ne mentionne plus aucune autre formation certifiée.

¹⁰ En tout, 84% environ des personnes dans cette catégorie ont achevé l'école obligatoire et 16% environ n'ont pas suivi ou achevé l'école obligatoire.

dispose d'un revenu suffisant pour mener une vie décente au niveau du logement et de l'alimentation. Toutefois, des études ont montré que les personnes en situation de risque de pauvreté ou de privation matérielle sont plus nombreuses à renoncer à des soins pour des raisons financières (OFS, 2013a; Petrini & Sturny, 2013).

Nationalité

De nombreuses études tendent à montrer qu'actuellement, l'état de santé des migrants est moins bon que celui des indigènes (Attias-Donfut & Tessier, 2005) et qu'il a tendance à se détériorer à mesure que la durée de résidence dans le pays d'accueil s'accroît (Lert et al., 2007). L'étude SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), qui porte sur des personnes de 50 ans et plus en Suisse, en France, en Allemagne aux Pays-Bas et en Suède, confirme aussi que l'état de santé des populations migrantes est moins bon que celui des populations indigènes en termes de santé auto-reportée et de limitation d'activités (Solé-Auró & Crimmins, 2008).

Dans l'ESS, les personnes sont interrogées dans les trois langues nationales, (allemand, français, italien). Les personnes ne maîtrisant pas l'une de ces langues n'ont donc pas la possibilité d'y participer. Le nombre de cas par pays d'origine est insuffisant pour pouvoir faire l'objet d'une analyse approfondie, surtout au niveau cantonal.

De manière à mieux connaître l'état de santé de certains groupes de populations migrantes, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et l'Office fédéral des migrations (ODM) ont fait réaliser deux Monitorages de la santé des migrants (GMM I et GMM II)¹⁴ (Guggisberg et al., 2011). Les analyses ont montré que les personnes ayant récemment migré ont une meilleure santé physique et psychique que la population suisse. Cela s'explique par le fait que ce sont généralement les personnes en bonne santé qui font le pas de la migration. Il s'agit également de la raison pour laquelle les migrants présentaient un meilleur état de santé en Europe dans les années 1980 (Berchet & Jusot, 2012; Efonyai et al., 2011).

Par contre, les personnes issues de la migration et qui sont domiciliées en Suisse depuis une longue durée ont une moins bonne santé que les Suisses. Si les migrants

consomment nettement moins d'alcool, ils mangent également moins de fruits et de légumes, ils sont beaucoup plus souvent physiquement inactifs et souffrent plus fréquemment de surpoids (Guggisberg et al., 2011). Une analyse du recours aux soins comparant les réponses données par les répondants du GMM II avec celles des Suisses ayant participé à l'ESS 2007 a montré que la consultation d'un médecin au cours des douze derniers mois était globalement plus faible parmi les étrangers (Moreau-Gruet, 2013b).

La nationalité *suisse* ou *étrangère* a été considérée dans les analyses basées sur l'ESS (information provenant des registres). Les personnes naturalisées sont aussi classées dans la catégorie des personnes ayant la nationalité suisse. Il est à noter que la catégorie étrangers/étrangères comprend toutes les nationalités et aussi bien les migrantes et migrants arrivés récemment en Suisse que les étrangers qui appartiennent à la deuxième ou troisième génération. Cette diversité de cas de figure peut limiter l'interprétation des résultats. De manière générale, lorsqu'il est question dans le texte de la population suisse ou genevoise, il s'agit de l'ensemble des résidents du pays ou du canton, qu'ils soient de nationalité suisse ou étrangère. Lorsque les résultats sont présentés pour les Suisses et les étrangers, c'est le critère de la nationalité qui s'applique.

Région linguistique et canton

Des comparaisons par région linguistique ainsi que par canton sont présentées pour tous les indicateurs (A-2.1 à A-5.7). En Suisse, des différences démographiques et socioéconomiques apparaissent à ces deux échelles géographiques. La dimension culturelle a aussi une influence sur les comportements de santé. Pour la période allant de 1988 à 1993, des épidémiologistes ont mis en évidence les disparités cantonales d'espérance de vie à la naissance et ont interprété ces différences à l'aide des causes de décès. Au cours de cette période, la surmortalité par maladies ischémiques dans les cantons du Tessin (hommes) et de Bâle-Ville (hommes et femmes), la sous-mortalité pour cette même cause dans plusieurs cantons romands, ou la surmortalité par morts violentes dans les régions de montagne – Fribourg, Valais, Grisons (hommes) – expliquent en partie les différences cantonales d'espérance de vie (Wanner et al., 1997). Il est probable qu'à ce jour, de telles différences dans les causes de décès continuent de jouer un rôle dans les différences cantonales d'espérance de vie.

¹⁴ L'échantillon du GMM II était formé de quatre groupes de population étrangère résidente permanente (Portugal, Turquie, Serbie, Kosovo) et de deux groupes de migrants dont une grande partie sont des requérants d'asile (Sri Lanka, Somalie).

Degré d'urbanisation

Le degré d'urbanisation est défini par la distinction entre région urbaine et rurale sur la base du recensement de la population 2000. La *région urbaine* inclut:

- a) les *agglomérations*, c'est-à-dire zone de peuplement rassemblant 20'000 habitants et plus, composées d'une ville-centre et d'autres communes, qui présentent dans leurs structures bâties, économiques et sociales un caractère urbain, et;
- b) des *villes individuelles*, c'est-à-dire des communes de 10'000 habitants et plus mais qui ne forment pas d'agglomération.

Des différentiels de mortalité ont été observés en fonction de la commune de résidence (Wanner, Lerch et al. 2012). Quatre groupes d'hypothèses ont été suggérés par les auteurs: les hypothèses structurelles (p. ex. plus d'universitaires dans les centres urbains), celles faisant référence à l'accès aux systèmes de santé (p. ex. délai pour une prise en charge par les urgences médicales), celles intervenant sur les comportements de santé et de prévention (p. ex. surcharge pondérale plus importante de recrues provenant de régions rurales [Panczak, Woitek et al. 2013]) et les atteintes environnementales (p. ex. accidents plus nombreux dans les régions rurales).

Si la distinction entre espace à caractère urbain ou rural est pertinente à l'échelle de la Suisse, elle ne concerne toutefois pas le canton de Genève puisque plus de 99% de la population vit en région urbaine.

1.5 Méthodes et analyse, lecture des tableaux

1.5.1 Analyses descriptives

Les résultats présentés dans ce rapport reposent uniquement sur des analyses descriptives bivariées ou trivariées. Les données ont été pondérées en tenant compte de la stratification et du suréchantillonnage (Nicoletti 2013). En comparaison avec le rapport sur la santé dans le canton de Genève de 2010 (Obsan, 2010), les grands tableaux de fréquences ne figurent pas dans le corps du texte. Par contre, tous les thèmes importants sont présentés dans des tableaux en annexes (A-2.1 à A-5.7). Chacun de ces tableaux présente la fréquence brute de la variable pour 2012 et compare la valeur pour le canton de Genève avec la moyenne suisse. Chaque fois que cela a été possible, la fréquence brute de la variable est présentée pour les quatre enquêtes précédentes. La variable est ensuite ventilée en fonction de six caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, formation, nationalité, revenu d'équivalence du ménage, degré d'urbanisation). A titre de comparaison, la partie inférieure du tableau fournit les valeurs moyennes pour les trois régions linguistiques ainsi que pour l'ensemble des cantons ayant augmenté leur échantillon. De plus, les données pour la ville de Zurich sont également présentées.

Par rapport aux précédents rapports de santé, l'édition 2012 se voit également améliorée par l'adjonction aux tableaux des intervalles de confiance pour les valeurs au niveau suisse et à celui du canton de Genève. Les totaux sont aussi indiqués (à l'échelle suisse et à celle du canton) pour chaque catégorie analysée. L'intervalle de confiance choisi indique avec une probabilité de 95% la zone dans laquelle se trouve l'estimation sur l'échantillon par rapport à la valeur effective dans l'univers de base. Les intervalles de confiance permettent de déterminer si les différences sont statistiquement significatives ou sont le fait du hasard (voir encadré).

Si des résultats correspondent à un nombre de cas total (n) compris entre 10 et 29, ils sont présentés entre parenthèses parce qu'ils ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point. Les pourcentages (p. ex. fréquences relatives) sont arrondis à un chiffre après la virgule. Cela explique pourquoi l'addition des fréquences relatives de différents choix de réponse ne correspond pas toujours à un total exact de 100 pourcents.

La significativité statistique

Les enquêtes statistiques par échantillonnage telles que l'ESS reposent sur l'idée que les résultats peuvent être généralisés à l'ensemble de la population étudiée. Or, dans une certaine mesure, ceux-ci peuvent être dus au hasard de la constitution de l'échantillon.

Afin de s'assurer de la solidité des résultats obtenus, il est d'usage de définir un seuil de risque qui sera d'autant plus petit que l'on souhaite un résultat fiable (généralement à 5% mais parfois 10% ou 1%). Sur la base de ce seuil de risque, il est alors possible de construire un intervalle de confiance décrivant la zone au sein de laquelle il y a 95% de chances que le «vrai» résultat se situe (et 5% de risque de se tromper).

De manière générale, la largeur de l'intervalle de confiance est déterminée par la taille de l'échantillon (plus celui-ci est grand, plus l'intervalle de confiance est étroit), par la variabilité des données (moins celles-ci sont dispersées, plus l'intervalle de confiance est étroit) ainsi que par le seuil de risque choisi (plus ce seuil est petit, plus l'intervalle de confiance est large).

Ces calculs permettent ainsi de connaître la significativité statistique d'un résultat. Une analyse raisonnée devrait toutefois également tenir compte de la significativité pratique. En effet, certains résultats peuvent être importants ou intéressants malgré le fait qu'ils ne sont pas statistiquement significatifs. Il faut d'ailleurs rappeler ici le caractère arbitraire du seuil de risque fixé. A l'inverse, sur un échantillon de grande taille, il est possible que certains résultats apparaissent comme statistiquement significatifs alors qu'ils relèvent en fait de relations tout à fait mineures.

1.5.2 Exemples de lecture de tableaux et de figures comprenant des intervalles de confiance

Le tableau 1.3 reprend une partie du tableau A-5.2 qui fait partie des annexes.

Exemple 1: fréquence (données en bleu foncé entourées d'un cercle)

Au cours des douze derniers mois, le taux de cholestérol a été contrôlé chez 51,6% des répondants genevois. Le pourcentage réel se situe entre 48,1% et 55,2% (intervalle de confiance de $\pm 3,6\%$). Ce contrôle a été réalisé par 44,5% de la population suisse (valeur réelle entre 43,7% et 45,4%, intervalle de confiance: $\pm 0,8\%$). L'intervalle de confiance pour la population genevoise est nettement plus large que celui observé au niveau suisse. Cela s'explique par les différences de taille des échantillons: 1075 personnes ont été interrogées dans le canton de Genève et 20'165 dans l'ensemble de la Suisse. La différence de pourcentage entre le canton de Genève et la Suisse est significative car les intervalles de confiance ne se recoupent pas.

Exemple 2: comparaison selon le sexe du répondant (données en bleu clair entourées d'un carré)

Dans le canton de Genève, 56,0% des femmes et 46,4% des hommes ont vu leur taux de cholestérol contrôlé. Les intervalles de confiance se recoupent donc la différence n'est pas statistiquement différente. Au niveau suisse, les pourcentages sont respectivement de 46,0% et de 43,1%. Les intervalles de confiance pour ces deux groupes vont respectivement de 44,8% à 47,2% et de 41,8% à 44,3% et ne se recoupent donc pas. On peut donc affirmer que la différence observée dans le contrôle du taux de cholestérol selon le sexe au niveau suisse est statistiquement significative, ce qui peut suggérer que l'absence de relation significative à l'échelle du canton de Genève tient en partie à la taille de l'échantillon.

Exemple 3: comparaison cantonale (données entourées par des rectangles noirs)

Si on compare la fréquence du canton de Genève pour le contrôle du taux de cholestérol (51,6%; intervalle de confiance entre 48,1% et 55,2%) avec la fréquence cantonale la plus basse, celle du canton d'Uri, (35,8%; intervalle de confiance entre 31,2% et 40,3%), on constate que cette dernière est significativement plus basse. Par contre la fréquence du canton de Genève n'est pas significativement inférieure à celle du canton du Tessin qui présente le pourcentage le plus élevé (57,8%; intervalle de confiance entre 54,9% et 60,6%).

L'interprétation de différences significatives n'est possible que si les groupes considérés s'excluent mutuellement. Par exemple, la différence entre les «hommes» et la «classe d'âge des 15 à 34 ans» ne peut pas être interprétée comme étant significative (même si les intervalles de confiance ne se recoupent pas) parce que ces deux groupes ont une population commune: les hommes âgés de 15 à 34 ans. Les différences ne peuvent ainsi être interprétées qu'entre les modalités de même caractère.

Si l'on suit ce raisonnement, les différences entre le canton et la Suisse ne devraient pas non plus être interprétées comme étant significatives, puisque le canton est une partie de la Suisse. Au sens strict, il faudrait calculer les résultats de la Suisse en faisant abstraction du canton avec lequel on fait la comparaison. Chaque canton aurait ainsi sa propre valeur de comparaison à l'échelle suisse. Pour éviter de présenter plusieurs résultats différents pour la Suisse, le total à l'échelle nationale a été calculé en faisant la somme des 26 cantons. L'imprécision qui en résulte est connue et admise.

Tab. 1.3 Examen préventif pour la cholestérolémie,
canton et Suisse ainsi que comparaison régionale, 2002–2012 (en %) (Tableau A-5.2)

		Mesure du cholestérol dans les 12 mois précédant l'enquête						Echantillon	
		GE			CH			GE	CH
		Part en %	Intervalle de confiance (95%)		Part en %	Intervalle de confiance (95%)		n	n
Année	2002	51,5	47,8	55,1	49,8	48,8	50,8	948	17 058
	2007	54,0	50,2	57,8	46,1	45,1	47,0	932	16 907
Total	2012	51,6	48,1	55,2	44,5	43,7	45,4	1 075	20 165
Sexe	Femmes	56,0	51,3	60,7	46,0	44,8	47,2	610	10 538
	Hommes	46,4	41,2	51,7	43,1	41,8	44,3	465	9 627

Comparaison régionale		Mesure du cholestérol dans les 12 mois précédant l'enquête				Echantillon
		Part en %		Intervalle de confiance (95%)		n
Canton	ZH	43,8	41,3	46,3	2 084	
	BE	43,9	41,2	46,6	1 600	
	LU	41,1	38,0	44,2	1 178	
	UR	35,8	31,2	40,3	478	
	SZ	38,9	34,5	43,4	560	
	ZG	38,3	34,8	41,7	917	
	FR	45,1	41,5	48,6	952	
	BS	45,5	42,0	49,1	946	
	BL	48,1	44,3	52,0	783	
	AR	40,9	35,9	46,0	475	
	GR	43,1	38,8	47,4	626	
	AG	43,6	40,5	46,8	1 193	
	TG	39,2	35,9	42,4	1 065	
	TI	57,8	54,9	60,6	1 468	
	VD	46,6	43,9	49,3	1 624	
	VS	47,2	43,8	50,7	995	
	NE	50,6	46,1	55,2	580	
		GE	51,6	48,1	55,2	1 075
	JU	44,2	39,1	49,3	491	
Ville de Zurich		44,8	41,2	48,5	885	

Source: Enquêtes suisses sur la santé 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Sur les graphiques en bâtons, la représentation des intervalles de confiance au moyen de lignes avec empattements permet également de visualiser la présence ou l'absence de significativité statistique. Par exemple, on observe sur la figure 1.2 que la population genevoise est plus souvent concernée par un problème de santé chronique que les Uranais. Cette différence est statistiquement significative.

Régression logistique

La régression logistique est un modèle statistique multivarié permettant d'étudier les relations entre un ensemble de variables explicatives (p. ex. sexe, âge, niveau de formation) et une variable à expliquer de type binaire. Il s'agit d'une méthode d'analyse fréquemment utilisée en épidémiologie pour expliquer la survenue ou non d'un événement (maladie ou autre).

La régression logistique permet de mettre en évidence l'effet de chaque variable explicative sur la variable à expliquer, «toutes choses égales par ailleurs». Pour chacune des variables explicatives, on estimera alors le rapport de chance multivarié (OR: odds ratio en anglais) qui tient compte simultanément de l'effet de toutes les variables explicatives. Pour qu'une variable explicative de la régression logistique soit considérée comme significative, il faut que la valeur de la probabilité («p-value») soit égale ou inférieure à 0.05 (Hosmer & Lemeshow, 2000).

Des analyses multivariées ont été conduites dans le chapitre 2, notamment afin d'estimer l'effet du sexe, de l'âge, du niveau de formation et du fait d'être étranger ou suisse sur l'état de santé auto-évalué (Tab. 2.1) ainsi que sur les problèmes psychiques. Il apparaît par exemple qu'au niveau de la Suisse, le risque d'avoir

des problèmes psychiques est de 38% plus élevé chez les femmes (OR: 1,38, p-value: <0,01) et de 88% plus élevé chez les personnes ayant suivi uniquement l'école obligatoire (OR: 1,88, p-value: <0,01).

1.6 Le canton de Genève en comparaison régionale

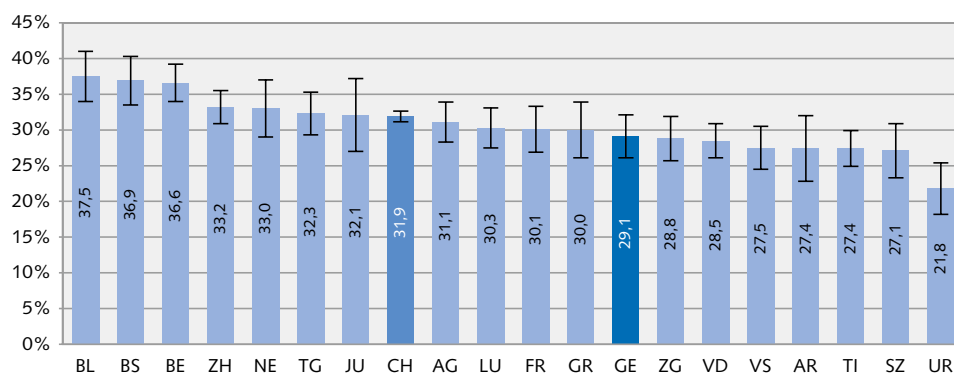
L'approche par les déterminants sociaux de la santé a clairement mis en évidence le fait que certains facteurs sociodémographiques et structurels ont une influence prépondérante sur l'état de santé ainsi que sur les comportements pouvant l'influencer. Le rôle du système de santé a également été souligné. Le tableau 1.4 présente une série de chiffres-clés permettant de caractériser le canton de Genève et de le comparer à la moyenne suisse. Ces données concernent l'année 2012, année d'enquête de l'ESS. L'évolution démographique concerne les années 2007 à 2012.

Un canton-ville où près de deux habitants sur cinq sont de nationalité étrangère

Le canton de Genève est un canton-ville: 99,2% de sa population vit en zone urbaine. Entre 2007 et 2012, sa population a augmenté de 5,7% pour atteindre 463'101 habitants. Cette croissance démographique, qui se rapproche de celle observée en moyenne suisse (5,9%), a été particulièrement forte de 2008 à 2010 et est principalement imputable au solde migratoire (excédent des arrivées sur les départs). Une des particularités du canton de Genève est en effet son caractère international: 39,7% de sa population est étrangère (23,3% en Suisse).

Personnes ayant un problème de santé chronique, selon le canton, 2012

Fig. 1.2



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

Une population relativement jeune

La population genevoise est relativement jeune, les individus âgés de moins de 49 ans représentent 65,7% de la population contre 63,1% en Suisse. Le taux de natalité du canton de Genève est légèrement supérieur à celui observé en moyenne suisse (respectivement 10,9 et 10,2 naissances vivantes pour 1000 habitants). On compte en moyenne 2,4 personnes par ménage. Cette valeur, proche de celle observée en moyenne suisse (2,3), reflète notamment la part relativement élevée de familles monoparentales dans le canton de Genève. La proportion de ménages composés d'une seule personne est de 40,8%, le second pourcentage le plus élevé de Suisse (moyenne de 35,5%) après celui du canton de Bâle-Ville.

Un tissu économique dominé par le secteur tertiaire

C'est dans le canton de Genève que le secteur tertiaire occupe la part la plus importante de salariés: 85,5% contre 74,1% en moyenne suisse. Il s'agit également du second canton où la part de la population ayant une formation universitaire ou professionnelle supérieure est la plus élevée (39,3%, 29,8% en moyenne suisse). Son produit intérieur brut par habitant (PIB) est le troisième de Suisse (103'558 francs). Par contre, les taux de chômage (5,0%, le plus élevé de Suisse) et d'aide sociale (5,3%) sont supérieurs aux taux suisses (2,9% et 3,1%).

Forte densité de médecins spécialistes

Le canton de Genève se distingue également par la densité de ses prestataires de soins, particulièrement des médecins spécialistes: 23,1 médecins spécialistes pour 10'000 habitants alors qu'en Suisse cette densité se situe à 11,5. Le taux d'hospitalisation pour 1000 habitants (133,7) est plus faible que celui de la Suisse (144,0). Le canton compte 49,4 places en maisons pour personnes âgées et homes médicalisés pour 1000 habitants de plus de 65 ans. En Suisse ce nombre s'élève à 65,6.

Tab. 1.4 Sélection de chiffres-clés du canton de Genève en comparaison avec la Suisse

Indicateur	GE	CH	Rang GE ¹	Description de l'indicateur et des sources
Population résidente 2012				
Femmes	239 364	4070 536	6	Population résidente permanente à la fin de l'année, selon le sexe (OFS – STATPOP 2012)
Hommes	223 737	3968 524	6	
Total	463 101	8039 060	6	
Evolution démographique 2007–2012 (en %)				
Femmes	5,0	5,3	11	Hausse/baisse entre 2007 et 2012 de la population résidente permanente à la fin de l'année, selon le sexe (OFS – ESPOP/STATPOP 2007–2012)
Hommes	6,4	6,5	11	
Total	5,7	5,9	11	
Structure par âge 2012 (en %)				
0–14 ans	15,7	14,9	6	Population résidente permanente à la fin de l'année par classe d'âge (OFS – STATPOP 2012)
15–34 ans	26,3	25,3	6	
35–49 ans	23,7	22,9	5	
50–64 ans	18,0	19,5	26	
65 ans et plus	16,4	17,4	19	
Taux de natalité 2012 (pour 1000 habitants)				
	10,9	10,2	4	Nombre de naissances vivantes pour 1000 habitants (OFS – STATPOP 2012, BEVNAT 2012)
Proportion de la population en régions urbaines 2012 (en %)				
	99,2	73,7	2	Proportion de la population en régions urbaines rapportée à l'ensemble de la population résidente permanente (OFS – STATPOP 2012)
Proportion d'étrangers 2012 (en %)				
	39,7	23,3	1	Proportion d'étrangers rapportée à l'ensemble de la population résidente permanente à la fin de l'année (OFS – STATPOP 2012)
Structure des ménages 2012				
Nombre de personnes par ménage	2,4	2,3	5	Nombre moyen de personnes vivant en ménage privé
Ménages d'une seule personne (en %)	40,8	35,5	2	Proportion des ménages d'une seule personne rapportée à l'ensemble des ménages (OFS – Relevé structurel 2012)
Niveau de formation 2012 (dès 25 ans, en %)				
Sans formation post-obligatoire	26,4	22,0	7	Proportion de personnes titulaires du diplôme le plus élevé rapportée à l'ensemble de la population, à l'exclusion de celles qui n'ont pas donné d'indication (OFS – Relevé structurel 2012)
Degré secondaire II	32,1	46,6	26	
Degré tertiaire	39,3	29,8	2	
Structure de l'emploi 2012 (en %)				
Salariés dans le secteur primaire	0,5	3,4	25	Proportion de salariés selon le trois secteurs économiques (OFS – Statistique structurelle des entreprises 2011)
Salariés dans le secteur secondaire	14,0	22,2	26	
Salariés dans le secteur tertiaire	85,5	74,4	1	
Taux d'activité net 2012 (15–64 ans, en %)				
	75,2	80,2	25	Proportion de personnes actives dans la population résidente permanente entre 15 et 64 ans (OFS – Relevé structurel 2012)

¹ Le rang 1 signifie la plus haute valeur pour l'indicateur en question

Tab. 1.4 Sélection de chiffres-clés du canton de Genève en comparaison avec la Suisse (suite)

Indicateur	GE	CH	Rang GE ¹	Description de l'indicateur et des sources
Taux de chômage 2012 (en %)	5,0	2,9	1	Proportion de chômeurs inscrits en 2012 rapportée au nombre de personnes actives selon le relevé structurel 2010 (SECO – Statistique du chômage; OFS – Relevé structurel)
Produit intérieur brut par habitant 2012 (en CHF)	103 558	78 105	3	Moyenne du produit intérieur brut par habitant (OFS – Comptes nationaux)
Taux d'aide sociale 2012 (en %)	5,3	3,1	3	Proportion de bénéficiaires de l'aide sociale rapportée à l'ensemble de la population résidante permanente (OFS – Statistique de l'aide sociale 2012, STATPOP 2012)
Densité de médecins 2012 (pour 10 000 habitants)				Nombre de médecins exerçant en cabinet privé pour 10 000 habitants (FMH – Statistique médicale 2012)
Médecine de premier recours	12,2	9,3	2	Médecine de premier recours: médecine interne générale, médecin praticien, médecine de l'enfant et de l'adolescent
Médecine spécialisée	23,1	11,5	2	Médecine spécialisée: toutes les autres spécialisations
Densité de pharmacies 2012 (pour 10 000 habitants)	3,7	2,2	3	Nombre de pharmacies, sans les pharmacies d'hôpitaux, pour 10 000 habitants (pharmaSuisse, Société Suisse des Pharmaciens)
Taux de lits d'hôpitaux occupés 2012 (pour 1000 habitants)	2,3	2,3	8	Nombre de lits occupés dans les hôpitaux pour 1000 habitants et par jour; sorties en 2012 (OFS – Statistique médicale des hôpitaux 2012, STATPOP 2012)
Taux d'hospitalisation 2012 (pour 1000 habitants)	133,7	144,0	20	Taux standardisé d'hospitalisation dans les hôpitaux de soins aigus pour 1000 habitants; sorties en 2012; population standard européenne 2010 (OFS – Statistique médicale des hôpitaux 2012, STATPOP 2012)
Durée de séjour dans les hôpitaux de soins aigus 2012 (en jours)	5,9	5,7	8	Durée moyenne de séjour dans les hôpitaux de soins aigus; sorties en 2012; définition des jours selon SwissDRG (OFS – Statistique médicale des hôpitaux 2012)
Places en maisons pour personnes âgées et homes médicalisés 2012 (pour 1000 habitants dès 65 ans)	49,4	65,6	25	Nombre de places en maisons pour personnes âgées et homes médicalisés, occupées ou non, au 1 ^{er} janvier de l'année du relevé, pour 1000 habitants dès 65 ans (OFS – Statistique des institutions médico-sociales 2012, STATPOP 2012)

¹ Le rang 1 signifie la plus haute valeur pour l'indicateur en question

2 Etat de santé

Dans ce chapitre, plusieurs indicateurs sont mobilisés afin de mesurer la santé physique et psychique ainsi que la disponibilité de ressources permettant de gérer les problèmes de santé. Le point 2.1 présente quelques indicateurs de longévité ainsi que de mortalité tandis que le point 2.2 s'intéresse à la santé auto-évaluée de la population, laquelle fournit une appréciation générale de l'état de santé des individus. Le point 2.3 porte sur les problèmes de santé de longue durée ainsi que sur les limitations éprouvées dans la conduite d'activités de la vie quotidienne. La santé physique de la population du canton de Genève est discutée plus en détail dans le point 2.4. Outre la fréquence de troubles physiques, ce point s'intéresse notamment aux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires, à la question de la multimorbidité ainsi qu'aux accidents et chutes. Le point 2.5 se concentre sur la fréquence d'un certain nombre de troubles psychiques et le point 2.6 porte sur les ressources personnelles et sociales en santé telles que le soutien social ou le sentiment de maîtrise de la vie.

2.1 Longévité et mortalité

L'espérance de vie (à la naissance et à l'âge de 65 ans), le taux de mortalité, les causes de décès et le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) constituent des indicateurs largement répandus, également utilisés à des fins de comparaison régionale et internationale. D'une part, la plupart de ces indicateurs sont bien documentés dans presque tous les pays. D'autre part, ils reflètent les effets cumulés des facteurs de risque, des maladies et accidents ainsi que des possibilités de traitement. Ces indicateurs permettent ainsi de rendre compte des conditions sanitaires générales d'un pays (United Nations, 2014). Il est utile de les considérer ensemble afin d'avoir un aperçu complet des caractéristiques de la population suisse et du canton de Genève en matière de longévité et de mortalité.

2.1.1 Espérance de vie à la naissance

Il est courant de distinguer l'espérance de vie à la naissance de l'espérance de vie à l'âge de 65 ans. Le premier indicateur représente la longévité de la population alors que le second permet plus spécifiquement d'estimer la durée de la période de retraite, et les conséquences de l'extension de cette période sur les besoins en soins spécifiques (OFS, 2014g). Plus précisément, l'espérance de vie à la naissance représente la durée de vie moyenne d'une génération fictive qui serait soumise, à chaque âge, aux conditions de mortalité de l'année considérée alors que l'espérance de vie à l'âge de 65 ans correspond au nombre moyen d'années restant à vivre pour un ensemble d'individus ayant déjà atteint l'âge de 65 ans.

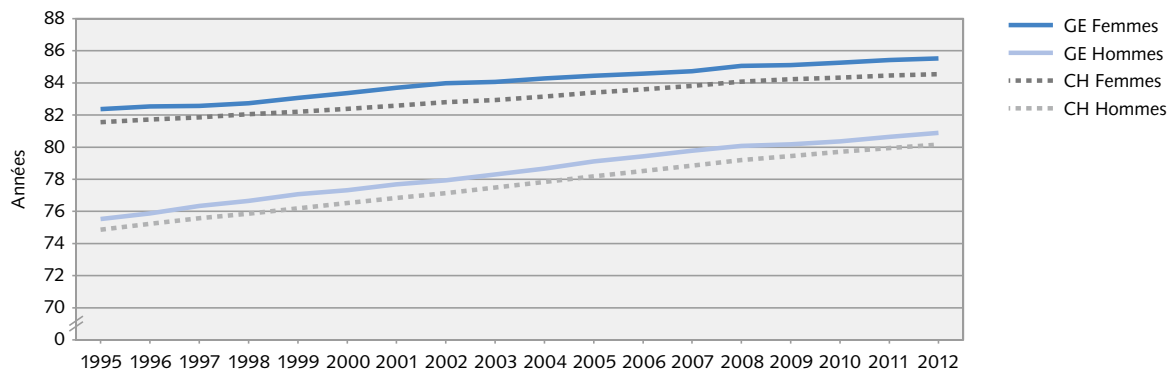
Augmentation continue de l'espérance de vie et baisse du taux de mortalité

Dans le canton de Genève comme en moyenne suisse, l'espérance de vie à la naissance a augmenté à la fois chez les hommes et chez les femmes depuis 1995 (Fig. 2.1). Dans le canton de Genève, l'espérance de vie à la naissance est ainsi passée de 82,4 ans chez les femmes et de 75,5 ans chez les hommes en 1995 à 85,5 et 80,9 ans en 2012. L'espérance de vie dans la moyenne suisse suit une tendance similaire, avec toutefois des valeurs légèrement inférieures à celles du canton de Genève (81,6 pour les femmes et 74,9 ans pour les hommes en 1995; 84,5 et 80,2 ans en 2012).

Cet allongement de l'espérance de vie et cette réduction de l'écart entre les sexes, qui s'observent également dans les autres pays de l'OCDE, seraient notamment dus aux convergences de certains comportements liés à la santé (p. ex. concernant le tabagisme) ainsi qu'à la baisse du taux de mortalité en lien avec les maladies cardiovasculaires chez les hommes (OCDE, 2013a). Un léger ralentissement de cette augmentation s'opère à partir de la moitié des années 2000.

En comparaison avec les autres cantons suisses, le canton de Genève affiche en 2012, après celui du Tessin, la plus longue espérance de vie féminine. Pour ce qui

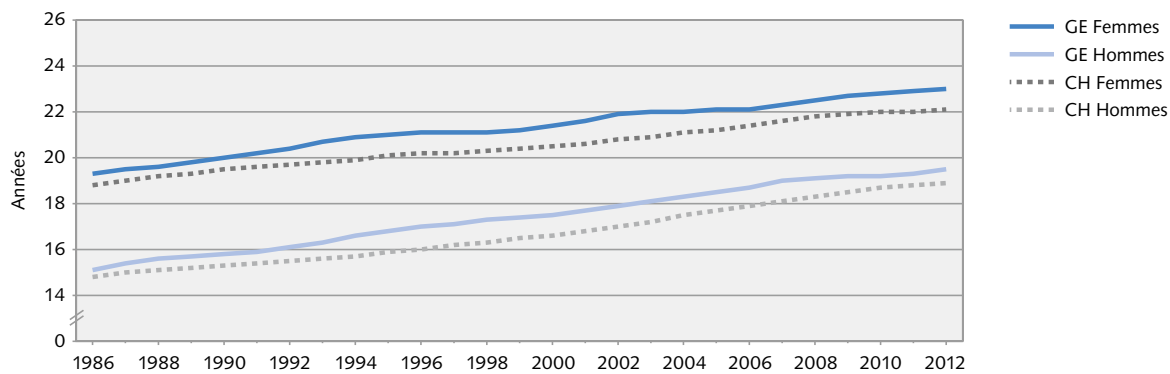
Evolution de l'espérance de vie à la naissance,
selon le sexe, moyenne sur 5 ans, canton de Genève et Suisse, 1995–2012 **Fig. 2.1**



Afin de lisser les fluctuations enregistrées annuellement, on se réfère à l'espérance de vie moyenne sur une période de 5 ans. Les données correspondent à la moyenne de l'année indiquée et des quatre années précédentes (p. ex. 1995=1991–1995).

Source: OFS – Statistique du mouvement naturel de la population (BEVNAT) et Statistique de la population et des ménages (STATPOP) © Obsan 2015

Evolution de l'espérance de vie à l'âge de 65 ans,
selon le sexe, moyenne sur 5 ans, canton de Genève et Suisse, 1986–2012 **Fig. 2.2**



Afin de lisser les fluctuations enregistrées annuellement, on se réfère à l'espérance de vie à l'âge de 65 ans moyenne sur une période de 5 ans. Les données correspondent à la moyenne de l'année indiquée et des quatre années précédentes (p. ex. 1986=1982–1986).

Source: OFS – Statistique du mouvement naturel de la population (BEVNAT) 1982–2012 et Statistique de la population et des ménages (STATPOP) © Obsan 2015

concerne l'espérance de vie masculine, il se situe en cinquième place. Pour les femmes, on trouve une différence de 2,5 ans entre les cantons présentant l'espérance de vie maximum (TI: 85,6 ans) et minimum (AI: 83,1 ans). Cette différence est de 2,9 ans chez les hommes (ZG: 81,6 ans [max] et BS: 78,7 ans [min]). Ces disparités cantonales peuvent certainement s'expliquer par les différences concernant les causes de décès, par exemple en ce qui concerne la surmortalité par maladie ischémique (TI et BS) ou la sous-mortalité pour cette même cause (cantons romands) (Wanner et al., 1997).

2.1.2 Espérance de vie à l'âge de 65 ans

Les tendances concernant l'espérance de vie à 65 ans sont identiques à celles observées concernant l'espérance de vie à la naissance (Fig. 2.2). En 2012, l'espérance de vie à 65 ans des habitantes (23 ans) et habitants (19,5 ans) du canton de Genève est assez proche, quoique légèrement supérieure, de celle observée en moyenne suisse (22,1 ans chez les femmes et 18,9 ans chez les hommes). Par rapport à la moyenne au sein des pays de l'OCDE (20,9 ans chez les femmes et 17,6 ans pour les hommes en 2011), les valeurs de la Suisse figurent parmi les plus élevées.

Depuis les années 1960, on observe également un allongement de l'espérance de vie à 65 ans dans les pays de l'OCDE, dont la Suisse. Les progrès réalisés en

matière de soins médicaux, un meilleur accès aux soins, des modes de vie plus sains ou l'amélioration des conditions de vie figurent parmi les facteurs expliquant cette progression (OCDE, 2013a). Ces dernières années, celle-ci a toutefois ralenti dans le canton de Genève et dans la moyenne suisse. Par ailleurs, les différences entre hommes et femmes se sont légèrement réduites au cours de la période sous étude, passant de 4,2 années d'écart dans le canton de Genève en 1986 à 3,5 ans en 2012.

2.1.3 Taux de mortalité

Le taux brut de mortalité représente le nombre de décès pour 100'000 habitants. Comme ce taux brut ne tient pas compte de la structure par âge de la population et que celle-ci peut évoluer dans le temps et varier selon les régions, on effectue une standardisation des taux de mortalité calculés sur la base de la structure de la population européenne en 2010 (Eurostat, 2013)¹⁵.

Dans le canton de Genève, ce taux de mortalité standardisé était de respectivement 645,7 et 998,3 décès pour 100'000 femmes et pour 100'000 hommes en 2012 (Fig. 2.3). Ce taux a baissé de façon continue depuis 1994 où il atteignait respectivement 871,6 et 1466,1 décès pour 100'000 Genevoises et pour 100'000 Genevois. Le taux de mortalité des hommes a donc baissé plus rapidement que celui des femmes mais il lui reste tout de même significativement supérieur.

Pour les femmes comme pour les hommes, le taux de mortalité des habitants du canton de Genève s'est maintenu à un niveau légèrement inférieur de celui observé en moyenne suisse. Le canton de Genève est d'ailleurs, après le canton du Tessin pour les femmes et après le canton de Nidwald pour les hommes, le second canton où le taux de mortalité standardisé est le plus bas. Ces résultats sont cohérents avec ceux obtenus concernant l'espérance de vie dans le canton de Genève et en Suisse.

¹⁵ Dans ce rapport de santé, la population standard européenne 2010 (Eurostat, 2013) a été utilisée pour la première fois en tant que population de référence. La population standard européenne utilisée ici diffère de celle utilisée pour le rapport cantonal de base: alors que la population standard du rapport cantonal de base reposait sur la structure démographique effective de l'Europe en 2010 (Eurostat, 2011), la «Révision de la population standard européenne» est fondée sur le développement futur de la population européenne (Eurostat, 2013). Cette nouvelle manière de procéder permet de présenter la structure démographique sur une plus longue période dans le futur et qu'elle reste comparable. La comparabilité à l'intérieur de ce rapport est garantie, par contre les taux standardisés provenant du rapport cantonal de base ne peuvent pas être comparés avec ceux de ce rapport du fait de cette adaptation méthodologique.

2.1.4 Causes de décès

L'analyse des causes de décès par sexe et par classe d'âge fournit des éléments d'interprétation utiles pour comprendre l'espérance de vie ainsi que le taux de mortalité observés (Fig. 2.4). Les fréquences relatives des causes de décès sont indiquées en pourcentages en ordonnée. Afin de mettre en évidence la mortalité plus élevée dans les classes d'âge supérieures, les fréquences absolues des décès totaux figurent également au sommet de chaque colonne de la figure 2.4. Etant donné le faible nombre de cas dans les classes d'âge inférieures à l'échelle du canton de Genève et l'incertitude statistique qui y est liée, les résultats ne sont présentés que pour la Suisse dans son ensemble. Les spécificités en termes de causes de décès du canton de Genève par rapport à la moyenne suisse dans son ensemble sont ensuite présentées, tous âges confondus.

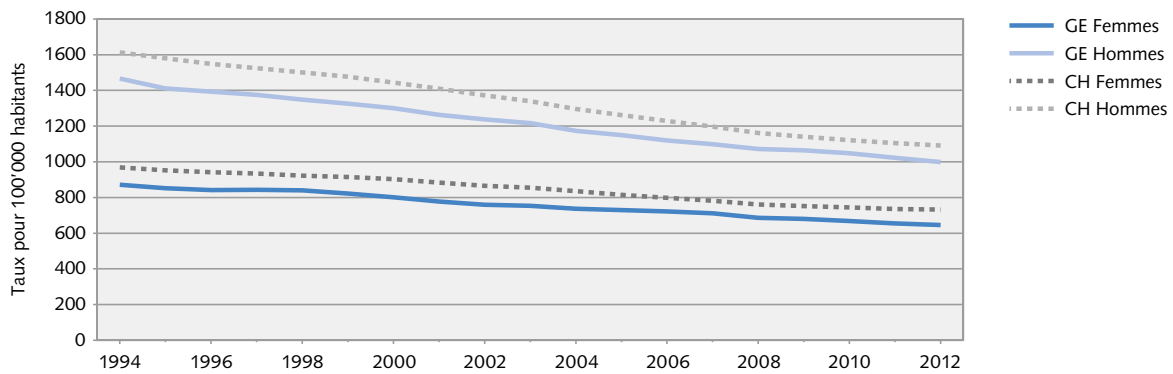
Les maladies cardiovasculaires et les tumeurs malignes constituent les principales causes de décès

Chez les femmes, un peu plus de la moitié des décès (53,0%) concernent des personnes âgées de 85 ans et plus et 36,3% se produisent chez des femmes âgées de 65 à 84 ans. Pour les hommes, ce rapport est inversé (respectivement 49,5% et 31,6%). Les maladies cardiovasculaires constituent la principale cause de décès chez les Suissesses et Suisses âgés de 85 ans et plus (respectivement 45,3% et 41,9% des cas). Il s'agit également de la seconde cause de décès chez les personnes âgées de 65 à 84 ans mais pour ces dernières, comme pour la classe d'âge des 45 à 64 ans, c'est le cancer qui est la cause de décès la plus fréquente.

Pour les hommes âgés de 15 à 44 ans, près de la moitié des décès (48,8%) sont dus à des causes externes, principalement des accidents. Chez les femmes appartenant à la même classe d'âge, les accidents et traumatismes ne sont la cause que de 30,8% des décès et le cancer demeure la première cause de décès (32,2%). On constate également que la majorité des décès affectant des enfants de 0 à 14 ans, (ceux-ci ne concernent que 0,6% de l'ensemble des décès), relèvent en fait de la mortalité périnatale (enfants morts-nés et décès d'enfants de moins de 7 jours).

Le canton de Genève présente toutefois certaines spécificités par rapport aux principales causes de décès en Suisse. De manière générale, il a été vu que le taux de mortalité des Genevoises et Genevois est plus bas que celui des Suissesses et des Suisses dans leur ensemble (voir 2.1.3, différence significative).

Evolution du taux standardisé de mortalité, selon le sexe, moyenne sur 5 ans, canton de Genève et Suisse, 1994–2012 **Fig. 2.3**

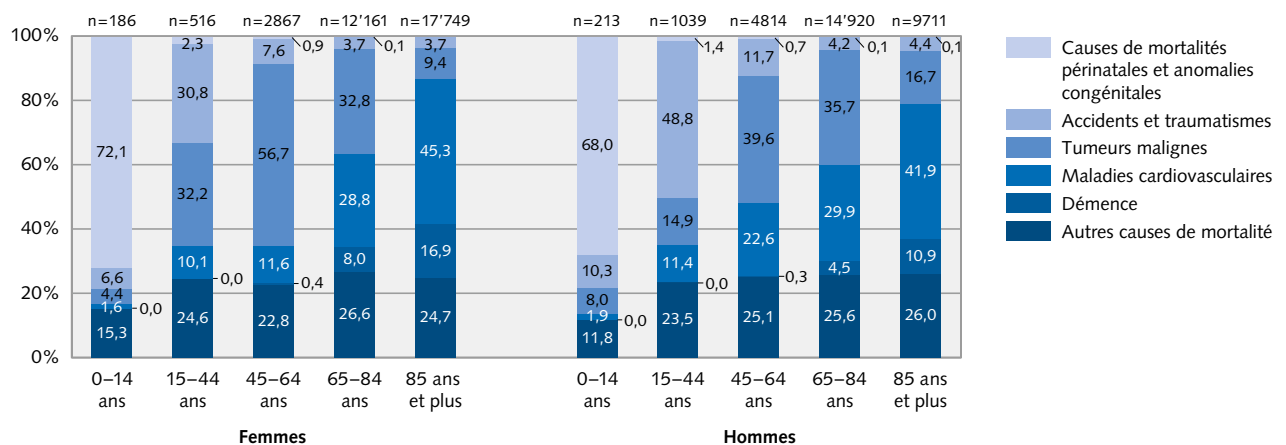


Afin de lisser les fluctuations enregistrées annuellement, on se réfère au taux standardisé de mortalité moyen sur une période de 5 ans. Les données correspondent à la moyenne de l'année indiquée et des quatre années précédentes. (p. ex. 1994=1990–1994).

Source: OFS – Statistique des causes de décès 1990–2012

© Obsan 2015

Répartition des décès en Suisse, selon les causes de décès, le sexe et l'âge, Suisse, 2012 **Fig. 2.4**



Source: OFS – Statistique des causes de décès 2012

© Obsan 2015

Cette différence tient en fait essentiellement au taux de mortalité par maladies cardiovasculaires plus faible du canton de Genève: pour ces maladies, l'indice standardisé de mortalité (ISM)¹⁶ est de 67,9 dans le canton de Genève (groupe de référence: CH=100, voir Annexe B1). Les décès pour cause de démence sont également significativement moins fréquents dans le canton de Genève (ISM=81,0), tout comme les morts par accidents et traumatismes (autres que suicide) (ISM=83,5). Les décès liés à une tumeur du colon

ou du rectum sont également moins nombreux dans le canton de Genève, mais seulement pour les hommes (ISM hommes=84,1).

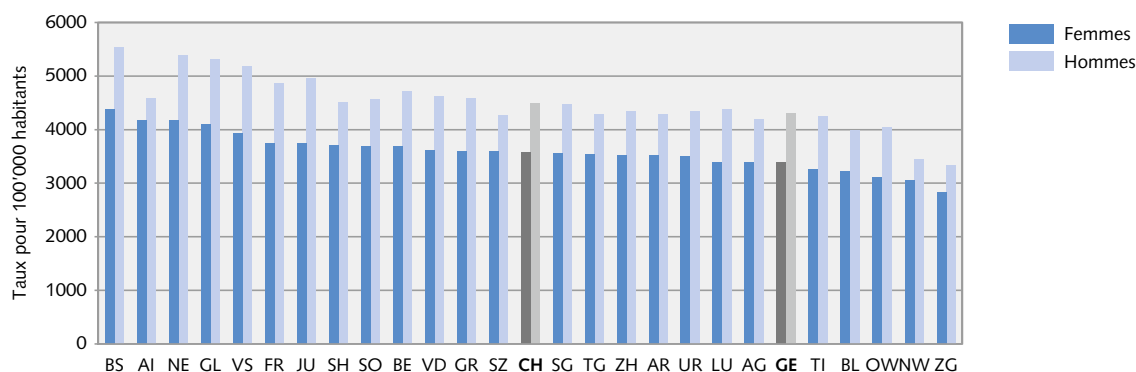
2.1.5 Années potentielles de vie perdues

Le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) correspond au nombre d'années qu'une personne aurait encore pu vivre avant d'atteindre un âge donné (dans ce cas, 75 ans) si elle n'était pas décédée. Il s'agit donc d'un indicateur de la mortalité prématurée. Celui-ci permet notamment d'évaluer, en plus des pertes humaines, les pertes économiques et sociales dues aux décès prématurés (Gardner & Sanborn, 1990). Afin de permettre la comparaison entre cantons et entre pays, le taux calculé

¹⁶ L'indice standardisé de mortalité (ISM) sur la population européenne 2010 exprime le rapport entre la mortalité observée et la mortalité attendue. Un ISM supérieur à 100 signifie que la mortalité est comparativement plus élevée, tandis qu'un ISM inférieur à 100 atteste d'une mortalité inférieure à la moyenne.

Taux standardisé des années potentielles de vie perdues, selon le sexe, moyenne sur 5 ans, par canton, 2012

Fig. 2.5



Afin de lisser les fluctuations enregistrées annuellement, on se réfère au taux standardisé des années potentielles de vie perdues moyen sur une période de 5 ans (2008–2012).

Source: OFS – Statistique des causes de décès 2012

© Obsan 2015

est standardisé en fonction de l'âge de la population européenne standard en dessous de 75 ans en 2010 (Eurostat, 2013)¹⁷.

En Suisse, en 2012, ce taux standardisé est pour les femmes, de 3563 APVP pour 100'000 habitantes et pour les hommes, de 4490 APVP pour 100'000 habitants (Fig. 2.5). Ces valeurs sont légèrement supérieures à celles observées pour le canton de Genève (respectivement 3379 et 4304 APVP pour 100'000 habitants). La position de Genève dans ce classement (sixième taux standardisé le plus bas pour l'ensemble des habitants) est cohérente avec celle observée pour des indicateurs tels que l'espérance de vie ou le taux de mortalité.

Au niveau suisse, il est également possible d'identifier les causes de décès ayant l'impact le plus fort sur le nombre d'APVP. En moyenne suisse en 2012, le cancer est la cause de près de la moitié (46,8%) du nombre d'APVP pour les femmes et de 29,5% du nombre d'APVP chez les hommes. Les principales causes sont ensuite les décès en lien avec l'appareil circulatoire (10,9% chez les femmes et 17,5% chez les hommes), les accidents (respectivement 6,9% et 13,2%) et le suicide (respectivement 7,8% et 12,6%) (OFS, 2014i).

2.2 Etat de santé auto-évalué

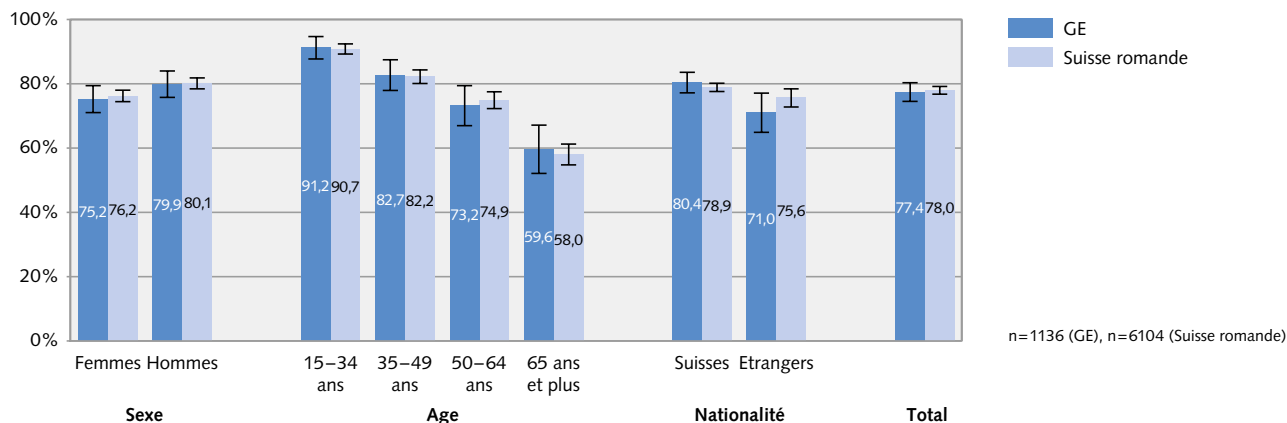
L'état de santé auto-évalué est une mesure fréquemment utilisée afin de fournir une appréciation générale de l'état de santé des individus. Cette information est notamment récoltée dans le cadre des statistiques de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC) à laquelle participe la Suisse depuis 2007 et dans de nombreuses autres enquêtes de population (Panel suisse des ménages, enquêtes de santé nationales, etc.).

Outre l'intérêt que présente l'auto-évaluation de la santé en tant que reflet du bien-être global de la population, cet indicateur est également précieux dans la mesure où il est en étroite relation avec toute une série de mesures de l'état de santé actuel et futur. Par exemple, l'indicateur est fortement corrélé avec la prévalence de diverses maladies telles que le diabète, l'épilepsie, les maladies cardiaques ou l'hypertension (Manor et al., 2001). Mais surtout, une forte corrélation a été trouvée entre l'état de santé auto-évalué de la population et le taux de mortalité et de morbidité (Bopp et al., 2012; Jylhä, 2009), ainsi qu'avec l'espérance de vie (Elena et al., 1998; Idler & Kasl, 1991).

Cette capacité prédictive de l'indicateur d'état de santé auto-évalué tient notamment au fait qu'il s'agit d'une mesure inclusive permettant au répondant de rendre compte d'une grande variété d'informations, que ce soit sur la base de critères objectifs ou de perceptions subjectives. De plus, cette évaluation se base sur l'ensemble du parcours de santé et non seulement sur l'état de santé à un moment donné. Par ailleurs, l'état de santé auto-évalué refléterait les comportements

¹⁷ Pour la standardisation adoptée, voir note 15.

Population déclarant un (très) bon état de santé auto-évalué,
selon le sexe, l'âge et la nationalité, canton de Genève et Suisse romande, 2012 **Fig. 2.6**



Population déclarant un (très) bon état de santé: personnes ayant déclaré un état de santé «bon» ou «très bon» (autres choix de réponse: «assez bon», «mauvais» et «très mauvais»).

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

adoptés en vue de préserver sa santé ainsi que les ressources externes et internes dont dispose un individu et lui permettant de faire face aux problèmes de santé (Benyamini, 2011).

Dans l'ESS, l'état de santé auto-évalué est appréhendé à travers la question: «Comment est votre état de santé en général? Est-il...». Cinq choix de réponse sont proposés, allant de «très bon» à «très mauvais». Les dimensions physique et psychique de la santé ne sont donc pas différenciées dans cet énoncé. En 2012, la réponse intermédiaire a été adaptée en italien et en français: la proposition «assez bon» a remplacé la proposition «moyen». La comparaison au cours du temps pour le canton de Genève, de même que la comparaison de ce canton avec l'ensemble de la Suisse n'est donc pas possible sans réserve. Pour cette raison, les résultats pour le canton de Genève sont mis en perspective avec ceux de la Suisse romande (SR) dans la suite des analyses.

Depuis 1992, environ quatre personnes sur cinq déclarent un état de santé bon ou très bon dans le canton de Genève

Malgré ces changements méthodologiques, l'état de santé auto-évalué de la population genevoise est resté assez stable depuis 1992¹⁸. En 2012, 77,4% des Genevoises et Genevois ont déclaré avoir un état de santé bon ou très bon, 17,9% ont qualifié celui-ci d'assez

bon et 4,7% ont affirmé que leur état de santé était mauvais ou très mauvais. Ces valeurs sont très proches de celles observées pour la Suisse romande (respectivement 78,0%, 16,8% et 5,2%). En 1992, ces pourcentages étaient pour le canton de Genève de respectivement 81,1%, 14,1% et 4,8%. En comparaison avec les autres pays de l'OCDE, la Suisse se positionne en bonne place dans le classement des pays où la part de la population se déclarant en bonne santé est la plus élevée (la moyenne pour les pays de l'OCDE est de 69,0%) (OCDE, 2013)¹⁹.

La part de femmes qualifiant leur état de santé de bon ou de très bon est légèrement inférieure à celle des hommes (GE: respectivement 75,2% et 79,9%; SR: 76,2% et 80,1%) (Fig. 2.6). Cette différence entre les sexes, significative à l'échelle de la Suisse romande, se retrouve dans presque tous les pays de l'OCDE (OCDE, 2013a). Il a notamment été constaté qu'un niveau de formation moins élevé ainsi qu'un statut défavorable sur le marché du travail pour les femmes demeurent des facteurs permettant d'expliquer la plus grande partie de cet écart de genre (Moussa & Pecoraro, 2013).

L'état de santé auto-évalué est fortement lié à l'âge. Dans le canton de Genève comme en Suisse romande, plus de 90% des 15 à 34 ans se déclarent en (très)

¹⁸ Il est possible qu'en 2012, les répondants aient légèrement favorisé le choix de réponse «assez bon», notamment au détriment des choix de réponses «bon» et «très bon».

¹⁹ Dans le classement effectué par l'OCDE, les données pour la Suisse sont issues de l'enquête effectuée en 2011 sur les revenus et conditions de vie en Suisse (SILC). Le pourcentage de personnes se déclarant en (très) bonne santé (81,3%) y est donc légèrement différent que dans l'ESS 2012 (82,8%). La Suisse figure en septième position du classement de l'OCDE mais pour cinq des pays qui la précèdent, des différences méthodologiques dans les questionnaires d'enquête entraînent un biais à la hausse. Seule l'Irlande devancerait alors la Suisse avec 83,4% de la population se déclarant en bonne santé.

bonne santé (GE: 91,2%; SR: 90,7%) contre moins de 60% des personnes âgées de 65 ans et plus (GE: 59,6%; SR: 58,0%). Cet important gradient reflète notamment le fait que les maux physiques deviennent plus répandus avec l'âge. Toutefois, si plus de la moitié des personnes âgées de 65 ans et plus continuent de percevoir leur état de santé comme bon ou très bon, c'est notamment dû au fait que ces personnes se comparent à d'autres du même âge mais en moins bonne santé (Henchoz et al., 2008).

Dans le canton de Genève, l'état de santé auto-évalué des personnes de nationalité étrangère est significativement moins bon que celui des personnes de nationalité suisse: 71,0% des étrangers se disent en (très) bonne santé contre 80,4% des Suisses. Il semble s'agir là d'une caractéristique propre au canton de Genève puisque cette différence n'est pas significative à l'échelle de la Suisse romande (Suisses: 78,9%; étrangers: 75,6%).

L'état de santé auto-évalué est fortement lié au niveau de formation

Dans le canton de Genève comme dans le reste de la Suisse romande, l'état de santé auto-évalué est fortement lié au niveau de formation (Fig. 2.7). Plus celui-ci est haut, plus la part de personnes qui considèrent leur état de santé comme très bon est élevée. Une telle relation a été observée dans de nombreux pays de différents niveaux socio-économiques, suggérant que le niveau de formation est un facteur essentiel à l'origine de désavantages sociaux ayant un impact sur la santé (Subramanian et al., 2010). Dans le canton de Genève, ce gradient lié au niveau de formation semble toutefois moins marqué qu'à l'échelle de la Suisse romande, où les

répondants des trois niveaux de formation affichent des résultats significativement différents les uns des autres pour toutes les catégories de réponse, à l'exception de la réponse «Bon».

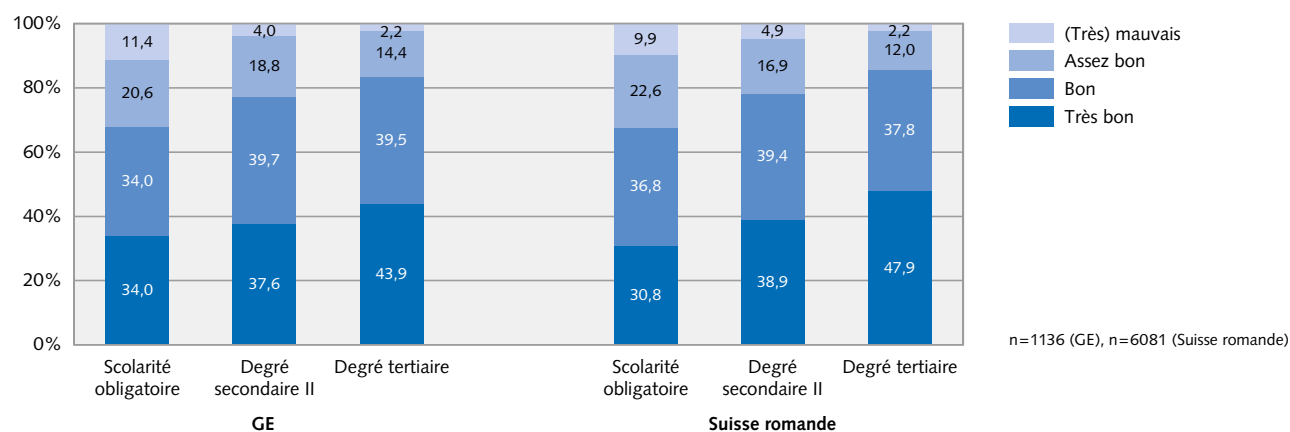
Sur les figures précédentes, les relations entre l'état de santé auto-évalué d'une part et le sexe, l'âge, la nationalité et le niveau d'éducation d'autre part ont été examinées séparément. Ces différents facteurs étant susceptibles d'être liés entre eux, un modèle multivarié a été conçu afin d'en saisir le poids spécifique (Tab. 2.1). La force de la relation entre l'état de santé auto-évalué et ces différents facteurs est indiquée sous forme de «Odds ratio» (rapports des cotes).

Selon modèle multivarié, l'âge constitue le facteur le plus fort: dans le canton de Genève, une personne âgée de 15 à 34 ans a neuf fois plus de chances qu'une personne âgée de 65 ans et plus de se déclarer en (très) bonne santé (OR=9,0; différence significative). S'il a un niveau de formation du degré tertiaire, un individu a 2,5 fois plus de chances de se déclarer en (très) bonne santé que s'il n'a pas de formation post-obligatoire (différence significative).

Selon ce modèle, le sexe ne joue par contre plus de rôle dans la manière dont la santé est auto-évaluée. Ceci est vrai tant pour le canton de Genève que pour la Suisse romande. Cela signifie que les différences de résultats entre les deux sexes précédemment identifiées tiennent en fait plutôt à des facteurs liés à l'âge ou à la formation. Les femmes ont donc globalement une moins bonne évaluation de leur santé que les hommes en raison de leur niveau de formation plus bas ou du fait qu'elles sont en moyenne plus âgées que les hommes (car vivant plus longtemps, voir 2.1).

Etat de santé auto-évalué,
selon la formation, canton de Genève et Suisse romande, 2012

Fig. 2.7



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

Les différences de résultats observées entre nationaux et étrangers sont encore davantage mises en évidence dans le modèle multivarié. En effet, les étrangers déclarent une moins bonne santé auto-évaluée que les Suisses alors qu'ils sont généralement plus jeunes (OCSTAT, 2014). De plus, en tenant compte des différences de composition par sexe ou par niveau de scolarité, les étrangers perçoivent également leur santé comme moins bonne que les Suisses puisqu'ils ont plus

de deux fois moins de chances de se considérer en (très) bonne santé que les Suisses dans le canton de Genève (OR=0,4; différence significative).

L'état de santé physique et psychique influence fortement la manière dont les individus se représentent leur santé (Fig. 2.8). Un gradient lié à la fréquence de problèmes de santé de longue durée et des troubles physiques s'observe clairement dans les réponses des habitants du canton de Genève. Un autre gradient très

Tab.2.1 Modèle multivarié de l'impact des variables indépendantes sur le fait de déclarer une (très) bonne santé auto-évaluée, canton de Genève et Suisse romande, 2012

	GE		Suisse romande	
	Odds Ratio ¹	sig. ²	Odds Ratio ¹	sig. ²
Sexe (réf. Hommes)	0,8		0,9	
15–34 ans (réf. 65+)	9,0	*	7,8	*
35–49 ans (réf. 65+)	3,6	*	3,2	*
50–65 ans (réf. 65+)	1,8	*	2,1	*
Degré sec. II (réf. Scolarité obligatoire)	1,7		1,7	*
Degré tertiaire (réf. Scolarité obligatoire)	2,5	*	2,7	*
Nationalité (réf. Suisses)	0,5	*	0,7	*

¹ Interprétation de l'Odds ratio: chance de présenter une (très) bonne santé auto-évaluée par rapport à une catégorie de référence (voir entre parenthèses réf.). L'effet est négatif si la valeur est inférieure à 1 et positif si la valeur est supérieure à 1.

² Significatif (*): Différence significative par rapport à la catégorie de référence (p < 0,05).

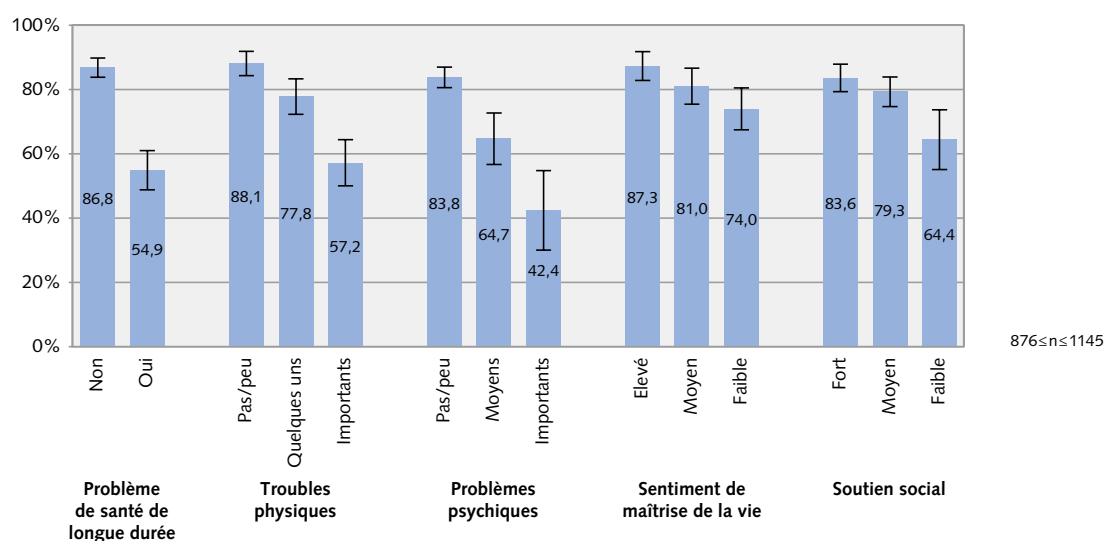
n=1136 (GE), n=6081 (Suisse romande)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

Personnes déclarant un (très) bon état de santé auto-évalué, selon différents indicateurs de santé, canton de Genève, 2012

Fig. 2.8



Exemple de lecture du diagramme: Parmi les personnes n'ayant pas de problèmes de santé de longue durée, 86,8% déclarent être en (très) bonne santé. Ce pourcentage baisse à 54,9% parmi celles faisant état de problèmes de santé de longue durée.

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

marqué concerne la présence de problèmes psychiques: 83,8% des personnes n'ayant pas ou peu de problèmes psychiques s'estiment en (très) bonne santé contre 42,4% des personnes ayant des problèmes psychiques moyens à importants.

Les relations observées entre l'état de santé auto-évalué et le sentiment de maîtrise de la vie ainsi qu'avec l'indicateur de soutien social donnent également à voir l'importance des facteurs psycho-sociaux dans la manière d'appréhender sa santé (voir 2.6). Les personnes ne faisant état que d'un faible soutien social de la part de proches apparaissent comme particulièrement affectées dans leur état de santé auto-évalué puisque 64,4% d'entre elles mentionnent un (très) bon état de santé auto-évalué contre environ 80% des personnes dont le soutien social est qualifié de moyen ou de fort.

2.3 Problèmes de santé de longue durée et limitations

Les problèmes de santé de longue durée peuvent fortement affecter le bien-être des personnes qui souffrent de tels maux. Dans l'ESS, on considère qu'un problème de santé est de longue durée lorsqu'il a duré ou qu'il durera probablement six mois ou plus. Les problèmes de santé de longue durée peuvent également générer des limitations fonctionnelles entravant la conduite des activités de la vie quotidienne.

Premièrement, les résultats concernant la prévalence des problèmes de santé de longue durée dans le canton de Genève et en Suisse sont présentés. Ensuite, l'analyse

explore dans quelle mesure ces problèmes sont liés à des limitations, fortes ou légères, des activités de la vie quotidienne. Pour les personnes âgées de 65 ans et plus, les fréquences des limitations rencontrées sont finalement distinguées selon que celles-ci concernent des activités de base ou des activités instrumentales.

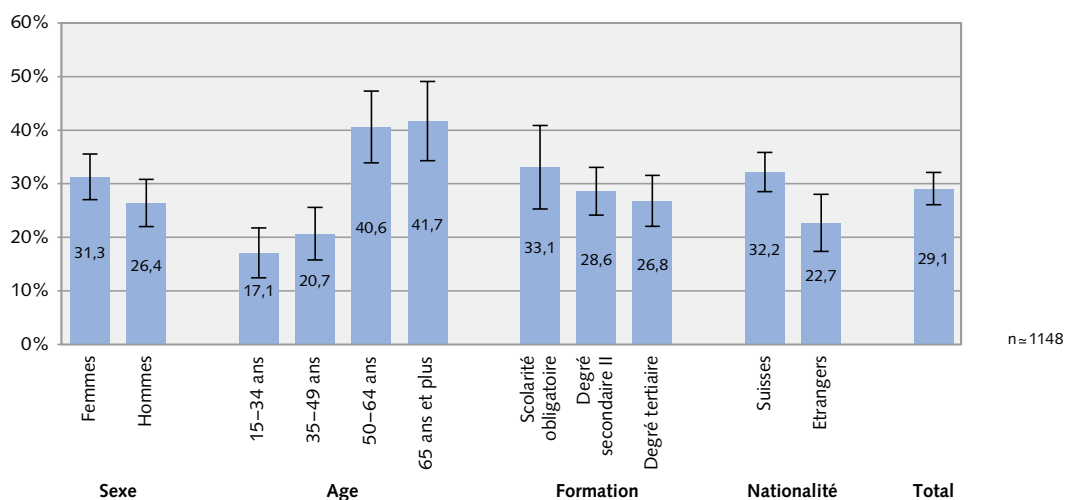
2.3.1 Problèmes de santé de longue durée

Dans le canton de Genève, 29,1% de l'ensemble de la population est touché par des problèmes de santé de longue durée en 2012 (Fig. 2.9). Les personnes âgées de 50 ans et plus sont environ deux fois plus souvent concernées par de tels problèmes que celles ayant entre 15 et 49 ans. Dans la littérature, il a été constaté que l'âge avancé, le sexe masculin et de faibles revenus sont corrélés à des problèmes de santé de longue durée tels que les troubles de l'audition et de la vision, les problèmes cardiovasculaires, les maladies musculo-squelettiques et le cancer (Ayis et al., 2003).

A partir de 50 ans, deux personnes sur cinq mentionnent des problèmes de santé de longue durée

Dans la mesure où les problèmes de santé de longue durée sont beaucoup plus fréquents à partir de 50 ans et où globalement, les personnes de nationalité étrangère sont plus jeunes que celle de nationalité suisse et les femmes plus âgées que les hommes, on comprend pourquoi selon les modèles univariés, les personnes de nationalité suisse sont nettement plus souvent que les étrangers (différence significative) et les femmes légère-

Problèmes de santé de longue durée, selon le sexe, l'âge, la formation et la nationalité, canton de Genève, 2012 **Fig. 2.9**



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

ment plus nombreuses que les hommes (différence non significative) à être affectées par de tels problèmes²⁰. Par contre, le niveau de formation n'a pas de relation statistiquement significative avec l'apparition de problèmes de santé de longue durée.

La proportion de la population ayant des problèmes de santé de longue durée dans le canton de Genève (29,1%) est proche de la moyenne suisse (31,9%), bien qu'elle soit légèrement inférieure (différence non significative). Les valeurs extrêmes sont incarnées par les cantons de Bâle-Campagne (37,5%) et d'Uri (21,8%) (Annexe, A-2.2).

2.3.2 Limitations des activités en raison de problèmes de santé

Les limitations dans les activités forment un indice auto-reporté: à la question «Depuis au moins 6 mois, dans quelle mesure êtes-vous limité par un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement?», les possibilités de réponses sont «fortement limité», «limité, mais pas fortement» et «pas limité du tout». Cet indicateur, qui fournit un aperçu général du degré d'invalidité d'une personne, s'avère refléter de façon adéquate le niveau d'activité et de handicap tel qu'évalué par des mesures longitudinales subjectives et objectives (Jagger et al., 2010). Chez les jeunes, cet indicateur est notamment associé à des maladies telles que le diabète, l'épi-

lepsie et les maladies cardiovasculaires (Manor et al., 2001) et de manière générale, il est corrélé à la prévalence de maladies physiques chroniques ainsi que de maladies mentales (Cabrero-García & Juliá-Sanchis, 2014; Jagger et al., 2010; Van Oyen et al., 2006). Par ailleurs, en rendant compte de la perte potentielle de capacité à assumer les rôles sociaux attendus et à exercer des activités régulières, il est également considéré comme un indicateur de l'intégration sociale (OFS, 2014e).

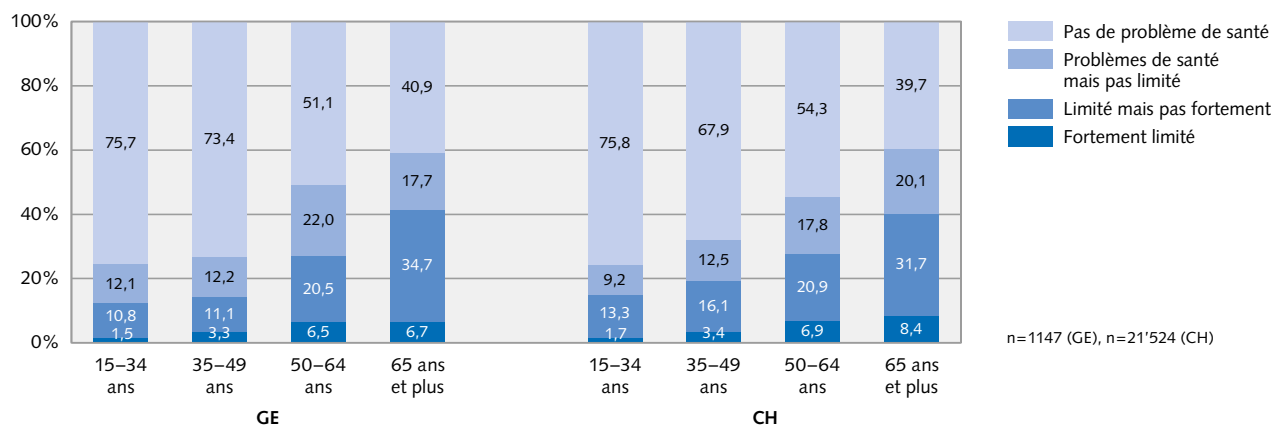
Augmentation de la limitation des activités avec l'âge

Dans le canton de Genève, 3,0% des femmes et 5,8% des hommes se déclarent fortement limités dans leurs activités et 21,4% des femmes et 15,4% des hommes font état de limitations non fortes (A-2.3). De telles entraves concernent respectivement 4,3% et 18,7% de la population genevoise dans son ensemble et 4,8% et 19,7% de la population suisse. Par rapport à 2007, ces valeurs reflètent une légère baisse de la part de personnes affectées par de fortes limitations (significative à l'échelle de la Suisse), mais une hausse de près de sept points du pourcentage de personnes rencontrant de légères limitations (11,9% à 18,7% de la population genevoise, différence significative).

A l'échelle de la Suisse, un gradient lié à l'âge s'observe clairement pour les deux degrés de limitations ainsi que pour la prévalence de problèmes de santé n'entraî-

Limitations dans les activités que les gens font habituellement en raison de problèmes de santé, selon l'âge, canton de Genève et Suisse, 2012

Fig. 2.10



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

²⁰ Au 31 décembre 2012, l'âge moyen des femmes dans le canton de Genève était de 41,9 ans contre 39,3 ans pour les hommes et l'âge moyen des étrangers était de 37,8 ans contre 42,5 ans pour les Suisses (STATPOP).

nant pas de limitations (Fig. 2.10). Le canton de Genève se distingue notamment par la fréquence plus basse de faibles limitations dans la classe d'âge des 35 à 49 ans (GE: 11,1%; CH: 16,1%).

La plupart du temps, les limitations dans les activités que les gens font habituellement sont liées à des troubles physiques: 69,7% des cas de fortes limitations et 76,8% des cas de limitations non fortes dans le canton de Genève (Fig. 2.11). Par rapport aux individus faisant part de limitations non fortes, les fortes limitations sont plus souvent causées par la combinaison de troubles physiques et psychiques: 16,0% des cas de fortes limitations et 11,7% des cas de limitations non fortes dans le canton de Genève.

2.3.3 Limitations dans les activités de la vie quotidienne

Afin de qualifier l'impact des problèmes de santé de longue durée sur le niveau d'indépendance ou d'autonomie d'un individu, on distingue généralement les activités de base des activités instrumentales (Katz, 1983; Lawton & Brody, 1970). L'autonomie d'un individu dépend premièrement de sa capacité à effectuer des activités de base de la vie quotidienne. Celles-ci ont principalement trait à l'hygiène personnelle. Il s'agit par

exemple d'être en mesure de manger, de s'habiller ou de prendre une douche sans aide. Les activités instrumentales de la vie quotidienne mobilisent les capacités cognitives et sociales de l'individu et couvrent une gamme plus large d'activités telles que faire ses courses, manipuler de l'argent ou utiliser les moyens de transport (WHO, 2004)²¹.

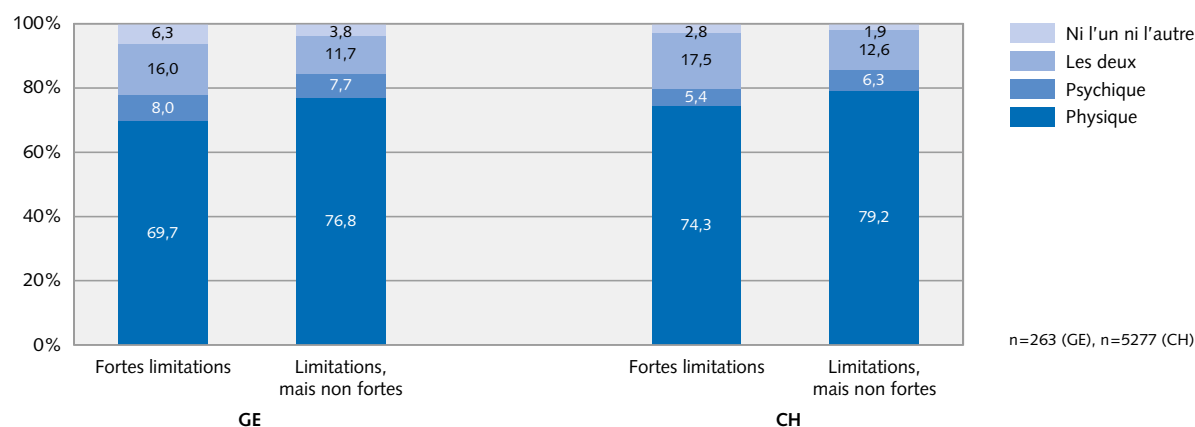
Comme cela a été vu à la figure 2.10, les personnes âgées sont particulièrement exposées aux problèmes de limitations fonctionnelles puisqu'environ six personnes âgées de 65 ans et plus sur dix se déclarent limitées dans la conduite d'activités que les gens font habituellement. Ce point expose plus en détail les caractéristiques des limitations auxquelles est confrontée cette classe d'âge.

De manière générale, les personnes souffrant de limitations pour effectuer des activités de base rencontrent également des difficultés à effectuer des activités instrumentales. Dans le canton de Genève, 53,3% des femmes et 39,0% des hommes de 65 ans et plus font part de limitations, le plus souvent pour les seules activités instrumentales (Fig. 2.12). Cette différence entre les sexes, significative à l'échelle de la Suisse, tient notamment au fait que l'âge moyen des femmes ayant participé à l'ESS était plus élevé que celui des hommes.

Par rapport aux personnes âgées de 65 à 79 ans, celles de 80 ans et plus sont en effet presque deux fois

Limitations dans les activités que les gens font habituellement, selon le type de problème de santé, canton de Genève et Suisse, 2012

Fig. 2.11



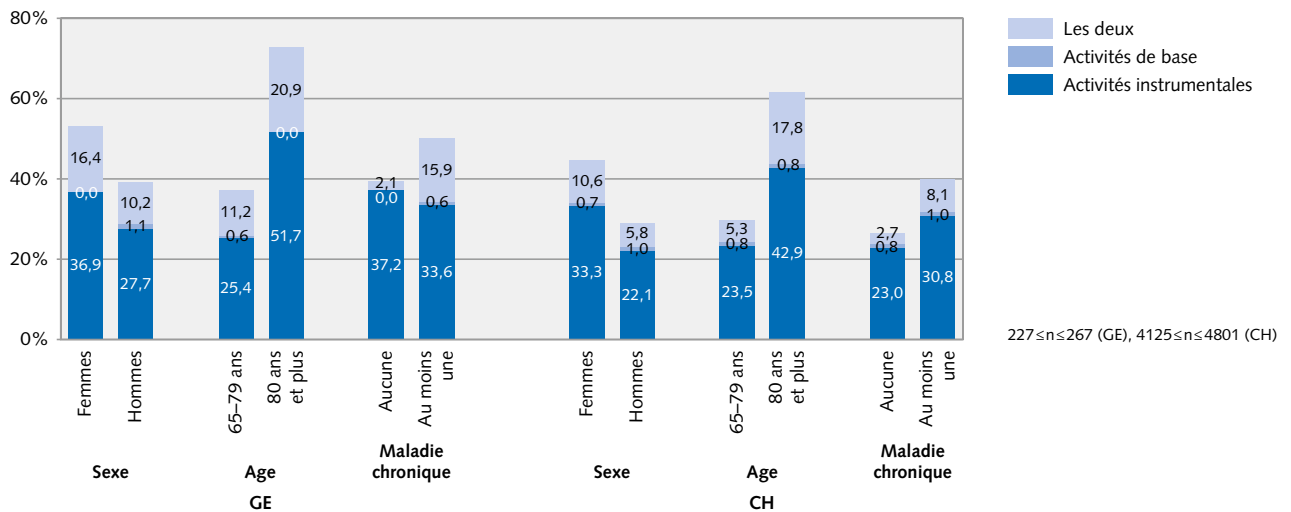
Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

²¹ L'ESS 2012 recense cinq activités de base de la vie quotidienne (ou BADL, basic activities of daily living en anglais) qui doivent être effectuées sans aide: se nourrir; se coucher et se lever du lit, se lever d'un fauteuil; s'habiller et se déshabiller; aller aux toilettes; prendre un bain ou une douche. L'ESS 2012 recense aussi huit activités instrumentales de la vie quotidienne qui doivent aussi être réalisées sans aide: préparer les repas; téléphoner; faire des achats; faire la lessive; effectuer de petits travaux ménagers; effectuer occasionnellement de gros travaux ménagers; tenir ses comptes; utiliser les transports publics.

Personnes âgées de 65 ans et plus ayant des difficultés dans l'accomplissement des activités de base et instrumentales, selon le sexe, l'âge et la présence de maladies chroniques, canton de Genève et Suisse, 2012

Fig. 2.12



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

plus souvent contraintes dans leurs activités dans le canton de Genève. Plus de la moitié de la population appartenant à la classe d'âge des 80 ans et plus éprouve des difficultés à accomplir des activités instrumentales. Environ un cinquième est également limité dans la conduite d'activités de base (respectivement 51,7% et 20,9%).

Les chiffres indiquent également que les personnes souffrant de maladies chroniques, définies comme les problèmes de santé qui ont duré ou qui dureront au moins six mois, sont plus susceptibles d'être limitées dans leurs activités de base et instrumentales. Dans le canton de Genève, la présence de maladie(s) chronique(s) est associée aux deux types de limitations dans 15,9% des cas alors que seules 2,1% des personnes n'étant pas affectées par une maladie chronique sont confrontées à de telles limitations.

2.4 Santé physique

L'absence de maladies ou d'infirmités constitue une composante essentielle de la santé. Afin de rendre compte de cet état de santé physique, les données auto-rapportées dans le cadre de l'ESS sont d'abord présentées. Il est ici fait état de la prévalence de troubles physiques ponctuels, tels que douleurs, fatigues ou troubles du sommeil. Sur la base de données de la statistique médicale des hôpitaux, de la statistique médicale des

causes de décès ainsi que des registres de cancer, c'est ensuite l'incidence des maladies figurant parmi les principales causes de décès en Suisse qui est présentée. Le passage en revue de la prévalence de certaines maladies figurant parmi les facteurs de risques cardiovasculaires complète cette analyse. La question de la multimorbidité est également abordée, invitant à considérer ensemble plutôt que séparément, les différentes maladies dont souffre un patient. Les accidents et chutes qui constituent une source d'atteinte à la santé physique distincte des maladies sont finalement analysés.

2.4.1 Troubles physiques

Des douleurs, de la fatigue, des insomnies et d'autres troubles physiques peuvent considérablement altérer le bien-être des personnes. Ces symptômes peuvent aussi bien avoir des causes physiques que psychiques. Les maux de dos sont par exemple plus répandus en cas de surpoids (Shiri, Karppinen et al. 2010). Et les troubles du sommeil et les maux de dos sont plus fréquents chez les personnes atteintes de dépression (Baer et al., 2013).

Entre 1992 et 2012, la part de la population genevoise ayant souffert de troubles physiques importants a baissé de 28,9% à 20,1%

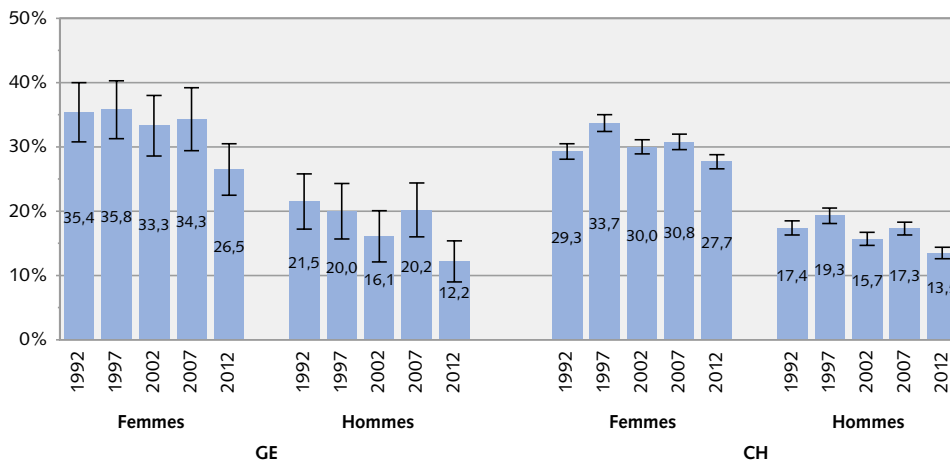
Un indice a été créé sur la base de huit troubles (sans les douleurs aux épaules et à la nuque, question non posée en 2007) en distinguant trois catégories:

troubles importants, quelques troubles et peu ou pas de troubles (OFS, 2014d)²². Entre 1992 et 2012, la part de la population genevoise ayant souffert de troubles physiques importants au cours des quatre dernières semaines a baissé de 28,9% à 20,1% (A-2.5, différence significative). Cette diminution s'est opérée de façon

discontinue dans le temps. Elle est particulièrement marquée entre 2007 et 2012, où la baisse est significative pour les hommes du canton de Genève (Fig. 2.13). Dans la moyenne suisse, cette diminution, bien que moins prononcée, est significative pour les femmes et pour les hommes. Dans le canton de Genève comme

Evolution de la part de personnes ayant des troubles physiques importants, selon le sexe, canton de Genève et Suisse, 1992–2012 (au cours des quatre dernières semaines)

Fig. 2.13



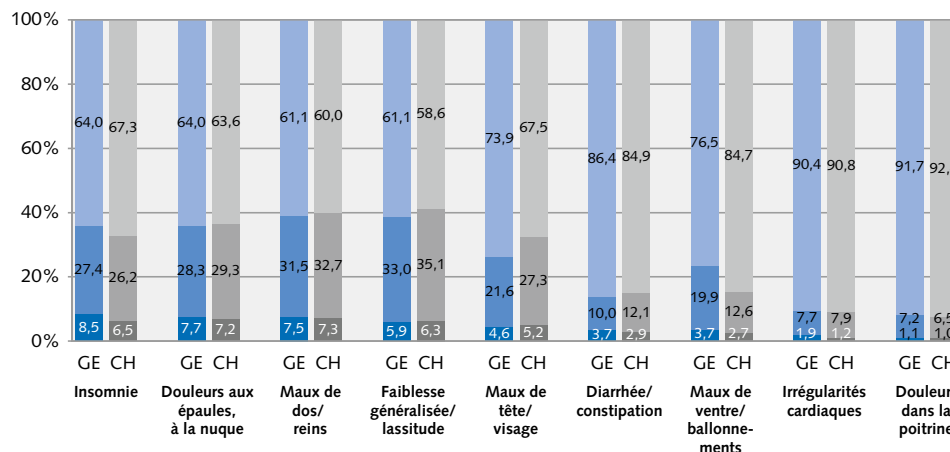
GE: n=952 (1992), n=940 (1997), n=946 (2002), n=510 (2007), n=1076 (2012); CH: n=14'163 (1992), n=11'871 (1997), n=18'458 (2002), n=17'421 (2007), n=20'426 (2012)

Source: OFS – Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Troubles physiques, selon l'intensité, canton de Genève et Suisse, 2012 (au cours des quatre dernières semaines)

Fig. 2.14



n = 1149 (GE), n = 21'581 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

²² Les huit troubles retenus sont: insomnie, maux de dos/reins, faiblesse généralisée/lassitude, maux de tête/visage, diarrhée/constipation, maux de ventre/ballonnements, irrégularités cardiaques et douleurs dans la poitrine. Pour les différents troubles, des points ont été attribués aux trois catégories: pas du tout (1 point), un peu (2 points) et beaucoup (3 points). Avec un total de 12 points ou plus, les troubles sont qualifiés d'importants. Il est question de quelques troubles lorsque le total est compris entre 10 et 11 points et de peu ou pas de troubles lorsqu'il ne dépasse pas 9 points. Les personnes atteintes de fièvre ont été exclues afin de ne pas tenir compte de maladies telles la grippe.

en moyenne suisse, les femmes restent environ deux fois plus souvent concernées par des troubles physiques importants que les hommes. La prévalence de troubles physiques importants ne varie que peu en fonction de l'âge (GE et CH: entre 18,8% et 22,5%) (A-2.5).

Les troubles dont souffre la population genevoise sont similaires à ceux de la population suisse (Fig. 2.14). Les troubles les plus répandus ont trait au dos et aux reins ou concernent un sentiment de faiblesse généralisée et de lassitude. En 2012, ceux-ci sont mentionnés, indépendamment de leur intensité, par environ quatre personnes sur dix dans le canton de Genève. Les insomnies ainsi que les douleurs aux épaules et à la nuque sont toutefois les maux qui sont le plus souvent mentionnés comme des troubles importants (respectivement 8,5% et 7,7%). En 2012, maux de tête et maux de ventre ont affecté chacun environ un cinquième de la population dans les quatre semaines précédentes et les troubles «diarrhée/constipation», «irrégularités cardiaques» et «douleurs dans la poitrine» ont concerné chacun 10% de la population ou moins.

La fréquence d'importants maux de dos/reins a diminué de façon significative entre 1992 et 2012 (passage de 13,2% à 7,5% de la population genevoise, la diminution concerne tant les hommes que les femmes). C'est également le cas de la fréquence du sentiment de faiblesse généralisée (passage de 11,0% à 5,9% de la population genevoise, diminution particulièrement marquée chez les femmes) (données non représentées).

2.4.2 Sélection de diagnostics

Comme cela a été vu précédemment (voir 2.1.4), les maladies cardiovasculaires constituent la première cause de mortalité en Suisse (33,8% de l'ensemble des décès en 2012). La part de décès dus au cancer est légèrement inférieure (25,7%), mais il s'agit par contre de la cause la plus importante du nombre d'années potentielles de vie perdues (45,8% des APVP chez les femmes et 28,5% chez les hommes) (voir 2.1.5). Les actions de prévention ainsi que les mesures curatives ayant trait à ces maladies sont donc susceptibles d'avoir un impact particulièrement fort sur la qualité de vie ainsi que sur l'espérance de vie de la population. Ce point donne un aperçu de la prévalence de trois maladies du système cardiovasculaire. Les tendances concernant les nouveaux diagnostics de cancers sont ensuite présentées.

La figure 2.15 présente l'évolution de la prévalence standardisée de trois types de diagnostics portant sur des

maladies cardiovasculaires: l'infarctus aigu du myocarde, l'insuffisance cardiaque et l'attaque cérébrale. La prévalence comprend le nombre de cas hospitalisés moins les cas décédés à l'hôpital auxquels s'ajoute le nombre de décès rapportés en lien avec une maladie donnée. Les données sont standardisées par âge sur la base de la population européenne en 2010²³ et rapportées pour 100'000 habitants.

L'infarctus aigu du myocarde est provoqué par l'obstruction d'une ou plusieurs artères coronaires, qui empêche l'irrigation du tissu musculaire cardiaque et provoque la mort des cellules. Cet accident entraîne des limitations de la fonction de pompe du cœur qui peuvent se traduire ultérieurement par d'autres problèmes tels qu'une insuffisance cardiaque ou de graves troubles du rythme cardiaque.

L'insuffisance cardiaque consiste en une diminution de la fonction cardiaque où le cœur n'est plus capable de pomper suffisamment de sang pour couvrir les besoins énergétiques de l'organisme. Des mécanismes de compensation se mettent en place et renforcent avec le temps la sollicitation du cœur.

L'attaque cérébrale est causée par une interruption de l'irrigation du cerveau due, dans la plupart des cas à une ischémie ou à une hémorragie. Outre de nombreux décès, l'attaque cérébrale peut entraîner un handicap et peut notamment être à l'origine de démence.

Sources: Obsan, indicateurs de santé et Fondation Suisse de Cardiologie

Stabilité dans la prévalence des infarctus aigus du myocarde et des attaques cérébrales mais hausse des cas d'insuffisance cardiaque

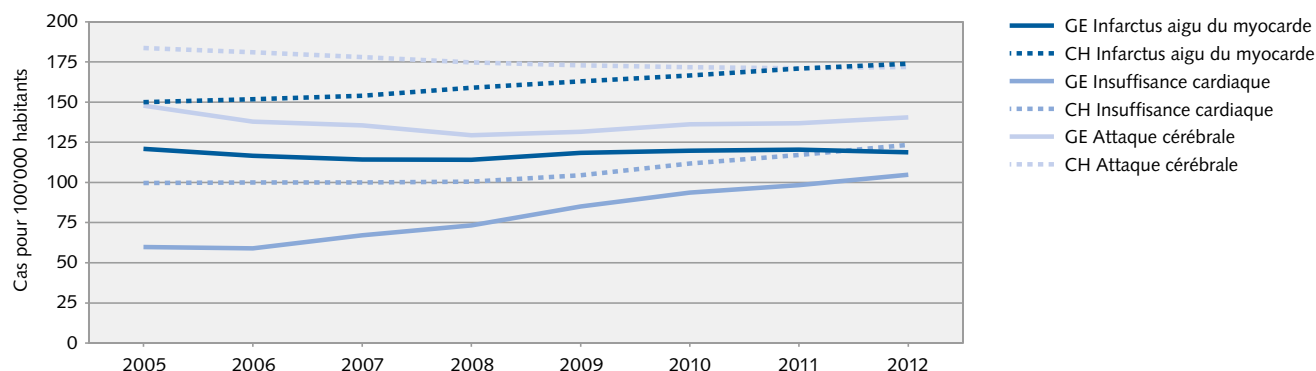
Pour les trois indicateurs, le canton de Genève présente des valeurs plus faibles que dans la moyenne suisse. Il s'agit du canton où la prévalence de l'infarctus du myocarde est la plus basse et du second canton (après celui de Schaffhouse) où la fréquence des cas d'insuffisance cardiaque est la plus basse. Le canton de Genève se trouve en cinquième position des cantons suisses pour ce qui concerne la prévalence des attaques cérébrales.

Les hommes sont plus souvent touchés par ces trois affections que les femmes. Dans le canton de Genève, l'infarctus aigu du myocarde touche 2,7 fois plus souvent des hommes que des femmes (CH: 2,5 fois) et les cas d'insuffisance cardiaque ainsi que les attaques cérébrales concernent environ trois hommes pour deux femmes (insuffisance cardiaque: GE: 1,7 et CH: 1,5; attaque cérébrale: GE: 1,6 et CH: 1,5).

²³ Pour la standardisation adoptée, voir note 15.

Evolution de la prévalence standardisée de certains diagnostics, moyenne sur 5 ans, canton de Genève et Suisse, 2005–2012

Fig. 2.15



Afin de lisser les fluctuations enregistrées annuellement, on se réfère à la prévalence moyenne sur une période de 5 ans. Les données correspondent à la moyenne de l'année indiquée et des quatre années précédentes. (p.ex. 2005=2001–2005).

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux et Statistiques médicales des causes de décès, 2001–2012

© Obsan 2015

Concernant les diagnostics d'infarctus aigus du myocarde, le nombre total de cas recensés chaque année dans le canton de Genève s'est maintenu à environ 120 diagnostics pour 100'000 habitants entre 2005 et 2012. Au cours de cette période, la prévalence est passée de 150 à 174 cas pour 100'000 habitants dans la moyenne suisse. Il est à noter que depuis 1990, le taux de mortalité par crise cardiaque a baissé dans presque tous les pays de l'OCDE, notamment en raison du recul du tabagisme ainsi que des progrès réalisés dans le traitement de ces pathologies. Si la prévalence des infarctus reste stable, ceux-ci entraîneraient donc moins souvent la mort (OCDE, 2013a)²⁴.

En 2005, le canton de Genève présentait également un nombre de cas d'insuffisance cardiaque nettement inférieur à celui observé en moyenne suisse (GE: 60 cas pour 100'000 habitants; CH: 100 cas). Une tendance à la hausse a depuis été amorcée, dans le canton de Genève dès 2007 et dans la moyenne suisse, dès 2009. Des analyses complémentaires seraient nécessaires afin d'expliquer le taux de croissance du nombre de cas d'insuffisance cardiaque particulièrement saillant dans le canton de Genève (+78% entre 2006 et 2012).

Si en 2012, l'écart avec la moyenne suisse s'est en partie comblé (GE: 105 cas pour 100'000 habitants; CH: 123 cas), le canton de Genève reste le deuxième canton suisse à avoir la prévalence la plus basse d'insuffisances cardiaques.

Finalement, la prévalence des cas d'attaque cérébrale suit une diminution linéaire dans la moyenne suisse (184 cas pour 100'000 habitants en 2005; 172 cas en 2012). Dans le canton de Genève, une légère baisse est également observée entre ces deux périodes (148 cas pour 100'000 habitants en 2005; 141 cas en 2012) mais c'est en 2008 que la prévalence minimum est relevée dans ce canton (129 cas). Ici encore, la mortalité par maladie cérébrovasculaire a diminué de 56,0% en Suisse entre 1990 et 2011. Avec 41 décès pour 100'000 habitants, la Suisse affiche le taux de mortalité le plus bas des pays de l'OCDE (OCDE, 2013a). Ces résultats suggèrent une amélioration de la prise en charge des attaques cérébrales.

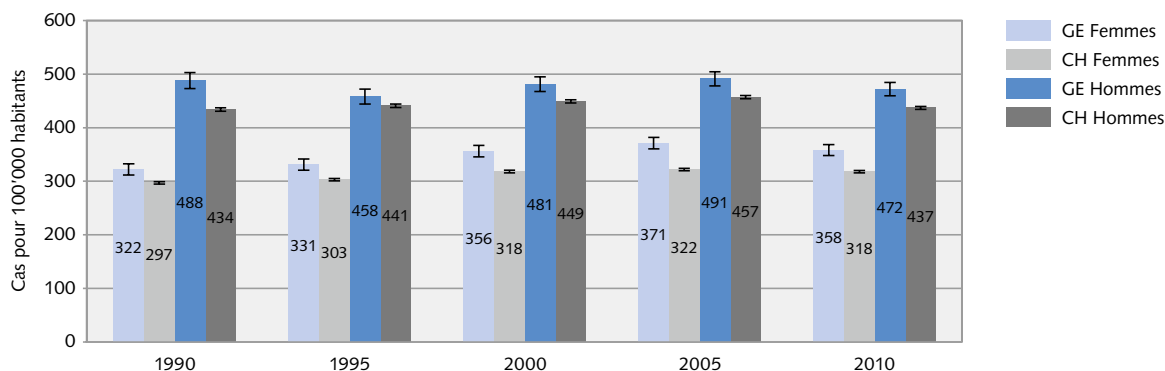
Le terme général de «cancer» s'applique à un grand groupe de maladies pouvant toucher n'importe quelle partie de l'organisme. L'un des traits caractéristiques du cancer est la prolifération rapide de cellules anormales qui, au-delà de leur délimitation habituelle, peuvent envahir des parties adjacentes de l'organisme, puis essaimer dans d'autres organes. Ce processus est la principale cause de décès par cancer (OMS, 2014a).

Selon le registre genevois des tumeurs, l'incidence standardisée par âge (le taux de nouveaux cas) du cancer dans le canton de Genève est en moyenne de 358 nouveaux cas pour 100'000 habitants en 2010 chez les femmes, et de 472 nouveaux cas chez les hommes (Fig. 2.16). Ces valeurs sont légèrement supérieures à celles observées en moyenne suisse (moyenne de 318 nouveaux cas chez les femmes et de 437 chez les hommes en 2010).

Pour les femmes, une hausse significative du nombre de nouveaux cas détectés est observée entre 1990 et 2010, tant dans le canton de Genève qu'en moyenne

²⁴ Entre 2001 et 2006, la mortalité à l'hôpital dans les 30 jours après une admission pour un infarctus du myocarde parmi la population âgée de 45 ans et plus en Suisse est passée de 7,4 à 5,9 décès pour 100 admissions.

Evolution de l'incidence standardisée du cancer,
selon le sexe, moyenne sur 5 ans, canton de Genève et Suisse, 1990–2010 **Fig. 2.16**



Afin de lisser les fluctuations enregistrées annuellement, on se réfère à l'incidence moyenne sur une période de 5 ans. Les données correspondent à la moyenne de l'année indiquée et des quatre années précédentes. (p.ex. 1990 = 1986–1990).

Source: OFS – NICER 1986–2010

© Obsan 2015

suisse (GE: 1990 = 322; 2010 = 358; CH: 1990 = 297; 2010 = 318). Pour les hommes, on observe qu'après une hausse continue du nombre de nouveaux cas détectés en moyenne suisse entre 1990 et 2005, les valeurs pour 2010 se rapprochent de celles de 1990 (environ 435 nouveaux cas par année). Dans le canton de Genève, les données pour les hommes sont plus variables d'une année à l'autre et ne permettent pas de dégager une tendance à la hausse ou à la baisse.

Toujours sur la base des données du registre genevois des tumeurs, on peut relever que pour ce qui concerne le cancer du sein, la forme la plus répandue de cancer chez les femmes, l'incidence a connu une forte augmentation au cours des années 1990 et jusqu'au milieu des années 2000 (en moyenne, de 104 à 149 nouveaux cas par année pour 100'000 habitantes entre 1989 et 2004) puis a diminué au cours des années 2000 (en moyenne 130 nouveaux cas par année pour 100'000 habitantes en 2009)²⁵. Une tendance similaire caractérise l'évolution de l'incidence du cancer de la prostate chez les hommes: (1985–1989: en moyenne 79 nouveaux cas par année pour 100'000 habitants, 137 nouveaux cas en 2004 et 127 nouveaux cas en 2009) (Bouchardy et al., 2012).

2.4.3 Facteurs de risques des maladies cardiovasculaires

Selon la Fondation Suisse de Cardiologie, neuf infarctus du myocarde sur dix sont dus à des facteurs que l'on peut mesurer et contrôler. Il est donc possible de pré-

venir les maladies cardiovasculaires en agissant sur les facteurs de risque évitables, même si d'autres facteurs tels que l'âge, le sexe ou l'hérédité sont irréversibles. Parmi ces facteurs de risque, le tabagisme, une mauvaise alimentation, le surpoids ou un manque d'activité physique constituent des risques comportementaux et donc modifiables (voir chapitre 3). Ils peuvent également favoriser l'apparition d'hypertension artérielle, d'un taux de cholestérol trop élevé ou de diabète. Ces différentes maladies constituent elles-mêmes des facteurs de risques des maladies cardiovasculaires. En suivant leur évolution temporelle ainsi que les caractéristiques des personnes touchées, il est donc possible d'évaluer l'exposition de la population aux risques cardiovasculaires.

Augmentation de l'hypertension artérielle et d'un taux de cholestérol trop élevé, diabète en hausse chez l'homme

Entre 2002 et 2012, la part de la population genevoise souffrant d'hypertension artérielle est passée de 14,1% à 19,1% (CH: de 14,8% à 18,8%) et celle ayant un taux de cholestérol trop élevé de 12,0% à 16,5% (CH: de 8,3% à 11,9%) (A-2.6). Pour le taux de cholestérol, il est possible que la hausse observée résulte en partie de l'évolution à la baisse du seuil à partir duquel il est considéré qu'un taux de cholestérol est trop élevé. A l'échelle de la Suisse, ces deux évolutions haussières sont significatives. A travers le temps, les hommes restent un peu plus souvent touchés par ces deux maladies que les femmes (différence non significative dans le canton de Genève) (Fig. 2.17).

²⁵ Les données concernant l'incidence des cancers du sein et de la prostate dans le canton de Genève sont standardisées sur la base de la structure de la population européenne.

Entre 2007 et 2012, alors que la population féminine genevoise souffrant de diabète s'est maintenue autour de 2%, la prévalence chez les hommes est passée de 4,9% à 8,4%. Cette hausse est significative à l'échelle de la Suisse mais elle y est moins marquée (passage de 4,1% à 5,6%). Il est à noter que ces différents facteurs de risque sont d'autant plus susceptibles de déboucher sur des accidents cardiovasculaires lorsqu'ils sont réunis et associés à un surpoids. On parle alors de syndrome métabolique (Fondation Suisse de Cardiologie, 2014a).

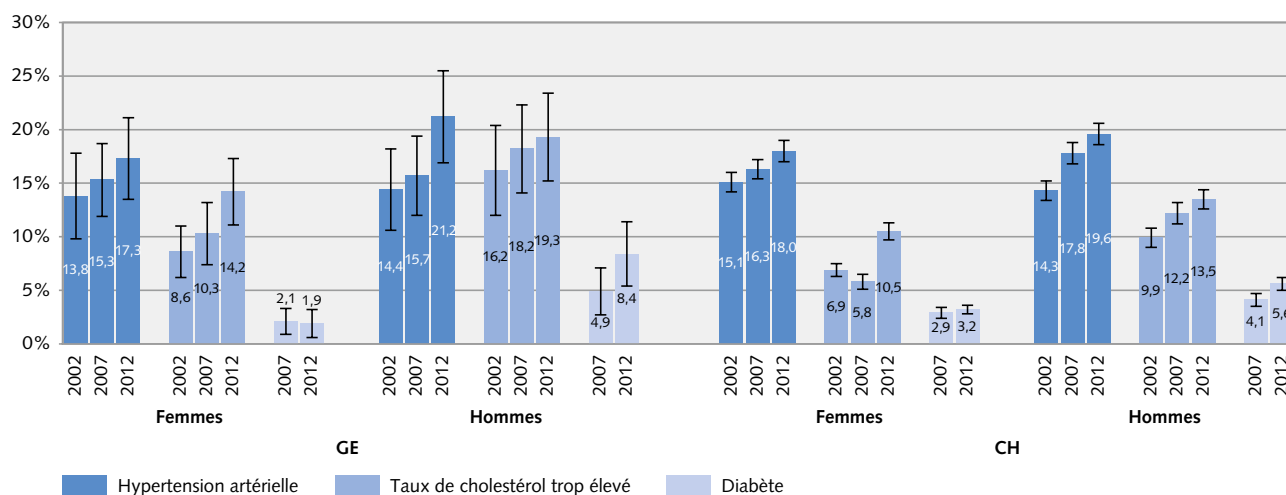
Au niveau suisse, les femmes les plus formées présentent moins souvent chacun de ces trois facteurs de risque. L'effet de la formation est moins systématique chez les hommes où il ne se vérifie seulement que pour le dia-

bète (Fig. 2.18). Il a déjà été mis en évidence dans la littérature que la relation entre le niveau de formation et la prévalence de maladies cardiovasculaires serait plus forte chez les femmes que chez les hommes. Cette différence tiendrait aux comportements de santé distincts des deux sexes selon le niveau de formation (Laaksonen et al., 2008).

La prévalence de l'hypertension artérielle, d'un taux de cholestérol trop élevé et du diabète est fortement corrélée au niveau de surpoids. Plus précisément, c'est la mesure du tour de taille qui est considérée comme déterminante. Un tour de taille supérieur à 88 centimètres chez les femmes et à 102 centimètres chez les hommes constituerait en effet un risque accru de maladie cardiovasculaire (Fondation Suisse de Cardiologie, 2014b). La

Evolution des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires, selon le sexe, canton de Genève, et Suisse, 2002–2012

Fig. 2.17



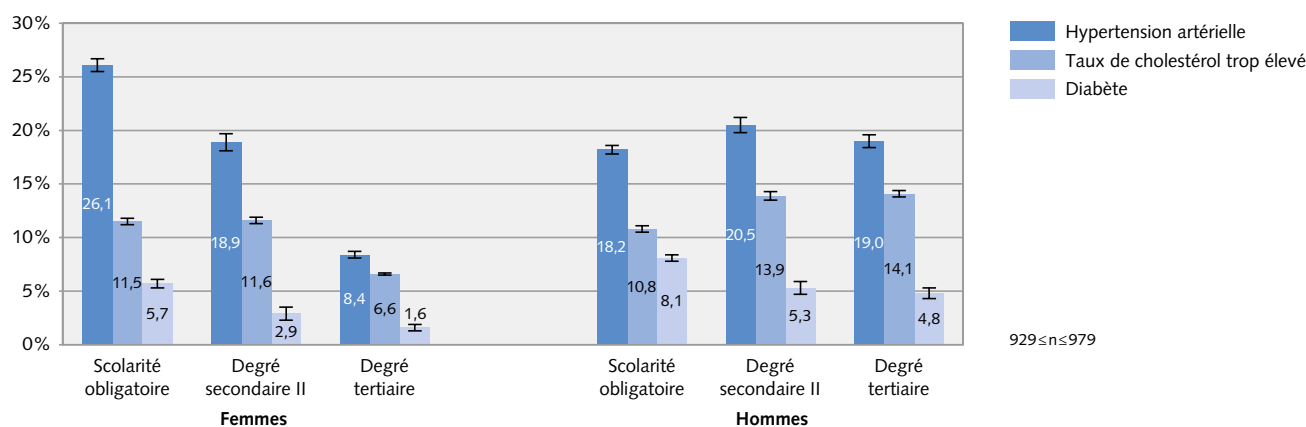
917 ≤ n ≤ 1115 (GE), 16'377 ≤ n ≤ 20'859 (CH)
 Les données sur le diabète ne sont pas disponibles pour 2002.

Source: OFS – Enquêtes suisses sur la santé 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Facteurs de risque des maladies cardiovasculaires, selon le sexe et la formation, Suisse, 2012

Fig. 2.18



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

surcharge pondérale et l'obésité sont ici définies en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC) calculé sur la base des données auto-reportées (voir point 3.1).

Ainsi, les Genevois en situation d'obésité sont 3,6 fois plus souvent confrontés à de l'hypertension artérielle que ceux ayant un poids normal (Fig. 2.19). Ils sont également 2,7 fois plus souvent marqués par un taux de cholestérol élevé et 7,3 fois plus souvent touchés par le diabète. Pour l'hypertension artérielle et le cholestérol, le risque augmente le plus en passant d'un poids normal à un état de surcharge pondérale. C'est par contre le passage de l'état de surcharge pondérale à celui d'obésité qui fait augmenter le plus rapidement le risque de diabète.

2.4.4 Multimorbidité

La définition la plus souvent utilisée de la multimorbidité est le fait d'avoir en même temps deux maladies chroniques ou plus (Bopp & Holzer, 2012). Avec le vieillissement de la population, il est à prévoir que le nombre de malades multimorbides augmente à l'avenir. Cette progression de la multimorbidité contribue à mettre sous pression les systèmes de soins des pays occidentaux, lesquels sont habituellement plutôt organisés autour du traitement de maladies isolées. Le fait que différentes maladies soient traitées par plusieurs spécialistes engendre alors le risque que se produisent des problèmes de communication ou des erreurs de traitement, par exemple en lien avec les interactions possibles entre différentes médications (Moreau-Gruet, 2013a; Wolff et al., 2002). Ces problèmes peuvent être source de désagréments, voire de dangers pour le patient. Le recours au concept de multimorbidité s'inscrit donc dans une approche globale et holistique du patient (Plossu, 2011).

La moitié des habitants du canton de Genève souffre d'au moins une maladie chronique. Parmi eux, les deux tiers déclarent au moins deux maladies chroniques

Dans l'ensemble, 31,4% des Genevoises et Genevois souffrent d'une maladie chronique et 18,1% de deux maladies chroniques ou plus (Fig. 2.20). Ces valeurs sont plus élevées que dans la moyenne suisse (respectivement 27,4% (différence non significative) et 13,0% (différence significative)). Les femmes sont plus souvent affectées par les maladies chroniques. Cette différence, significative à l'échelle de la Suisse, apparaît tant chez les patients souffrant d'une maladie chronique que chez les patients multimorbides.

La prévalence des maladies chroniques, soit la part de la population présentant une ou plusieurs maladies chroniques, est également fortement liée à l'âge. Dans le canton de Genève toutefois, ce gradient d'âge n'apparaît que pour les cas de multimorbidité et non dans la part de personnes ne faisant mention que d'une maladie chronique. La part de personnes multimorbides passe ainsi de 6,3% dans la classe d'âge des 15 à 34 ans à 37,3% de la classe d'âge des 65 ans et plus.

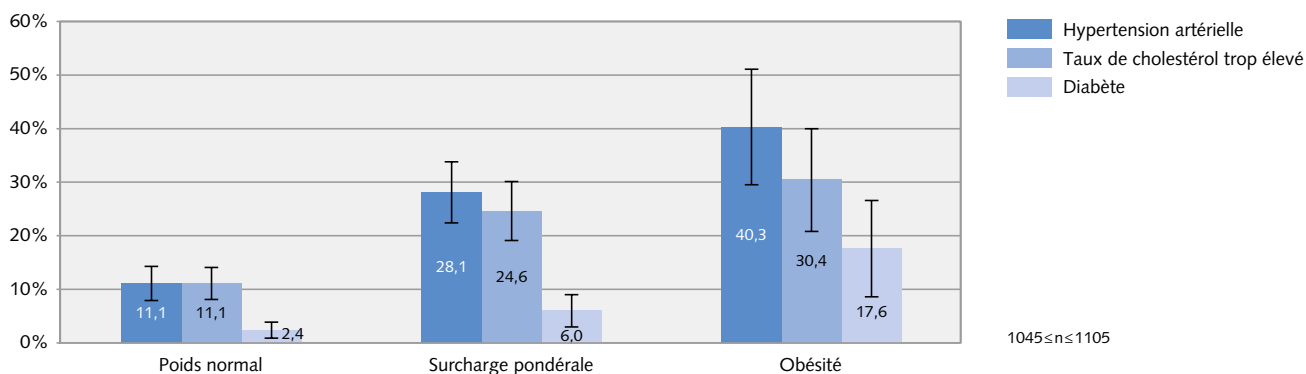
Dans la moyenne suisse, il apparaît que les personnes ayant un diplôme du degré tertiaire ont moins souvent plusieurs maladies chroniques que celles n'ayant pas de formation post-obligatoire. Par contre, la prévalence des maladies chroniques individuelles reste stable pour les différents niveaux de formation. Pour le canton de Genève, les différences ne sont pas significatives.

2.4.5 Accidents et chutes

Les accidents, professionnels et non-professionnels constituent un enjeu important de santé publique. Ils peuvent engendrer des souffrances physiques et

Facteurs de risque des maladies cardiovasculaires, selon le poids, canton de Genève, 2012

Fig. 2.19

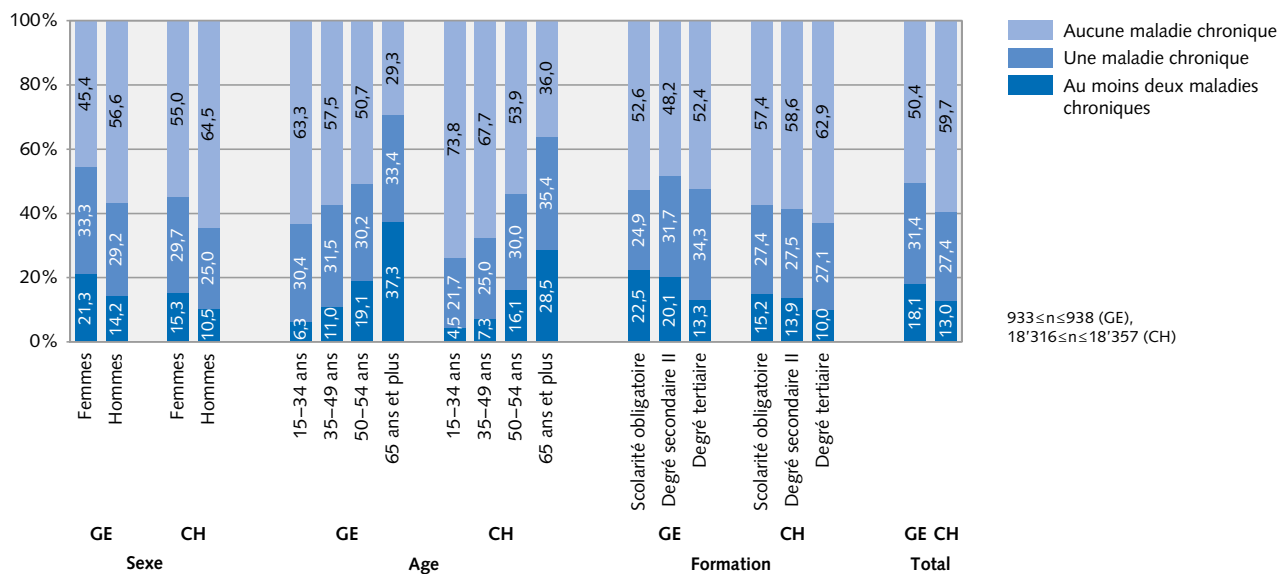


Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

Multimorbidité, selon le sexe, l'âge et la formation, canton de Genève et Suisse, 2012

Fig. 2.20



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

psychiques et peuvent également occasionner des coûts matériels importants. Pour l'ensemble de la Suisse, les assureurs-accidents ont enregistré en 2013 800'422 nouveaux cas d'accident²⁶ (SUVA, 2014). Au total, le Bureau de prévention des accidents estime à plus d'un million (1066'310) le nombre d'accidents non professionnels qui se sont produits en 2011, la plupart (96%) n'entraînant que des blessures légères ou moyennement graves (BPA, 2014).

Après avoir dressé un tableau général des caractéristiques des accidents rapportés par la population genevoise, le point 2.4.5 porte plus spécifiquement sur les chutes des personnes de 65 ans et plus, un type d'accident particulièrement fréquent chez les personnes appartenant à cette classe d'âge et considéré comme un marqueur de fragilité (Desbaillet, 2010).

Jusqu'à 64 ans, les hommes sont plus souvent victimes d'accidents que les femmes

Depuis 1992, le pourcentage de Genevoises et de Genevois ayant eu un accident au cours des douze derniers mois s'est maintenu entre 15,7% et 18,8% (données non représentées). Cette constance correspond aux statistiques disponibles concernant le nombre d'assurés

LAA (assurance accidents et maladies professionnelles) blessés, lesquelles indiquent une tendance à la baisse du taux d'accidents de la circulation routière ainsi que dans le domaine «habitat et loisirs» mais une hausse des accidents liés au sport (au total, 124 blessés pour 1000 assurés en 1990 et 120 en 2012) (BPA, 2014).

De manière générale, les hommes sont plus souvent victimes d'un accident que les femmes: dans le canton de Genève, 15,1% des femmes rapportent au moins un accident dans les douze mois précédant l'enquête contre 23,1% des hommes (données non représentées). Les différences d'accidentalité entre femmes et hommes apparaissent également à travers les domaines auxquels sont liés ces accidents (Fig. 2.21). Les sports et jeux sont le premier domaine d'accidents, tant chez les femmes que chez les hommes mais avec une plus grande importance chez ces derniers. Selon le Bureau de prévention des accidents (BPA, 2014), le football est le sport où les accidents se produisent le plus souvent. On recensait en 2011 une moyenne de 180 blessés pour 100'000 heures de sport mais il s'agit dans la grande majorité des cas de blessés légers. Les accidents se produisent moins souvent chez les personnes pratiquant le ski alpin (46 blessés pour 100'000 heures de sport) mais il s'agit plus souvent d'accidents entraînant des blessures moyennement graves ou graves. Le second domaine dans lequel des accidents sont le plus souvent rapportés dans le cadre de l'ESS est celui du domicile et du jardin (dans le canton de Genève, 5,2% des femmes et 6,7% des hommes).

²⁶ Sur ces 800'422 nouveaux cas d'accidents, 516'730 étaient des accidents non professionnels, 268'924 des accidents professionnels et 14'775 des accidents de demandeurs d'emploi.

Finalement, les hommes sont tout de même près de deux fois plus souvent que les femmes victimes d'accidents liés à la circulation ou au travail dans le canton de Genève (différence significative en moyenne suisse).

Bien que les accidents de circulation ne constituent qu'une minorité des cas, ils entraînent tout de même des blessures graves dans 19,0% des cas et conduisent à la mort dans 1,0% des cas (BPA, 2014). On peut encore mentionner le fait que le risque que se produise un accident lié au sport diminue avec l'âge, que les accidents de circulation sont environ trois fois plus fréquents chez les personnes âgées de 15 à 49 ans que chez celles de 50 ans et plus mais qu'à l'inverse, les accidents au domicile ou au jardin sont plus de deux fois plus fréquents chez les personnes âgées de 50 ans et plus (données non représentées).

Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, les chutes constituent la principale source d'accidents, environ 90% selon une étude de l'OFSP (von Greyerz et al., 2004). Les chutes peuvent constituer un événement grave dans la vie des personnes âgées. Outre les lésions physiques susceptibles d'engendrer une perte d'indépendance fonctionnelle, il faut aussi tenir compte du traumatisme psychologique lié à la peur de rechuter. De plus, les chutes augmentent les risques de placement en institution (Becker & Rapp, 2011; Desbaillet, 2010; Notari & Jordan, 2012; Rochat et al., 2006). Les chutes et encore plus leur répétition, sont notamment associées à des dif-

ficultés à marcher, au besoin d'aide à la marche, à des vertiges, à la maladie de Parkinson ainsi qu'à l'usage de médicaments antiépileptiques (Deandrea et al., 2010).

Le risque de chute augmente fortement avec l'âge

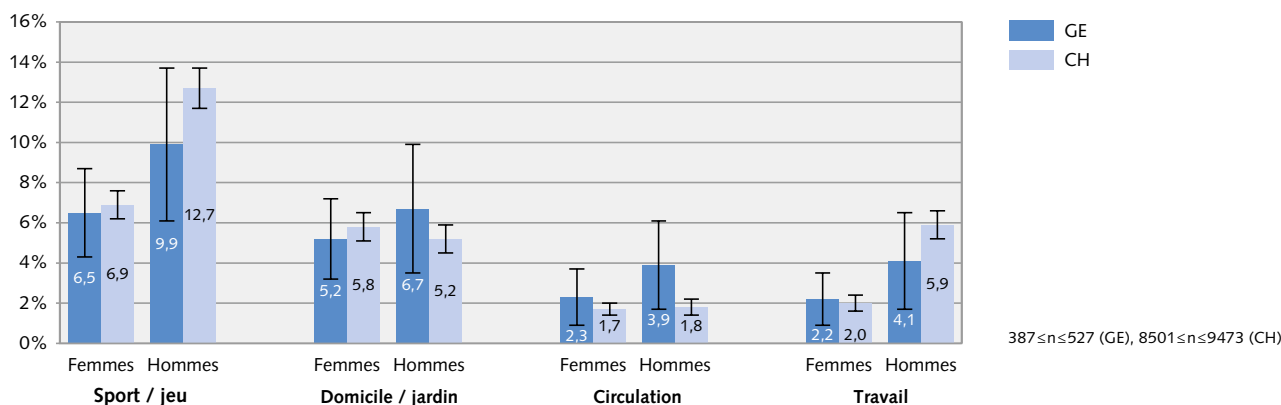
En 2012, plus d'un quart (26,7%) des Genevoises et Genevois âgés de 65 ans et plus ont chuté dans les douze mois précédant l'enquête (Fig. 2.22). Cela représente une augmentation de près de cinq points de pourcentage par rapport à 2002 (21,9%). Cette hausse est significative à l'échelle de la Suisse (2002: 20,9%; 2012: 25,2%), bien qu'elle soit légèrement moins marquée. Elle peut notamment être liée au vieillissement de la population au sein même de la classe d'âge des 65 ans et plus, étant donné que la fréquence des chutes augmente avec l'âge. Selon le Bureau de prévention des accidents²⁷, près de la moitié de ces chutes se produisent au sein de l'habitat privé (souvent dans le salon et la chambre à coucher) et environ un quart, sur une infrastructure publique (principalement sur des chemins pour piétons ou trottoirs) (BPA, 2014).

Dans le canton de Genève comme dans la moyenne suisse, les femmes sont plus souvent victimes de chute que les hommes. Cette différence peut notamment être due à l'âge plus avancé des femmes interrogées.

La figure 2.23 met en relation la fréquence des chutes avec un certain nombre d'indicateurs de santé. Ceux-ci

Personnes victimes d'un accident, selon le sexe et le type d'accident, canton de Genève et Suisse, 2012 (au cours des douze derniers mois)

Fig. 2.21



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

²⁷ Les données du BPA sont des extrapolations et correspondent aux données moyennes pour 2007–2011. Au total, une moyenne de 81'230 chutes par année auraient eu lieu chez les personnes de 65 ans et plus entre 2007 et 2011 (établissements de séjour compris).

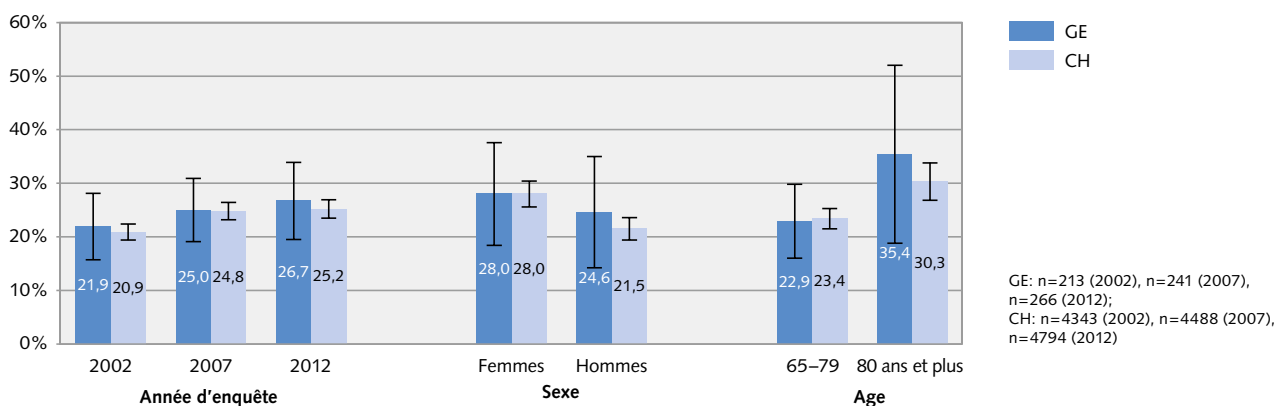
peuvent d'une part être considérés comme des facteurs de risque. Par exemple, une personne affectée par certains problèmes de santé de longue durée entravant sa mobilité sera plus sujette aux risques de chutes. D'autre part, une chute peut être source de handicaps et occasionner des limitations fonctionnelles. Elle peut également générer une perte de confiance qui se reflète à travers un moins bon état de santé auto-évalué.

Parmi les indicateurs passés en revue, c'est le fait de se voir limité dans les activités que les gens font habituellement qui est le plus souvent associé aux chutes dans le canton de Genève (37,3%). Les personnes qui ne sont pas confrontées à de telles limitations sont pour

leur part environ deux fois moins souvent victimes de chutes (20,0%, différence significative). Environ un tiers (31,2%) des personnes ayant des problèmes de santé de longue durée ont chuté contre moins d'un quart (23,9%) de celles ne faisant pas mention de tels problèmes. Les habitants du canton de Genève âgés de 65 ans et plus ayant un état de santé auto-évalué (très) mauvais ou assez bon ont aussi été plus souvent victimes d'une chute (29,0%) que ceux déclarant un (très) bon état de santé auto-évalué (25,2%). Pour ces deux derniers indicateurs, les différences observées ne sont pas significatives dans le canton de Genève mais elles le sont à l'échelle de la Suisse.

Evolution et part de personnes de 65 ans et plus victimes d'une chute, selon le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, 2002–2012 (au cours des douze derniers mois)

Fig. 2.22

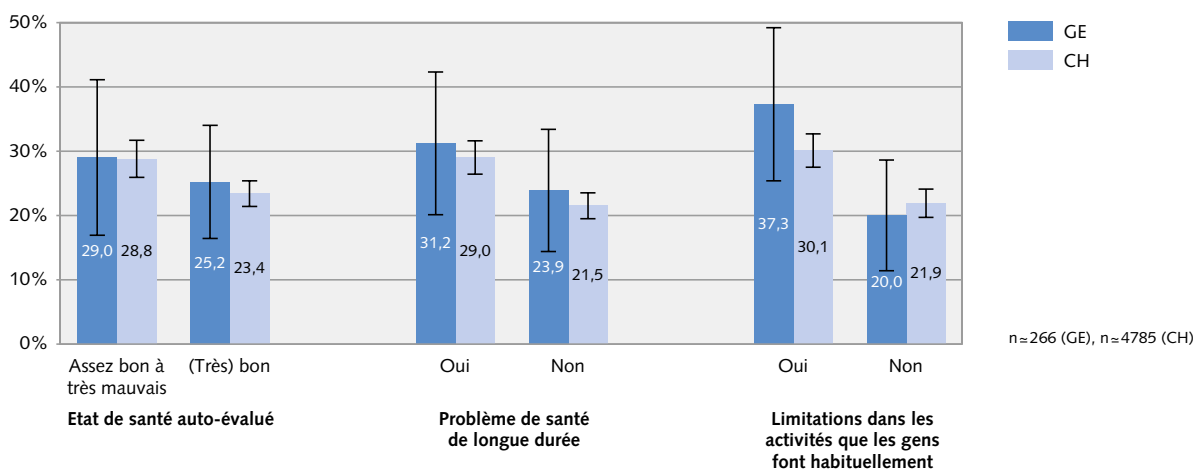


Source: OFS – Enquêtes suisses sur la santé 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Personnes de 65 ans et plus victimes d'une chute, selon différents indicateurs de santé, canton de Genève et Suisse, 2012 (au cours des douze derniers mois)

Fig. 2.23



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

2.5 Santé psychique

La santé psychique constitue une dimension essentielle du bien-être de l'individu. L'OMS estime que dans la région européenne, 27% de la population adulte (âgée de 18 à 65 ans) a souffert d'au moins un désordre de santé mentale au cours de l'année précédente (ceux-ci comprennent les problèmes de toxicomanie, la psychose, la dépression, l'anxiété et les troubles alimentaires) (OMS, 2014b; Wittchen & Jacobi, 2005). Ces troubles constituent également un important enjeu financier pour les systèmes de santé. Il a par exemple été calculé qu'en France, l'ensemble des coûts (directs et indirects) liés aux maladies mentales correspondent à 2,3% du PIB et au Canada, ces coûts atteindraient 4,4% du PIB (OECD, 2014). Se pose également la question de la disponibilité et de l'accès à un personnel de santé qualifié. Le thème de la santé psychique va toutefois au-delà de la seule présence ou absence de troubles ou de handicaps mentaux. Dans une acception plus large, il s'agit pour un individu d'être en mesure de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et de contribuer à la vie de sa communauté (OMS, 2014b).

Le point 2.5 aborde divers aspects de la santé psychique de la population genevoise en comparaison avec la Suisse dans son ensemble. Premièrement, la mesure de l'énergie et de la vitalité est analysée en tant qu'indicateur positif de la santé psychique (2.5.1). Ensuite, celle-ci est examinée et discutée à travers un indicateur des problèmes psychiques (2.5.2) ainsi qu'à travers la fréquence des symptômes dépressifs (2.5.3).

2.5.1 Energie et vitalité

L'échelle de vitalité est un indicateur générique de l'état de santé psychique de la population. Il est considéré comme un instrument solide permettant de mener une évaluation du bien-être psychologique. Pour construire cet indicateur, on compile les évaluations faites par les répondants quant à leur l'état de vitalité, d'énergie, d'épuisement et de fatigue²⁸. On distingue alors ceux ayant une énergie et vitalité forte, moyenne ou faible (Lavikainen et al., 2006).

²⁸ Pour chacun des quatre états psychiques proposés (plein de vitalité, plein d'énergie, épuisé, fatigué), les répondants peuvent indiquer les fréquences suivantes: tout le temps, la plupart du temps, parfois, rarement et jamais. Des valeurs sont attribuées à chacun de ces choix de réponse et les scores obtenus répartis en trois catégories (énergie et vitalité forte, moyenne ou faible).

Le sentiment d'énergie et de vitalité est fortement lié aux limitations fonctionnelles ainsi qu'au sentiment de maîtrise de la vie

Dans le canton de Genève, plus de la moitié de la population (53,6%) présente une forte énergie et vitalité (Fig. 2.24). Celle-ci est considérée comme moyenne pour environ un cinquième (20,5%) des Genevoises et Genevois et comme faible pour un peu plus d'un quart d'entre eux (25,9%). Dans la moyenne suisse, une forte énergie et vitalité est un peu plus fréquente (59,5%) avec par conséquent une plus faible part de la population dont l'énergie et la vitalité sont moyennes (17,6%) ou faibles (22,9%) (A-2.8). En comparant les résultats du canton de Genève à ceux de la moyenne suisse, il faut toutefois garder à l'esprit que la population romande et tessinoise présente généralement une santé psychique moins favorable que celle des Alémaniques (Obsan, 2006, 2011). La part de personnes ayant une forte énergie et vitalité dans le canton de Genève en 2012 correspond en fait exactement à la moyenne observée pour la Suisse romande (53,6%) (A-2.8).

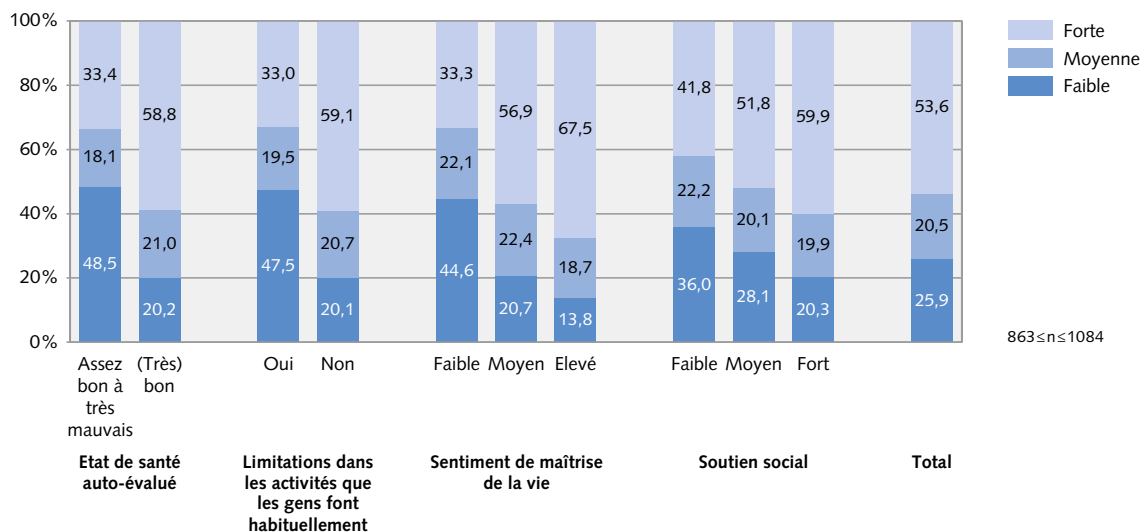
Comme cet indicateur figure dans l'ESS pour la première fois en 2012, il n'est pas possible d'en saisir l'évolution temporelle. On peut toutefois mentionner que selon les données récoltées dans le cadre du Panel suisse des ménages, il est fait état d'un net recul entre 2004 et 2009 de la part de personnes qui se sentent très souvent optimistes, pleines de force et d'énergie²⁹, cette évolution pouvant être mise en relation avec les effets de la crise économique mondiale survenue en 2008 (Schuler & Burla, 2012).

L'indicateur «énergie et vitalité» s'avère être étroitement lié à d'autres indicateurs de la santé physique, psychique et sociale. Près de la moitié (47,5%) des Genevoises et Genevois limités dans leurs activités de la vie quotidienne ont un faible score sur l'échelle de vitalité contre seulement un cinquième (20,1%) des personnes n'éprouvant pas de telles limitations (Fig. 2.24). La relation entre l'énergie et la vitalité et l'état de santé auto-évalué est du même ordre: près de la moitié (48,5%) des personnes déclarant un état de santé auto-évalué assez bon à très mauvais ont un faible score sur l'échelle de vitalité contre un cinquième des individus ayant un (très) bon état de santé auto-évalué (20,2%). L'indicateur d'énergie et vitalité est également corrélié au sentiment de maîtrise de la vie ainsi qu'à la force

²⁹ Entre 2004 et 2009, la part de personnes en Suisse se sentant très souvent optimistes, pleines de force et d'énergie est passée de 27,7% à 17,7%.

Energie et vitalité,
selon différents indicateurs de santé, canton de Genève, 2012

Fig. 2.24



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

du soutien social, lesquels constituent des ressources psychosociales bénéfiques pour la santé (voir 2.6.1 et 2.6.2).

2.5.2 Problèmes psychiques

Les problèmes psychiques ont été mesurés à l'aide de l'indice de santé mentale MHI-5 (Five-item Mental Health Index) (OFS, 2014d)³⁰. Dans le canton de Genève, 76,9% des habitants ne présentent que peu ou pas de problèmes psychiques, indiquant plutôt une bonne santé psychique (Fig. 2.25). Les répondants sont 17,0% à indiquer des problèmes psychiques moyens et 6,1% d'entre eux présentent un niveau élevé de problèmes psychiques. S'il n'est pas possible de formuler un diagnostic clinique à partir de ces résultats, on considère néanmoins que des problèmes psychiques moyens correspondent à des troubles psychiques probables et que des problèmes psychiques importants correspondent à des troubles psychiques hautement probables.

Les problèmes psychiques et les symptômes dépressifs sont plus fréquents chez les femmes et chez les personnes n'ayant pas de formation post-obligatoire

L'importance des problèmes psychiques dépend dans une large mesure du sexe, du niveau de formation ainsi que de la nationalité (suisse ou étrangère). Les femmes connaissent ainsi plus souvent que les hommes des problèmes psychiques moyens ou élevés (femmes: 28,1%; hommes: 16,9%). Le modèle multivarié ci-dessous (Tab. 2.2) confirme que toutes choses égales par ailleurs, les femmes sont effectivement plus de deux fois plus souvent atteintes de problèmes psychiques que les hommes dans le canton de Genève. Ce rapport est largement supérieur à celui observé au niveau suisse, lequel présente déjà une différence significative entre les deux sexes.

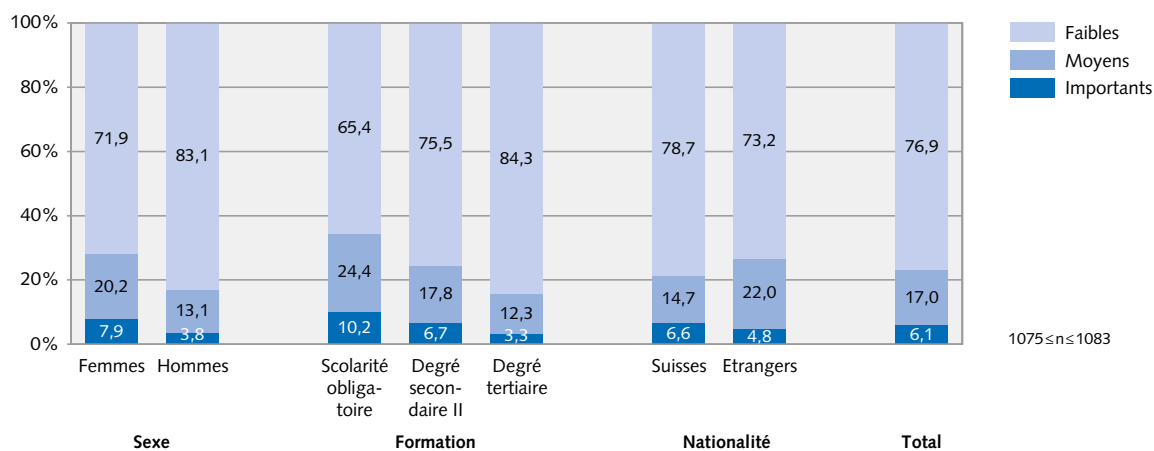
Un gradient lié au niveau de formation apparaît également clairement sur la figure 2.25 ainsi que sur le tableau 2.2. Tant la fréquence des cas de problèmes psychiques moyens qu'élevés diminue à mesure qu'augmente le niveau de formation. Selon le modèle multivarié, les individus du canton de Genève ayant une formation du degré secondaire ou du niveau de la scolarité obligatoire auraient respectivement environ deux et trois fois plus de risques de présenter des problèmes psychiques moyens ou importants que leurs semblables disposant d'une formation du degré tertiaire.

Les résultats à l'échelle de la Suisse indiquent également que les personnes de nationalité étrangère présentent plus souvent que celle de nationalité suisse des problèmes psychiques moyens ou importants. Dans le

³⁰ L'indice de santé mentale MHI-5 correspond au cumul des fréquences des cinq états suivants au cours des quatre semaines précédant l'enquête: se sentir «très nerveux(se)», avoir «le cafard», être «calme et paisible», se sentir «abattu(e) et déprimé(e)» et se sentir «heureux(se)». Il s'étend de 0 à 100 points et est subdivisé en problèmes psychiques importants (de 0 à 52), moyens (de 53 à 72) et faibles (de 73 à 100), cette dernière catégorie tenant compte des personnes n'ayant pas de problèmes psychiques.

Problèmes psychiques,
selon le sexe, la formation et la nationalité, canton de Genève, 2012

Fig. 2.25



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

Tab.2.2 Modèle multivarié de l'impact des variables indépendantes sur le fait de présenter des problèmes psychiques moyens ou importants, canton de Genève et Suisse, 2012

	GE		SR	
	Odds Ratio ¹	sig. ²	Odds Ratio ¹	sig. ²
Sexe (réf. Hommes)	2,2	*	1,4	*
35–49 ans (réf. 15–34)	1,4		1,0	
50–64 ans (réf. 15–34)	1,4		1,2	*
65 ans et plus (réf. 15–34)	0,7		0,9	
Scolarité obligatoire (réf. Degré tertiaire)	3,4	*	1,9	*
Degré secondaire (réf. Degré tertiaire)	1,7	*	1,4	*
Nationalité (réf. Suisses)	1,1		1,5	*
Suisse romande/Tessin (réf. Suisse alémanique)			1,5	*

¹ Interprétation de l'Odds ratio: risques de présenter des problèmes psychiques moyens à élevés par rapport à une catégorie de référence (voir entre parenthèses réf.).

² Significatif (*): Différence significative par rapport à la catégorie de référence (p<0,05).

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé, 2012

© Obsan 2015

canton de Genève, les différences observées ne sont toutefois pas significatives. Il est possible que cela soit dû à la structure par sexe, par âge et par niveau de formation de la population étrangère dans ce canton.

Concernant l'intensité de ces problèmes en fonction de l'âge, seule la catégorie des 50 à 64 ans apparaît au niveau suisse comme présentant des troubles moyens ou importants significativement plus souvent que les personnes de 15 à 34 ans. Dans le canton de Genève, aucune différence significative n'apparaît entre les différentes classes d'âge.

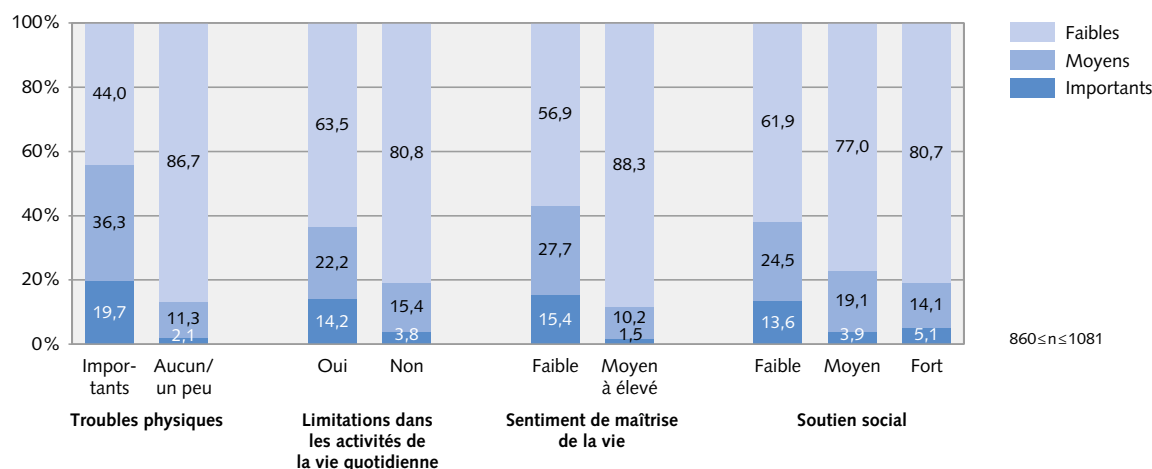
Comme pour l'indicateur de vitalité, la présence de problèmes psychiques est aussi fortement corrélée à différents indicateurs de la santé physique, mentale et sociale

(Fig. 2.26). Par exemple, les personnes affectées par des troubles physiques importants dans le canton de Genève sont plus de quatre fois plus souvent concernées par des problèmes psychiques moyens ou importants (respectivement 56,0% et 13,4%). Ce résultat révèle donc une forte relation entre les dimensions physiques et psychiques de la santé. De la même manière, les troubles psychiques sont plus fréquents chez les personnes limitées dans les activités de la vie quotidienne: 36,4% contre 19,2% chez celles ne rencontrant pas de telles limitations.

La figure 2.26 met également en relation l'existence de problèmes psychiques avec le sentiment de maîtriser sa propre vie. Près de la moitié des personnes chez lesquelles ce sentiment n'est que faiblement développé

Problèmes psychiques,
selon différents indicateurs de santé, canton de Genève, 2012

Fig. 2.26



860 ≤ n ≤ 1081

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

(43,1%) présentent des troubles psychiques moyens ou importants alors que ce n'est le cas que de 11,7% des personnes dont la conviction qu'elles peuvent déterminer le cours de leur propre vie est renforcée.

Comme on peut s'y attendre, les personnes ne bénéficiant que d'un faible soutien social sont également plus souvent affectées par des troubles psychiques moyens et élevés (38,1%) que celles affichant un soutien social moyen ou fort (respectivement 23,0% et 19,2%).

2.5.3 Symptômes dépressifs

En Europe, il est estimé qu'une personne sur quinze souffre de dépression majeure. En incluant l'anxiété et les autres formes de dépression, cet état concerne alors quatre Européens sur quinze (WHO, 2014). Les coûts associés à ces maladies sont particulièrement importants, tant pour l'individu que pour la société (McMahon et al., 2012). Etant donné leur forte prévalence, leur survenance précoce, leur chronicité et les handicaps qui peuvent s'ensuivre, les dépressions sont les maladies neuropsychiatriques les plus coûteuses en Europe et dans le monde (Baer et al., 2013). En 2010, les coûts sociaux des troubles de l'humeur chez les personnes en âge de travailler ont été estimés pour la Suisse à plus de 11 milliards de francs suisses (Tomonaga et al., 2013).

De plus, outre les handicaps et souffrances dans la vie quotidienne liés aux dépressions, celles-ci présentent souvent des comorbidités. Il a par exemple été observé que la probabilité d'être atteint d'un trouble dépressif double pratiquement avec chaque symptôme somatique supplémentaire (Kroenke et al., 1994). Les dépressions

sont également associées à un risque accru de maladie cardiovasculaire et de diabète (Knol et al., 2006; Nemeroff & Goldschmidt-Clermont, 2012) ainsi qu'à un taux de mortalité plus élevé (Schulz et al., 2000).

Afin d'améliorer la détection et la prise en soins précoce de la dépression au sein du canton de Genève, une «Alliance contre la dépression» a été créée avec le soutien de l'OFSP et de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). Cette initiative européenne a été mise en place dans une centaine de régions coopérantes dont dix cantons suisses³¹. Ses actions comprennent notamment la création d'une ligne téléphonique et des mesures ciblées sur la dépression périnatale ainsi qu'auprès des communautés homosexuelles.

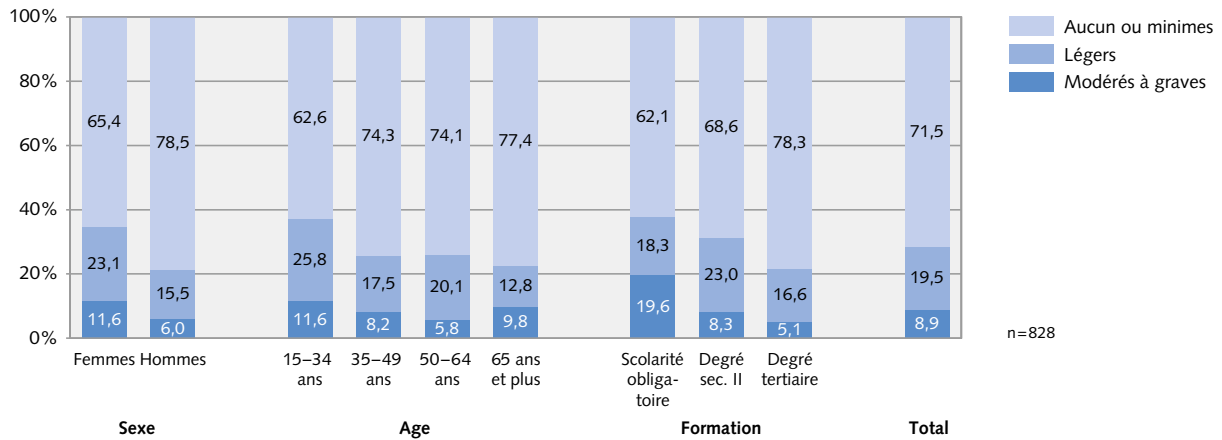
L'indice de dépression majeure (instrument PHQ-9) permet de rendre compte de la fréquence et de la gravité des symptômes dépressifs au sein de la population. Celui-ci se construit en sommant les valeurs des réponses données quant à neuf symptômes dépressifs³². Les résultats de l'ESS ne permettent toutefois pas de formuler un diagnostic clinique concernant l'existence d'une dépression. Pour cela, les répondants devraient consulter

³¹ Plus d'informations sur le site internet du Réseau Santé Psychique Suisse: www.npg-rsp.ch/fr/liens/alliances-suissees-contre-la-depression.html.

³² Les répondants étaient questionnés quant aux problèmes suivants: peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses; être triste, déprimé ou désespéré; difficulté à s'endormir ou à rester endormi; se sentir fatigué ou manquer d'énergie; avoir peu d'appétit, ou manger trop; avoir une mauvaise opinion de soi-même; avoir du mal à se concentrer; bouger ou parler très lentement / être très agité; penser à mourir. Les modalités de réponse étaient: jamais; plusieurs jours; plus de la moitié des jours; presque tous les jours. Des valeurs ont été attribuées à chacun de ces choix de réponse et les scores obtenus répartis en cinq catégories (aucun ou symptômes dépressifs minimes, symptômes dépressifs légers, modérés, modérément graves, graves).

Symptômes dépressifs,
selon le sexe, l'âge et la formation, canton de Genève, 2012

Fig. 2.27



un spécialiste en psychiatrie, lequel serait en mesure d'exclure les causes physiques de la dépression, d'évaluer les situations normales de deuil ainsi que l'historique des épisodes maniaques (Kroenke & Spitzer, 2002). Néanmoins, les données recueillies constituent des indications pertinentes du degré de gravité des symptômes dépressifs. Par ailleurs, ces symptômes ont souvent un impact important sur la qualité de vie, du travail ainsi que sur les compétences relationnelles des personnes concernées.

Dans le canton de Genève, 19,5% (CH: 22,2%) des personnes interrogées présentent en 2012 de légers symptômes dépressifs et 8,9% (CH: 6,5%) des symptômes modérés à graves (Fig. 2.27). Si des différences de résultats entre les sexes sont observées, seule la part de femmes ne présentant aucun ou de minimes symptômes dépressifs (65,4%) est significativement plus faible que celle des hommes (78,5%) dans le canton de Genève. La littérature rend souvent compte de la plus grande prévalence de dépressions majeures chez les femmes. Bien que les mécanismes sous-tendant de telles différences demeurent peu clairs, il est notamment fait mention des facteurs biologiques, psychologiques, génétiques et sociaux (Goodwin & Gotlib, 2004).

Entre 15 et 64 ans, la fréquence des symptômes dépressifs modérés à graves tend à diminuer avec l'âge puisque dans le canton de Genève, ceux-ci concernent environ une personne sur dix de 15 à 34 ans et une personne sur vingt de 50 à 64 ans. La part de personnes concernées par de légers symptômes dépressifs oscille pour sa part entre 17,5% et 25,8% entre ces différentes classes d'âge (différence non significative). Si la part totale de personnes atteintes par des symptômes légers ou modérés à graves diminue encore chez les Genevois

de 65 ans et plus, on observe toutefois une hausse des cas de symptômes modérés à graves au sein de cette classe d'âge.

Il apparaît également que le risque qu'un individu souffre de symptômes dépressifs est plus élevé chez les personnes ayant un niveau de formation moins élevé. Dans le canton de Genève, les symptômes dépressifs modérés à graves touchent près de quatre fois plus souvent les personnes n'ayant pas de formation post-obligatoire (19,6%) que celles ayant une formation du degré tertiaire (5,1%, différence significative). Les études précédentes ont également montré que chez les jeunes, la dépressivité varie peu selon le niveau de formation mais que ce facteur joue un rôle considérable chez les personnes âgées (Baer et al., 2013). Le chômage, l'endettement et l'exclusion sociale constituent d'autres facteurs de risque pour la dépression (WHO, 2014).

2.6 Ressources en santé

L'état de santé d'une personne dépend également de sa capacité à mobiliser différents types de ressources, notamment personnelles et sociales, de façon à faire face aux événements difficiles de la vie (Antonovsky, 1979). Le point 2.6 explore la prévalence du sentiment de maîtrise de la vie, de soutien social ainsi que des sentiments de solitude au sein de la population suisse et genevoise.

2.6.1 Sentiment de maîtrise de la vie

Les personnes chez qui le sentiment de maîtrise de la vie est fort sont convaincues de pouvoir déterminer le cours de leur propre vie. Celles chez qui ce sentiment est plus faible considèrent plus leur vie comme conditionnée par des facteurs extérieurs, tels que la fatalité, le hasard ou le contrôle d'autres personnes, si bien qu'elles jugent leur propre influence comme mineure à cet égard (Schuler & Burla, 2012). Cette mesure renvoie ainsi à la distinction entre sentiments de contrôle intérieur et extérieur de sa propre vie (Rotter, 1990). Un sentiment de maîtrise élevé est considéré comme une ressource psychosociale bénéfique pour la santé physique et mentale et sert de médiation entre divers facteurs de stress et l'état de santé (Lavikainen et al., 2006). Dans le cadre de l'ESS,

on distingue un niveau de maîtrise bas, moyen ou élevé en fonction des évaluations données par les répondants à quatre affirmations³³.

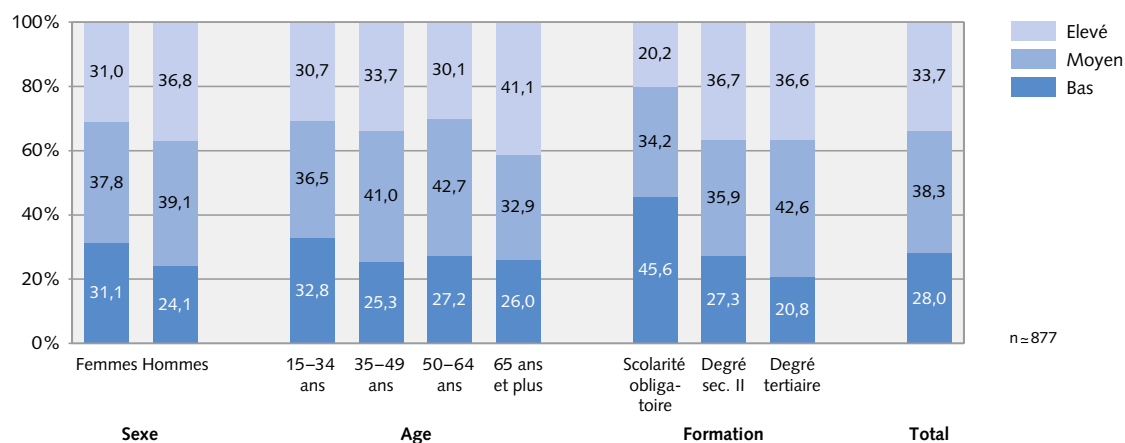
L'indice sur le sentiment de maîtrise de la vie est disponible dans l'ESS depuis 1992 (A-2.10). Dans le canton de Genève, les évolutions de l'indice sur cette période sont trop peu marquées pour que des changements significatifs puissent être observés en 2012³⁴. La tendance observée précédemment concernant la diminution au cours des années 2000 de la part de personnes se sentant très souvent optimistes, pleines de force et d'énergie (voir 2.5.1) ne se retrouve donc pas concernant l'évolution du sentiment de maîtrise de la vie.

En comparaison avec les indicateurs de santé psychique analysés précédemment (voir 2.5), les écarts dans les résultats entre femmes et hommes sont beaucoup plus faibles pour ce qui concerne le sentiment de maîtrise de la vie (Fig. 2.28). Celui-ci peut être qualifié de faible chez 31,1% des femmes du canton de Genève (CH: 22,1%) et chez 24,1% (CH: 19,1%) des hommes. Cette différence, bien que ténue, est significative à l'échelle de la Suisse.

Les résultats pour le canton de Genève suggèrent également que le sentiment de maîtrise de la vie est plus développé chez les personnes âgées de 65 ans et plus avec 41,1% des personnes appartenant à cette classe

Sentiment de maîtrise de la vie,
selon le sexe, l'âge et la formation, canton de Genève, 2012

Fig. 2.28



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

³³ Les répondants étaient questionnés quant aux problèmes suivants: ne pas arriver à surmonter ses problèmes, impression d'être ballotté dans tous les sens, sentiment d'avoir peu de contrôle sur ce qui arrive et se sentir submergé par les problèmes. Les modalités de réponse étaient: tout à fait d'accord, plutôt d'accord, pas vraiment d'accord et pas du tout d'accord. Des valeurs ont été attribuées à chacun de ces choix de réponse et les scores obtenus répartis en trois catégories (niveau de maîtrise bas, moyen et élevé).

³⁴ En 1992, la population interrogée se limite aux 15 à 74 ans.

d'âge affichant un sentiment de maîtrise de la vie élevé contre un peu plus de 30% pour le reste de la population. Cette différence est significative à l'échelle de la Suisse. Parallèlement, les Genevoises et Genevois les plus jeunes affichent un peu plus souvent un sentiment de maîtrise de la vie faible (différence non significative).

Les personnes n'ayant pas de formation post-obligatoire se distinguent particulièrement par une plus grande fréquence d'un faible sentiment de maîtrise de la vie (45,6%) et par un pourcentage plus faible de personnes dont le sentiment de maîtrise de la vie est élevé (différences significatives par rapport aux autres niveaux de formation). Ceux ayant accompli une formation du degré secondaire ou tertiaire présentent des résultats plus semblables, ne différant pas de manière significative.

2.6.2 Soutien social

Si le lien entre soutien social et santé a notamment pu être observé pour le risque de développer des problèmes coronariens et de diabète ou pour la capacité à développer des stratégies d'adaptation face au cancer, les mécanismes selon lesquels le soutien social agit comme une ressource protectrice pour la santé sont à clarifier. On peut notamment mentionner l'hypothèse selon laquelle les personnes dont le soutien social est élevé adopteraient des modes de vie plus sains. Le soutien social peut également être envisagé comme un modérateur des effets délétères d'événements de vie critiques et du stress (Gaumé, 2009)

Dans l'ESS, la mesure du soutien social s'effectue en fonction du nombre de personnes sur lesquelles un individu peut compter en cas de problèmes sérieux, de l'in-

térêt porté par l'entourage aux activités menées et de l'aide reçue de voisins en cas de besoin (Oslo-3, social support scale) (Brevik & Dalgard, 1996). Un score est calculé et catégorisé de façon à qualifier le soutien social de faible, moyen ou fort. Cet indicateur n'est disponible qu'à partir de 2012.

12,9% des habitants du canton de Genève ne bénéficient que d'un soutien social bas et 8,4% souffrent de sentiments de solitude

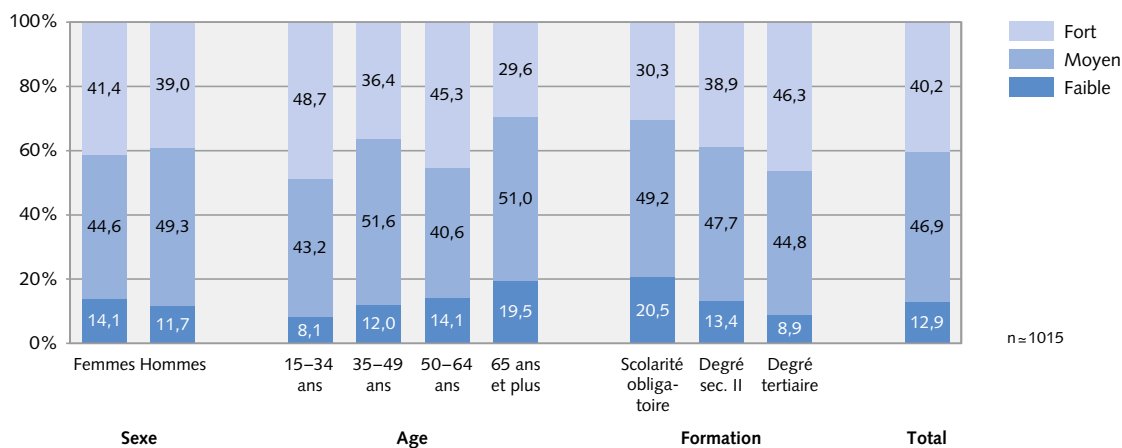
En 2012, 40,2% de la population genevoise affiche un soutien social fort. Pour 46,9% d'entre eux, ce soutien est qualifié de moyen et de faible pour les 12,9% restants (Fig. 2.29). Les résultats des femmes et des hommes sont très proches.

La part de Genevoises et de Genevois ne bénéficiant que d'un faible soutien social tend à augmenter avec l'âge, passant de 8,1% chez les personnes de 15 à 34 ans à 19,5% chez celles âgées de 65 ans et plus. La catégorie des 35 à 49 ans se distingue également en ayant moins souvent un soutien social élevé (36,4%) que les individus des classes d'âge inférieure (48,7%) et supérieure (45,3%) (différence non significative).

Un gradient lié au niveau de formation s'observe également. Par exemple, les personnes dans le canton de Genève, n'ayant pas de formation post-obligatoire ont plus de deux fois plus de risques (20,5%) que celles ayant une formation du degré tertiaire (8,9%) de ne bénéficier que d'un faible soutien social.

Soutien social,
selon le sexe, l'âge et la formation, canton de Genève, 2012

Fig. 2.29

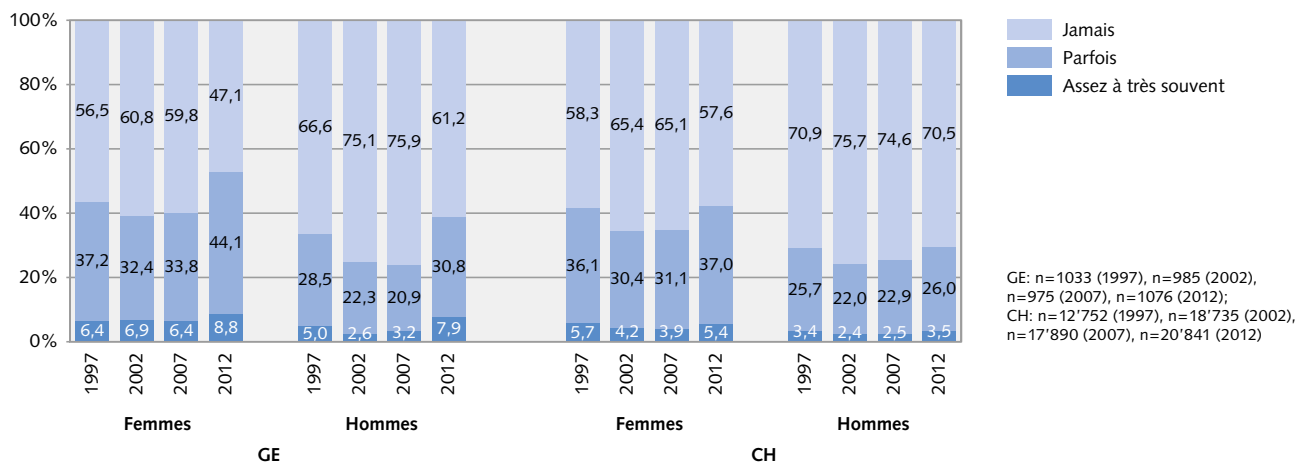


Source: OFS - Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

Evolution des sentiments de solitude,
selon le sexe, canton de Genève et Suisse, 1997–2012

Fig. 2.30



Source: OFS – Enquêtes suisses sur la santé 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

2.6.3 Sentiments de solitude

La prévalence des sentiments de solitude est un autre indicateur du soutien social. De tels sentiments constituent l'expression subjective d'un manque quantitatif ou qualitatif de ressources sociales. Ils ne sont donc pas forcément liés au nombre de contacts sociaux et peuvent refléter un besoin de relations différentes. Quand ils persistent, ces sentiments peuvent avoir de sérieuses conséquences sur la santé et le bien-être des personnes concernées (OFS, 2014f). Dans le cadre de l'ESS, il est demandé aux répondants s'il leur arrive de se sentir seul jamais, parfois, assez souvent ou très souvent. Cette information est récoltée dans l'ESS depuis 1997.

Dans le canton de Genève, la fréquence des sentiments de solitude est restée plutôt stable entre 1997 et 2007 (Fig. 2.30). En 2012 toutefois, la part de Genevoises et de Genevois éprouvant de telles pensées a connu une nette augmentation, surtout pour les personnes indiquant la fréquence «parfois». Cette augmentation de la fréquence des sentiments de solitude se repère également à l'échelle de la Suisse mais de façon moins marquée. Entre 2007 et 2012, la part de personnes se sentant seules parfois à très souvent est passée et de 32,5% à 46,5% dans le canton de Genève et de 30,3% à 36,1% en moyenne suisse (A-2.10).

De manière générale, les femmes sont plus souvent que les hommes sujettes à des sentiments de solitude. A l'échelle de la Suisse, la différence de résultats est significative que ces sentiments soient occasionnels ou plus fréquents. Dans le canton de Genève, seule la fréquence «parfois» est significativement plus souvent mentionnée par les femmes.

A l'échelle de la Suisse et chez les hommes du canton de Genève, la fréquence des sentiments de solitude diminue avec l'âge. Ce résultat diffère de celui obtenu concernant la force du soutien social en fonction de l'âge (voir 2.6.2). La diminution des contacts sociaux n'engendre donc pas nécessairement un état de solitude. Il a d'ailleurs été observé que les sentiments de solitude n'étaient pas tant lié au nombre de relations sociales dans lesquelles est engagé un individu qu'à la satisfaction ressentie concernant son mode de vie (Singh & Misra, 2009). Chez les femmes, qui sont de manière générale plus souvent confrontées à la solitude, la diminution de la fréquence de ce sentiment avec l'âge est moins marquée. Ceci est vrai dans la moyenne suisse alors que dans le canton de Genève, aucune tendance significative ne peut être dégagée (données non représentées).

2.7 Résumé

Etat de santé

Environ 77% des Genevois considèrent que leur état de santé est bon ou très bon. Les personnes plus jeunes ou dont le niveau de formation est plus élevé perçoivent leur état de santé de façon plus favorable. La structure par âge et par niveau de formation de la population explique notamment pourquoi les femmes tendent à avoir une appréciation moins positive de leur état de santé que les hommes. Une caractéristique propre au canton de Genève concerne l'état de santé auto-évalué des personnes de nationalité étrangère, lequel est significativement moins bon que celui des Suisses.

En 2012, 29,1% des habitants du canton de Genève étaient affectés par un problème de santé de longue durée. Pour les personnes concernées, ces problèmes de santé occasionnent bien souvent des limitations dans la conduite des activités de la vie quotidienne: 23,0% des Genevois se disent limités et 4,3% le sont de façon importante. Les personnes les plus âgées sont particulièrement exposées au risque de se voir limitées dans des activités de base surtout si elles sont affectées par une ou plusieurs maladie(s) chronique(s).

Des troubles physiques plus ponctuels peuvent également toucher la population. En 2012, 20,1% des Genevois ont déclaré avoir souffert de troubles physiques importants dans les quatre semaines précédant l'enquête. En 1992, ce pourcentage était de 28,8%. Les troubles les plus répandus ont trait au dos et aux reins ou concernent un sentiment de faiblesse généralisée et de lassitude. Les insomnies ainsi que les douleurs aux épaules et à la nuque sont toutefois les maux les plus souvent mentionnés comme des troubles importants.

En comparaison avec les autres cantons, Genève affiche des résultats relativement favorables pour ce qui concerne les diagnostics de certaines maladies cardiovasculaires. La prévalence de l'infarctus du myocarde y est la plus basse de Suisse (environ 120 nouveaux diagnostics pour 100'000 habitants en 2012) et il s'agit du second canton de Suisse où le nombre de cas d'insuffisance cardiaque est le plus bas (60 nouveaux diagnostics pour 100'000 habitants en 2012). De plus, le canton de Genève recensait en 2012 141 cas d'attaque cérébrale pour 100'000 habitants, contre 172 en moyenne suisse. Ces résultats positifs doivent toutefois être nuancés par le fait que la population genevoise tend à plus souvent présenter des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires tels que l'hypertension artérielle, un taux de cholestérol trop élevé ou du diabète.

Les accidents constituent une autre source d'atteinte à la santé physique de la population. Dans le canton de Genève, 15,1% des femmes et 23,1% des hommes rapportent avoir eu un accident au cours des douze derniers mois. Les individus mentionnent le plus souvent les sports et jeux comme contexte dans lequel l'accident a eu lieu. Pour les personnes âgées de 65 ans et plus, les chutes sont une forme fréquente d'accident: moins d'un quart des personnes âgées de 65 à 79 ans mentionnent un tel évènement et plus d'un tiers de celles âgées de 80 ans et plus.

Les indicateurs «énergie et vitalité», «problèmes psychiques» et «symptômes dépressifs» témoignent généralement d'un bon état de santé psychique de la

population genevoise. Des problèmes psychiques importants et des symptômes dépressifs modérés à graves sont toutefois relevés chez respectivement 6,1% et 8,9% de la population genevoise. On peut notamment relever la plus grande fréquence de symptômes dépressifs modérés à graves dans la classe d'âge des 15 à 34 ans (11,6%). De plus, 25,9% des habitants du canton font état d'une faible énergie et vitalité.

Ces indicateurs sont notamment à mettre en relation avec les ressources psychosociales dont disposent les individus. Par exemple, un sentiment élevé de maîtrise de la vie tout comme un soutien social important peuvent aider à faire face aux évènements difficiles de la vie. Dans le canton de Genève, le sentiment de maîtrise de la vie peut être qualifié de bas pour 28,0% de la population et de moyen pour 38,3%. Le soutien social dont bénéficient les Genevoises et Genevois est considéré comme faible dans 12,9% des cas et comme moyen pour 46,9% des individus.

Mortalité

En 2012, le canton de Genève présente la plus longue espérance de vie féminine et la cinquième plus longue espérance de vie masculine: respectivement 85,5 et 80,9 ans. Pour les personnes ayant déjà atteint l'âge de 65 ans, l'espérance de vie calculée est de 23 ans pour les femmes et de 19,5 ans pour les hommes. Ces valeurs témoignent notamment d'un taux de mortalité inférieur à la moyenne suisse.

En Suisse, la majorité des femmes décèdent après l'âge de 85 ans, le plus souvent en raison de maladies cardiovasculaires. Une part plus importante d'hommes décède entre l'âge de 65 ans et de 84 ans. Pour ces derniers, le cancer est la cause de décès la plus fréquente. Etant donné que les cancers sont une importante cause de décès pour les personnes de moins de 65 ans, il s'agit également de la cause ayant l'impact le plus fort sur le nombre d'années potentielles de vie perdue (APVP): 45,8% du nombre d'APVP pour les femmes et de 28,5% chez les hommes. La seconde cause du nombre d'APVP est ensuite le décès en lien avec le système cardiovasculaire (11,6% chez les femmes et 16,0% chez les hommes).

3 Attitudes et comportements pouvant influencer la santé

Dans une approche de santé publique, il est important de suivre l'évolution des comportements individuels ayant une influence positive ou négative sur la santé. Les comportements individuels défavorables à la santé (consommation de tabac, d'alcool, mauvaise alimentation, sédentarité, etc.) exposent à des facteurs de risque responsables de pathologies connues pour être les premières causes de décès dans de nombreux pays.

En effet, dans les pays européens, parmi les huit facteurs de risque les plus importants pour la mortalité, six ont un lien avec le comportement alimentaire et l'activité physique. Il s'agit, par ordre d'importance, de l'hypertension artérielle, du surpoids ou de l'obésité, de l'inactivité physique, de l'hypercholestérolémie, de l'hyperglycémie et d'une consommation insuffisante de fruits et légumes (OMS, 2009). Deux autres facteurs concernant des substances susceptibles d'entraîner une dépendance complètent cette liste: la consommation de tabac (deuxième facteur de risque de mortalité) et la consommation d'alcool (septième facteur de risque). Il est également avéré que les risques encourus sont particulièrement accrus lorsque ces différents facteurs sont combinés (Åkesson et al., 2014). Par ailleurs, il a été observé que la consommation de tabac et d'alcool sont les deux premières causes de perte d'années de vie productives (soit en raison d'une mortalité prématurée, soit pour incapacité), suivies par l'hypertension artérielle (OMS, 2009). Ces facteurs de risque ont donc non seulement un impact sur le taux de mortalité mais ils affectent également l'espérance de vie en bonne santé.

L'hypertension artérielle, un taux de cholestérol trop élevé et le diabète ayant été traités au point 2.4.3, ce chapitre se concentre sur les facteurs de risque comportementaux. Dans un premier temps, les préoccupations des Genevoises et des Genevois pour leur santé sont examinées. Les thèmes du poids corporel, des habitudes alimentaires et de l'activité physique sont ensuite abordés. Dans l'ESS, la corpulence des répondants est évaluée au moyen de l'indice de masse corporelle (Malatesta, 2013) qui met en relation le poids avec la

taille. L'IMC permet de saisir la fréquence des situations de surpoids et d'obésité, lesquelles sont principalement la conséquence d'un déséquilibre entre l'énergie absorbée (par l'alimentation) et l'énergie dépensée (notamment par l'activité physique).

Sont ensuite traitées les consommations de substances psychoactives, c'est-à-dire de produits modifiant l'état de conscience et susceptibles d'entraîner une dépendance. La consommation de tabac dans la population genevoise est d'abord passée en revue, également à travers la question de la «fumée passive», soit l'exposition des non-fumeurs à la fumée d'autres consommateurs. Sont ensuite examinées les consommations d'alcool, de cannabis et de médicaments psychotropes. Le chapitre 3 se termine par une présentation des comportements en lien avec les jeux d'argent et de hasard de la population suisse et genevoise.

3.1 Attention portée à la santé

Contrairement à l'ESS 2007 qui comprenait plusieurs questions sur les compétences de santé, celles-ci ne sont plus investiguées dans l'ESS 2012. La seule question qui donne une idée de l'attitude à l'égard de la santé porte sur l'importance que celle-ci revêt pour la personne interrogée. Il est toutefois considéré que l'attention portée à la santé constitue un indicateur indirect des compétences de santé (Paasche-Orlow & Wolf, 2007). L'intérêt manifesté par les personnes à l'égard de leur santé fournit ainsi une indication utile des comportements susceptibles d'être adoptés en vue de la préserver, par exemple au niveau de l'alimentation, de l'activité physique ou en ayant un dialogue actif avec le médecin lors des consultations. Il est également probable que les personnes manifestant un intérêt pour ce thème soient plus sensibles aux messages de promotion de la santé. Une autre raison pour laquelle certaines personnes peuvent être intéressées par ce sujet est qu'elles sont déjà atteintes dans leur santé. Par ailleurs, une partie de la population peut ne manifester qu'un faible intérêt pour sa santé car

elle est préoccupée par d'autres problèmes qu'elle considère comme prioritaires (logement, emploi, moyens financiers, etc.).

Les personnes interrogées quant à l'importance que revêt la santé pour elles pouvaient choisir l'une des trois réponses suivantes: «Je vis sans me préoccuper particulièrement des conséquences sur mon état de santé» (insouciant), «Mon style de vie est influencé par des considérations relatives au maintien de ma santé» (attentif) et «Des considérations relatives à ma santé déterminent dans une large mesure ma manière de vivre» (très attentif).

Plus des trois quarts des Genevoises et Genevois sont attentifs à leur santé

Dans le canton de Genève, 23,3% des répondants sont «insouciants», 58,2% sont «attentifs» et 18,5% sont «très attentifs» (Fig. 3.1). La part «d'insouciants» est significativement plus élevée dans le canton de Genève qu'au niveau Suisse (CH: 14,4%) alors que ce rapport est inversé pour les «attentifs» (CH: 67,0%). Les parts de personnes «très attentives» sont par contre très proches (CH: 18,6%). De manière générale, les résultats pour le canton de Genève se situent dans la moyenne des cantons romands. Cet indicateur, qui existe depuis 1992, a présenté quelques variations dans le temps sans qu'on ne puisse établir une évolution dans un sens ou dans un autre au niveau du canton de Genève (Annexe, A-3.1). En moyenne suisse, on observe une hausse légère mais néanmoins significative de la part d'insouciants entre 1997 et 2012 (de 12,3% à 14,4%).

Les personnes ayant un niveau de formation moins élevé sont plus souvent insouciantes à l'égard de leur santé

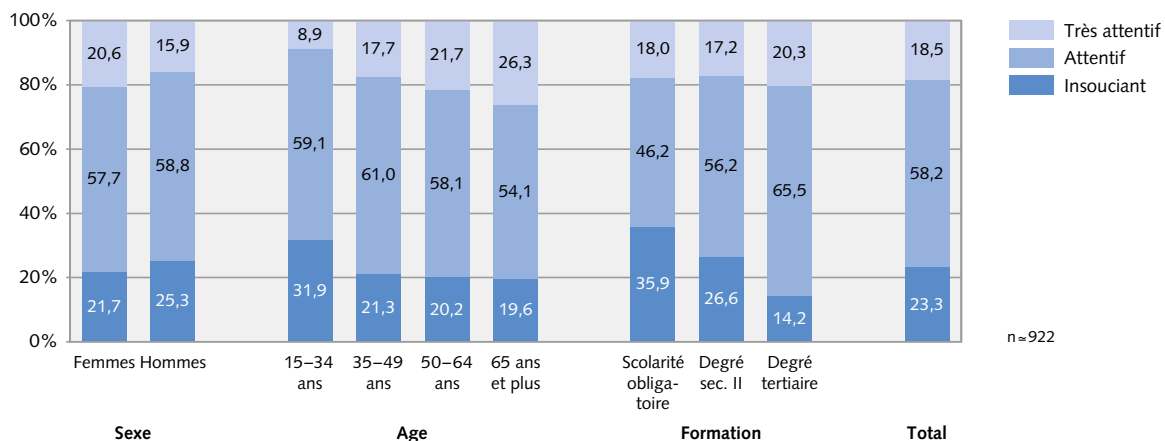
L'attention portée à la santé varie en fonction du sexe, de l'âge et de la formation (Fig. 3.1). Les femmes sont plus fréquemment que les hommes très attentives à leur santé (femmes: 20,6%, hommes: 15,9%). Elles sont par contre moins nombreuses à se déclarer insouciantes par rapport à leur santé (femmes: 21,7%, hommes: 25,3%). Ces différences entre les deux sexes sont significatives au niveau suisse (A-3.1).

Des différences importantes s'observent également en fonction de l'âge: si près d'un tiers des personnes de 34 ans et moins répondent être insouciantes à l'égard de leur santé (31,9%), cette proportion baisse déjà à 21,3% parmi les personnes de 35 à 49 ans et se stabilise à 20% environ dès 50 ans. La part de personnes très attentives suit une évolution inverse significative avec un maximum de 26,3% parmi les personnes de 65 ans et plus et un minimum de 8,9% parmi celles âgées de 15 à 34 ans.

On observe encore un net gradient social entre le niveau de formation et le fait de ne pas se préoccuper de son état de santé: les personnes n'ayant pas de formation post-obligatoire sont plus souvent insouciantes (35,9%) que celles ayant suivi une formation de degré secondaire II (26,6%) qui sont elles-mêmes plus souvent insouciantes que les personnes ayant achevé une formation de niveau tertiaire (14,2%). Le profil «attentif» est également significativement plus fréquent chez les personnes ayant une formation de niveau tertiaire (65,5%) que chez celles ayant un niveau de scolarité obligatoire

Attention portée à la santé,
selon le sexe, l'âge et la formation, canton de Genève, 2012

Fig. 3.1



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

(46,2%). A l'échelle de la Suisse, on observe toutefois que les personnes sans scolarité post-obligatoire présentent plus souvent le profil «très attentif» (24,7%) que celles ayant une formation du degré secondaire II (19,3%) ou du degré tertiaire (14,1%) (A-3.1). Ce résultat apparemment contradictoire s'explique par le fait qu'au sein de la catégorie «scolarité obligatoire» se trouvent des personnes de 15 à 34 ans qui n'ont pas terminé leur formation et des personnes de 65 ans et plus, dont le niveau de formation est plus bas, particulièrement chez les femmes.

Les comportements défavorables à la santé vont de pair avec une plus grande insouciance vis-à-vis de la santé

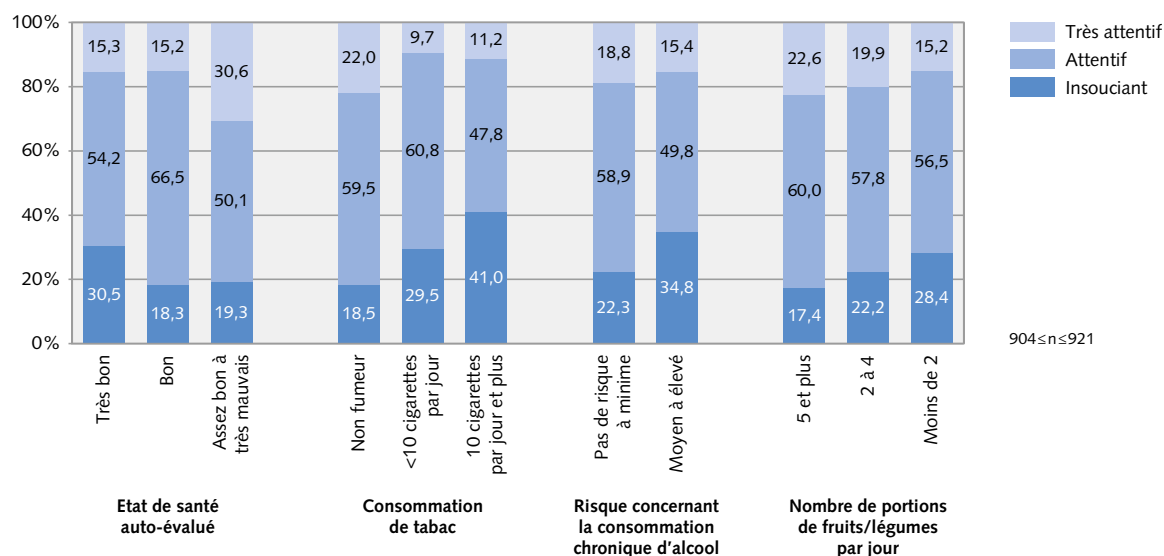
L'état de santé et les comportements qui y sont liés ont des liens avec l'attention portée à la santé (Fig. 3.2). Les personnes qui qualifient leur état de santé d'assez bon à très mauvais y sont significativement plus souvent très attentives (30,6%) que celles qui le qualifient de bon ou de très bon (15,2% et 15,3%). L'attention à la santé serait ainsi plus soutenue lorsque celle-ci est déjà affectée.

Les personnes qui adoptent certains comportements défavorables à la santé sont pour leur part plus nombreuses à ne pas se soucier de leur santé. C'est particu-

lièrement vrai pour ce qui concerne la consommation de tabac, les personnes fumant dix cigarettes et plus par jour étant nettement plus souvent (41,0%) que les non-fumeurs (18,5%) insouciantes par rapport à leur santé. De la même manière, 34,8% des répondants dont la consommation chronique d'alcool présente un risque moyen à élevé ne se soucient pas de leur santé, par rapport à 22,3% des personnes qui ne présentent qu'un risque minime ou pas de risque. Les personnes qui consomment moins de fruits et de légumes sont également plus nombreuses à ne pas se soucier de leur santé, cette proportion s'élevant à 28,4% parmi celles qui en consomment moins de deux portions par jour contre 17,4% pour celles en consommant au moins cinq portions quotidiennes. Ces relations entre comportements et insouciance vis-à-vis de la santé qui apparaissent clairement pour le canton de Genève, sont systématiquement significatives à l'échelle de la Suisse (données non représentées). D'une part, il est possible que certains comportements néfastes pour la santé soient plus facilement initiés lorsqu'un individu ne porte que peu d'attention à sa santé. D'autre part, on peut envisager que l'adoption de ce type de comportement conduise à évacuer les arguments de santé.

Attention portée à la santé,
selon l'état de santé et les comportements, canton de Genève, 2012

Fig. 3.2



Pour la définition de l'«état de santé auto-évalué», voir 2.1.

Risque concernant la consommation d'alcool: pas de risque à minime: ne consomme jamais d'alcool ou moins de 21 grammes par jour pour les femmes et 41 grammes pour les hommes, risque moyen à élevé: consomme chaque jour au moins 21 grammes d'alcool pour les femmes et 41 grammes pour les hommes (voir 3.3.3).

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

3.2 Poids corporel, habitudes alimentaires et activité physique

Dans le cadre des programmes nationaux de prévention, l'OFSP a élaboré un Programme national Alimentation et activité physique (PNAAP) (OFSP, 2013c). Le PNAAP qui a démarré en 2008 pour une durée initiale de quatre ans et qui a ensuite été reconduit jusqu'en 2016, vise à promouvoir l'adoption au sein de la population d'une alimentation équilibrée, ainsi que d'une activité physique régulière. Il s'agit ainsi de lutter efficacement contre le surpoids, l'obésité et les autres maladies non transmissibles liées à ces facteurs.

Le PNAAP se présente également comme une plateforme nationale visant à soutenir les activités existantes telles que la promotion d'un poids corporel sain par Promotion Santé Suisse. Cette campagne se décline notamment en programmes d'action cantonaux. Dans le cadre du plan cantonal de promotion de la santé et de prévention du canton de Genève, c'est le programme «Marchez et mangez malin!» qui a été mis en œuvre entre 2009 et 2012 avant d'être reconduit pour la période 2013–2016. Dans cette deuxième phase, 23 projets ont été mis sur pied pour un public-cible de zéro à 16 ans, en collaboration avec onze partenaires des secteurs public et associatif.

Les résultats de l'ESS qui ne concernent que les personnes âgées de 15 ans et plus ne permettent donc pas d'évaluer l'impact d'un tel programme auprès de sa population-cible (zéro à dix ans pour la première phase allant jusqu'en 2012). Il est toutefois possible de saisir l'évolution de la charge pondérale ainsi que des comportements de la population genevoise en matière d'alimentation et d'activité physique.

3.2.1 Surcharge pondérale

L'excès pondéral consiste en une accumulation excessive de graisse dans le tissu adipeux pouvant avoir des conséquences néfastes pour la santé. La surcharge pondérale apparaît lorsque l'apport énergétique dépasse les besoins. La prévalence du surpoids et de l'obésité a augmenté au cours de la dernière décennie dans le monde (Finucane et al., 2011), particulièrement dans de nombreux pays de l'OCDE (OCDE, 2013b) et constitue désormais un problème de santé publique majeur (OMS, 2000). L'obésité prédispose à de nombreux problèmes de santé tels que l'hypertension, l'hypercholestérolémie, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les affections respiratoires (Humair et al., 2011), les maladies musculo-

squelettiques et certaines formes de cancer (OCDE, 2013b). Une étude sur la population suisse a toutefois démontré que seule l'obésité (et non le surpoids) serait associée à un risque plus élevé de mortalité toutes causes confondues ainsi que de mortalité par maladies cardiovasculaires et par cancer, suggérant que les interventions de santé publique devraient surtout prévenir les personnes ayant un poids normal ou en surpoids de devenir obèses (Faeh et al., 2011).

Les conditions de vie dans les sociétés développées ont diminué les besoins énergétiques. Une revue de littérature systématique a montré que les facteurs environnementaux ayant contribué à l'augmentation de l'obésité dans les pays de l'OCDE sont essentiellement le résultat d'améliorations sur le long terme qui accroissent le bien-être individuel et social (changements dans la nature du travail, des moyens de transports, des moyens de chauffage, etc.). L'«épidémie» d'obésité fait ainsi partie intégrante de développements qui ne peuvent ou ne devraient pas être réversibles (Schmidhauser S. et al., 2009).

L'impact économique du surpoids et de l'obésité est important. En Suisse, les coûts totaux directs et indirects des maladies en lien avec le surpoids et l'obésité étaient estimés à 8 milliards de francs en 2012 (Schneider & Venetz, 2014), contre 5,8 milliards en 2007 (Schneider et al., 2009) et 2,7 milliards en 2002 (Schmid et al., 2005)³⁵. Les coûts directs du surpoids et de l'obésité comprenant les interventions visant à réduire le poids corporel (médicaments, opérations et consultations) se sont élevés à 77 millions de francs en 2012 (47 millions en 2007), soit un pour cent de l'ensemble des coûts. En 2012, environ 4,7 milliards de francs supplémentaires (3,9 milliards en 2007) incombent aux coûts directs des maladies liées au surpoids tels que le diabète ou l'hypertension et 3,3 milliards (1,9 milliard en 2007) aux coûts indirects de ces maladies, comprenant les coûts des décès prématurés ou des pertes de travail.

L'indice de masse corporelle (IMC) qui correspond au rapport entre la masse corporelle et la taille au carré (voir encadré) est l'indicateur auquel il est le plus souvent fait recours afin de saisir les situations de surpoids et d'obésité, notamment en raison de sa facilité de mesure. S'il présente l'inconvénient de ne pas tenir compte de la composition corporelle (par exemple le rapport entre la masse grasse et la masse maigre), il a toutefois été

³⁵ L'augmentation des coûts liés au surpoids et à l'obésité doit toutefois être relativisée par le fait que davantage de pathologies ont été prises en compte dans l'étude de 2014.

démonstré que l'IMC est corrélé au pourcentage de masse grasse, à la morbidité ainsi qu'à la mortalité et qu'il permet de prédire les risques futurs pour la santé des personnes en surpoids (Malatesta, 2013).

Il a été constaté que lorsqu'elles sont auto-reportées, les données d'enquêtes telles que l'ESS tendent à surestimer la taille et à sous-estimer le poids des répondants. Cette distorsion, particulièrement prononcée chez les sujets féminins et plus âgés, peut conduire à une sous-estimation de l'IMC au sein de la population (Faeh et al., 2008). Lors de l'analyse, il est donc utile de garder à l'esprit l'existence d'un tel biais. Mais si les données présentées ci-après tendent à sous-évaluer la prévalence réelle du surpoids et de l'obésité en Suisse, elles n'en demeurent pas moins pertinentes pour rendre compte de l'augmentation de la surcharge pondérale ainsi que pour identifier les groupes de population les plus exposés.

L'indice de masse corporelle (IMC) est défini comme suit:

$$\text{IMC} = (\text{poids corporel en kg}) / (\text{taille en m})^2$$

L'OMS (2000) a défini les catégories suivantes pour les personnes de 18 ans et plus:

Pour un IMC < 18,5 kg/m ² :	insuffisance pondérale
Pour un IMC de 18,5 à < 25 kg/m ² :	poids normal
Pour un IMC de 25 à < 30 kg/m ² :	surcharge pondérale
Pour un IMC de 30 kg/m ² et plus:	obésité (forte surcharge pondérale)

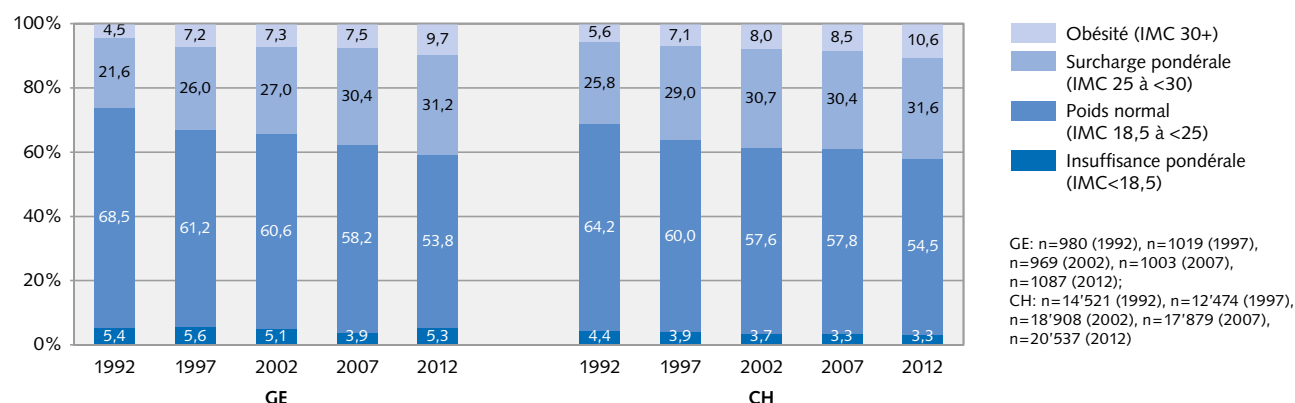
La proportion de personnes en surcharge pondérale (obésité incluse) augmente continuellement dans le canton de Genève

La figure 3.3 montre qu'une part importante de la population du canton de Genève et de la Suisse, présente un excès de poids. En 2012, un peu plus de 30% des habitants du canton de Genève présentent une surcharge pondérale et environ 10% sont obèses. Entre 1992 et 2012, la proportion de Genevoises et Genevois en surpoids (surcharge pondérale et obésité) a continuellement augmenté, passant de 26,1% à 40,9% (différence significative). Dans le canton de Genève, la proportion d'obèses a surtout augmenté de 1992 à 1997 (de 4,5% à 7,2%) et de 2007 à 2012 (7,5% à 9,7%) (différence significative entre 1992 et 2012). Par ailleurs, la part de personnes en insuffisance pondérale est restée relativement stable entre 1992 et 2012 (entre 3,9% et 5,6% dans le canton de Genève).

Selon une enquête de Bus santé menée entre 2004 et 2009 auprès de 3195 Genevoises et Genevois âgés de 35 à 74 ans, le pourcentage de personnes en situation de surpoids était de 35,2% et celui de personnes obèses de 11,8% (Guessous et al., 2012). Ces valeurs sont légèrement supérieures à celles obtenues dans le cadre de l'ESS 2012. Bien que les caractéristiques de cet échantillon ne permettent pas une comparaison directe avec les données de l'ESS, ces résultats fournissent toutefois un aperçu de l'ampleur du biais lié aux données auto-reportées.

Evolution de la charge pondérale (IMC), canton de Genève et Suisse, 1992–2012 (personnes de 18 ans et plus)

Fig. 3.3

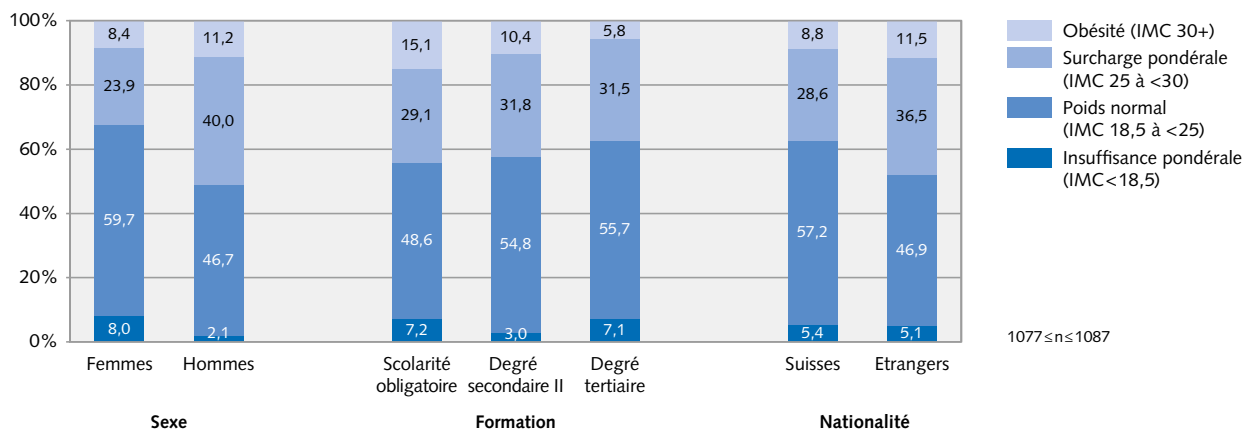


Source: OFS – Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Charge pondérale (IMC), selon le sexe, la formation et la nationalité, canton de Genève, 2012 (personnes de 18 ans et plus)

Fig. 3.4



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

Dans le canton de Genève, le risque d'être obèse est 2,6 fois plus important chez les personnes n'ayant pas de formation post-obligatoire que chez celles disposant d'une formation tertiaire

La figure 3.4 présente l'IMC en fonction du sexe, du niveau de formation et de la nationalité dans le canton de Genève. Les hommes (51,2%) sont nettement plus concernés par la surcharge pondérale (obésité incluse) que les femmes (32,3%, différence significative).

L'effet du niveau de formation s'observe surtout par rapport aux risques d'obésité avec un pourcentage de personnes obèses de 15,1% parmi celles n'ayant pas de formation post-obligatoire contre un pourcentage de 5,8% pour celles ayant une formation du degré tertiaire. Pour les autres catégories de charge pondérale, les différences liées au niveau de formation sont moins visibles dans le canton de Genève. On peut relever que selon les données d'enquête sur les conscrits³⁶, la relation entre statut professionnel et de hautes valeurs d'IMC était inverse au 19^e siècle. Ce renversement de tendance indique que la prévalence de l'obésité a augmenté beaucoup plus rapidement au sein des catégories socioprofessionnelles les plus basses (Marques-Vidal et al., 2010; Staub et al., 2010).

Parmi les habitants du canton de Genève, ceux de nationalité étrangère (48,0%) sont plus souvent en surcharge pondérale (obésité incluse) que les Suisses (37,4%). Cette différence en fonction de la nationalité est

significative dans le canton de Genève mais ne se retrouve pas au niveau suisse (Suisses: 41,5%, étrangers: 44,5%).

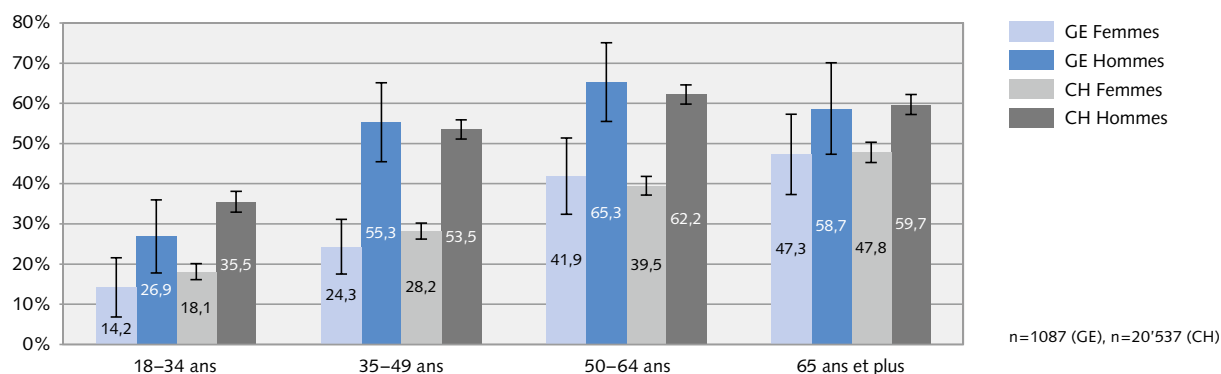
Dans le canton de Genève comme en Suisse, la part de personnes en surcharge pondérale (obésité incluse) augmente avec l'âge, excepté pour les hommes de 65 ans et plus (Fig. 3.5). Le différentiel entre hommes et femmes est le plus important parmi les 35–49 ans (plus de deux fois plus d'hommes que de femmes sont en surcharge pondérale) et diminue ensuite jusqu'à la classe d'âge des 65 ans et plus où il n'est plus significatif. Par ailleurs, la classe d'âge des 18 à 34 ans est la seule pour laquelle la prévalence de la surcharge pondérale est plus basse dans le canton de Genève qu'en Suisse, pour les hommes et pour les femmes.

Les personnes concernées par une surcharge pondérale sont plus souvent insatisfaites de leur poids. Toutefois des différences importantes peuvent être observées entre les sexes (Fig. 3.6). Un peu moins de la moitié des hommes en surcharge pondérale sont insatisfaits de leur poids (45,1%) contre 65,1% des femmes (différence significative). Et si environ un cinquième (19,0%) des femmes au poids normal ou avec un poids insuffisant sont encore insatisfaites, cette proportion est infime (4,8%) chez les hommes. De manière générale, le poids tend à être une plus grande source d'insatisfaction pour les Genevoises et Genevois que dans la population suisse. De plus, 9,5% des femmes et 14,6% des hommes de ce canton ont déclaré avoir suivi un régime au cours des douze derniers mois (données non représentées).

³⁶ Depuis 1875, 90% des hommes suisses d'une année de naissance participent à l'étude sur l'ensemble des conscrits.

Surcharge pondérale (obésité incluse), selon le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, 2012 (personnes de 18 ans et plus)

Fig. 3.5

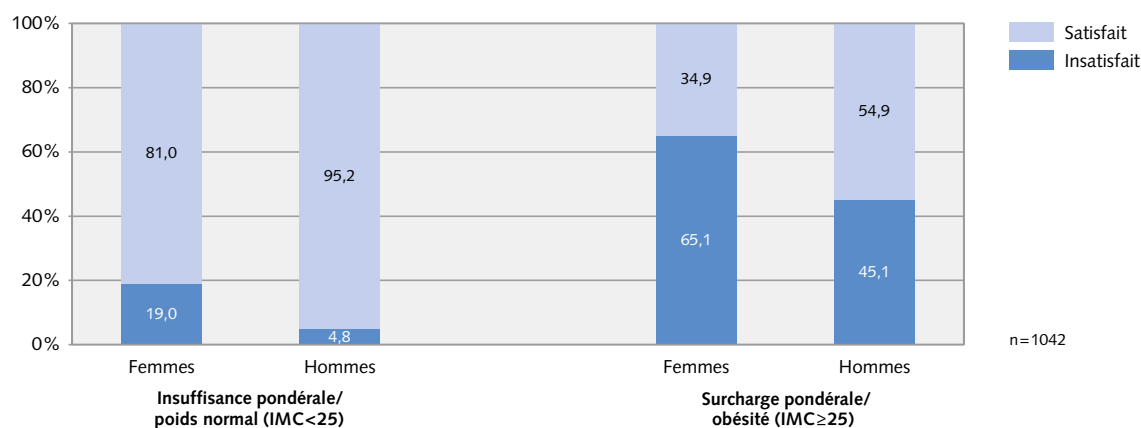


Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

Charge pondérale (IMC) et satisfaction à l'égard de son poids corporel, selon le sexe, canton de Genève, 2012 (personnes de 18 ans et plus)

Fig. 3.6



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

3.2.2 Attention portée à l'alimentation, habitudes alimentaires et apport en liquide

Rappelant qu'«une alimentation équilibrée fait partie de tout mode de vie tendant à promouvoir la santé» et que celle-ci «conditionne le bien-être physique et mental et contribue à prévenir les maladies liées à l'alimentation» (Keller et al., 2012), le sixième rapport sur la nutrition en Suisse définit, sur la base des recommandations élaborées par la Société suisse de nutrition, les grandes lignes d'une alimentation favorable à la santé. Selon la pyramide alimentaire suisse, il est ainsi établi qu'une alimentation saine comprend une grande part d'aliments d'origine végétale (légumes, fruits, légumineuses, pommes de terre, céréales, etc.), des produits laitiers et,

en plus petites quantités, de la viande, du poisson et des œufs ainsi que des oléagineux et des huiles végétales de qualité. Un apport suffisant de liquide est également préconisé. L'ESS 2012 comprend des questions sur cinq types d'aliments qui font l'objet de recommandations par la Société suisse de nutrition: les fruits et légumes, la viande, le poisson, les produits laitiers et les boissons non alcoolisées.

Les fruits et légumes constituent la base d'une alimentation saine. Ils stimulent le transit intestinal et contiennent un grand nombre de substances de valeur nutritive. Leur qualité nutritionnelle est associée à un faible apport calorique. Des études ont notamment mis en évidence le rôle des fruits et légumes dans la prévention des cancers et des maladies cardiovasculaires (IARC,

2003). Il est recommandé de manger chaque jour cinq portions de 120 grammes de fruits et légumes de couleurs variées³⁷.

Une alimentation variée et équilibrée implique également la consommation d'aliments riches en protéines. La viande en constitue une source importante mais elle peut aussi contenir des graisses animales qui peuvent être malsaines et qui semblent liées aux maladies cardiovasculaires (Le Boudec et al., 2014). La viande maigre peut alors être préférée aux viandes riches en graisse. Du fait de sa teneur en graisses non saturées, le poisson devrait aussi occuper une place de choix dans une alimentation équilibrée. Le poisson contient également des vitamines et des substances minérales. Selon les recommandations alimentaires, il est conseillé de manger chaque jour une portion d'aliments riches en protéines tels que la viande, le poisson ou des œufs. Une consommation journalière de viande (ou six jours par semaine) est toutefois considérée comme excessive car elle limite la possibilité de varier les aliments riches en vitamines. Consommer au moins une fois du poisson dans la semaine serait alors recommandé de manière à augmenter la variété des protéines absorbées.

Les produits laitiers devraient également être consommés plusieurs fois par jour. Les personnes qui n'en consomment que six jours par semaine sont néanmoins considérées comme respectant la recommandation. C'est pourquoi seule la fréquence de la consommation hebdomadaire est ici analysée. Les produits laitiers contiennent des nutriments indispensables à l'organisme, en particulier le calcium nécessaire à la formation des os. Si l'apport en calcium ne peut être assuré par des produits laitiers, il peut par exemple être complété par certains fruits secs ou par certaines eaux minérales. Une alimentation pauvre en calcium est considérée comme l'un des facteurs de risque de l'ostéoporose.

Une consommation suffisante de liquide non alcoolisé est finalement un aspect essentiel d'une alimentation équilibrée. Le corps est composé d'environ 60% d'eau, et celle-ci est indispensable à l'ensemble des processus vitaux (Kleiner, 1999). Il est recommandé de boire chaque jour un à deux litres de boissons, de préférence de l'eau, du thé de fruits ou des infusions. Par contre, les boissons qui contiennent du sucre, de la caféine et/ou de l'alcool devraient être consommées avec modération. Dans le cadre du programme «Marchez et mangez

malin!», coordonné par le département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé (DAES), le canton de Genève s'est donné pour objectif de limiter la consommation de boissons sucrées et de promouvoir l'eau du robinet. Dans le cadre de l'ESS, la consommation de liquides non-alcoolisés est interrogée mais aucune distinction n'est établie selon la teneur en sucre et/ou en caféine des boissons.

Ces différentes recommandations sont générales et s'appliquent à une population adulte en bonne santé. Elles peuvent toutefois être modulées en fonction de l'âge (enfants, adolescents, personnes âgées) et des besoins nutritifs spécifiques de certains groupes de population, tels que les femmes enceintes et allaitantes, les sportifs ou les végétariens.

Pour se nourrir sainement, un individu doit posséder des connaissances de base en matière d'alimentation et en saisir les enjeux. Comme pour la santé, l'intérêt pour l'alimentation et la conscience de son importance pour la santé sont donc des préalables essentiels à l'adoption d'une alimentation saine.

Attention à l'alimentation plus faible dans le canton de Genève qu'au niveau suisse

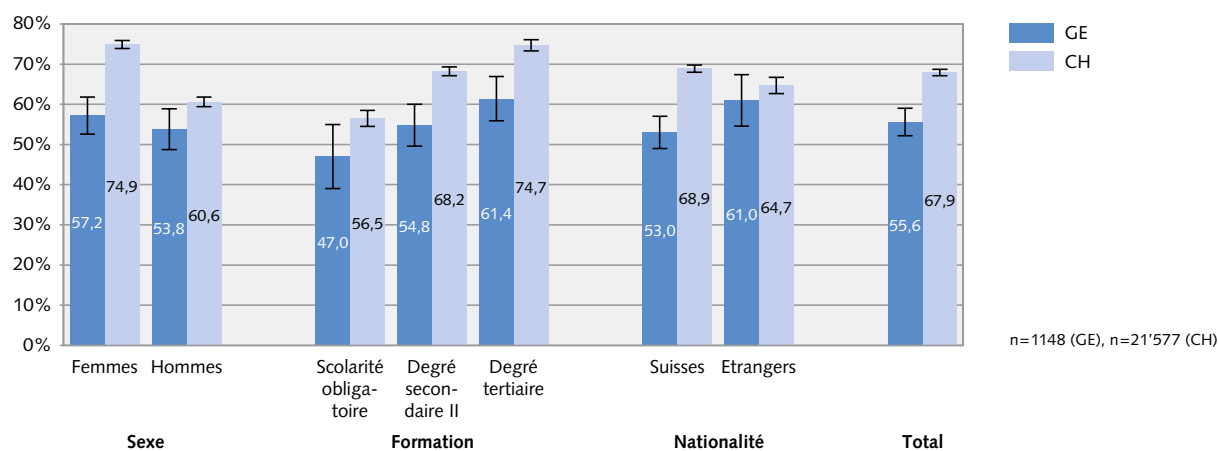
Dans l'ESS, la question de l'importance de l'alimentation est posée sous la forme: «Faites-vous attention à quelque chose de particulier dans votre alimentation?» Deux choix de réponse sont possibles: «Oui, je fais attention à quelque chose» et «Non, je ne fais attention à rien». En 2012, les habitants du canton de Genève, à l'instar de ceux des autres cantons romands, rapportent moins souvent faire attention à l'alimentation (GE: 55,6%; SR: 54,6%) que dans la moyenne suisse (67,9%) (Fig. 3.7, différence significative). Ces résultats coïncident avec ceux récoltés dans le cadre du projet NANUSS (National Nutrition Survey Switzerland) mené entre 2008 et 2009 auprès de 1500 adultes en Suisse. Sur une échelle de 1 à 5 (1 = très important, 5 = pas du tout important), l'ensemble des Suisses ont évalué l'importance de l'alimentation à 1,8 alors que la note était de 2,4 en Suisse romande (Schaub & Palladino, 2010).

Alors que dans le cadre de l'ESS, les données concernant l'attention portée à l'alimentation sont récoltées depuis 1992, aucune tendance temporelle claire ne peut être observée jusqu'en 2012. On note toutefois qu'en 1992, dans le canton de Genève, l'attention portée à l'alimentation était significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (femmes: 65,1%, hommes: 50,5%, données non représentées) et que

³⁷ Dans l'ESS 2012, une certaine marge est donnée puisqu'on considère que la recommandation est respectée lorsque les cinq fruits et/ou légumes sont mangés au moins cinq fois par semaine.

Attention à l'alimentation, selon le sexe, la formation et la nationalité, canton de Genève et Suisse, 2012

Fig. 3.7



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

cette différence s'est considérablement amenuisée en 2012 (femmes: 57,2%, hommes: 53,8%). En moyenne suisse, les femmes disent par contre nettement plus souvent faire attention à leur alimentation que les hommes (femmes: 74,9%, hommes: 60,6%, différence significative).

Dans le canton de Genève comme dans la moyenne suisse, plus le niveau de formation est élevé, plus il est fréquent que l'attention soit portée à l'alimentation. Selon les résultats du projet NANUSS, les personnes ayant un niveau de formation bas se distinguaient particulièrement de celles ayant un niveau de formation moyen en évaluant à 2,0 l'importance de la santé contre 1,8 pour ces derniers (1 = très important, 5 = pas du tout important) (Schaub & Palladino, 2010).

Dans ce canton, les étrangers déclarent également plus souvent faire attention à leur alimentation que les personnes de nationalité suisse (différence non significative), contrairement à ce qui peut être observé dans la moyenne suisse (différence significative).

Malgré une attention portée à la santé moins fréquente, la recommandation de manger cinq fruits et légumes par jour est mieux respectée dans le canton de Genève qu'en moyenne suisse

La recommandation de manger cinq fruits et légumes au moins cinq jours par semaine est respectée par 23,7% des habitants du canton de Genève, ce qui est significativement plus élevé qu'au niveau suisse (19,2%) (A-3-3). Les modifications dans les questions sur ce thème ne permettent pas une comparaison temporelle avec les

données de 2007, néanmoins, dans son ancienne version, la recommandation «5 par jour» était aussi mieux respectée par les habitants du canton de Genève que par les Suisses dans leur ensemble (GE: 37,7%, CH: 29,7%) (Obsan, 2010).

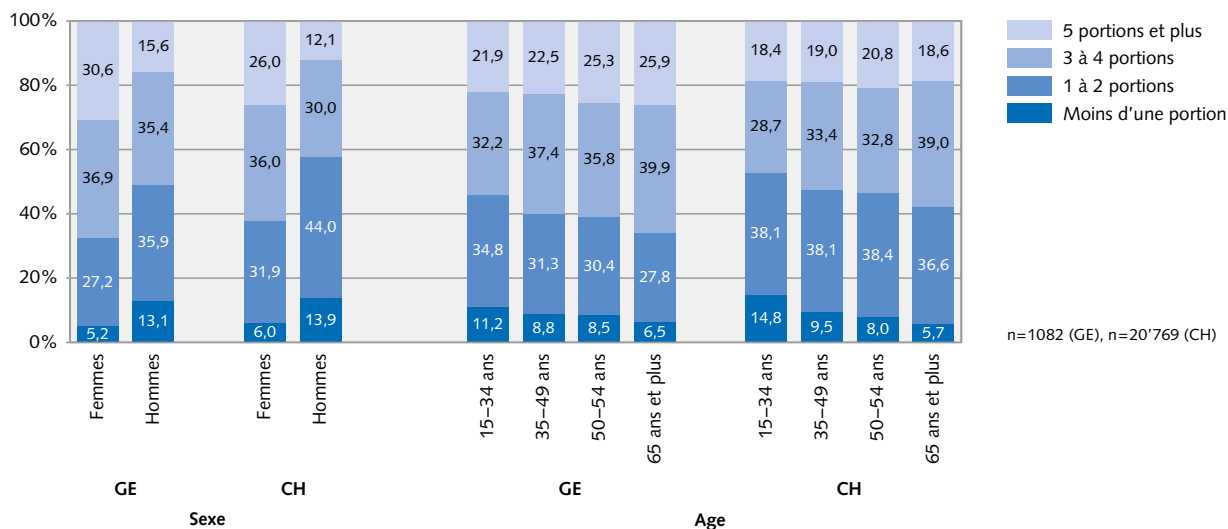
Les habitantes du canton de Genève respectent deux fois plus souvent la recommandation «5 par jour» que les hommes de ce canton (respectivement 30,6% et 15,6%, Fig. 3.8). Ces proportions sont légèrement plus élevées dans le canton de Genève que dans la moyenne suisse (respectivement 26,0% et 12,1%). La comparaison en fonction de l'âge montre que la part de personnes consommant au moins trois portions quotidiennes de fruits et légumes tend à augmenter dans les classes d'âge plus élevées, alors que diminue la part de personnes consommant deux portions et moins.

La population genevoise consomme moins de viande et plus de poisson que dans la moyenne suisse

Le tableau 3.1 présente la consommation de viande et charcuterie, de poisson et de lait et produits laitiers dans le canton de Genève et en Suisse. Les personnes qui ne consomment pas de viande sont très peu nombreuses en Suisse (3,8%) et dans le canton de Genève également (4,1%). La consommation de viande une à cinq fois par semaine est le fait de plus des trois quarts des Genevois (76,9%) mais ils sont significativement moins nombreux que les Suisses (19,1% contre 23,9%) à en consommer six à sept fois par semaine. Par contre, les Genevoises et Genevois mangent plus fréquemment du poisson puisque 83,6% en consomment au moins une

Respect de la recommandation «5 par jour»,
selon le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, 2012

Fig. 3.8



Consommation de fruits et/ou légumes au minimum 5 jours par semaine.
Moins d'une portion signifie une consommation de fruits et/ou légumes moins de 5 jours par semaine.

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

Tab. 3.1 Consommation de viande, de poisson et de produits laitiers, canton de Genève et Suisse, 2012 (en %)

	6-7 jours par semaine		4-5 jours par semaine		1-3 jours par semaine		Rarement, jamais	
	GE	CH	GE	CH	GE	CH	GE	CH
Viande/charcuterie	19,1*	23,9	31,5	32,2	45,4*	40,1	4,1	3,8
Poisson	0,9	0,3	4,8*	1,5	77,8*	63,4	16,4*	34,7
Lait et produits laitiers	63,1	64,8	13,3	12,5	19,2	19,0	4,4	3,7

* La valeur du canton est significativement différente de la valeur du reste de la Suisse ($p < 0,05$).

n ≈ 1149 (GE), n ≈ 21 577 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé, 2012

© Obsan 2015

fois par semaine contre 65,3 dans la moyenne suisse. La consommation de lait et de produits laitiers dans le canton de Genève se rapproche quant à elle de la moyenne suisse mais en 2012, les Genevoises et Genevois sont plus de deux fois moins nombreux qu'en 2007 à ne consommer ces produits que rarement ou jamais (2012: 4,4%, 2007: 10,2%). De manière générale, on observe donc que la population genevoise tend à plus varier les sources de protéines que dans la moyenne suisse mais des améliorations seraient encore possibles pour une partie de la population.

Près de la moitié des Genevoises et Genevois ne consomment pas suffisamment de liquide non alcoolisé

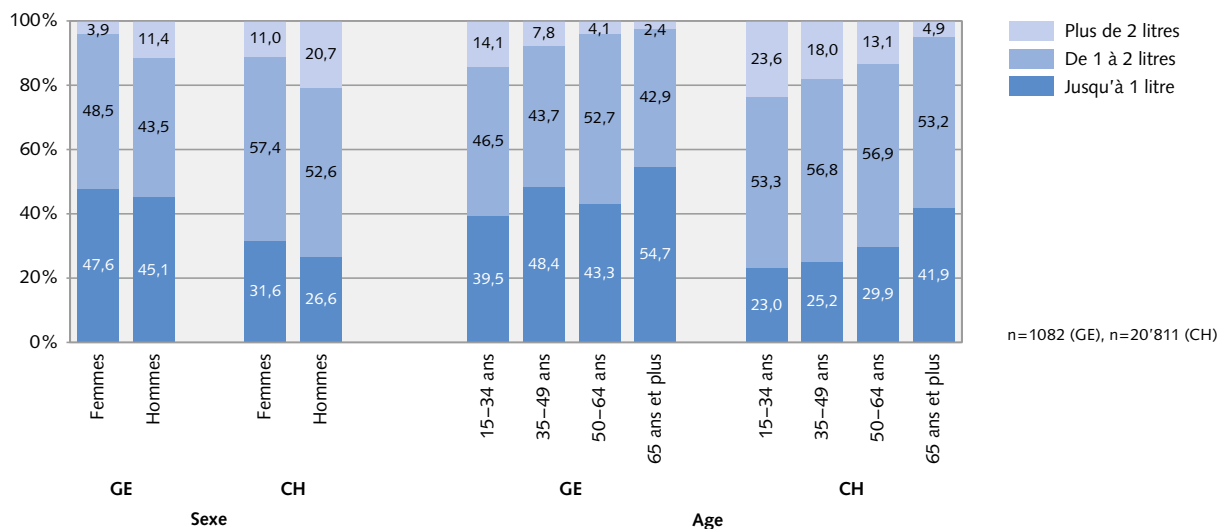
Dans le canton de Genève, au moins 46,4% des habitants affirment ne boire qu'un litre ou moins de boisson non alcoolisée chaque jour. Cette proportion est beau-

coup plus importante que celle qui prévaut au niveau suisse (29,1%, A-3.3). Si dans le canton de Genève, les hommes ont plus souvent que les femmes une grande consommation de liquide non-alcoolisé (plus de deux litres par jour, femmes: 3,9%, hommes: 11,4%), aucune différence ne peut être constatée entre les deux sexes pour ce qui concerne une consommation insuffisante (jusqu'à un litre, femmes: 47,6%, hommes: 45,1%) (Fig. 3.9). Dans la moyenne suisse, les femmes sont toutefois plus nombreuses à consommer moins d'un litre de boisson non-alcoolisée par jour (femmes: 31,6%, hommes: 26,6%).

Dans le canton de Genève comme en moyenne suisse, la consommation de liquide non alcoolisé diminue fortement avec l'âge. Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, plus d'un habitant du canton de Genève sur deux a une consommation insuffisante de boissons non alcoolisées (54,7%).

Consommation quotidienne de liquide non alcoolisé, selon le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, 2012

Fig. 3.9



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

3.2.3 Activité physique

Une activité physique régulière est associée, selon des études américaines de référence, à de nombreux bénéfices en termes de santé, tels qu'une diminution des cardiopathies coronariennes, de la sensibilité à l'insuline, de l'ostéoporose, du cancer du côlon et de la dépression (Department of Health, 2011; US Department of Health and Human Services, 1996). On considère que la sédentarité est le quatrième facteur de risque de mortalité à l'échelle mondiale (6% des décès), juste après l'hypertension (13%), le tabagisme (9%) et un taux élevé de glucose dans le sang (6%) (OMS, 2011a). De plus, l'exercice physique est un élément essentiel de la dépense énergétique, ce qui permet un meilleur contrôle du poids. En 2011, l'inactivité physique aurait engendré en Suisse plus de 300'000 cas de maladies et de 1100 décès. Les coûts médicaux directs s'y rapportant s'élèveraient à 1,2 milliards de francs, soit 1,8% des dépenses totales de la santé en Suisse. Les coûts indirects sont estimés quant à eux à 1,4 milliards de francs (Mattli et al., 2014). En 2001, les coûts directs causés par l'inactivité physique en Suisse se seraient élevés à 1,6 milliards de francs et les coûts indirects, à 0,8 milliards (Smala et al., 2001). La diminution des coûts directs s'expliquerait par une augmentation de l'activité physique dans la population et l'augmentation des coûts indirects par une meilleure compréhension de ces coûts.

Recommandations concernant l'activité physique

L'OFSP, en collaboration avec plusieurs associations impliquées dans le domaine a fixé des recommandations pour la Suisse (Office fédéral du sport OFSPO et al., 2013; OFSP, 2013c):

Aux hommes et aux femmes en âge de travailler, il est conseillé de pratiquer:

- au moins deux heures et demie de mouvement par semaine, sous forme d'activités physiques quotidiennes ou de sport d'intensité moyenne au moins
- ou une heure et quart de sport ou d'activité physique d'intensité élevée
- ou une combinaison d'activités d'intensité différente.

Une activité d'intensité moyenne entraîne un essoufflement sans faire systématiquement transpirer. Il peut s'agir de marche rapide, de vélo, de jardinage et d'autres activités quotidiennes ou de loisirs. Une activité d'intensité élevée accélère la respiration tout en faisant transpirer, au moins un peu. Les auteurs des recommandations mentionnent qu'il est préférable de répartir l'activité physique sur plusieurs jours et que toute activité d'au moins dix minutes peut être comptabilisée dans le total de la journée. Sur la base de ces recommandations, il est possible de construire un indice d'activité physique (voir encadré).

Indice d'activité physique

L'indice de l'activité physique est basé sur les questions relatives à l'ampleur des activités modérées («provoquant un léger essoufflement») et intenses («occasionnant une transpiration»), ces dernières n'étant cependant recensées dans l'ESS que pour les loisirs. L'indice distingue cinq niveaux d'activité physique:

- entraîné: activité physique allant jusqu'à la transpiration au moins trois jours par semaine.
- actif régulier: activité physique d'intensité moyenne (léger essoufflement) au moins cinq jours par semaine pendant 30 minutes.
- actif irrégulier: au moins 150 minutes d'activité physique d'intensité moyenne par semaine ou deux jours par semaine jusqu'à la transpiration.

Selon les critères établis en 2012, les «entraînés», les «actifs réguliers» et les «actifs irréguliers» satisfont les recommandations en matière d'activité physique et constituent les «suffisamment actifs».

- actif partiel: 30 à 149 minutes d'activité physique d'intensité moyenne par semaine ou un jour par semaine jusqu'à la transpiration.
- inactif: pas d'activité physique notable.

Dans un premier temps, l'analyse se fonde sur la catégorisation correspondant aux recommandations 2012, de manière à brosser un portrait général de l'activité physique dans le canton de Genève et en Suisse ainsi que de son évolution («suffisamment actif», «partiellement actif» et «inactif»). Afin d'affiner l'analyse, la présentation des résultats se poursuit sur la base de quatre niveaux d'activité physique.

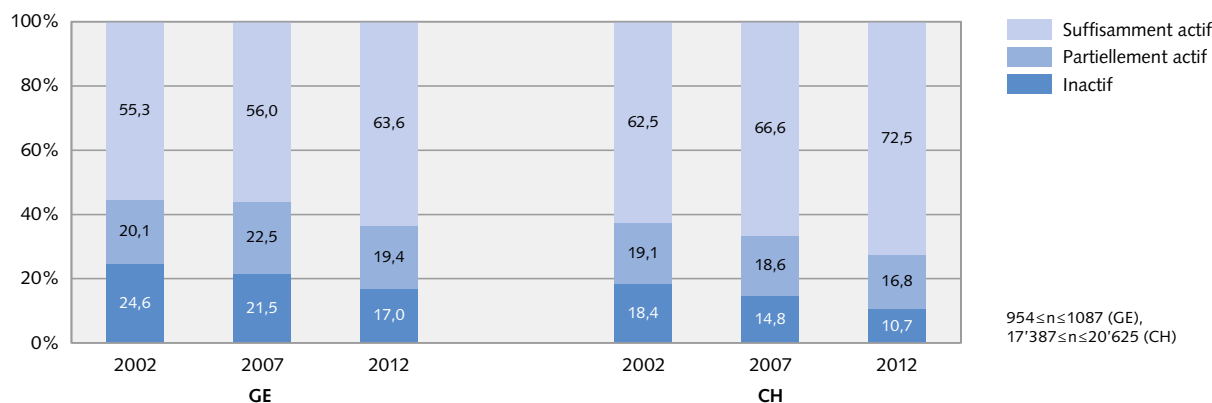
Augmentation de la proportion de personnes actives dans le canton de Genève

De manière générale, la proportion de personnes physiquement actives a continuellement augmenté depuis 2002 (Fig. 3.10). Dans le canton de Genève, la proportion de personnes suffisamment actives est passée de 55,3% en 2002 à 63,6% en 2012 (différence significative). A l'inverse, une diminution significative de la proportion de personnes inactives s'observe (de 24,6% à 17,0%). La population genevoise tend donc à plus se conformer aux recommandations établies en matière d'activité physique, même si le niveau d'activité physique reste inférieur à la moyenne suisse. L'augmentation de la pratique de l'activité physique est confirmée par d'autres études suisses (Lamprecht et al., 2014). Selon l'enquête Omnibus de l'OFS qui prend en compte l'activité physique dans le cadre du travail, des tâches quotidiennes et des loisirs, seules 7% des personnes de 15 à 74 ans ne seraient pas suffisamment actives (Wiegand et al., 2012).

La pratique d'une activité physique s'inscrit souvent dans un faisceau plus large de comportements favorables à la santé. En effet, les personnes inactives affirment plus souvent ne pas se soucier de leur santé (Fig. 3.11). Elles sont également plus fréquemment obèses que les personnes partiellement ou suffisamment actives. De plus, les personnes qui sont physiquement actives sont plus nombreuses à respecter la recommandation de manger cinq fruits et/ou légumes par jour.

Evolution de l'activité physique,
canton de Genève et Suisse, 2002–2012

Fig. 3.10



Source: OFS – Enquêtes suisses sur la santé 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

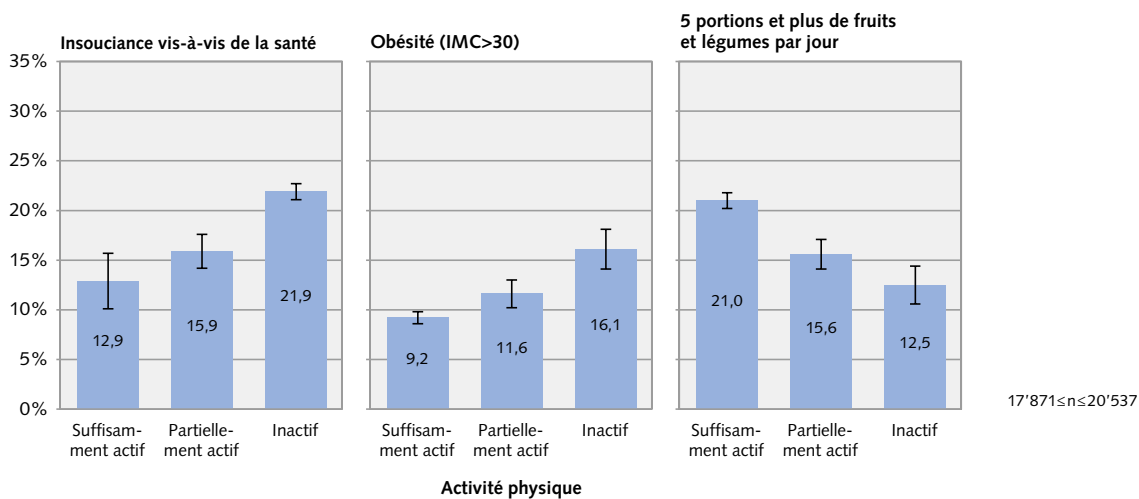
Afin de saisir plus en détail l'évolution de la pratique sportive au sein de la population suisse et genevoise, la catégorie «suffisamment actif» est maintenant séparée en «entraîné» et «actif régulier-irrégulier» (voir encadré). Chez les femmes, l'amélioration observée en 2007 pour le canton de Genève se confirme particulièrement dans la diminution de la part de personnes totalement inactives (de 28,4% en 2002 à 19,1% en 2012, Fig. 3.12). Par contre, la part de femmes entraînées est plus basse en 2012 (16,7%) que lors des enquêtes précédentes (plus de 20%). Parallèlement, on observe une augmentation de la part de femmes qui sont actives

régulièrement ou irrégulièrement (27,9% en 2002 à 42,3% en 2012). Les mêmes tendances s'observent au niveau suisse.

La proportion d'hommes genevois inactifs atteignait encore 19,8% en 2002 mais elle a depuis baissé pour atteindre 14,5% en 2012. Si la proportion d'hommes genevois actifs (entraînés et régulièrement ou irrégulièrement actifs) est globalement restée stable depuis 2002 (autour de 65%), la part d'hommes entraînés a continuellement augmenté depuis 2002. Au niveau suisse, les hommes sont plus souvent actifs (76,0%) que dans le canton de Genève (69,0%, différence significative).

Insouciance vis-à-vis de la santé, obésité et respect de la recommandation «5 par jour», selon l'activité physique, Suisse, 2012

Fig. 3.11

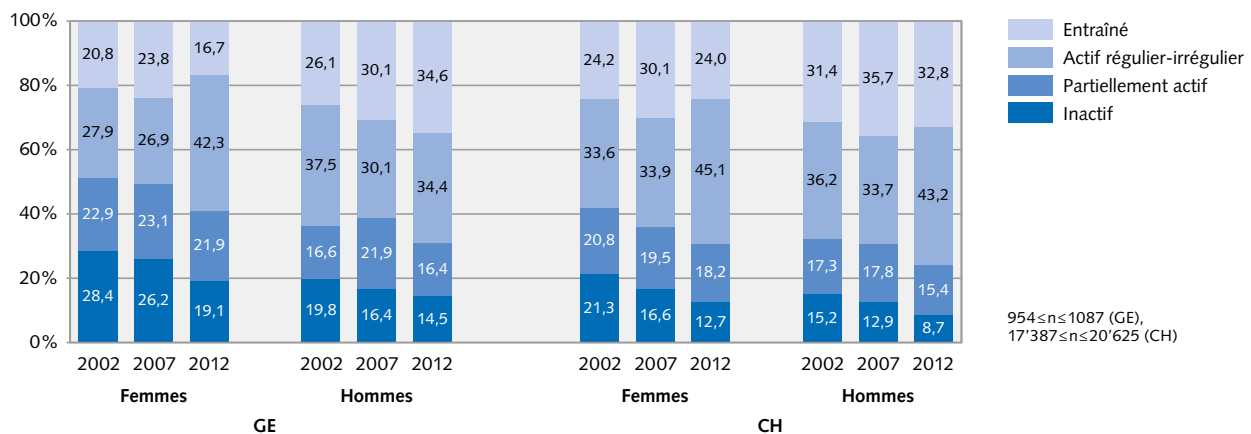


Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

Evolution de l'activité physique, selon le sexe, canton de Genève et Suisse, 2002–2012

Fig. 3.12

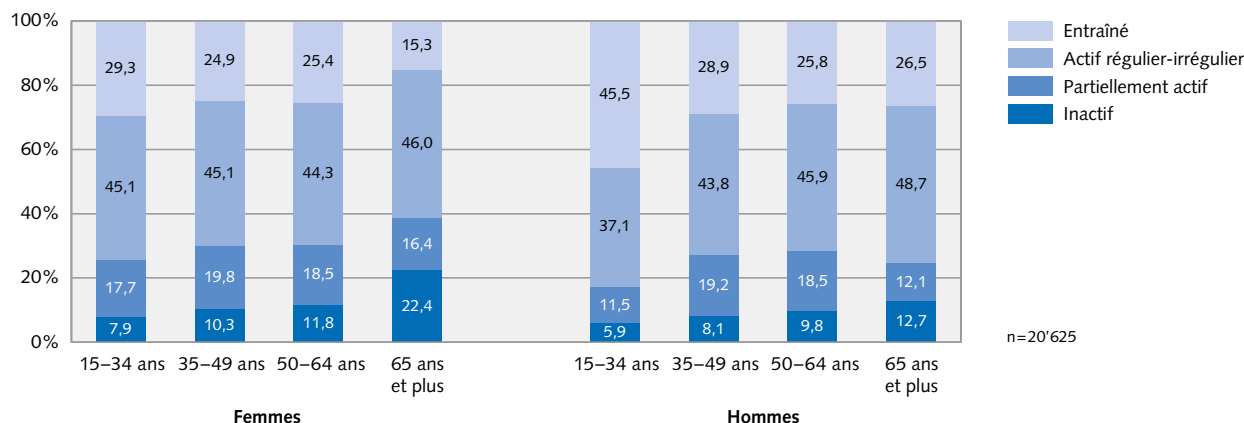


Source: OFS – Enquêtes suisses sur la santé 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Activité physique, selon le sexe et l'âge, Suisse, 2012

Fig. 3.13



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

En plus du sexe, l'âge est une caractéristique qui définit des phases de vie et des rôles sociaux pouvant favoriser l'exercice physique ou y faire obstacle. Au niveau suisse, dans la classe d'âge des 15 à 34 ans, la proportion de femmes entraînées est nettement plus basse que celle des hommes (29,3% vs 45,5%), les femmes étant plus nombreuses à être actives régulièrement ou irrégulièrement (45,1% vs 37,1%, Fig. 3.13). Dans les classes d'âge moyennes (35 à 64 ans), la proportion de personnes entraînées est comprise entre 25% à 29%, avec peu de variations entre femmes et hommes. Les femmes de 65 ans et plus sont aussi nettement moins nombreuses à être entraînées (15,3%) que les hommes (26,5%). La proportion de femmes inactives augmente avec l'âge pour atteindre 22,4% des femmes de 65 ans et plus contre 12,7% des hommes. Des tendances similaires s'observent dans le canton de Genève (données non présentées).

La fréquence de l'activité physique varie également en fonction de la formation, de la nationalité et du revenu d'équivalence du ménage (A-3.4). Plus le niveau de formation est élevé, plus la proportion d'inactifs est faible: dans le canton de Genève, 24,2% des personnes ayant terminé l'école obligatoire sont inactives contre 18,0% de celles ayant achevé une formation de degré secondaire II et 12,2% de celles ayant une formation universitaire. Les personnes de nationalité étrangère sont nettement plus fréquemment physiquement inactives (22,8%) que les Suisses (14,3%) et celles dont les revenus sont les plus bas sont aussi plus nombreuses (23,5%) que celles avec les revenus les plus élevés (9,4%) à être insuffisamment actives.

3.3 Consommation de substances psychoactives

Les substances psychoactives sont des produits qui perturbent le fonctionnement du système nerveux central (sensations, perceptions, humeurs, sentiments, motricité) et qui sont susceptibles d'entraîner une dépendance physique et/ou psychique. Il s'agit aussi bien de substances légales comme la nicotine, l'alcool ou les médicaments que de substances illégales telles que le cannabis, l'héroïne ou la cocaïne³⁸. Dans ce chapitre, les consommations de tabac (y compris à travers la fumée passive), d'alcool, de cannabis et de médicaments psychotropes sont passées en revue.

3.3.1 Consommation de tabac

Principal facteur de risque de maladies chroniques non transmissibles, la consommation de tabac est une préoccupation importante de santé publique. La fumée de tabac laissant des traces presque partout dans le corps humain, la liste des maladies provoquées directement par la fumée comprend notamment un grand nombre de cancers³⁹, des maladies cardiovasculaires ainsi que des affections pulmonaires. Le tabagisme a également des conséquences néfastes sur la grossesse et la fertilité (Association suisse pour la prévention du tabagisme, 2014).

³⁸ L'héroïne et la cocaïne ne sont pas traitées dans ce rapport en raison d'un effectif par canton insuffisant.

³⁹ On considère actuellement que les formes de cancer suivantes sont provoquées par la fumée: cancer des poumons, du larynx, de la bouche, du pharynx, de l'œsophage, de la vessie, de l'utérus, des reins, du pancréas, de l'estomac et leucémie myéloïde aiguë.

En Suisse, le nombre de décès prématurés dus à la consommation de tabac était estimé à 9000 en 2007, soit 15% de l'ensemble des décès (OFS, 2009). Pour la même année, parmi les personnes dont le décès était imputable au tabac, 41% sont mortes d'une maladie cardiovasculaire, 41% d'un cancer et 18% d'une maladie pulmonaire. Le nombre total de décès que l'on peut attribuer au tabac a baissé de 5% entre 1997 et 2007 mais ce recul ne concerne que les hommes (jusqu'à 64 ans: -11%, 65 ans et plus: -9%). Chez les femmes, le nombre de décès a augmenté de 7% (jusqu'à 64 ans: +17%, 65 ans et plus: +5%). Les figures portant sur l'évolution de l'espérance de vie et du taux de mortalité dans le canton de Genève et en Suisse reflètent en partie ces développements (voir 2.1).

On estime qu'en 2007, les dommages pour la santé engendrés par le tabagisme ont coûté près de 10 milliards de francs en Suisse. Ce montant comprends les coûts directs (1733 millions: traitements médicaux, médicaments, hospitalisations), les coûts indirects (3929 millions: forces de travail perdues, invalidité, mortalité) ainsi que les coûts immatériels (4272 millions: évaluation fondée sur les répercussions de la consommation sur la qualité de vie des fumeurs et de leur entourage) (Fueglistler-Dousse et al., 2009).

Confrontée à un taux élevé de fumeurs, la Suisse a dès 1996 élaboré des plans de lutte contre le tabagisme. Le Programme national tabac 2008–2012 a été prolongé jusqu'en 2016 avec des objectifs identiques, c'est-à-dire diminuer la proportion de fumeurs dans la population ainsi que la proportion de personnes exposées à la fumée passive. Dans le canton de Genève, les actions de

lutte contre le tabagisme se conduisent principalement dans le cadre de la politique de prévention du DEAS. Il est également possible que la loi sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics (LIF, 2009), laquelle visait en priorité à protéger la population contre le tabagisme passif, ait eu un impact sur la consommation de tabac des fumeurs. En Suisse, il a été observé que la mise en place de lois contre le tabagisme passif a engendré une légère diminution du nombre de fumeurs mais que cet effet n'a concerné que les personnes qui sortent beaucoup (Boes et al., 2014)

Dans le cadre de l'ESS, la consommation de tabac est interrogée à travers la question «Fumez-vous, même occasionnellement?». Sont donc considérés comme fumeurs l'ensemble des individus fumant régulièrement ou de façon ponctuelle.

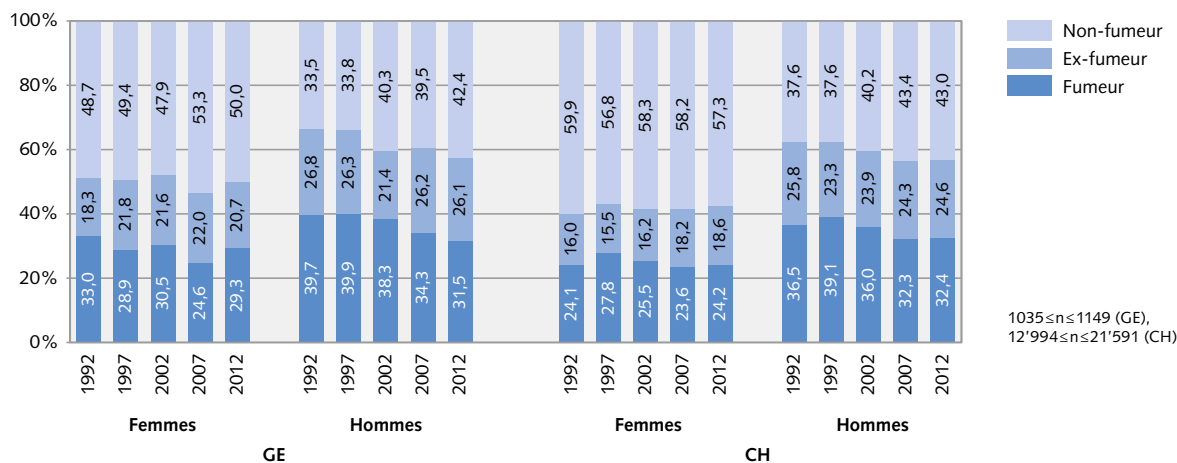
La part de fumeurs est en diminution chez les hommes mais stagne chez les femmes

La proportion de fumeurs a légèrement diminué en Suisse au cours des 20 dernières années, passant de 30,1% en 1992 à 28,2% en 2012 (A-3.5). La même tendance, plus nette mais non significative s'observe dans le canton de Genève (de 36,0% à 30,3%). En 2012, la proportion de fumeurs quotidiens s'élève à 20,4% au niveau suisse et à 19,8% dans le canton de Genève (données non représentées).

Entre 1992 et 2012, on observe chez les hommes genevois une baisse tendancielle de la part de fumeurs (de 39,7% à 31,5%) avec parallèlement, une augmentation de la part de non-fumeurs (de 33,5% à 42,4%)

Evolution de la consommation de tabac,
selon le sexe, canton de Genève et Suisse, 1992–2012

Fig. 3.14



Source: OFS – Enquêtes suisses sur la santé 1992, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

(Fig. 3.14). Ces évolutions ne sont pas significatives à l'échelle du canton de Genève mais cela peut-être dû à la taille de l'échantillon puisque bien que moins marquées, elles sont significatives au niveau Suisse. Pour les femmes, aucune évolution significative ne peut être repérée entre 2002 et 2012, tant pour le canton de Genève qu'au niveau suisse. Dans le canton de Genève, le pourcentage de fumeuses se maintient à environ 30%, un pourcentage proche de celui des hommes genevois en 2012 et supérieur d'environ cinq points à la moyenne suisse pour les femmes.

Les résultats à l'échelle de la Suisse coïncident avec ceux du Monitoring sur le tabac entre 2001 et 2010. Ceux-ci montrent que le taux de fumeurs au sein de la population résidante âgée de 14 à 65 ans est passé de 33% en 2001 à 27% en 2008 pour ensuite stagner jusqu'en 2010 (Keller et al., 2011).

La consommation de tabac est en baisse chez les fumeurs

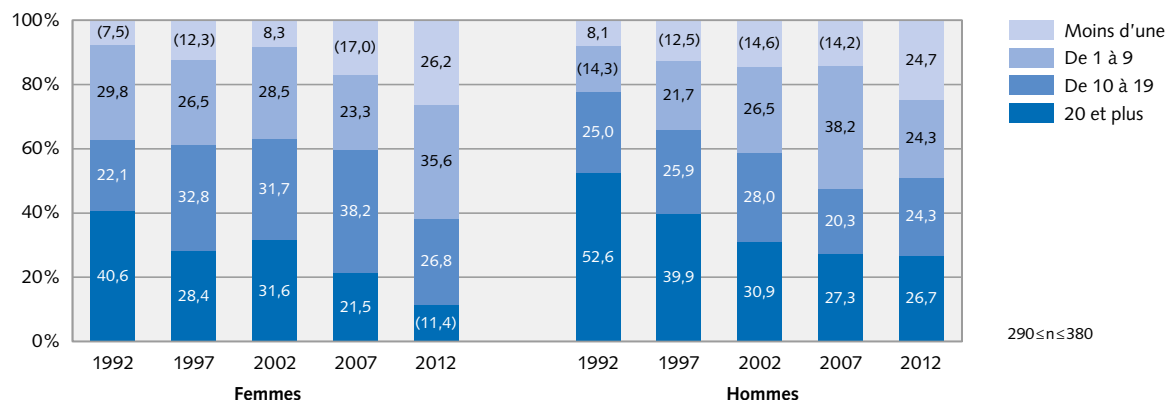
La consommation de tabac peut être décrite plus en détail en analysant le nombre de cigarettes fumées quotidiennement par les fumeurs. Il est d'usage de distinguer les «petits fumeurs» des fumeurs ordinaires. Selon les auteurs, les personnes désignées comme «petits fumeurs» sont celles fumant moins de cinq, dix ou quinze cigarettes par jour. La consommation d'un petit nombre de cigarettes n'est toutefois pas anodine. Selon une étude norvégienne, les personnes fumant une à quatre cigarettes par jour ont 50% de risque en plus de mourir précocement que les non-fumeurs. Certains

risques pour la santé n'évoluent que peu avec l'augmentation de la consommation de tabac: il a par exemple été observé que par rapport aux non-fumeurs, les individus fumant entre une et quatre cigarettes par jour sont trois fois plus susceptibles de mourir d'une maladie cardiovasculaire et que pour ceux fumant quotidiennement plus de 20 cigarettes, ce risque est quatre fois plus élevé. Par contre, le risque de mourir d'un cancer du poumon augmente de façon plus linéaire en fonction du nombre de cigarettes fumées (Bjartveit & Tverdal, 2005).

Malgré la petite taille de l'échantillon et l'incertitude statistique qui y est liée, les données sont présentées pour le canton de Genève dans la mesure où les tendances observées entre 1992 et 2012 correspondent à des évolutions significatives à l'échelle de la Suisse. On repère ainsi une importante baisse du pourcentage de grandes fumeuses entre 1992 et 2012 (de 40,6% à 11,4%) et dans le même temps, une augmentation de la part de fumeuses occasionnelles fumant moins d'une cigarette par jour (7,5% à 26,2%) (Fig. 3.15). Ce résultat contrebalance l'idée d'une constance dans la consommation de tabac chez les femmes entre 1992 et 2012 (Fig. 3.14). Chez les hommes, la part de fumeurs occasionnels a évolué de façon similaire (de 8,1% à 24,7% des fumeurs) et la part de gros fumeurs a également chuté en 20 ans, passant de 52,6% en 1992 à 26,7% en 2012. Cette tendance, en s'ajoutant à celle de la diminution de la part de fumeurs, suggère une baisse encore plus importante de la consommation de tabac chez les hommes. Les réserves concernant les risques encourus par les «petits fumeurs» doivent néanmoins être prises en considération.

Nombre de cigarettes fumées par jour parmi les fumeurs, selon le sexe, canton de Genève, 1992–2012

Fig. 3.15



La consommation de moins d'une cigarette par jour concerne des personnes qui disent fumer, mais ne fument pas tous les jours et moins d'une cigarette en moyenne par jour (consommateur occasionnel).

Source: OFS – Enquêtes suisses sur la santé, 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Jusqu'à 50 ans, la part de fumeurs reste élevée tant chez les femmes que chez les hommes du canton de Genève

De manière générale, le pourcentage de fumeurs est plus bas dans les classes d'âge plus élevées. Cette distribution au sein des différentes classes d'âge est relativement stable depuis 1992 (données non représentées). Les résultats varient toutefois passablement selon le sexe (Fig. 3.16). On note que si le pourcentage de Genevois fumeurs est assez proche de la moyenne suisse, toutes catégories d'âge confondues, le pourcentage de Genevoises fumeuses est particulièrement élevé par rapport à la moyenne suisse au sein des 35 à 49 ans ainsi que des 15 à 34 ans. Le pourcentage de fumeuses a d'ailleurs passablement augmenté au sein de la classe d'âge des 35 à 49 ans, passant de 21% en 2007 à 36,4% en 2012 (différence significative, données non représentées) (Obsan, 2010). On observe ainsi une convergence entre les comportements des femmes au sein de cette classe d'âge avec celui des femmes âgées de 15 à 34 ans, possiblement liée à l'entrée d'une part plus importante de fumeuses dans la classe d'âge des 35 à 49 ans. Chez les hommes, on constate notamment une diminution de la part de fumeurs chez les 50 à 64 ans par rapport à 2007 (2007: 31,2%, 2012: 25,7%).

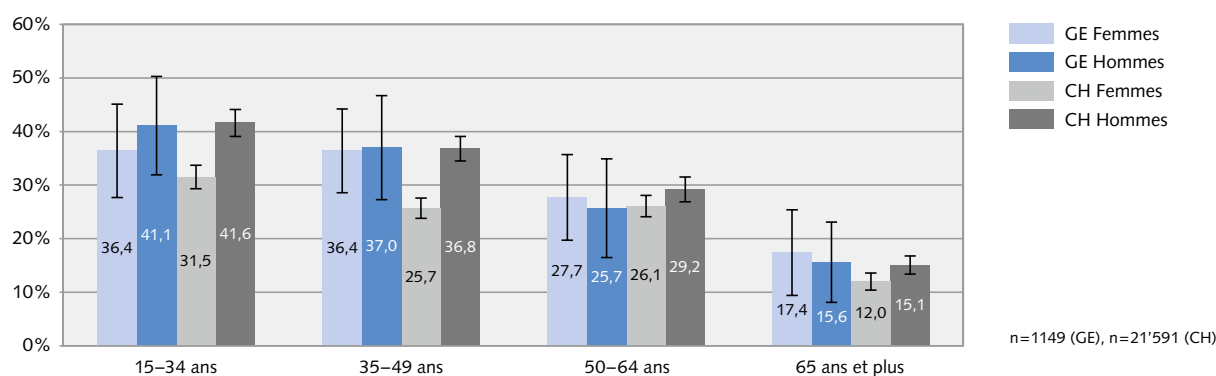
Les étrangers et les ouvriers qualifiés sont beaucoup plus souvent fumeurs

La consommation de tabac présente aussi des différences en fonction des caractéristiques sociales des personnes (Fig. 3.17). On compte moins de fumeuses et de fumeurs parmi les personnes bénéficiant d'une formation de niveau tertiaire que parmi celles qui ont une formation de niveau secondaire II ou qui ont terminé l'école obligatoire. Les personnes de nationalité étrangère sont également plus nombreuses à fumer que les Suisses (respectivement 35,5% et 27,7% dans le canton de Genève), suggérant que le pourcentage élevé de fumeurs dans le canton de Genève est notamment lié à la plus grande présence d'étrangers.

Aucune différence significative ne peut être repérée selon le niveau de revenu. En moyenne suisse, la catégorie socioprofessionnelle apparaît comme un facteur bien plus pertinent afin d'expliquer les différences de tabagisme. Alors que les «dirigeants, professions libérales et industriels» et «professions intermédiaires et cadres moyens» présentent les pourcentages les plus bas (moins de 30% de fumeurs), ce sont les «contremaîtres et ouvriers qualifiés» ainsi que les «ouvriers spécialisés et manœuvres» qui affichent les pourcentages les plus élevés (plus de 36% de fumeurs).

Proportion de fumeurs,
selon le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, 2012

Fig. 3.16

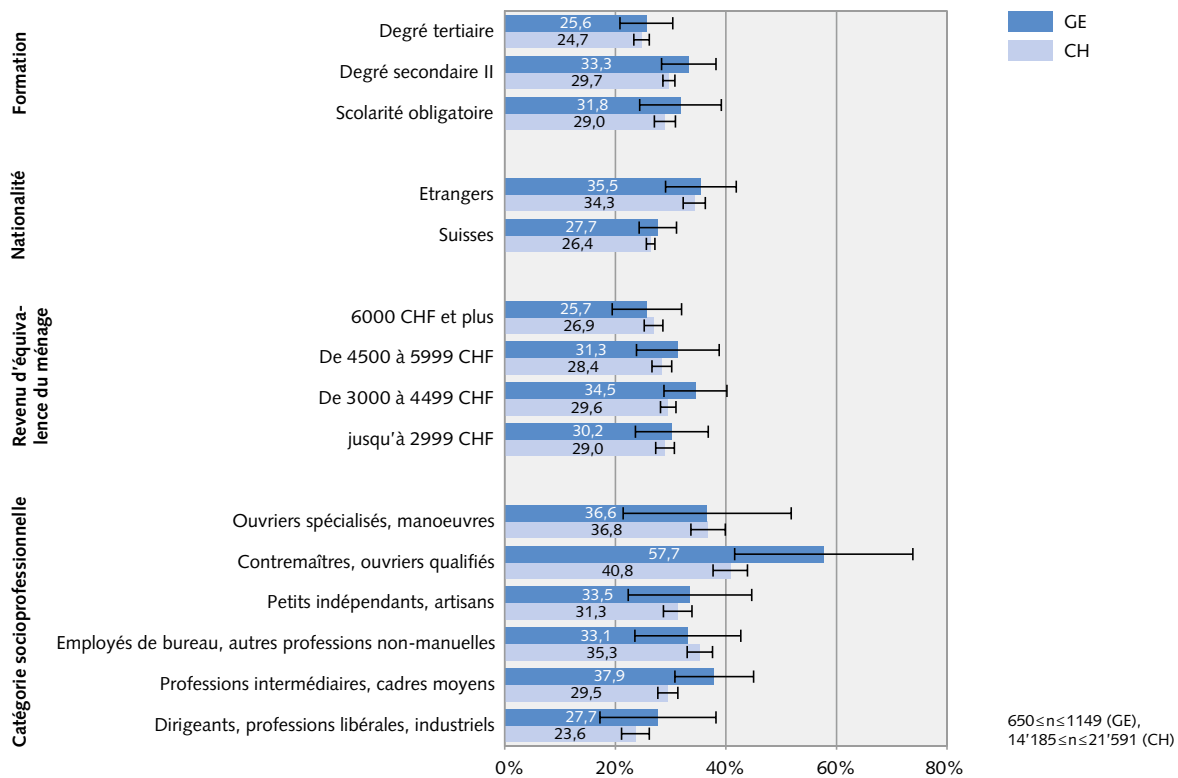


Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

Proportion de fumeurs, selon la formation, la nationalité, le revenu et la catégorie socioprofessionnelle, canton de Genève et Suisse, 2012

Fig. 3.17



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

3.3.2 Fumée passive

La fumée passive est l'inhalation involontaire par un sujet non-fumeur de la fumée dégagée par son voisinage. C'est particulièrement la fumée secondaire s'échappant de la cigarette qui est en cause dans le tabagisme passif, en raison de la durée d'émission et de la composition de la fumée qui n'a pas été filtrée ni par la cigarette, ni par les poumons du fumeur (Dautzenberg, 2001). Le tabagisme passif peut notamment provoquer une détérioration du système cardiovasculaire, le cancer du poumon, de l'asthme et des infections des voies respiratoires.

Il a été calculé qu'en 2006, 3000 années de vie ont été perdues en Suisse du fait de l'exposition à la fumée passive. Cette année-là, 32'000 jours d'hospitalisation ainsi que des coûts médicaux de l'ordre de 330 millions de francs auraient également été à attribuer au tabagisme passif (Hauri et al., 2011). Un autre étude estimait qu'en 2002, 260 non-fumeurs étaient décédés en Suisse en conséquence d'un tabagisme passif (OFSP, 2007).

Sur le plan fédéral, la loi sur le tabagisme passif a été adoptée en octobre 2009 et est entrée en vigueur le 1^{er} mai 2010. Dans le canton de Genève, la popu-

lation avait déjà adopté en février 2008 l'initiative populaire 129 «Fumée passive et santé». Bien que le premier règlement d'exécution interdisant la fumée dans les lieux publics ait été annulé par le Tribunal fédéral, bon nombre d'institutions, d'entreprises et d'établissements publics ont maintenu, sur une base volontaire, l'interdiction de fumer dès 2008. La loi sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics a finalement été acceptée le 27 septembre 2009 et est entrée en vigueur le 31 octobre 2009 (Humair et al., 2011). A l'instar de plusieurs autres cantons suisses et particulièrement romands, les lieux publics où il est autorisé de fumer sont définis de façon plus restrictive dans la loi cantonale du canton de Genève que dans la loi fédérale. De plus, Genève est le premier canton à avoir adopté, en 2000, une loi interdisant l'affichage publicitaire pour le tabac et l'alcool sur les domaines public et privé, visible du domaine public (Loi sur les procédés de réclame F 3 20).

Une étude basée sur les données hospitalières des Hôpitaux Universitaires de Genève a estimé que l'interdiction de fumer a permis d'éviter plus de 100 cas et 1800 journées d'hospitalisation de résidents genevois, avec notamment une réduction statistiquement

significative de 19% des hospitalisations pour broncho-pneumopathie obstructive chronique et pneumonie ainsi qu'une diminution de 7% des hospitalisations pour syndrome coronarien aigu (Humair et al., 2011) .

Importante diminution de l'exposition des non-fumeurs à la fumée passive

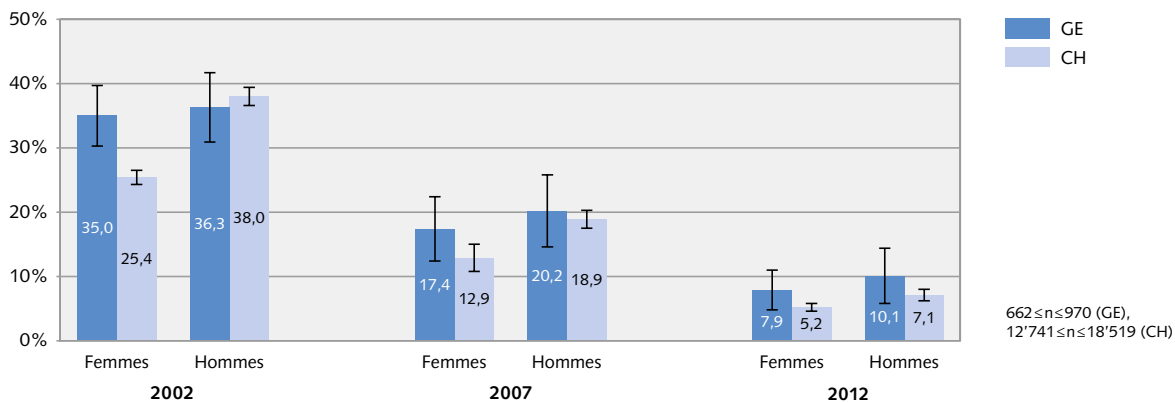
En Suisse, l'exposition à la fumée passive a beaucoup diminué depuis 2002. Si cette année-là, 31,4% de la population suisse se disait exposée au moins une heure par jour à la fumée du tabac, cette proportion n'était plus que de 15,6% en 2007 et de 6,1% en 2012 (don-

nées non représentées). Les résultats de l'ESS coïncident donc avec ceux du Monitoring suisse des addictions qui estimait à 6,2% le pourcentage de la population exposée au tabagisme passif au moins une heure par semaine (Kuendig et al., 2013).

L'exposition varie aussi en fonction du sexe (Fig. 3.18) avec une exposition à la fumée plus fréquente chez les hommes mais les différences s'atténuent au fil des années. Il apparaît ainsi que la baisse de l'exposition au tabagisme passif précède l'interdiction de fumer dans les lieux publics appliquée dans le canton de Genève dès 2008 et entérinée en 2009, et que cette diminution s'est ensuite poursuivie. Cette diminution continue peut notamment

Evolution de l'exposition à la fumée passive (une heure et plus), selon le sexe, canton de Genève et Suisse, 2002–2012

Fig. 3.18



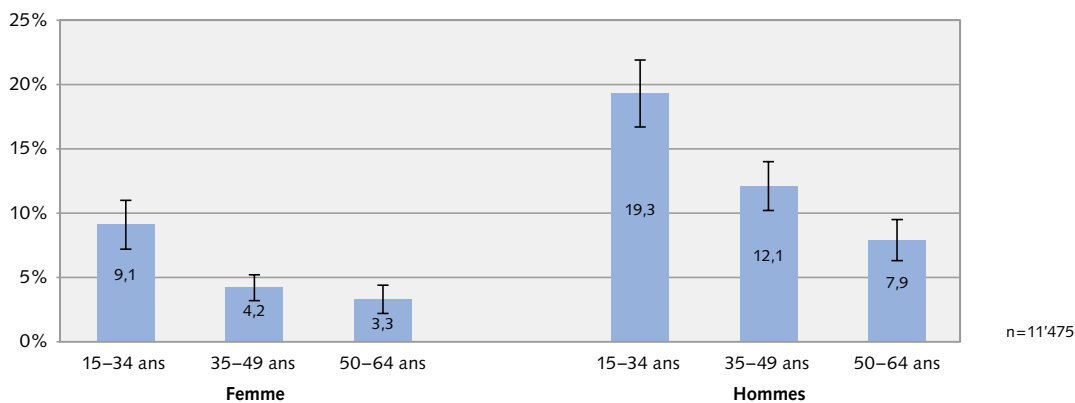
Question ESS: Pendant combien d'heures par jour êtes-vous exposé(e) à la fumée de tabac d'autres personnes? Heures/Minutes par jour. Groupe sélectionné: ceux qui sont exposés 60 minutes et plus par jour.

Source: OFS – Enquêtes suisses sur la santé 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Exposition à la fumée passive au travail (au moins un quart du temps), selon le sexe et l'âge, Suisse, 2012 (personnes actives occupées)

Fig. 3.19



Question ESS: Dites-nous, en employant l'échelle suivante, dans quelle mesure vous êtes exposé(e) dans votre travail au tabagisme passif: inhalation de fumée des cigarettes de fumeurs à proximité? Groupe sélectionné: ceux qui ont été exposés tout le temps ou presque tout le temps, environ les trois quarts du temps, environ la moitié du temps, environ le quart du temps.

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

s'expliquer par la mise en place de réglementations plus strictes en matière de tabagisme au travail (Radtke et al., 2011).

La question du tabagisme passif sur le lieu de travail constitue un thème de santé publique particulièrement important dans la mesure où la plupart du temps, l'environnement de travail n'est pas choisi. Ici, seuls les résultats à l'échelle de la Suisse sont présentés en raison de l'échantillon restreint pour le canton de Genève.

Au travail, l'exposition à la fumée passive est ainsi plus fréquente chez les hommes que chez les femmes et chez les plus jeunes que les plus âgés (Fig. 3.19). Parmi les 15 à 34 ans, près d'une femme et de deux hommes sur dix inhalent passivement de la fumée pendant au moins un quart de leur temps de travail (9,1% et 19,3%). Ces pourcentages baissent ensuite pour atteindre 3,3% des femmes et 7,9% des hommes âgés de 50 à 64 ans. Les résultats pour le canton de Genève indiquent des tendances légèrement différentes mais celles-ci peuvent être dues à la petite taille de l'échantillon. Par contre, dans le canton de Genève comme à l'échelle suisse, le risque d'être exposé à la fumée passive au travail est, par rapport aux personnes ayant une formation du degré tertiaire, environ trois fois plus élevé pour celle ayant une formation du degré secondaire II et environ cinq fois plus important pour celles n'ayant pas de formation post-obligatoire (A-3.6).

3.3.3 Consommation d'alcool

En Suisse, la consommation d'alcool fait partie intégrante de la culture et la majorité de la population en a une consommation non problématique. Une consommation excessive ou inadaptée peut toutefois être préjudiciable pour les consommateurs mais aussi pour leur entourage et l'ensemble de la société. En 2008, le Conseil fédéral a initié un Programme national alcool (PNA) (OFSP, 2008), ensuite prolongé de quatre ans jusqu'en 2016 (OFSP, 2013b). Le PNA est fondé sur la vision suivante: «Celles et ceux qui boivent de l'alcool le font de manière à ne nuire ni à eux-mêmes ni aux autres». Le programme vise à sensibiliser la population aux effets négatifs de la consommation d'alcool, à protéger activement la jeunesse (réglementation de la vente d'alcool aux mineurs) et à soutenir les acteurs de la prévention de l'alcoolisme. Dans le cadre du plan cantonal de promotion de la santé et de prévention, le canton de Genève se concentre notamment sur l'objectif de retarder la première consommation d'alcool.

En 2012, la moyenne de la consommation d'alcool pur en Suisse par habitant de 15 ans et plus était de 9,9 litres, une valeur légèrement supérieure à celle de la consommation moyenne des pays de l'OCDE (9,1 litres), bien qu'ayant diminué ces dernières années (12,9 litres en 1990)⁴⁰ (OCDE, 2014).

Selon l'OMS, la consommation d'alcool présentant un risque important pour la santé peut être classée en deux catégories: la consommation chronique excessive (boire régulièrement trop) et la consommation ponctuelle excessive (ou suralcoolisation épisodique, absorber une grande quantité d'alcool en peu de temps) (OMS, 2010). La consommation excessive peut aussi conduire à des risques pour la santé quand elle est inadaptée à la situation (dans la circulation routière, sur le lieu de travail, pendant la grossesse).

La consommation d'alcool chronique conduit notamment à des maladies du foie et de l'appareil digestif. De plus, différentes formes de cancer, l'hypertension artérielle et les troubles du système nerveux périphérique ont souvent pour origine une consommation chronique d'alcool. A ce jour, une relation causale a pu être établie entre la consommation d'alcool et plus de 230 maladies, intoxications ou traumatismes (Rehm et al., 2010). Par contre, la consommation régulière d'une faible quantité d'alcool pourrait avoir un effet protecteur⁴¹ sur les cardiopathies ischémiques ainsi que sur l'attaque ischémique cérébrale, le diabète de type II et les calculs biliaires (Babor, 2010). La consommation d'alcool peut aussi conduire à la dépendance. En 2007 on estimait à environ 250'000 le nombre de personnes alcoolodépendantes en Suisse (Kuendig, 2010).

L'alcool constitue, avec le tabac, l'une des principales causes évitables de décès et d'incapacité dans le monde (Babor, 2010). Il a été estimé qu'en Suisse, 2863 décès étaient dus à l'alcool en 2011. Il s'agit d'un chiffre net, qui tient compte de l'effet protecteur d'une consommation légère à modérée sur les maladies ischémiques et le diabète. Les causes sous-jacentes des décès attribuables à l'alcool changent au cours de la vie: chez les jeunes adultes, les décès sont principalement dus à des blessures, au milieu de l'âge adulte, les maladies digestives deviennent plus répandues, et, pour les plus âgés, les cancers sont la première cause de décès attribuables

⁴⁰ La consommation d'alcool est mesurée sur la base des ventes annuelles d'alcool pur. Ces statistiques ne rendent pas compte de la consommation d'alcool provenant de la production domestique non recensée. De plus, elles peuvent comprendre l'alcool vendu à des non-résidents.

⁴¹ Les effets protecteurs de la consommation d'alcool ne sont pas étudiés dans ce rapport.

à l'alcool. La part relative des décès liés à l'alcool est la plus élevée chez les jeunes de 25 à 35 ans (un homme sur quatre) (Marmet S. et al., 2013).

Selon une étude mandatée par l'OFSP (Fischer et al., 2014), les coûts sociaux de la consommation excessive d'alcool se sont élevés à 4,2 milliards pour l'économie suisse en 2010, soit 0,7 % du PIB (ou 630 francs par citoyen suisse de plus de quinze ans). Ces coûts se répartissent entre les coûts indirects (80%: pertes de productivité générées par des décès prématurés, l'invalidité et le chômage), les coûts directs (15%: traitements des maladies et des accidents) et les coûts dans le secteur pénal (6%: frais de justice et police et exécutions des peines).

L'ESS aborde la consommation d'alcool selon trois aspects: la fréquence de la consommation, le type de boisson alcoolisée consommée (bière, vin, liqueurs, apéritifs, eaux-de-vie) et la quantité bue à chaque fois. Les données recueillies permettent de calculer la consommation d'alcool pur en grammes par jour. Une consommation quotidienne moyenne de 20 g d'alcool pur chez les femmes et de 40 g chez les hommes est considérée comme moyennement risquée pour la santé⁴². A partir de 40 g d'alcool pur par jour chez les femmes et de 60 g chez les hommes, le risque pour la santé est jugé élevé (Dawson & Room, 2000; Rehm et al., 2003) (voir encadré). Pour la consommation d'alcool ponctuelle excessive, c'est la consommation au cours des douze derniers mois d'au moins six verres d'une boisson alcoolisée standard en une seule occasion qui est considérée, indiffé-

remment du sexe⁴³. Il est toutefois possible que les résultats de l'ESS tendent à sous-estimer la consommation réelle d'alcool au sein de la population, par exemple en raison de difficultés de la part des répondants à évaluer leur comportement, de réponses biaisées par un effet de désirabilité sociale ou de la difficulté à contacter les gros consommateurs.

Critères de consommation quotidienne chronique excessive définis par l'OMS

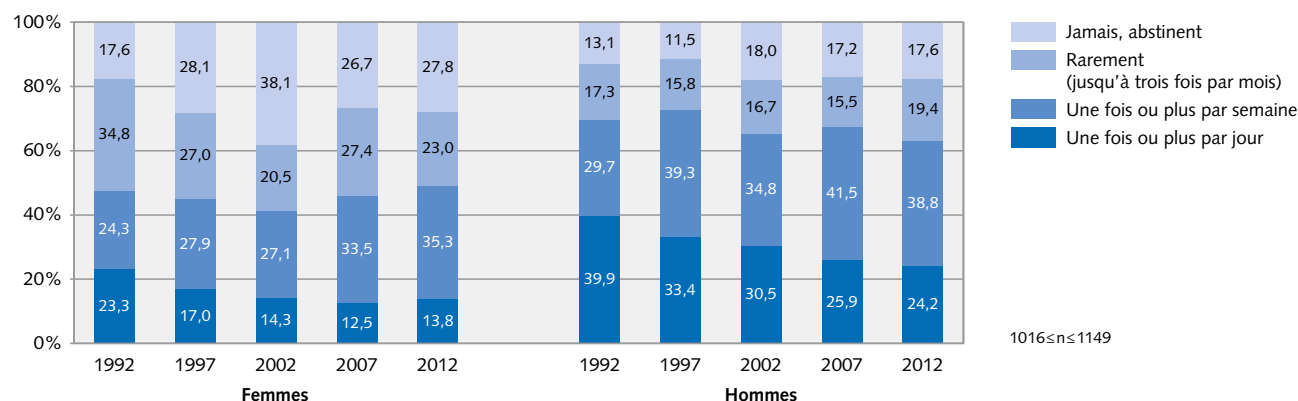
	Risque faible	Risque moyen	Risque élevé
Hommes	< 40 g	41–60 g	> 60 g
Femmes	< 20 g	21–40 g	> 40 g

Consommation journalière d'alcool plus fréquente parmi les Genevois que les Genevoises

Dans le canton de Genève, la consommation d'alcool des hommes et des femmes diffère fortement (Fig. 3.20). Pour l'année 2012, les hommes sont presque deux fois plus nombreux que les femmes à boire de l'alcool chaque jour (24,2% vs 13,8%). A l'inverse, les femmes sont plus nombreuses à ne jamais boire d'alcool (27,8% vs 17,6%). Par contre, les parts de femmes et d'hommes consommant de l'alcool environ une fois par semaine (une fois ou plus par semaine ou jusqu'à trois fois par mois) sont similaires (58,3% et 58,2%).

Evolution de la consommation d'alcool, selon le sexe, canton de Genève 1992–2012

Fig. 3.20



Source: OFS – Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

⁴² Un verre d'une boisson alcoolisée (3 dl de bière, 1 dl de vin, 25 cl d'eau-de-vie, p. ex.) contient 10 à 12 g d'alcool pur.

⁴³ Cette définition diffère de celle proposée par le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, fixant le seuil de la consommation ponctuelle excessive à la consommation d'au moins quatre verres standard pour les femmes et à au moins cinq verres standard pour les hommes en environ deux heures de temps à une fréquence moyenne de deux fois par mois.

Diminution de la consommation journalière et augmentation de la consommation hebdomadaire

En 20 ans, deux tendances peuvent être mises en évidence dans le canton de Genève: une diminution de la consommation journalière et une augmentation de la consommation hebdomadaire. La proportion d'hommes consommant chaque jour de l'alcool a baissé de façon continue entre 1992 (39,9%) et 2012 (24,2%). Pour les femmes, cette part est passée de 23,3% en 1992 à 14,3% en 2002 avant de se stabiliser. La consommation hebdomadaire des hommes qui s'établissait à 29,7% en 1992 est passée à 38,8% en 2012 (femmes: 24,3% à 35,3%). La proportion de personnes abstinentes a augmenté au cours de cette période passant de 17,6% à 27,8% des femmes (différence significative) et de 13,1% à 17,6% des hommes (différence non significative). L'augmentation subite de la part de femmes abstinentes observée en 2002 est difficilement explicable.

La consommation journalière est beaucoup plus fréquente chez les personnes âgées

La consommation d'alcool est plus fréquente chez les classes d'âge plus avancées, tant pour les femmes que pour les hommes (Fig. 3.21). Les femmes de 65 ans et plus sont près de sept fois plus nombreuses à consommer de l'alcool tous les jours que celles de 15 à 34 ans (26,6% vs 4,0%). La tendance est encore plus prononcée chez les hommes: les hommes de 65 ans et plus sont dix fois plus nombreux que ceux de 15 à 34 ans à consommer de l'alcool de façon quotidienne (50,3% vs 5,3%).

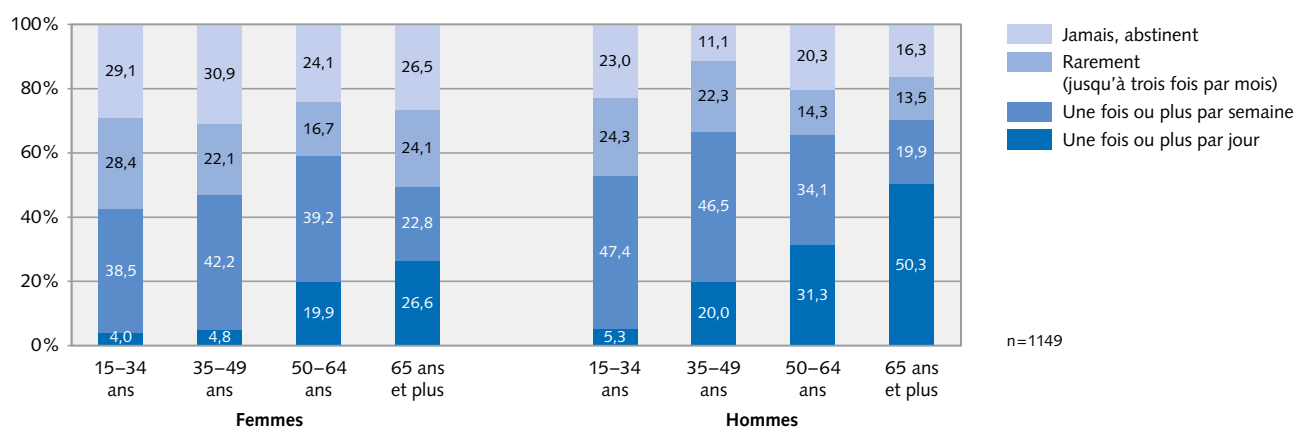
Chez les personnes âgées, la consommation quotidienne d'alcool tend donc à se substituer à une consommation hebdomadaire pour les deux sexes. Ce résultat mérite d'être souligné car il a été observé que le risque d'addiction augmente avec l'âge (une même quantité d'alcool entraîne un taux d'alcoolémie plus élevé chez une personne âgée que chez une personne jeune), auquel s'ajoutent les risques accrus de maladies telles que le diabète, la démence ou le cancer qu'une consommation d'alcool excessive peut entraîner sur le long terme (Hess-Klein, 2014).

Les jeunes ont plus souvent une consommation d'alcool ponctuelle à risque et les plus âgés, une consommation chronique à risque

L'écrasante majorité de la population a une consommation d'alcool chronique à faible risque (GE: 59,7%, CH: 68,4%) ou ne consomme pas d'alcool ou moins d'une fois par mois (GE: 32,6%, CH: 26,8%, Fig. 3.22 et A-3.7). La part de la population genevoise dont la consommation d'alcool présente un risque moyen à élevé pour la santé s'élève à 7,8% et est significativement plus élevée qu'en moyenne suisse (4,8%). Cette part est en hausse par rapport à 2002 (5,3%) et à 2007 (6,6%) mais cette évolution n'est pas statistiquement significative. Ce pourcentage est également légèrement supérieur à celui observé pour la Suisse romande (7,0%, A-3.7). Il est difficile d'expliquer pour quelle raison la consommation chronique d'alcool est particulièrement élevée dans le canton de Genève. Selon l'analyse multivariée menée dans le cadre du monitoring suisse des addictions, les principaux facteurs de risque identifiés

Consommation d'alcool,
selon le sexe et l'âge, canton de Genève, 2012

Fig. 3.21



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

pour la consommation d'alcool chronique excessive sont le fait d'être francophone, d'être un homme et de vivre seul (Notari et al., 2014).

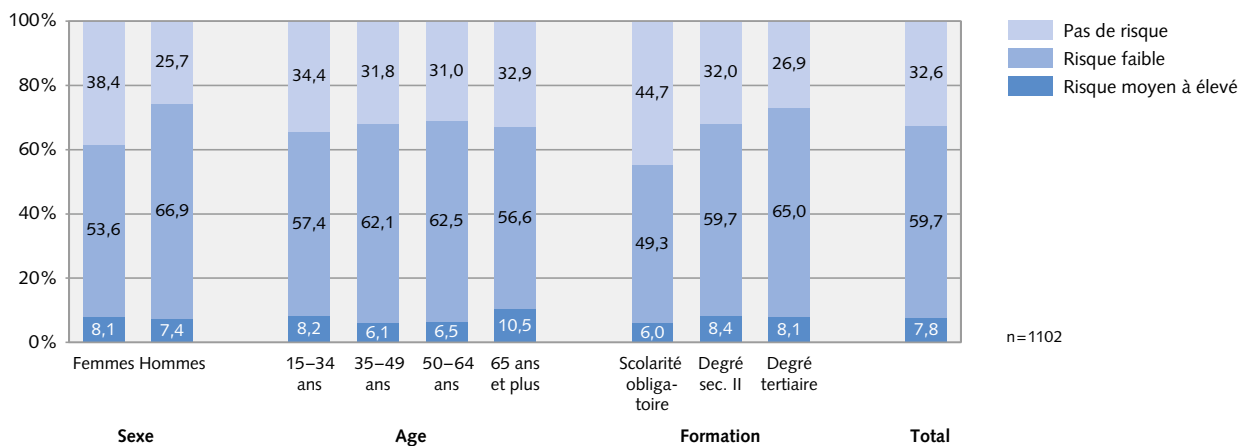
Dans le canton de Genève, les proportions de consommateurs chroniques excessifs sont de 8,1% pour les femmes et de 7,4% pour les hommes alors qu'en moyenne suisse, ce sont les hommes qui présentent le plus souvent un risque moyen à élevé (4,1% des femmes et 5,5% des hommes, différence significative). On peut ici rappeler que le seuil à partir duquel la consommation est considérée comme étant à risque est plus bas pour les femmes. La part plus élevée de population féminine ayant une consommation à risque suggère donc une

convergence entre les sexes des comportements en matière de consommation d'alcool.

Dans le canton de Genève, la consommation d'alcool chronique à risque moyen ou élevé est légèrement plus fréquente au sein des classes d'âge de 15 à 34 ans et de 65 ans et plus que chez les personnes âgées de 35 à 64 ans. On suppose que chez les 15 à 34 ans, cela peut tenir d'un glissement du profil de consommateur ponctuel excessif vers celui de consommateur chronique excessif alors que chez les plus de 64 ans, le pic de consommateurs chroniques excessifs serait le produit d'une consommation régulière dont les quantités échapperaient au contrôle (Notari et al., 2014).

Consommation d'alcool chronique excessive, selon le sexe, l'âge et la formation, canton de Genève, 2012

Fig. 3.22



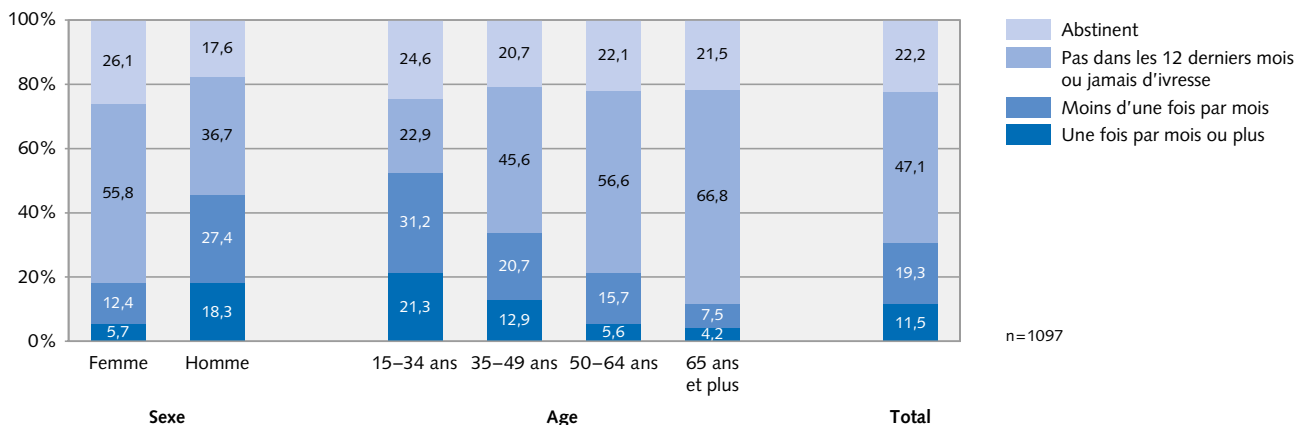
Voir encadré sur la consommation d'alcool chronique excessive.

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

Consommation ponctuelle excessive, selon le sexe et l'âge, canton de Genève, 2012

Fig. 3.23



Consommation ponctuelle excessive: consommation d'au moins 6 verres d'une boisson alcoolisée standard en une seule occasion, indifféremment du sexe.

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

Aucune différence concernant la consommation chronique à risque ne peut être mise en évidence en fonction du niveau d'éducation. Par contre, la part de personnes abstinentes est plus élevée chez les personnes n'ayant pas de formation post-obligatoire (44,7%) que chez celles ayant une formation tertiaire (26,9%) ou du degré secondaire II (32,0%).

Au sein de la population genevoise, 11,5% des répondants ont une consommation ponctuelle excessive au moins une fois par mois (Fig. 3.23). Ce phénomène concerne trois fois plus souvent les hommes que les femmes (respectivement 18,3% et 5,7%) et jusqu'à cinq fois plus souvent les jeunes que les plus âgés (21,3% des 15 à 34 ans et 4,2% des 65 ans et plus).

Il apparaît ainsi que le type de consommation à risque diffère passablement selon la classe d'âge. Alors que le risque encouru par les personnes plus âgées, particulièrement celles ayant passé l'âge de la retraite, est plutôt lié à la fréquence de la consommation, chez les plus jeunes, c'est la consommation ponctuelle excessive qui est le plus souvent problématique. Par ailleurs, sur la base des données de 2007, il avait été observé que 0,9% des femmes et 2,6% des hommes de Suisse latine âgés de 25 ans et plus cumulaient des consommations chronique et ponctuelle excessives, soit une minorité des individus ayant l'une ou l'autre consommation excessive (Obsan, 2011).

3.3.4 Consommation de cannabis

Le cannabis est la drogue illégale⁴⁴ la plus consommée en Suisse (Gmel et al., 2014). Il est utilisé sous la forme de marijuana (inflorescence, feuilles), de haschich (résine mélangée avec des parties de la plante) et d'huile (substance visqueuse), et est habituellement mélangé à du tabac pour être fumé ou inhalé. L'usage de cannabis est lié à de nombreux risques pour la santé, ceux-ci variant selon le dosage, le mode de consommation, les expériences antérieures de consommation, la personnalité, l'état psychique du moment et l'utilisation conjointe d'autres substances (Gmel et al., 2014). Les effets négatifs de la consommation de cannabis sont notamment comparables à ceux de l'usage du tabac. Ainsi chez les consommateurs réguliers, on observe une augmentation des inflammations des voies respiratoires et des maladies

cardiovasculaires (Hall, 2009). De plus, la consommation de cannabis diminuerait aussi le niveau de vigilance et augmenterait le risque d'accidents de voiture (Hall & Degenhardt, 2009). Chez les personnes ayant des vulnérabilités établies et des prédispositions, l'utilisation fréquente ou la dépendance au cannabis augmenterait aussi le risque de psychose (Hall, 2009; Malone et al., 2010). Chez l'adulte, une consommation chronique de cannabis entraînerait également des diminutions des capacités d'attention, d'apprentissage et de mémorisation à court terme mais ces anomalies semblent être réversibles après l'installation de l'abstinence. Par contre, il semblerait que la relation associant consommation de cannabis et conséquences psychosociales chez les personnes jeunes a été plutôt surestimée car les problèmes psychosociaux sont vraisemblablement plus fréquemment à l'origine de la consommation de cannabis, que l'inverse (Schaub & Stohler, 2006).

Etant donné que la consommation de cannabis est illégale et plutôt mal vue, il ne peut être exclu que les répondants d'enquêtes téléphoniques telles que l'ESS hésitent à la mentionner. On considère toutefois qu'en Suisse, la consommation de cannabis s'est passablement normalisée et que les biais susceptibles d'intervenir dans les choix de réponse devraient être comparables à ceux concernant la consommation d'alcool ou de tabac (Gmel et al., 2014).

Tendance à l'augmentation de la prévalence sur la vie de la consommation de cannabis

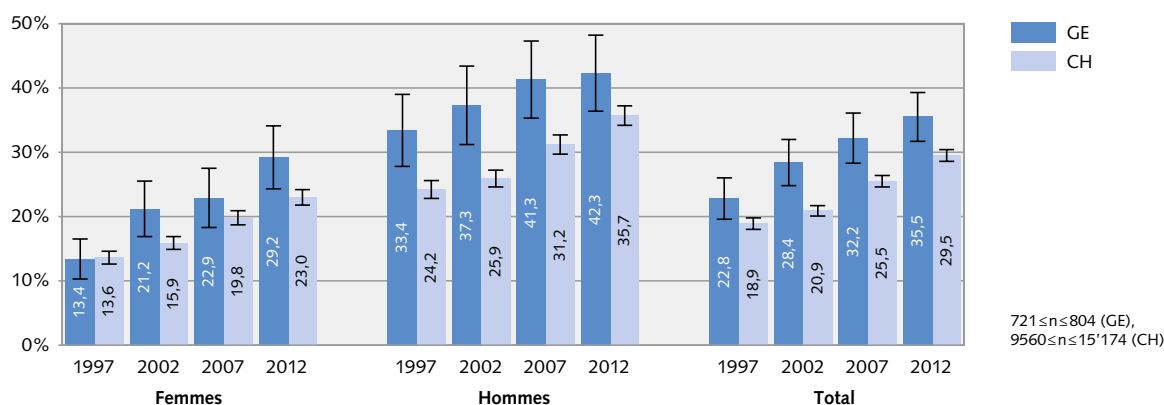
Au niveau suisse, la prévalence de la consommation de cannabis sur la vie des personnes de 15 à 59 ans⁴⁵ a augmenté lors de chaque enquête, passant de 18,9% en 1997 à 29,5% en 2012 (Fig. 3.24). Cette hausse a été significative lors de chaque enquête. Ces pourcentages comprennent toutes les personnes ayant consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie, sans distinction des nouveaux et anciens cas. Il convient de préciser que l'indicateur de prévalence sur la vie constitue un outil de mesure général et que cette hausse continue ne reflète pas nécessairement une augmentation de l'usage actuel. En effet, les personnes âgées, qui étaient jeunes avant que ne se développe l'usage de cannabis au cours des trente dernières années dépassent progressivement la limite supérieure de la population couverte et sont remplacées par de nouvelles génération parmi lesquelles

⁴⁴ En Suisse, la consommation, la possession, la culture et le commerce de cannabis sont fondamentalement interdits. La loi fédérale sur les stupéfiants comporte toutefois certaines dispositions décriminalisantes. Par exemple, si la quantité minimale de dix grammes n'est pas dépassée, la consommation peut être sanctionnée par une amende d'ordre plutôt que de faire l'objet d'une dénonciation en justice (révision de la LStup entrée en vigueur le 1er octobre 2013).

⁴⁵ Seules les personnes de 59 ans et moins ayant été interrogées sur leur consommation de cannabis lors de l'enquête menée en 1997, la même limite d'âge a été retenue pour présenter les comparaisons temporelles jusqu'en 2012. Pour la consommation de cannabis au cours des douze derniers mois, la limite d'âge de 59 ans a également été appliquée.

Evolution de la prévalence sur la vie de la consommation de cannabis,
selon le sexe, canton de Genève et Suisse, 1997–2012
(personnes de 15 à 59 ans)

Fig. 3.24



Source: OFS – Enquêtes suisses sur la santé 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

l'usage est plus répandu, ne serait-ce qu'à titre expérimental (Hartnoll, 2004). Entre 1992 et 2012, cette prévalence est passée de 22,8% à 35,5% dans le canton de Genève (hausse significative). Ces pourcentages supérieurs à ceux observés en moyenne suisse peuvent notamment s'expliquer par le fait qu'il est plus facile de trouver du cannabis en zone urbaine. Bien qu'en 2012, la prévalence sur la vie du cannabis reste plus basse chez les femmes que chez les hommes (respectivement 23,0% et 35,7% en Suisse), une hausse plus rapide est à relever au sein de la population féminine, en Suisse et dans le canton de Genève.

La prévalence de la consommation de cannabis au cours des douze mois précédant l'enquête atteint 6,6% en moyenne suisse (Fig. 3.25)⁴⁶ et elle est deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes (8,9% vs 4,2%). Les données pour le canton de Genève indiquent une prévalence au cours des douze derniers mois de 6,2% pour les femmes et de 11,3% pour les hommes mais ces résultats sont à appréhender avec précaution en raison des faibles effectifs concernés (données non représentées). La prévalence est la plus élevée chez les jeunes de 15 à 34 ans (14,9%) et diminue déjà fortement dans la classe d'âge des 35 à 44 ans (4,6%) pour n'atteindre que 1,4% parmi les personnes de 55 à 59 ans. Un peu moins de 70% des personnes de 15 à 24 ans n'ont jamais consommé de cannabis, cette proportion dépassant les 80% chez les personnes entre 55 à 59 ans.

⁴⁶ La prévalence de la consommation de cannabis au cours des douze derniers mois ne peut pas être comparée avec les données des années précédentes. En 2012, la question est la suivante: Avez-vous pris du cannabis (haschisch / marijuana) au cours des 12 derniers mois? Lors des enquêtes précédentes, la question était posée sous la forme: si vous avez déjà pris du haschisch / marijuana, en prenez-vous encore?

Les résultats de l'ESS sont ainsi conformes à ceux obtenus pour la Suisse par le Monitoring suisse des addictions pour 2013. La prévalence de la consommation sur la vie des personnes de 15 ans et plus y était établie à 29,0% et la prévalence au cours des douze derniers mois à 5,7% (7,8% des hommes et 3,7% des femmes). A titre de comparaison, on peut encore mentionner que selon ces mêmes données, 2,7% de la population suisse a consommé du cannabis au cours des 30 derniers jours alors que 21,1% de la population a connu un épisode d'ivresse ponctuelle au moins une fois par mois au cours des douze mois précédents (Gmel et al., 2014).

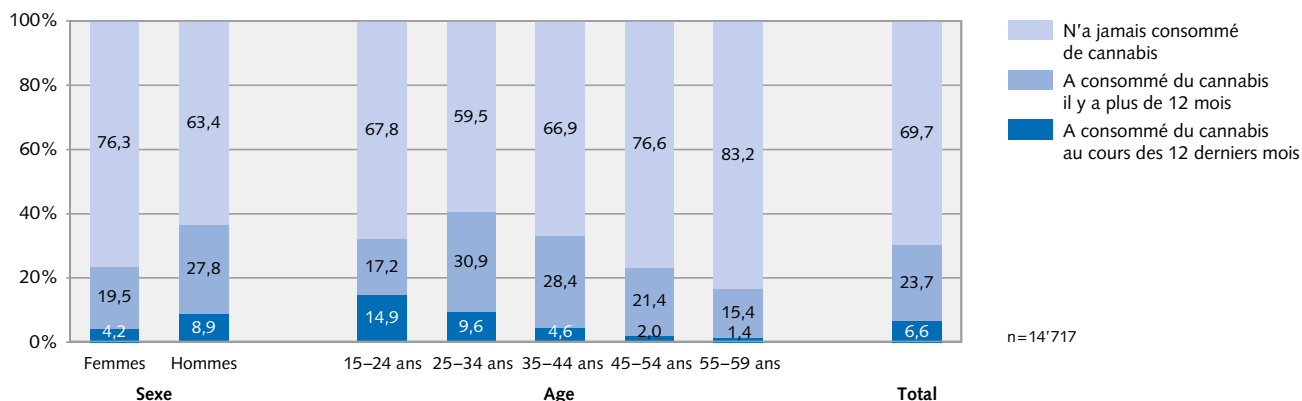
3.3.5 Consommation de médicaments

Cela fait seulement un siècle que la pharmacologie s'est largement développée en proposant des centaines de molécules chimiques pour le traitement de multiples maladies. Dès lors, le médicament est devenu un produit central de la vie des sociétés modernes. D'un point de vue de santé publique, il ne fait aucun doute que la découverte et l'utilisation des médicaments à disposition revêtent une grande importance pour la santé de la population: grâce à eux, de nombreux patients ont aujourd'hui la possibilité de voir leur maladie soulagée, voire guérie. Les médicaments ont ainsi contribué au prolongement de l'espérance de vie et au maintien d'une bonne qualité de vie jusqu'à un âge avancé.

Mais lorsqu'ils sont consommés de manière abusive, les médicaments peuvent provoquer des effets secondaires non négligeables. Il existe aussi le risque que les médicaments soient consommés sans raison médicale

Consommation de cannabis,
selon le sexe et l'âge (personnes de 15 à 59 ans), Suisse, 2012

Fig. 3.25



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

ou même détournés de leur usage premier, par exemple dans un but récréatif. La limite entre une consommation recommandée d'un point de vue médical et un usage inapproprié est parfois difficile à établir⁴⁷.

Comme il l'a été vu aux points 2.4.1 et 2.5.2, des troubles tels que la nervosité, l'insomnie et les angoisses sont très répandus en Suisse. Pour faire face au stress à l'école ou au travail, certaines personnes font recours à des médicaments psychotropes tels que les tranquillisants, les somnifères et les antidépresseurs. Un usage prolongé peut conduire à une dépendance et entraîner des risques concernant notamment le fonctionnement de la mémoire et de la coordination psychomotrice (Lader, 2011). Les analgésiques, dont certains font partie de la catégorie des opiacés, ont également un potentiel de dépendance.

Il a été constaté que les femmes consomment plus de médicaments que les hommes. Cette différence pourrait en partie s'expliquer par le fait qu'étant plus sensibles aux problèmes de santé, les femmes seraient plus rapidement conduites à suivre un traitement médical, ce qui les exposerait à des risques de surtraitement et de développer une consommation problématique de médicament (OFSP, 2006). Une plus grande consommation des personnes âgées et des personnes ayant des ressources économiques moins importantes a également été relevée.

Dans l'ESS, la consommation générale de médicaments est examinée en demandant aux personnes si elles ont consommé au moins une fois au cours des sept derniers jours n'importe quel médicament. De plus,

la consommation de quatre médicaments psychotropes est analysée: les analgésiques, les tranquillisants, les somnifères et les antidépresseurs (A-3.8-9).

Plus d'une personne sur deux a pris un médicament dans la semaine précédant l'enquête dans le canton de Genève

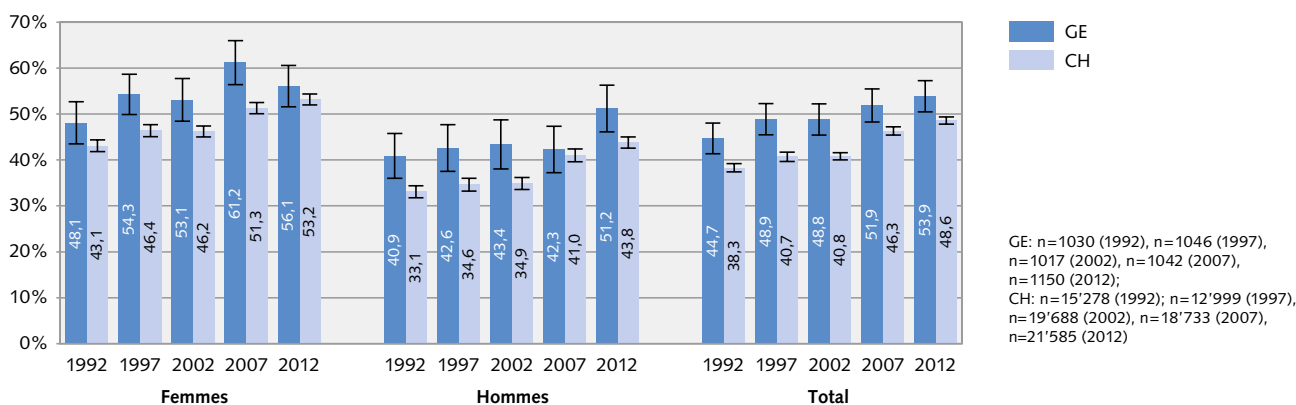
En 2012, plus de la moitié de la population genevoise (53,9%) a consommé au moins un médicament dans la semaine précédant l'enquête, un niveau de consommation supérieur à celui de l'ensemble des Suissesses et Suisses (48,6%, Fig. 3.26). La proportion de consommateurs a augmenté de façon significative depuis 1992, où elle s'établissait à 44,7% pour le canton de Genève (CH: 38,3%). Au niveau Suisse, on relève une hausse particulièrement marquée de l'augmentation de la consommation de médicaments entre 2002 et 2007.

La proportion de femmes consommatrices de médicaments a toujours été plus élevée que celle des hommes: en 2012, 56,1% des Genevoises ont consommé au moins un médicament au cours des sept derniers jours contre 51,2% des Genevois. Cette différence était significative en moyenne suisse jusqu'en 2007 mais ne l'est plus en 2012. L'augmentation de la consommation de médicaments a en effet été légèrement plus forte chez les hommes que chez les femmes depuis 1992. Bien que ces évolutions ne soient pas statistiquement significatives, on peut relever la baisse enregistrée entre 2007 et 2012 dans le canton de Genève, de la consommation de médicaments chez les femmes (-5,1%) et la hausse concernant la consommation de médicaments chez les hommes (+8,9%).

⁴⁷ Les données analysées dans ce rapport ne permettent pas de répondre à la question de l'usage approprié des médicaments.

Evolution de la consommation générale de médicaments,
selon le sexe, canton de Genève et Suisse, 1992–2012
(dans la semaine précédant l'enquête)

Fig. 3.26



Source: OFS – Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Consommation en hausse pour les analgésiques et stable pour les tranquillisants, somnifères et antidépresseurs

Dans le canton de Genève, la consommation hebdomadaire d'analgésiques a fortement augmenté depuis 1992, passant de 17,5% de la population à 29,4% en 2012 (CH: 12,4% à 23,4%, A-3.8). Le résultat pour 2012 est proche de celui de 2007 (27,3%) mais diffère de façon significative de celui de 2002 (21,2%).

En moyenne suisse, 4,3% de la population consomme des tranquillisants (GE: 7,0%, A-3.9), 5,3% des somnifères (GE: 7,2%), et 4,1% des antidépresseurs (GE: 4,2%). La consommation de ces trois médicaments n'a pas augmenté depuis 1992⁴⁸. Depuis 2002, la consommation de tranquillisants est significativement plus élevée dans le canton de Genève qu'en moyenne suisse. Ce résultat peut notamment être mis en relation avec le recours plus fréquent aux consultations médicales en cabinet observé dans le canton de Genève, lequel peut également entraîner une prescription plus fréquente de médicaments (voir 5.1).

La consommation hebdomadaire d'analgésiques est plus importante chez les femmes que chez les hommes: 34,2% des femmes genevoises ont consommé des analgésiques dans les sept derniers jours contre 23,7% des hommes genevois (CH: 28,4% vs 18,2%). Des différences entre les sexes s'observent aussi pour les somnifères (GE: 9,0% vs 5,1%) et pour les antidépresseurs (GE: 5,2% vs 3,0%). Ces différences ne sont pas signi-

ficatives dans le canton de Genève mais elles le sont à l'échelle de la Suisse. Par contre, la consommation de tranquillisants ne diffère pas selon le sexe dans le canton de Genève (7,0% des femmes et des hommes), contrairement à ce qui est observé en moyenne suisse (5,4% des femmes et 3,1% des hommes).

Pour tous les types de médicaments étudiés, la consommation augmente avec l'âge (A-3.8-9). Entre la classe des 15 à 34 ans et celle des 65 ans et plus, la consommation générale passe de 34,5% à 77,1% de la population genevoise et pour la consommation d'analgésiques, de 19,6% à 34,6%. Une diminution de la consommation de tranquillisants dans le canton de Genève et d'antidépresseurs, dans le canton de Genève et en Suisse, peut toutefois être observée au sein de la classe d'âge des 65 ans et plus sans que les baisses affichées ne soient statistiquement significatives.

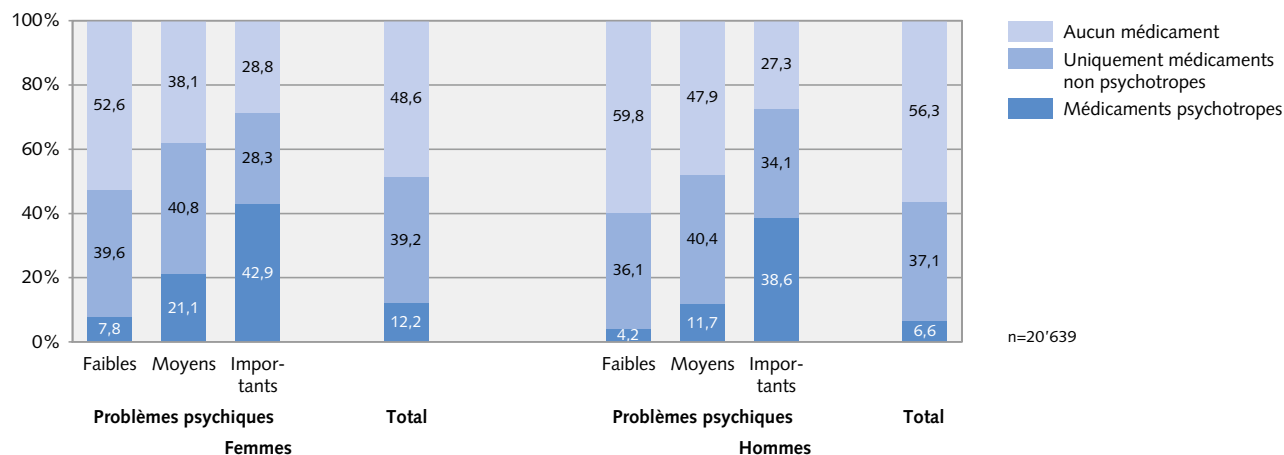
Au niveau suisse, la consommation de médicaments diminue sensiblement à mesure que le niveau de formation augmente (A-3.8-9). Dans le canton de Genève, cet effet du niveau de formation est moins clairement visible. Par exemple, la consommation de somnifères et d'antidépresseurs est la plus élevée parmi les personnes ayant un niveau de formation du degré secondaire II (A-3.9).

La figure 3.27 montre le lien existant entre la présence de problèmes psychiques (voir 2.5.2) et la prise de médicaments psychotropes et non psychotropes: les personnes souffrant de problèmes psychiques importants sont nettement plus nombreuses à prendre des médicaments psychotropes que celles qui ne souffrent pas de tels problèmes. Elles sont aussi moins nombreuses à ne prendre aucun médicament. En

⁴⁸ Pour les antidépresseurs, les données ne sont disponibles qu'à partir de 2007.

Consommation de médicaments, selon les problèmes psychiques et le sexe, Suisse, 2012 (dans la semaine précédant l'enquête)

Fig. 3.27



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

cas de problèmes psychiques moyens ou importants, les femmes consomment plus de médicaments psychotropes que les hommes.

3.4 Jeux d'argent et de hasard

Les jeux de hasard et d'argent sont ceux dont l'issue dépend en partie ou exclusivement du hasard et comportant des enjeux monétaires (possibilité de perte ou de gain). Si pour la plupart des joueurs, la pratique du jeu s'inscrit dans un cadre récréatif, elle peut également entraîner des conséquences psychologiques, sociales et économiques sérieuses. En raison des troubles psychosociaux qu'il occasionne (p. ex. jouer pour fuir ses problèmes ou négliger sa famille, ses amis, l'école ou le travail), le jeu pathologique est désormais considéré comme une forme de dépendance à part entière. Le jeu pathologique a été intégré en 1980 dans la classification américaine DSM-III (American Psychiatric Association, 2000) en tant que catégorie diagnostique.

En Suisse, ce thème a notamment gagné en acuité avec le changement de législation fédérale qui s'est opéré en 2002, autorisant l'ouverture de casinos. En 2014, on comptait 21 casinos en Suisse ce qui en faisait le pays où la densité de casinos par habitant est la plus élevée en Europe. De plus, une nouvelle loi fédérale visant à régler de manière globale tous les jeux d'argent a été mise en consultation en 2014. Parmi les révisions proposées, il est notamment prévu que les casinos suisses aient la possibilité de développer une offre de jeux de casino en ligne, un marché jusqu'ici illégal en

Suisse bien que le fait de s'adonner, en tant que client, à des jeux d'argent en ligne situés off-shore ne soit pas en soi réprimé.

Il a été estimé qu'en 2007, le recours aux soins médicaux pour des problèmes de santé liés au jeu (coûts directs) impliquait un coût de 8,5 millions de francs. La perte annuelle totale de production attribuable au jeu excessif (coûts indirects) est pour sa part comprise entre 428 et 452 millions de francs alors que les pertes de qualité de vie se situeraient entre 115,1 et 188,3 millions de francs. Au total, le coût social annuel du jeu excessif était donc estimé entre 551,1 et 648,5 millions de francs cette année-là, le coût par joueur pathologique variant entre 15'200 et 17'400 francs par année et celui des joueurs problématiques entre 230 et 370 francs (Jeanrenaud et al., 2012).

Différents obstacles méthodologiques marquent l'étude du jeu excessif. D'une part, si la fréquence des jeux peut être renseignée de façon relativement complète, il n'est pas possible de réduire le caractère problématique d'un jeu à la seule fréquence de sa pratique. Il est en effet nécessaire de prendre en considération de façon plus globale les comportements et attitudes face au jeu. D'autre part, seule une infime frange de la population répond aux critères de jeu problématique ou excessif. Ce faible nombre de cas, source d'imprécision statistique, rend délicate l'analyse au niveau cantonal. C'est pourquoi les résultats pour le canton de Genève sont systématiquement mis en perspective avec ceux de la Suisse dans son ensemble.

Environ la moitié de la population genevoise a joué à un jeu de hasard ou d'argent au cours des douze derniers mois

De manière générale, un peu plus d'un habitant du canton de Genève sur deux a joué à des jeux d'argent et de hasard au cours des douze derniers mois (51,0%, Fig. 3.28). Plus d'un quart de la population n'y a jamais joué (27,7%) et environ un cinquième rapporte que sa dernière expérience de jeu remonte à plus de douze mois (21,3%). Les hommes sont significativement plus nombreux que les femmes à avoir joué au cours des douze derniers mois (hommes: 57,9%, femmes: 45,3%). Les résultats pour l'ensemble de la Suisse sont très proches.

Les jeux de casinos n'attirent qu'une part marginale de la population

Il existe différents types de jeux d'argent et de hasard qui peuvent se pratiquer dans différents contextes (casino, bars et restaurants ou cadre privé). La figure 3.29 rend compte de la fréquence de la pratique de sept jeux distincts. Les résultats ne sont présentés que pour la Suisse dans son ensemble mais lorsque le canton de Genève présente des différences marquées, celles-ci sont mentionnées dans le texte.

La loterie et les paris sportifs apparaissent comme le type de jeu le plus populaire. En moyenne suisse, 12,8% de la population y joue au moins une fois par mois (GE: 15,9%, différence non significative) et 30,4%, entre une et onze fois par an. Que ce soit dans les bars et restaurants ou dans les casinos, les automates et machines à sous ne sont pratiqués que par une faible part de la

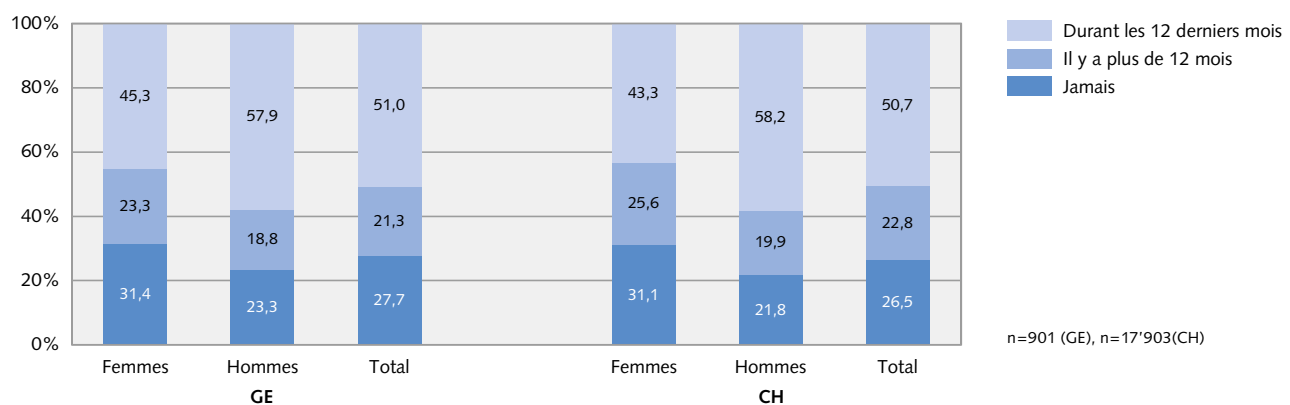
population. En moyenne suisse, ils sont entre 0,2% et 0,3% à y jouer au moins une fois par mois et entre 2,8% et 3,4% à déclarer n'avoir recours à ce type de pratique qu'entre une et onze fois par année. Les autres jeux de casinos (jeux de table et tournois) sont mentionnés encore plus rarement. Si l'on considère ensemble les trois types de jeux se pratiquant dans les casinos (jeux de table, automates et machines à sous et tournois), 6,3% des Suissesses et des Suisses peuvent être qualifiés de joueurs occasionnels (entre une et onze fois par an) et 0,4%, de joueurs réguliers (au moins une fois par mois). Ces pourcentages indiquent qu'une partie des personnes jouant au casino pratiquent en fait plusieurs types de jeux.

Les jeux de hasard organisés dans un cadre privé, tels les tournois de poker, sont relativement peu pratiqués par les habitants du canton de Genève. Seul 3,6% de la population genevoise a participé à ce type de rencontre au cours des douze derniers mois contre 5,8% en moyenne suisse (différence significative).

Concernant les jeux de hasard sur Internet, ce medium est relativement peu utilisé par les joueurs épisodiques (entre une et onze fois par an): ils sont en moyenne 0,7% dans le canton de Genève et 1,5% en Suisse (différence significative). Ces valeurs sont inférieures à celles concernant la pratique épisodique des jeux de table en casino (respectivement 2,9% et 4,3% de la population). Par contre, la part de la population jouant régulièrement (au moins une fois par mois) à des jeux de hasard en ligne (0,5% en moyenne suisse) est plus élevée que celle jouant régulièrement à des jeux de table au casino (0,2%).

Prévalence à vie des jeux de hasard et d'argent, selon le sexe, canton de Genève et Suisse, 2012

Fig. 3.28

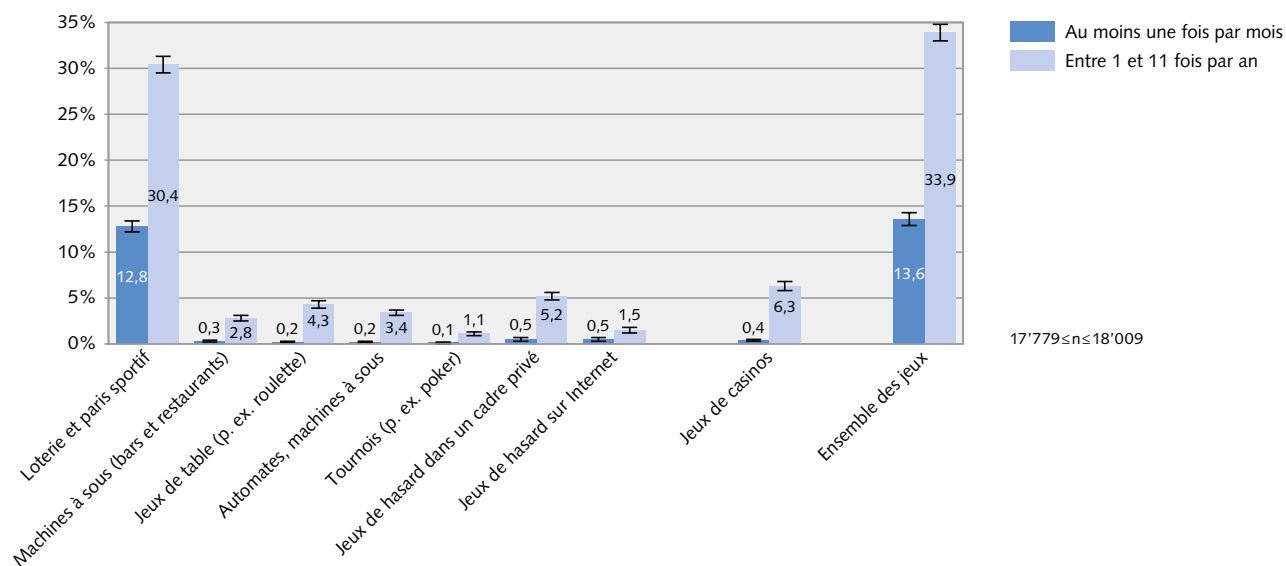


Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

Joueurs à des jeux d'argent et de hasard, par type de jeux, Suisse, 2012

Fig. 3.29



La catégorie «au moins une fois par mois» regroupe les choix de réponse «2 fois par semaine ou plus» et «1 à 7 fois par mois» et la catégorie «1 à 11 fois par an» regroupe les choix de réponse «6 à 11 fois par an» et «Moins de 6 fois par an».

Les données non représentées concernent les personnes n'ayant pas joué au cours des douze derniers mois ainsi que celles n'ayant jamais joué dans leur vie.

Les jeux de casino regroupent les trois catégories de jeu suivantes: Jeux de table, automates et machines à sous et tournois.

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

Si l'on considère ensemble chacun de ces sept types de jeux, environ la moitié de la population suisse a participé à au moins un type de jeux au cours des douze derniers mois. Parmi ces joueurs, environ un tiers a joué de façon au moins mensuelle.

Environ une personne sur cinq âgée de 55 à 74 ans joue au moins une fois par mois à des jeux de loterie et paris sportifs

La pratique du jeu varie donc passablement selon le type de jeu mais aussi selon le profil sociodémographique du joueur, notamment le sexe, l'âge et la formation. L'analyse qui suit porte sur les jeux de loterie et paris sportifs qui sont le type de jeux d'argent et de hasard le plus fréquemment pratiqué en Suisse (Fig. 3.30). Les classes d'âge ont été adaptées afin de mieux refléter les différences de pratique.

Pour ce type de jeu, il est environ deux fois plus fréquent pour les hommes que pour les femmes d'avoir une fréquence de jeu au moins bihebdomadaire ou mensuelle (hommes: 6,6% et 10,8%; femmes: 3,4% et 5,1%).

Dans le canton de Genève, la différence entre les sexes est significative pour ce qui concerne la pratique une à sept fois par mois (femmes: 5,6%; hommes: 14,9%). Il apparaît que ce sont les personnes ayant entre 55 et

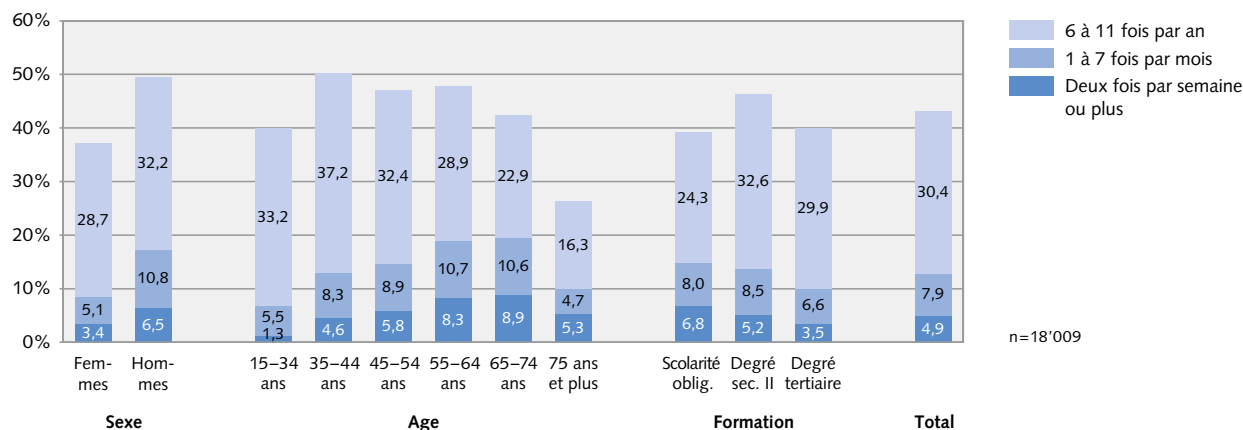
74 ans qui mentionnent le plus souvent jouer à des loteries ou effectuer des paris sportifs. De plus, les personnes n'ayant pas de formation post-obligatoire pratiquent environ deux fois plus souvent les jeux de loterie et paris sportifs de façon bihebdomadaire que les personnes ayant une formation de degré tertiaire (respectivement 6,8% et 3,5%, différence significative).

Pour ce qui concerne les jeux de hasard et d'argent, le jeu excessif concerne 1,1% de la population suisse

L'expression «jeu excessif» peut désigner tout comportement de jeu susceptible d'entraîner des conséquences négatives pour la santé. L'indicateur du jeu excessif élaboré sur la base de trois questions de l'ESS procure des indications quant à l'importance de ces risques, sans qu'il ne puisse être considéré comme un outil de diagnostic à proprement parler.

Fréquence des jeux de loterie et paris sportifs, selon le sexe, l'âge et la formation, Suisse, 2012

Fig. 3.30



La catégorie «1 à 11 fois par an» regroupe les choix de réponse «6 à 11 fois par an» et «Moins de 6 fois par an». Les données non représentées concernent les personnes n'ayant pas joué au cours des douze derniers mois ainsi que celles n'ayant jamais joué dans leur vie.

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

Indicateur du jeu excessif

Afin d'élaborer l'indicateur du jeu excessif, trois questions sont posées dans le cadre de l'ESS:

1. «Avez-vous déjà du mentir à des personnes proches concernant votre comportement relatif aux jeux d'argent?»
2. «Avez-vous déjà senti le besoin de miser toujours plus d'argent?» et
3. «Vous est-il arrivé de vous énerver suite à des remarques critiques d'autres personnes concernant le fait de jouer aux jeux d'argent?».

Sur la base des réponses données, quatre types de joueurs sont définis:

- Joueurs à faible risque: personnes qui n'ont répondu «toujours», «souvent» ou «rarement» à aucune des questions mais qui ont déjà joué dans leur vie.
- Joueurs à risque modéré: personnes qui ont répondu «toujours», «souvent» ou «rarement» à l'une des questions.
- Joueurs problématiques: personnes qui ont répondu «toujours», «souvent» ou «rarement» à deux des questions.
- Joueurs pathologiques: personnes qui ont répondu «toujours», «souvent» ou «rarement» aux trois questions.

Pour le canton de Genève, les catégories de «joueurs problématiques» et de «joueurs pathologiques» sont réunies en la catégorie de «joueurs excessifs» en raison de la faible taille des effectifs.

Sachant que 27,3% de la population suisse n'a jamais joué à des jeux de hasard et d'argent, il apparaît que la majorité des Suissesse et des Suisses sont des joueurs à faible risque (68,5%). Seuls 3,1% sont considérés comme présentant un risque modéré, 0,7% sont qualifiés de joueurs problématiques et 0,4% de joueurs pathologiques. Les résultats pour le canton de Genève sont proches de ceux de la Suisse avec 2,9% de la population genevoise présentant un risque modéré et 1,4% pouvant être qualifié de joueurs excessifs (problématiques ou pathologiques).

3.5 Résumé

Par rapport à la moyenne suisse, les habitantes et les habitants du canton de Genève se déclarent plus souvent insouciants vis-à-vis de leur santé, également pour ce qui concerne leur alimentation. On observe une tendance similaire à la moyenne suisse pour ce qui concerne l'augmentation de la prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité entre 1992 et 2012. Les hommes (51,2%) et les personnes de nationalité étrangère (48,0%) sont particulièrement touchés par les problèmes de surcharge pondérale. Néanmoins, le régime alimentaire de la population genevoise semble proche des recommandations en matière de nutrition, notamment pour ce que concerne la consommation de fruits et légumes et la diversité des sources de protéines. Par contre, près de la moitié des habitants de ce canton ne consomme pas une quantité

suffisante de liquide non-alcoolisé. Ce manque est particulièrement fréquent chez les personnes de 65 ans et plus.

La part de personnes physiquement inactives a diminué depuis 2002 dans le canton de Genève et en moyenne suisse, même si l'inactivité reste plus fréquente dans le canton de Genève. L'activité physique a surtout augmenté chez les femmes mais elle reste pratiquée de façon moins intense que chez les hommes.

De manière générale, le pourcentage de fumeurs est resté assez stable depuis 1992, tant dans le canton de Genève qu'en moyenne suisse. On observe toutefois que dans la moyenne suisse, le pourcentage d'hommes fumeurs a légèrement diminué depuis 1992. De plus, le nombre de cigarettes fumées quotidiennement par les fumeurs a diminué de façon tangible. Les effets des mesures de lutte contre la fumée passive sont également manifestes. Alors qu'en 2002, plus d'un tiers de la population genevoise y était exposée, cette part est passée à moins de 10% en 2012.

De manière générale, on constate une baisse de la consommation quotidienne d'alcool, particulièrement marquée chez les hommes même si ceux-ci restent des consommateurs plus fréquents que les femmes. Parallèlement, une hausse de la consommation hebdomadaire est observée. La consommation chronique excessive est particulièrement le fait des hommes et des personnes âgées de 65 ans et plus alors que la consommation ponctuelle excessive concerne plutôt les hommes et les personnes âgées de 15 à 34 ans.

Entre 1992 et 2012, la prévalence sur la vie de la consommation de cannabis a augmenté de façon significative dans la population genevoise. Si la prévalence à vie reste plus élevée chez les hommes que chez les femmes (en 2012, la prévalence à vie est de 29,2% chez les femmes du canton de Genève et de 42,3% chez les hommes), c'est chez les femmes que la hausse a été la plus forte depuis 1997 (13,4% contre 33,4% chez les hommes).

Un peu plus de la moitié de la population genevoise a consommé au moins un médicament au cours de la semaine précédant l'enquête. Contrairement à la moyenne suisse et pour la première fois en 2012, la consommation de médicaments chez les hommes du canton de Genève n'est pas significativement plus basse que celle des femmes. Si la consommation de tranquillisants et de somnifères est restée relativement stable depuis 1992, la part de la population genevoise ayant pris un analgésique au cours des sept derniers jours a pour sa part augmenté de 68% (de 17,5% à 29,4% des habitants du canton).

Un peu plus de la moitié de la population a pratiqué un jeu d'argent et de hasard au cours des douze derniers mois et environ un tiers de ces joueurs déclare une fréquence de jeu au moins mensuelle. La loterie et les paris sportifs apparaissent comme le type de jeu le plus populaire, particulièrement auprès des personnes âgées de 55 à 74 ans: environ 8,5% de cette frange de la population suisse y joue deux fois par semaine ou plus. Dans le canton de Genève, il est estimé que le jeu excessif concerne 1,4% de la population (1,1% en moyenne suisse).

4 Santé, habitat et conditions de travail

La santé de la population est influencée par une multitude de facteurs. Des déterminants structurels (facteurs politiques, économiques et sociaux, et statut socioéconomique) et des déterminants intermédiaires (conditions de vie et de travail, facteurs comportementaux, facteurs psychosociaux) se conjuguent et influencent ensemble l'état de santé de chaque individu (point 1.4). Le présent chapitre examine, sur la base des données de l'ESS, les principales caractéristiques des conditions de logement et de travail et leurs effets sur la santé. Le premier point analyse les nuisances auxquelles sont exposées les populations suisse et genevoise à leur domicile, tandis que le second traite différents aspects des conditions de travail.

Divers facteurs environnementaux favorisent l'apparition de problèmes de santé, tant à la maison qu'au travail. Selon des estimations de l'OMS, entre 15% et 20% des décès en Europe sont imputables à des nuisances environnementales (AEE, 2010). En Suisse, on peut mentionner quatre facteurs liés à l'environnement physique ayant un impact particulièrement important sur la santé: les polluants atmosphériques, la fumée de cigarettes (discutée au point 3.3.1), le changement climatique et les rayonnements (Meyer, 2009).

Les concentrations élevées de particules fines, d'ozone et d'oxydes d'azote ont des répercussions multiples sur la santé: atteintes des voies respiratoires, prédisposition plus fréquente aux allergies, ralentissement de la croissance pulmonaire chez l'enfant (CFHA, 2013), maladies cardiovasculaires (Brook et al., 2010) et risques accrus de cancer des poumons et de leucémie (OMS, 2013). Le rapport Environnement Suisse de l'Office fédéral de l'environnement (OFEV, 2013) relève que l'état actuel de l'air provoque entre 3000 et 4000 décès prématurés par an (dont 300 consécutifs à un cancer des poumons) et qu'il est responsable de 39'000 cas de bronchite aiguë chez l'enfant et de 1000 cas de bronchite chronique chez l'adulte. Les coûts de la santé occasionnés par la pollution atmosphérique sont évalués à près de 5,1 milliards de francs.

Certains effets du changement climatique ont aussi des répercussions sur la santé de la population. Par

exemple, les périodes de canicule menacent principalement les personnes âgées, les malades chroniques ainsi que les enfants en bas âge alors que la hausse des températures favorise la propagation de nouveaux agents pathogènes et la diffusion de plantes à haut potentiel allergène (OFEV, 2013).

Pour ce qui concerne les radiations, les fortes concentrations de radon⁴⁹ en Suisse provoqueraient chaque année 230 décès par cancer des poumons (OMS, 2011b). De plus, quelque 85'000 personnes actives principalement dans le diagnostic médical sont exposées à des radiations dans l'exercice de leur profession (OFSP, 2013a). On peut encore mentionner les rayons UV qui augmentent le risque de cancer de la peau et peuvent occasionner des dommages oculaires. En revanche, les effets à long terme sur la santé des champs électromagnétiques⁵⁰ ne sont à ce jour pas démontrés scientifiquement (Röösli et al., 2010).

Le bruit à la maison et au travail a également une influence sur la santé. Un sixième de la population suisse est exposé à un bruit excessif qui peut engendrer des sentiments de gêne, du stress, des troubles du sommeil, de l'hypertension, des problèmes cardiovasculaires, un risque accru d'infarctus du myocarde et des perturbations des relations sociales (OFEV, 2013). La principale source de pollution sonore est celle due au trafic routier, à laquelle est exposée une personne sur cinq pendant la journée et une personne sur six pendant la nuit (OFEV, 2014). Le bruit causé par le trafic ferroviaire et le trafic aérien dérange beaucoup moins d'individus, puisqu'il touche entre 1% et 2% de la population, principalement

⁴⁹ Le radon est présent dans la chaîne de désintégration de l'uranium, qui est présent partout dans le sol. Plus le sol est perméable, plus le gaz radon peut monter à la surface. Lorsqu'il s'accumule dans des espaces clos, il peut pénétrer dans les poumons et irradier le tissu pulmonaire (site internet de l'OFSP: Le radon, c'est quoi?).

⁵⁰ Champs électromagnétiques (CEM) désigne la gamme des fréquences inférieures du spectre électromagnétique (0 Hz–300 GHz). Les CEM sont omniprésents dans notre environnement – du fait des sources d'origine naturelle et des sources d'origine artificielle de plus en plus fréquentes – que ce soit en transmettant des signaux radioélectriques ou en tant que produit secondaire de l'alimentation des appareils électriques (site internet de l'OFSP: Champs électromagnétiques CEM).

dans les villes et les agglomérations (OFEV, 2009). Il convient de noter que les valeurs limites de l'ordonnance sur la protection contre le bruit sur lesquelles s'appuient les études de l'OFEV sont nettement plus élevées que celles recommandées par l'OMS. Si les valeurs limites de l'OMS étaient appliquées en Suisse, on considérerait que deux fois plus de personnes sont exposées à des nuisances sonores excessives.

Mais la santé de la population n'est pas seulement influencée par des nuisances environnementales présentes à la maison ou au travail. L'activité professionnelle elle-même joue un rôle considérable sur l'état de santé de la population. De manière générale, les résultats de l'ESS indiquent que les personnes actives occupées ont une meilleure santé que les non-actifs et les chômeurs (voir 4.2.1). Les conditions de travail peuvent toutefois aussi avoir des conséquences dommageables pour la santé. Chaque année, environ 3000 cas d'accidents découlant de l'activité professionnelle, comme la surdité et les maladies de peau, sont reconnus par les assureurs-accidents (OFSP, 2014c). Les problèmes de santé en lien avec le travail sont encore plus fréquents. Les troubles physiques et psychiques tels que les maux de dos, les maux de tête et le stress ont fortement augmenté au cours de ces dernières années (Grebner et al., 2011; Krieger & Graf, 2009; Krieger et al., 2012; L ubli & Müller, 2009). De plus, avec la mondialisation économique et l'émergence de nouvelles technologies de l'information et de la communication, les modèles de travail et les exigences professionnelles ont subi de profondes mutations, se manifestant sous la forme d'une accélération générale des rythmes de travail, d'un accroissement de l'intensité de travail, d'une contrainte de temps permanente et du «multitasking» (accomplissement de plusieurs tâches à la fois) (EU-OSHA, 2014).

Des conditions de travail pouvant nuire à la santé sont fréquentes. Plus de la moitié de la population suisse fait état d'au moins trois risques physiques tels que la pénibilité du travail, l'exposition à des substances toxiques ou au bruit. De même, la moitié des participants à l'ESS mentionne au moins trois risques psychosociaux (niveau d'exigences élevé, pression du temps, faible autonomie, etc.) (OFS, 2014k). Les risques physiques se rencontrent plus fréquemment lorsque le statut socioéconomique est bas, tandis que les risques psychosociaux sont plus répandus chez les personnes avec un statut social élevé (H mmig & Bauer, 2013).

Des conditions de travail défavorables sont concomitantes de divers indicateurs d'une moins bonne santé (troubles physiques et psychiques). Plus les personnes

interrogées sont exposées à des risques physiques et psychosociaux, plus elles s'estiment en mauvaise santé (OFS, 2014k). Une vaste étude réalisée pour le Ministre français du travail, de l'emploi et de la santé (Collège d'expertise, 2011) rappelle cependant que des conditions de travail pénibles ne représentent pas un risque en soi et qu'elles peuvent être fortement atténuées par des mesures visant à soulager et à protéger les travailleurs. Parmi ces mesures figurent notamment la participation de chacun aux décisions, le soutien des collègues de travail et de la direction, une bonne gestion de l'entreprise et un salaire adéquat (Grebner et al., 2011). Avoir une vie équilibrée conciliant vie professionnelle et vie privée constitue également un important facteur de protection.

4.1 Nuisances à la maison

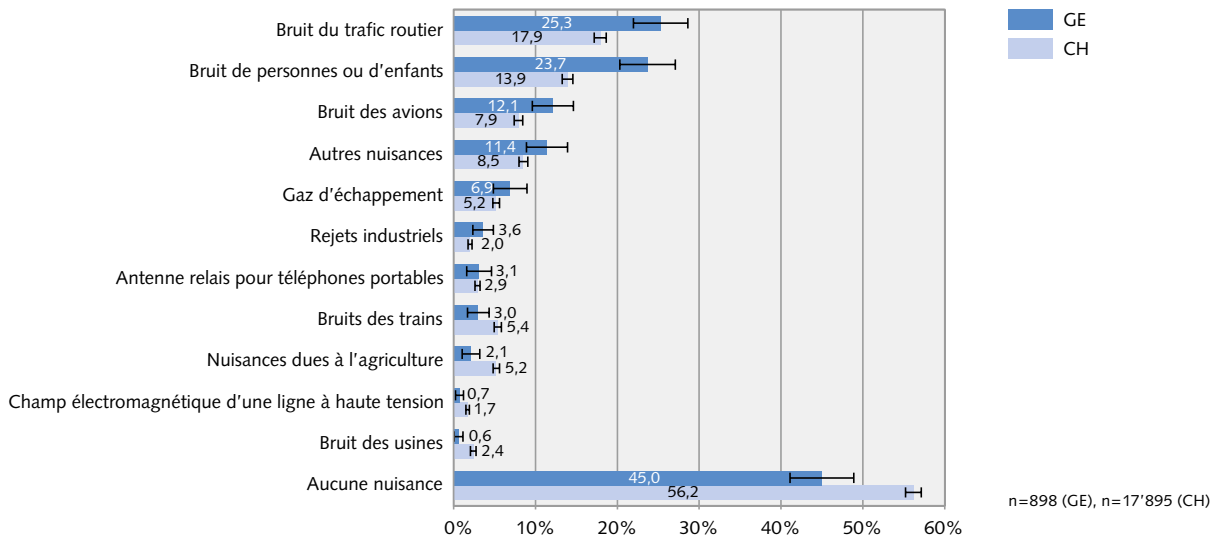
Les individus peuvent être exposés à différentes nuisances qui les dérangent à leur domicile. La figure 4.1 présente pour l'année 2012 la proportion de personnes concernées par onze sources de nuisances à la maison, dans le canton de Genève et en Suisse. Les répondants pouvaient valider plusieurs choix de réponse.

Le bruit du trafic routier et le bruit de personnes ou d'enfants sont les deux sources de nuisances à la maison les plus fréquentes en moyenne suisse et dans le canton de Genève. Dans le canton de Genève, la part de la population se disant exposée à chacune de ces nuisances est toutefois significativement plus élevée, près d'un quart des habitants du canton étant concernés. On peut cependant noter que l'exposition à ces deux types de nuisances a diminué de façon significative depuis 2007, tant dans le canton de Genève (2007: 35,5% et 32,4%) qu'en moyenne suisse (2007: 22,6% et 18,6%, données non représentées).

La part des habitants du canton de Genève dérangée par le bruit des avions (12,1%) est également plus élevée qu'en moyenne suisse (7,9%). Enfin, si les rejets industriels indisposent encore plus souvent la population genevoise (3,6%) que suisse (2,0%, différence significative), les habitants de ce canton ne sont que rarement dérangés par les antennes relais pour téléphone portable (3,1%), par le bruit des trains (3,0%), par les nuisances dues à l'agriculture (2,1%), par le champ électromagnétique d'une ligne à haute tension (0,7%) ou par le bruit des usines (0,6%).

Personnes concernées par des nuisances à la maison, canton de Genève et Suisse, 2012

Fig. 4.1



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

Un peu moins de la moitié de la population interrogée ne souffre d'aucune nuisance à la maison

Si l'on analyse à combien de nuisances différentes une même personne est exposée, il apparaît que 45,0% de la population genevoise ne mentionne aucune nuisance, 30,8% déclare une nuisance et 24,2% s'estime dérangée par deux nuisances ou plus (Annexe, A-4.1). Ces résultats traduisent une diminution de l'exposition aux nuisances à la maison dans le canton de Genève par rapport à la situation observée en 2007 (pas de nuisance: 28,8%; une nuisance: 32,3%; deux nuisances ou plus: 38,9%). La population genevoise reste toutefois plus souvent concernée par des nuisances à la maison qu'en moyenne suisse (pas de nuisance: 56,2%; une nuisance: 25,1%; deux nuisances ou plus: 18,7%) où une amélioration par rapport à 2007 a également été observée. Il s'agit également du canton, parmi les 19 ayant procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS, où la population mentionne le plus souvent au moins une forme de nuisance à la maison.

Il est intéressant de remarquer qu'aucune différence significative ne peut être relevée entre hommes et femmes pour ce qui concerne l'exposition aux nuisances à la maison, tant par rapport aux différentes sources de nuisances qu'à leur nombre.

Par contre, l'effet de l'âge est plus manifeste. En raison d'une meilleure fiabilité des données, les résultats sont ici présentés en moyenne suisse mais les tendances

pour le canton de Genève sont similaires. La proportion de personnes touchées par deux nuisances et plus passe ainsi de 15,1% parmi les personnes de 15 à 34 ans à 23,7% parmi celles de 65 ans et plus (Fig. 4.2). D'une part, cela pourrait être attribué au fait que les personnes âgées sont plus sensibles à des nuisances dans leur environnement. D'autre part, les personnes âgées passent aussi plus de temps à leur domicile, ce qui peut les conduire à mentionner plus de nuisances.

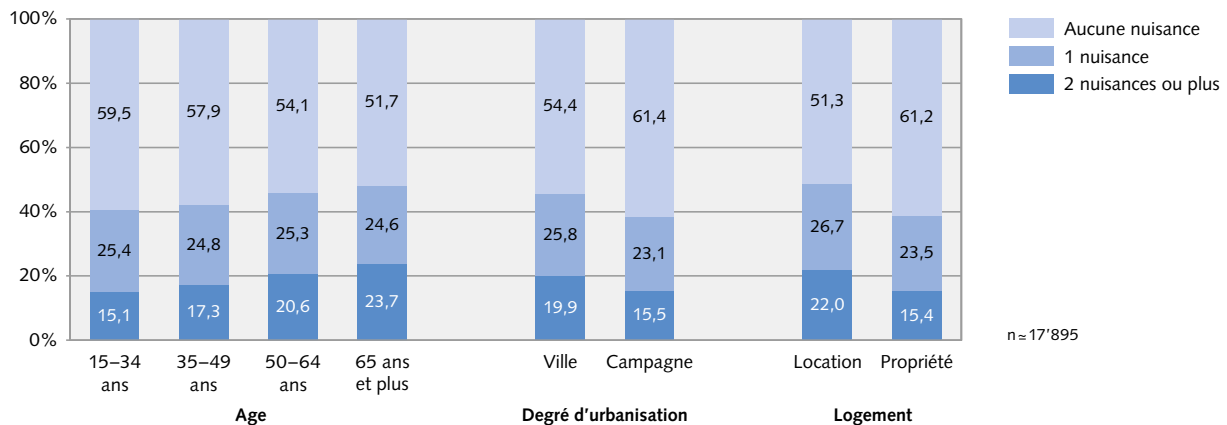
En moyenne suisse, on observe également que la population urbaine est généralement plus exposée aux nuisances à la maison. Sachant que 99,2% de la population genevoise vit en région urbaine (voir 1.6), cette caractéristique contribue à expliquer le nombre plus élevé de nuisances rapportées dans ce canton.

Les locataires se plaignent plus souvent de nuisances au domicile que les propriétaires, ce qui peut notamment s'expliquer par le fait que les locataires habitent souvent des logements moins bien situés et que les propriétaires ont plus de latitude pour mettre en œuvre des solutions techniques permettant de limiter les nuisances. De plus, les locataires habitent plus souvent en ville et sont donc plus souvent exposés aux nuisances urbaines.

En moyenne suisse, on observe un lien entre un mauvais état de santé physique et psychique et les nuisances au domicile, qu'il s'agisse de la fréquence d'un état de santé auto-évalué moyen à (très) mauvais, de la présence de troubles physiques importants ou de problèmes psychiques moyens à élevés (Fig. 4.3). La proportion de

Nuisances à la maison,
selon l'âge, le degré d'urbanisation et le logement, Suisse, 2012

Fig. 4.2

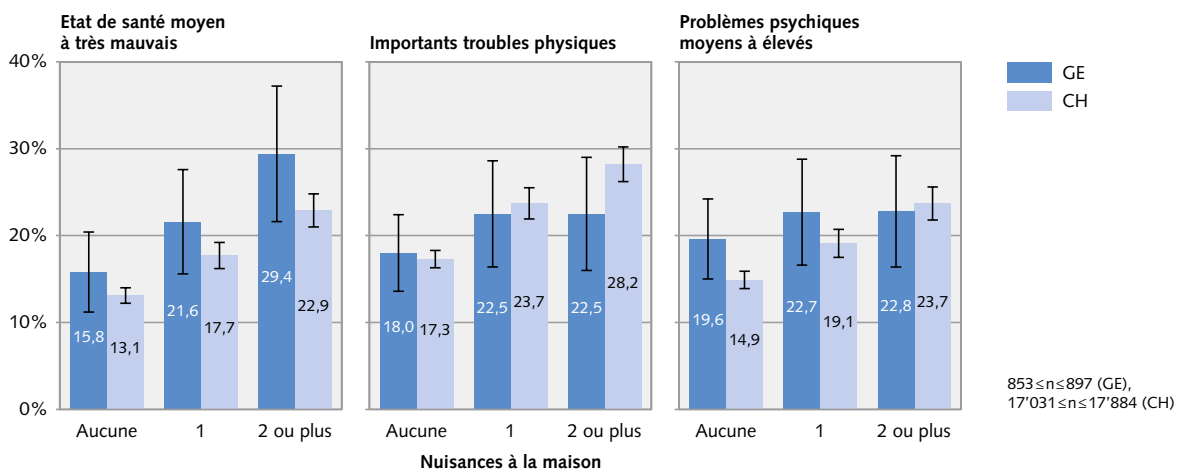


Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

Nuisances à la maison, selon différents indicateurs de santé,
canton de Genève et Suisse, 2012

Fig. 4.3



Exemple de lecture du tableau: parmi les personnes qui ne sont concernées par aucune nuisance à la maison au niveau suisse, 13,1% rapportent avoir un état de santé moyen à (très) mauvais et en conséquence 86,9% ont un bon à très bon état de santé.

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

personnes avec un mauvais état de santé est plus élevée lorsqu'elles sont exposées à une nuisance à la maison et les personnes qui mentionnent deux nuisances et plus au domicile déclarent le plus mauvais état de santé: environ un quart d'entre elles mentionnent avoir un état de santé moyen à (très) mauvais, des troubles physiques importants ou des problèmes psychiques moyens ou élevés. Ce lien entre les nuisances à la maison et des indicateurs de santé s'observe également dans le canton de Genève mais les différences entre les catégories ne sont pas significatives.

Il est toutefois nécessaire de rappeler que les corrélations entre nuisances à la maison et indicateurs de santé ne renseignent pas sur les liens de causalité existants

entre ces variables. Il n'est en effet pas possible de vérifier si les nuisances dans l'environnement rendent «malade» ou à l'inverse, si le fait d'avoir certains problèmes de santé influence la perception des nuisances à la maison. De plus, il n'est pas exclu que d'autres facteurs puissent expliquer ces différences de résultat. Par exemple, de mauvaises conditions de vie peuvent influencer de façon simultanée l'habitat et les conditions de santé, ceci de manière indépendante.

4.2 Travail et santé

Le travail est un domaine central de la vie et par là même constitue un déterminant important de la santé. Le point 4.2 examine différents types de liens existant entre le travail et la santé. Après une présentation des aspects généraux du travail et de la santé (4.2.1), la discussion se concentre sur trois types de risques liés au travail: les risques physiques (4.2.2), les risques psychosociaux (4.2.3) et les horaires de travail atypiques ou de longue durée (4.2.3)⁵¹. Dans le dernier point (4.2.4), ces différents types de charge au travail sont considérés ensemble et leurs effets sur la santé analysés.

4.2.1 Aspects généraux du travail et de la santé

La majorité des personnes professionnellement actives se déclarent en bonne santé

Les personnes professionnellement actives et occupées⁵² ont en général une meilleure santé que les personnes inactives ou au chômage. C'est ce que montre la figure 4.4 qui représente l'état de santé auto-évalué selon la situation sur le marché du travail. En Suisse, 89,2% des personnes professionnellement actives comparées à 69,5% des personnes inactives rapportent un état de santé bon à très bon. Dans le canton de Genève, ces pourcentages s'élèvent à respectivement 86,1% et 65,6%.

Ce phénomène s'explique d'une part par l'effet du travailleur sain (healthy worker effect), un processus de sélection qui se concentre sur les actifs occupés ayant une santé suffisamment bonne pour exercer leur activité. D'autre part, en assurant subsistance, reconnaissance et bien-être, le travail peut jouer un rôle de pilier de l'existence alors que lorsqu'elle n'est pas volontaire, l'inactivité professionnelle peut représenter un risque pour la santé.

Au niveau suisse, ce sont les personnes travaillant à plein temps qui se sentent en meilleure santé. Les personnes qui montrent le plus mauvais état de santé sont les personnes inactives de la catégorie «autres», dont un sixième rapporte un état de santé auto-évalué (très)

mauvais et un autre sixième un état de santé moyen. Il est à noter que ce groupe comprend des personnes invalides. Les retraités mentionnent aussi plus fréquemment un état de santé moyen à (très) mauvais (34,6%), ce qui peut être attribué à l'âge des personnes interrogées. Par rapport aux retraités, les personnes au foyer ainsi que les chômeurs se sentent en meilleure santé. Toutefois en comparaison à la population active, la proportion de personnes déclarant un état de santé bon à très bon est pour ces deux groupes significativement inférieure.

L'effet positif du travail sur la santé augmente avec l'âge

La question de l'impact du travail sur la santé a été posée pour la première fois dans l'ESS en 2012 lors de l'interview téléphonique⁵³. Pour 32,6% des Genevoises et des Genevois, le travail agit principalement de manière positive sur la santé (CH: 46,2%, différence significative), pour 14,8%, le travail agit principalement de manière négative et pour 52,6%, le travail n'a pas d'effet sur la santé (Fig. 4.5).

En moyenne suisse, on peut observer que plus l'âge augmente, plus la part d'actifs occupés estimant que le travail a un effet positif sur la santé est élevée. Bien qu'elles ne représentent qu'une minorité des travailleurs, ce sont les personnes de 65 ans et plus qui sont les plus positives (74,4% CH), celles-ci ayant probablement choisi de travailler à cet âge. Une part marginale des personnes de cette classe d'âge mentionne un effet négatif du travail (1,8%). De 15 à 64 ans, une proportion relativement constante de 10% de personnes estiment que le travail agit sur la santé de manière principalement négative.

Un tel gradient lié à l'âge ne s'observe toutefois pas dans le canton de Genève: la part de personnes actives occupées envisageant principalement les effets positifs du travail sur la santé se maintient autour de 30%, quelle que soit la classe d'âge. La classe d'âge des 50 à 64 ans est celle exprimant l'opinion la moins favorable, mais les différences observées avec les autres classes d'âge ne sont pas significatives.

On peut encore mentionner qu'en moyenne suisse, les femmes considèrent un peu plus souvent que les hommes que le travail a un impact positif sur leur santé (respectivement 49,6% et 43,2%, différence significative). Dans le canton de Genève, cette relation se trouve être inversée mais la différence n'est pas significative (respectivement 30,6% et 34,4%, A-4.2).

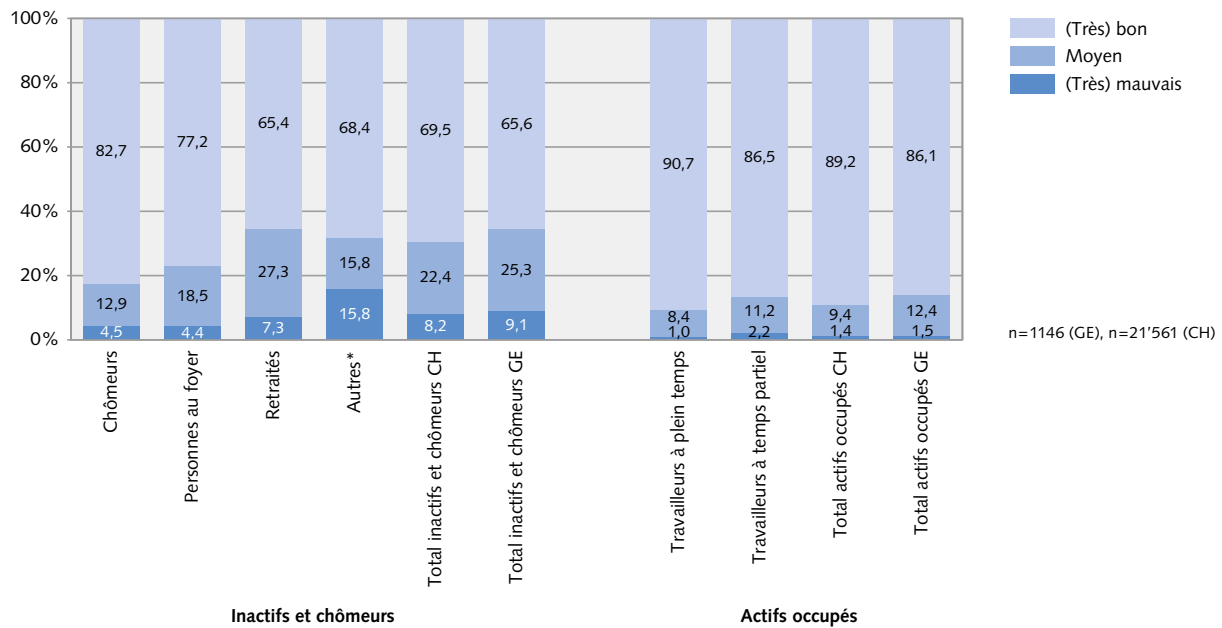
⁵¹ Les questions de l'ESS concernant directement le travail effectué. Les effets sur la santé de la durée et du mode de déplacement pendulaire pour le travail ne sont pas abordés.

⁵² Les actifs occupés comprennent les personnes d'au moins 15 ans révolus qui, au cours de la semaine de référence, ont travaillé au moins une heure contre rémunération ou qui, bien que temporairement absentes de leur travail (absence pour cause de maladie, de vacances, de congé de maternité, de service militaire, etc.), avaient un emploi en tant que salarié ou indépendant ou qui ont travaillé dans l'entreprise familiale sans être rémunérées. Les personnes actives occupées et les chômeurs constituent la population active (site internet de l'OFS: Définitions des personnes actives occupées).

⁵³ A la question «Votre travail affecte-t-il votre santé ou pas», les répondants avaient trois choix de réponse: «oui, principalement de façon positive», «oui, principalement de façon négative» et «non».

Etat de santé auto-évalué, selon le statut sur le marché du travail, canton de Genève (total) et Suisse, 2012

Fig. 4.4



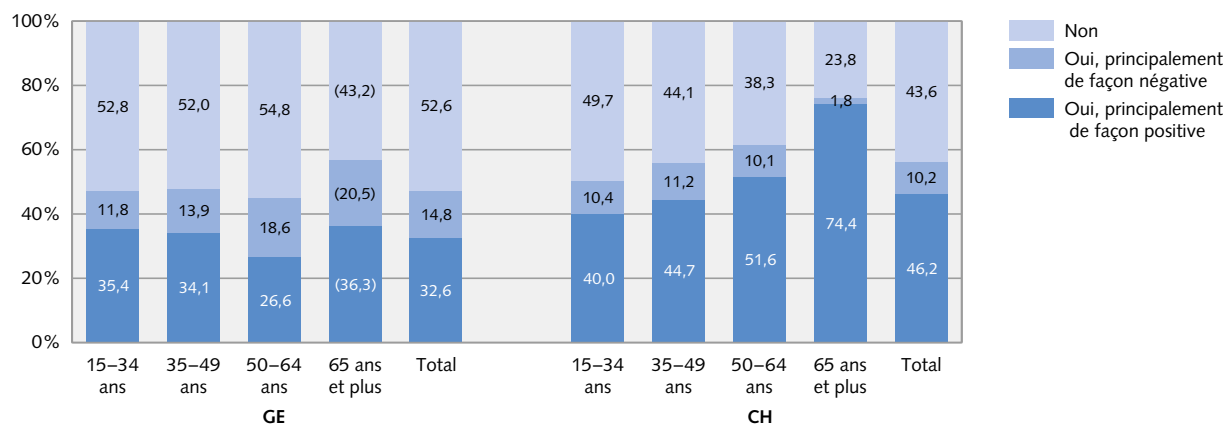
*Autres personnes inactives: en formation, invalides, service militaire/civil, autres.

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

Impact du travail sur la santé, selon l'âge, canton de Genève et Suisse, 2012 (personnes actives occupées)

Fig. 4.5



Dans le canton de Genève, les données pour les actifs occupés de 65 ans et plus (indiquées entre parenthèses) sont d'une représentativité statistique limitée en raison de la taille de l'échantillon.

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

La satisfaction concernant la vie professionnelle a augmenté

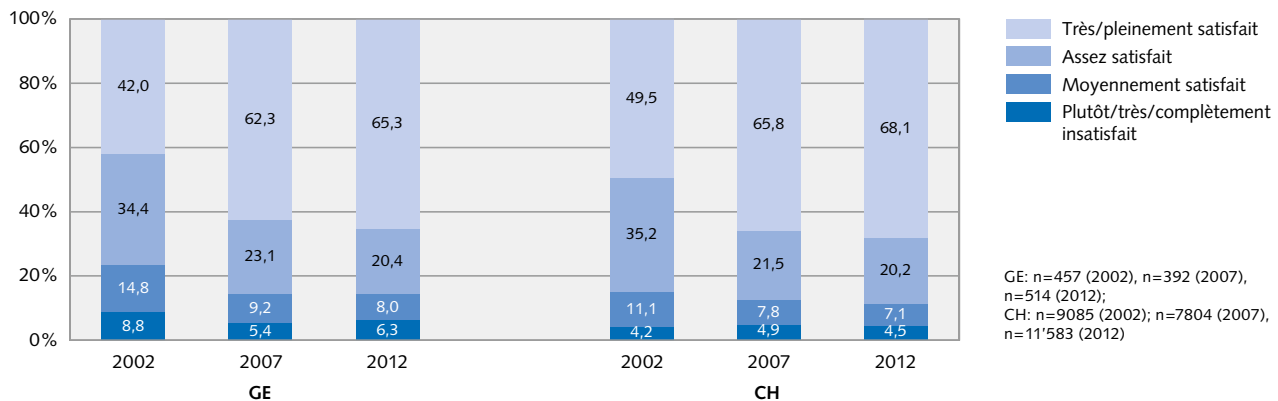
Du fait de la place centrale du travail dans la société, la satisfaction concernant la vie professionnelle est une question fondamentale. En 2012, le niveau de satisfaction au travail est très élevé, tant dans le canton de Genève (65,3% de très ou pleinement satisfaits) qu'au niveau suisse (68,1%). Environ un cinquième des per-

sonnes sont assez satisfaites (GE: 20,4; CH: 20,2), 8,0% (GE) et 7,1% (CH) sont moyennement satisfaites et 6,3% (GE) et 4,5% (CH) sont plutôt, très ou complètement insatisfaites de leur travail (Fig. 4.6).

La proportion de personnes très ou pleinement satisfaites de leur travail a fortement augmenté ces dix dernières années, surtout entre 2002 et 2007. Alors, qu'en 2002, 49,5% des Suissesses et des Suisses indiquaient être très ou pleinement satisfaits de leur travail, cette

Satisfaction au travail,
canton de Genève et Suisse, 2002 à 2012 (personnes actives occupées)

Fig. 4.6



Source: OFS – Enquêtes suisses sur la santé 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

proportion est passée à 65,8% en 2007 et à 68,1% en 2012. Cette augmentation s'est plutôt faite au détriment de la réponse «assez satisfait», la proportion de personnes moyennement à complètement insatisfaites ayant peu baissé. Les mêmes tendances s'observent dans le canton de Genève.

4.2.2 Risques physiques au travail

Au point 4.2.1, il a été montré que les personnes actives occupées du canton de Genève jouissent le plus souvent d'une bonne santé, que pour elles, le travail a principalement un effet positif sur la santé et qu'une grande partie est satisfaite de son travail. Cependant, des conditions de travail particulières peuvent avoir une influence négative sur la santé de certains travailleurs. Le point 4.2.2 traite de différentes charges physiques au travail qui concernent la population active occupée de 15 à 64 ans.

Il est à noter que les questions concernant les aspects concrets de l'activité professionnelle ont été posées dans le questionnaire écrit de l'ESS. L'échantillon du questionnaire écrit étant plus petit que celui du questionnaire oral et complété uniquement par les personnes de 15 à 64 ans, cela a pour conséquence que le nombre de cas considérés sera plus petit dans la suite de ce chapitre, entraînant une plus grande incertitude statistique.

Dans l'ESS 2012, plusieurs types de risques physiques liés à l'activité professionnelle ont été investigués. On peut notamment distinguer les risques ergonomiques (rester debout, effectuer des mouvements répétitifs, rester dans des positions douloureuses ou fatigantes), des risques liés à l'entourage et à l'environnement (p. ex. exposition au bruit, à des températures élevées et

basses) et des risques chimiques et biologiques (p. ex. exposition à des produits toxiques). La figure 4.7 recense, pour la population suisse et genevoise et en fonction du sexe, la fréquence de l'exposition, pendant au moins un quart du temps de travail, à onze types de risques physiques.

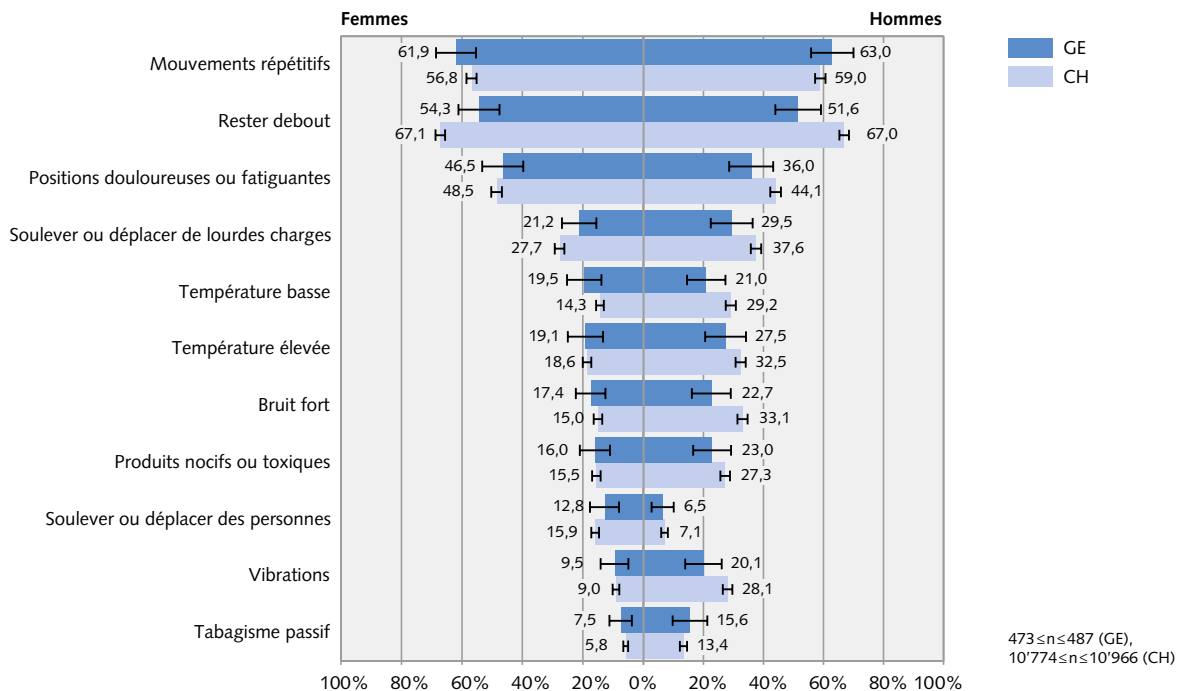
80,5% de la population dit être exposée à des risques physiques au travail

Les risques ergonomiques sont les plus fréquemment déclarés par la population suisse et genevoise. Pour 61,9% des Genevoises et 63,0% des Genevois, au moins un quart du temps de travail consiste en des mouvements répétitifs de la main ou du bras et pour plus de la moitié des personnes actives occupées de ce canton, c'est le fait de rester en position debout qui est mentionné (54,3% des femmes et 51,6% des hommes). Pour la position debout, ce risque physique est toutefois moins souvent mentionné qu'en moyenne suisse où plus des deux tiers des travailleurs sont concernés. Les positions douloureuses ou fatigantes sont encore mentionnées par 46,5% des femmes genevoises et par 36,0% des hommes de ce canton.

Pour un certain nombre de risques physiques, les différences en fonction du sexe sont importantes. Les hommes doivent plus souvent soulever ou déplacer des charges lourdes, ils sont plus fréquemment exposés à des températures élevées ou basses, à des bruits forts, des vibrations, de la fumée passive ou à des produits nocifs ou toxiques. Les différences entre les sexes tendent à être moins frappantes dans le canton de Genève, mais cela peut être dû à la plus petite taille de l'échantillon.

Risques physiques au travail, selon le sexe, canton de Genève et Suisse, 2012
(personnes actives occupées de 15 à 64 ans)

Fig. 4.7



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

On peut relever que le fait de soulever ou de déplacer des personnes est le seul risque physique mentionné plus fréquemment par les femmes que par les hommes, ce qui tient certainement au fait qu'elles sont plus représentées au sein des professions de soins.

Entre 2007 et 2012, l'exposition à des risques physiques a tendanciellement augmenté, tant en Suisse que dans le canton de Genève (données non représentées). En moyenne suisse, l'évolution est particulièrement manifeste pour ce qui concerne la part d'actifs concernés par des positions douloureuses (femmes: +15 points de pourcentage; hommes: +10 points de pourcentage). Il n'est pas exclu qu'une part de cette hausse soit due à un changement dans l'attention publique donnée à ces questions, rendant les répondants plus enclins à déclarer ces risques physiques. Par contre, tant dans le canton de Genève qu'en moyenne suisse, la part de femmes exposées à la fumée passive a diminué de moitié et celle des hommes environ d'un tiers.

Il est ensuite possible d'analyser à combien de risques physiques une même personne est exposée pendant au moins un quart de son temps de travail. Comme dans la Cinquième enquête européenne sur les conditions de travail (Eurofound, 2012) ainsi que dans la publication sur le travail et la santé dans la population suisse (OFS,

2014k), l'indicateur utilisé réunit neuf des onze risques physiques présentés⁵⁴.

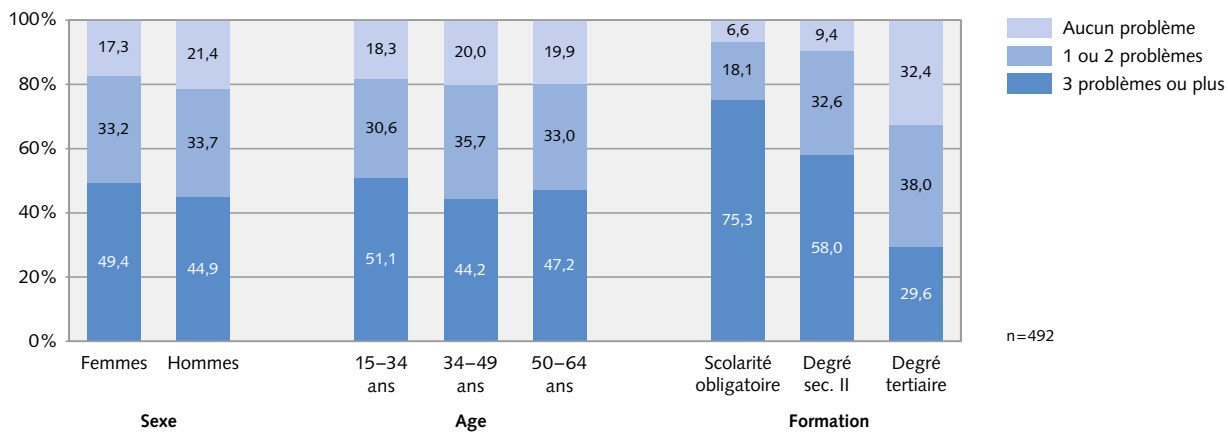
Dans le canton de Genève, on constate que 19,5% de la population dit n'être exposée à aucun risque physique, 33,5% l'est à un ou deux risques et 47,1% à trois risques ou plus. Ces pourcentages rendent compte de conditions plus favorables qu'en moyenne suisse où la part de personnes actives occupées ne mentionnant aucun risque physique est significativement plus basse (CH: 12,6%) (A-4.3). Cette différence est certainement liée à la structure de l'emploi dans le canton de Genève: 85,5% des salariés sont occupés dans le secteur tertiaire (voir 1.6). Si la pénibilité physique n'est sûrement pas absente de ces emplois, il est probable qu'elle y soit moindre que dans les secteurs primaire ou secondaire.

Dans le canton de Genève, aucune différence notable entre les sexes ne peut être relevée concernant l'exposition aux risques physiques au travail (Fig. 4.8). Ce résultat contraste avec celui observé en moyenne suisse où

⁵⁴ Les variables «soulever ou déplacer des personnes» et «fumée passive» n'ont pas été utilisées pour cet indicateur. Il faut aussi tenir compte du fait que la publication de l'OFS ne comptabilisait que la population active de 15 à 64 ans avec un temps de travail d'au moins 20%, alors que dans ce rapport, ce sont toutes les personnes professionnellement actives et occupées de 15 à 64 ans qui sont prises en considération.

Risques physiques au travail,
selon le sexe, l'âge et la formation, canton de Genève, 2012
(personnes actives occupées de 15 à 64 ans)

Fig. 4.8



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

le fait d'être exposé à trois risques physiques ou plus est nettement plus fréquent pour les hommes (54,5%) que pour les femmes (47,4%) (A-4.3). Au niveau de l'âge, les personnes de 15 à 34 ans tendent à être plus souvent exposées à trois risques physiques et plus que les plus âgées. Cette différence est significative en moyenne suisse.

Gradient social pour les risques physiques

L'effet de la formation sur l'exposition aux risques physiques est très net: dans le canton de Genève, les personnes sans formation post-obligatoire sont nettement plus nombreuses à être affectées par trois risques physiques ou plus (75,3%) que les personnes détenant un diplôme de degré secondaire II (58,0%), qui sont elles-mêmes plus exposées que les personnes disposant d'une formation du degré tertiaire (29,6%).

La proportion de cadres supérieurs ou moyens qui ne sont exposés à aucun risque physique est de 26,5% alors que les ouvriers ne sont que 2,6% à être dans cette situation (Fig. 4.9). Ces derniers sont en grande majorité exposés à trois risques physiques ou plus (86,1%). Cela confirme le fait que les risques physiques sont plus fréquents dans les secteurs commerciaux et industriels que dans le secteur tertiaire. Les employés travaillant dans des professions non-manuelles et les petits indépendants présentent une situation intermédiaire.

La fréquence des risques physiques varie également selon la taille de l'entreprise: ce sont dans les grandes entreprises que la proportion de personnes actives occupées qui ne sont exposées à aucun risque physique est la

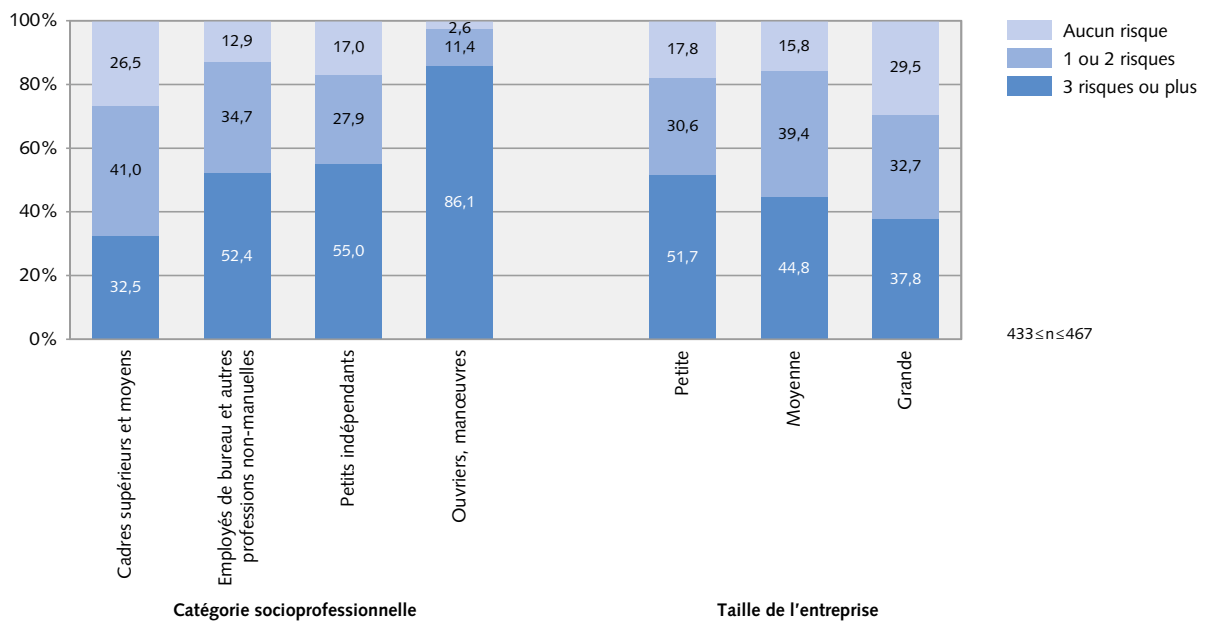
plus élevée (29,5%; petite et moyenne entreprise: environ 17%). Cette tendance est également celle observée en moyenne suisse. Il est toutefois à noter que seule une minorité de travailleurs sont employés dans une grande entreprise (moins de 20%).

Les risques physiques ont une influence négative sur la santé

La figure 4.10 illustre clairement les relations entre risques physiques au travail et les indicateurs de santé. Les différences ne sont significatives qu'à l'échelle de la Suisse mais les tendances sont similaires dans le canton de Genève. Les personnes actives occupées qui ont mentionné dans l'ESS 2012 au moins un risque physique au travail présentent ainsi, par rapport à celles qui n'en ont pas mentionné, un plus mauvais état de santé. Dans le canton de Genève, ces personnes sont 14,5% à indiquer un état de santé moyen à (très) mauvais, 20,8% à souffrir de troubles physiques importants et 22,0% à mentionner des problèmes psychiques moyens à élevés. Ces proportions sont, par rapport aux personnes qui ne sont pas exposées à des risques physiques, environ deux fois plus élevées (respectivement 3,8%, 11,5% et 10,5%).

Risques physiques au travail, selon la catégorie socioprofessionnelle et la taille de l'entreprise, canton de Genève, 2012 (personnes actives occupées de 15 à 64 ans)

Fig. 4.9

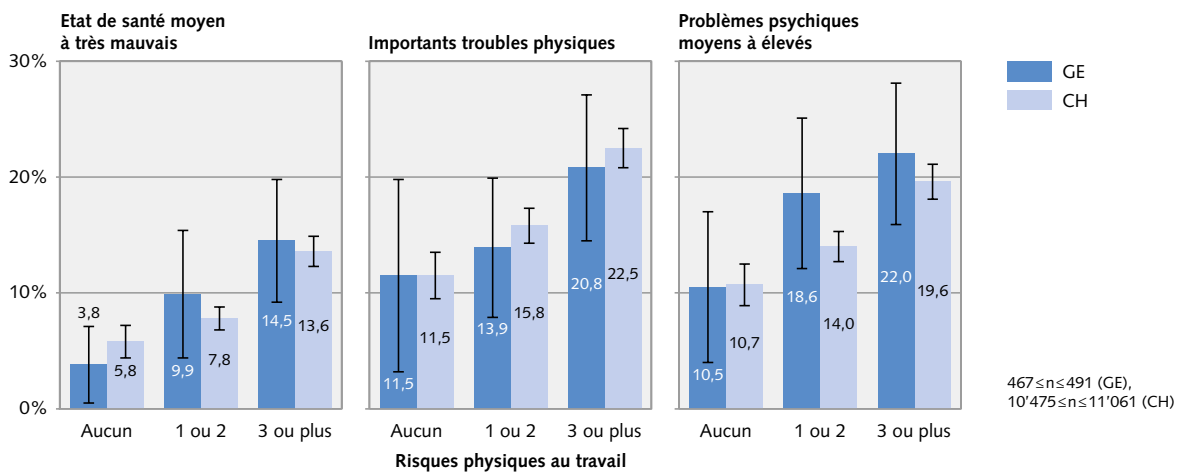


Petite entreprise: 1 à 50 employés, moyenne entreprise: 51 à 249 employés, grande entreprise: 249 employés et plus.

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

Risques physiques au travail, selon différents indicateurs de santé, canton de Genève et Suisse, 2012 (personnes actives occupées de 15 à 64 ans) Fig. 4.10



Exemple de lecture du tableau: parmi les personnes qui ne sont concernées par aucun risque physique au travail au niveau suisse, 5,8% rapportent avoir un état de santé moyen à (très) mauvais et en conséquence 94,2% ont un bon à très bon état de santé.

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

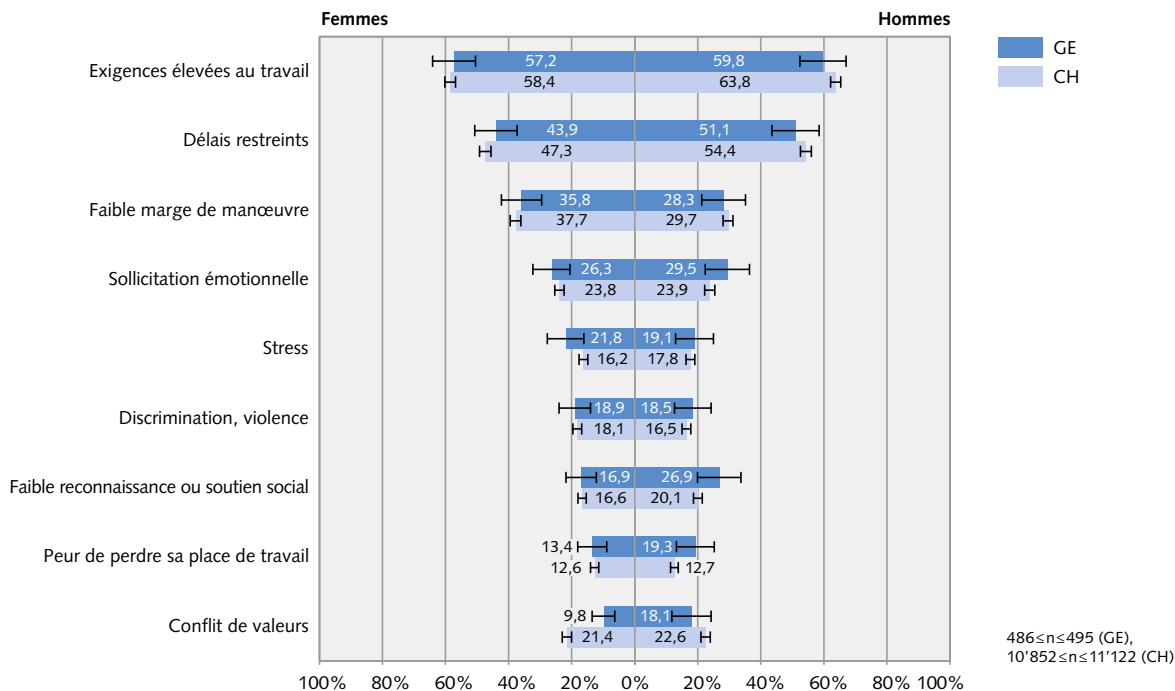
4.2.3 Risques psychosociaux au travail

Parallèlement aux risques physiques, il existe également des risques psychosociaux au travail, qui concernent les interactions entre les êtres humains et le rapport que les individus entretiennent avec leur travail (conditions

et organisation du travail). Le point 4.2.3 s'appuie sur des travaux menés en France et en Suisse sur ce thème (Collège d'expertise, 2011; OFS, 2014k). Sur cette base, huit groupes de risques psychosociaux au travail sont distingués, auxquels s'ajoute le thème du stress. Les questions sur les risques psychosociaux au travail ont été

Risques psychosociaux au travail, selon le sexe, canton de Genève et Suisse, 2012 (personnes actives occupées de 15 à 64 ans)

Fig. 4.11



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

en grande partie modifiées dans la version 2012 de l'ESS, ce qui ne permet pas de réaliser une comparaison avec les résultats des enquêtes précédentes.

La figure 4.11 montre pour le canton de Genève et la Suisse et en distinguant les femmes des hommes, les proportions de personnes actives occupées qui sont confrontées à chacun des neuf indicateurs de risques psychosociaux⁵⁵.

En 2012, près de 60% des personnes actives occupées dans le canton de Genève ont fait part d'exigences élevées au travail. Le deuxième risque psychosocial le plus fréquent concerne l'intensité du travail, impliquant de travailler avec des délais restreints et à une cadence élevée. Pour ces deux risques psychosociaux au travail, les hommes sont plus touchés que les femmes au niveau suisse mais la différence n'est pas significative dans le canton de Genève.

Par contre, dans le canton de Genève comme en moyenne suisse, les femmes se sentent plus souvent que les hommes contraintes par une faible marge de manœuvre dans leur activité professionnelle (environ 37% vs 29%). Un peu moins de 30% des Genevoises et Genevois mentionnent des sollicitations émotionnelles

(p. ex. vivre des tensions avec un public ou avoir un travail qui requiert de cacher ses émotions). Les pourcentages sont légèrement supérieurs à ceux observés en moyenne suisse mais les différences ne sont pas significatives. Il y a également lieu de mentionner qu'environ 18% des actifs occupés genevois font part de discriminations (p. ex. liées à l'âge, au sexe ou à la nationalité) ou de violences physiques ou verbales.

On peut encore relever que les femmes déclarent moins souvent que les hommes ne bénéficier que d'une faible reconnaissance ou d'un soutien social limité de la part des supérieurs ou des collègues (GE: 16,9% et 26,9%). La peur de perdre son travail ou les conflits de valeurs affectent également plus souvent les hommes. Les femmes du canton de Genève considèrent d'ailleurs beaucoup moins souvent que les Suissesses dans leur ensemble que leur travail implique des tâches qui sont en contradiction avec leurs valeurs personnelles.

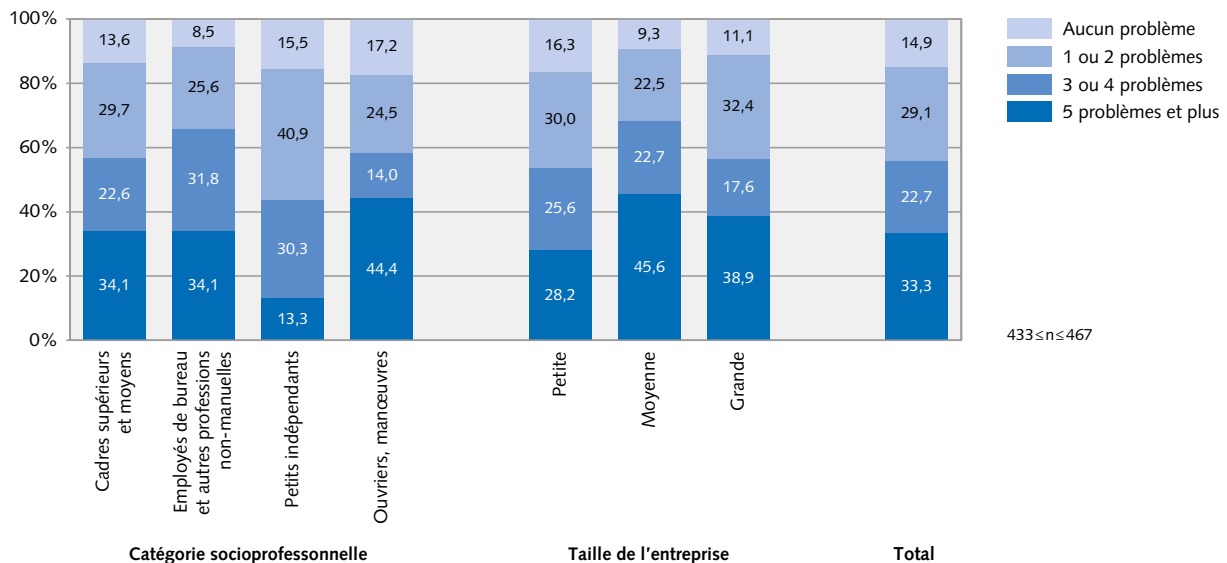
Si l'on analyse à combien de risques psychosociaux différents sont exposés les individus du canton de Genève (à l'exception du stress⁵⁶), il apparaît que 14,9% de la popu-

⁵⁵ Pour le classement et le contenu des indicateurs de risques psychosociaux au travail, voir la publication de l'OFS (OFS, 2014).

⁵⁶ Dans la mesure où l'on dispose de mesures des facteurs de stress, il n'est pas recommandé d'intégrer la mesure du stress à l'indicateur de risques psychosociaux (OFS, 2014k).

Risques psychosociaux au travail, selon la catégorie socioprofessionnelle et la taille de l'entreprise, canton de Genève 2012 (personnes actives occupées de 15 à 64 ans)

Fig. 4.12



Petite entreprise: 1 à 50 employés, moyenne entreprise: 51 à 249 employés, grande entreprise: 249 employés et plus.

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

lation active ne sont concernés par aucun risque, 29,1% par un à deux risques, 22,7% par trois à quatre risques et 33,3% par cinq risques ou plus (Fig. 4.12). Les proportions correspondantes au niveau suisse sont 12,1%, 31,7%, 26,0% et 30,3% (données non représentées).

Des différences significatives en fonction du sexe ou de l'âge apparaissent uniquement au niveau suisse. Par exemple, les femmes déclarent un peu moins souvent que les hommes être concernées par au moins cinq risques psychosociaux au travail (respectivement 28,5% et 31,8%). On peut également distinguer une tendance pour les personnes de 50 à 64 ans à être moins concernées par les risques psychosociaux que les classes d'âge inférieures: parmi les personnes âgées de 50 à 64 ans, 16,7% ne déclarent aucun problème psychosocial au travail contre environ 10% des 15 à 49 ans (données non présentées).

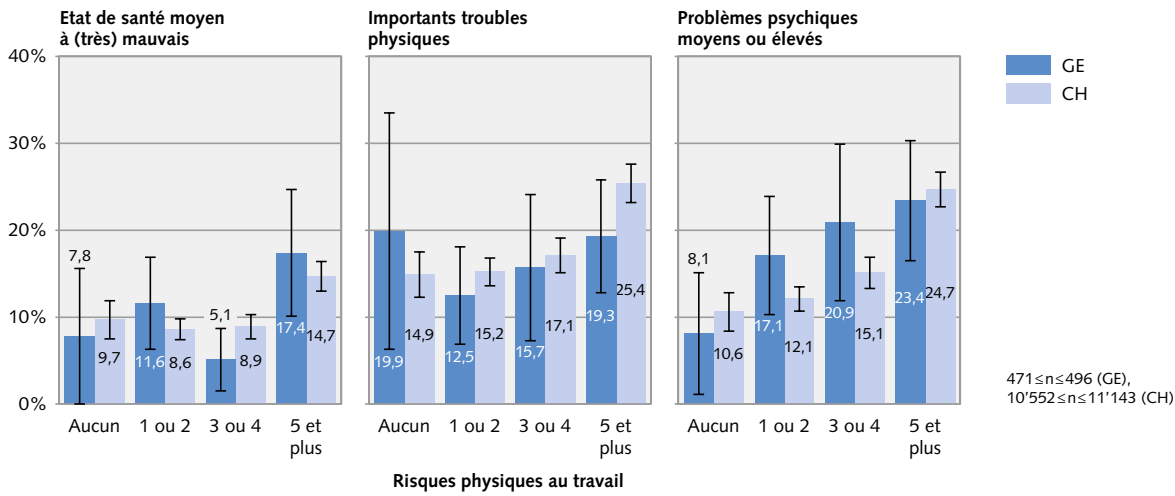
L'analyse en fonction de la catégorie socioprofessionnelle et de la taille de l'entreprise ne montre pas de différences significatives au niveau du canton de Genève (Fig. 4.12). Tendanciellement, ce sont les ouvriers et manœuvres qui mentionnent le plus fréquemment cinq risques psychosociaux et plus au travail (44,4%), suivis des employés de bureau et autres professions non-manuelles ainsi que des cadres supérieurs et moyens (34,1%). Des tendances similaires s'observent au niveau suisse.

En moyenne suisse comme dans le canton de Genève, la prévalence des risques psychosociaux au travail ne diffère pas de façon significative selon qu'il s'agit d'une moyenne ou grande entreprise. On observe toutefois que ces risques tendent à être moins fréquents dans les petites entreprises (50 employés et moins).

Effet négatif de nombreux risques psychosociaux sur la santé

Des risques psychosociaux au travail ne sont pas favorables à la santé (Fig. 4.13). Au niveau suisse, les personnes concernées par au moins cinq risques psychosociaux au travail mentionnent significativement plus fréquemment que celles concernées par moins de risques un mauvais état de santé auto-évalué, des troubles physiques importants et des problèmes psychiques moyens à élevés. Par contre, pour les personnes qui ne sont pas concernées par les risques psychosociaux, ou par un à quatre de ces risques, la part de personne présentant un état de santé moyen à (très) mauvais ou des troubles physiques importants ne varie pas de façon significative. Dans le canton de Genève, le lien entre le nombre de risques psychosociaux et l'état de santé auto-évalué est plus variable mais cela est vraisemblablement lié à l'incertitude statistique de l'indicateur.

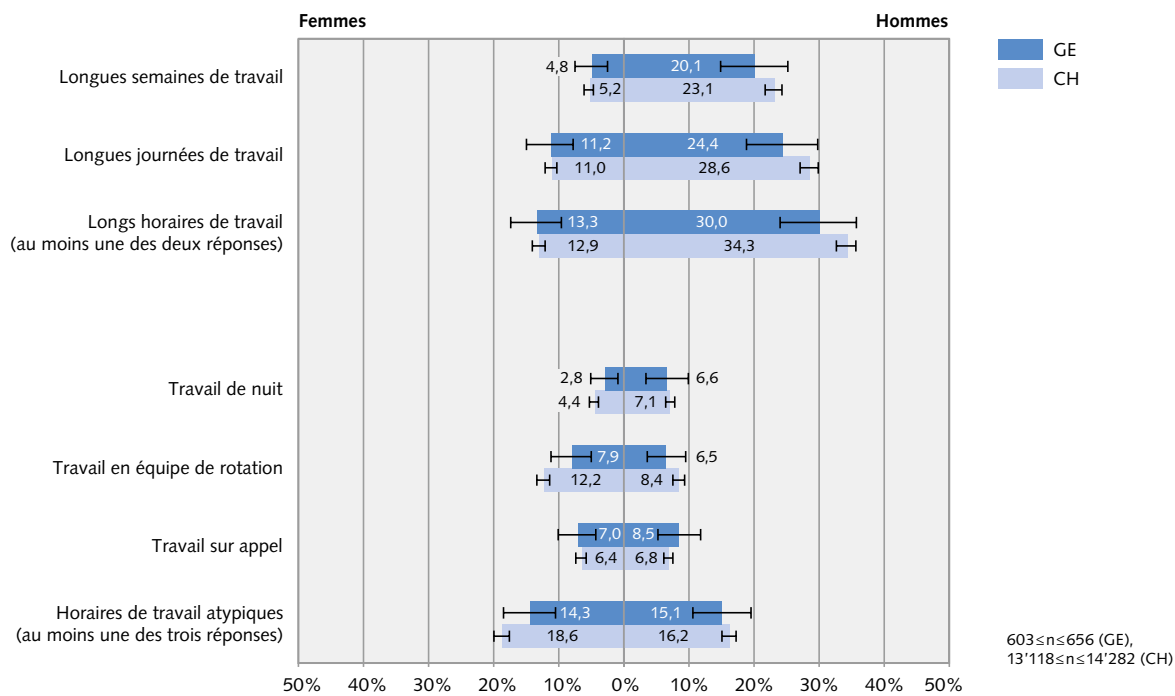
Risques psychosociaux au travail, selon différents indicateurs de santé, canton de Genève et Suisse, 2012 (personnes actives occupées de 15 à 64 ans) **Fig. 4.13**



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

Horaires de travail, selon le sexe, canton de Genève et Suisse, 2012 (personnes actives occupées de 15 à 64 ans)

Fig. 4.14

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

4.2.4 Horaires de travail

De longs horaires de travail et des formes de travail atypiques (horaires de nuits, travail en équipe de rotation ou travail sur appel) peuvent influencer négativement la santé des personnes. Une enquête menée dans plusieurs pays européens a montré un lien très net entre de

longs horaires de travail hebdomadaires et des troubles du sommeil, des maux de dos et des douleurs au cœur (Wirtz et al., 2009). Certains modèles et horaires de travail peuvent représenter un risque direct pour la santé. Par exemple, le travail de nuit perturbe le rythme veille-sommeil. Le travail en équipe de rotation, des temps de travail variables ou le travail sur appel sont également

potentiellement défavorables pour la santé. De plus, certains modes d'organisation du travail recèlent des risques indirects, par exemple liés aux répercussions négatives sur la vie familiale et sociale.

De longs horaires de travail avant tout pour les hommes

Un peu plus de 10% des Suissesse (idem pour les Genevoises) et un tiers environ des Suisses (30,0% des Genevois) indiquent au moins une forme d'horaire de travail de longue durée (longues semaines et/ou longues journées de travail) (Fig. 4.14). Les femmes sont donc nettement moins concernées par des horaires de travail de longue durée, ce qui peut notamment être expliqué par une activité professionnelle à temps partiel plus fréquente. Dans bien des cas, ces personnes cumulent de longues semaines (plus de 48 heures de travail par semaine) et de longues journées de travail (plus de dix heures de travail par jour au moins cinq fois par mois) mais les longues journées de travail restent un peu plus fréquentes que les longues semaines.

Tant au niveau du canton de Genève qu'à celui de la Suisse, environ un homme sur six travaille au moins selon l'une des trois formes de travail atypiques que sont le travail de nuit, en équipe de rotation ou sur appel. Les hommes rapportent plus souvent que les femmes travailler de nuit. Par contre, les femmes indiquent plus souvent travailler en équipe de rotation. La fréquence du travail sur appel est similaire pour les deux sexes.

Les actifs occupés ayant au moins une forme d'horaire de travail atypique ne semblent pas présenter un état de santé auto-évalué plus mauvais que les autres (Fig. 4.15).

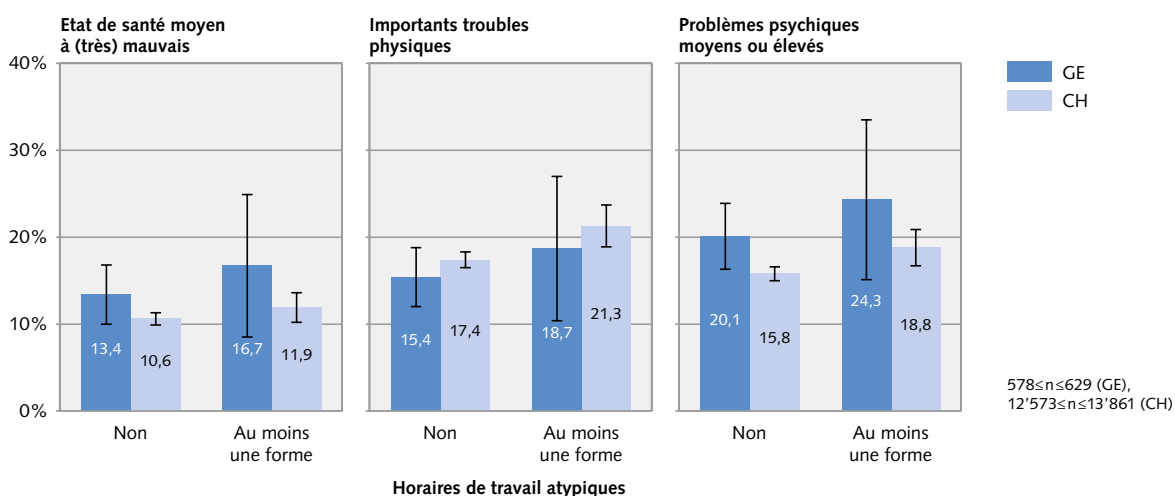
Par contre, ils présentent plus fréquemment des troubles physiques importants et des problèmes psychiques moyens à élevés (différences significatives en moyenne suisse). Il peut donc exister un décalage entre l'existence de problèmes physiques ou psychiques et la manière dont les personnes se représentent leur état de santé. Par contre, aucune relation n'apparaît clairement entre ces différents indicateurs de santé et de longs horaires de travail (données non représentées).

4.2.5 Risques multiples au travail

Il a été vu aux points précédents qu'au niveau suisse, l'exposition à des risques physiques et psychosociaux au travail augmente le risque de déclarer un état de santé moyen à (très) mauvais, des troubles physiques importants ainsi que des problèmes psychiques moyens à élevés. Aucun lien n'a pu être établi entre de longs horaires de travail et un plus mauvais état de santé. Par contre, une relation a été observée entre les formes de travail atypiques et l'existence de troubles physiques importants ainsi que de problèmes psychiques.

Le point 4.2.5 présente la part de personnes souffrant simultanément de plusieurs types de risques (physiques, psychosociaux et des horaires de travail longs ou atypiques) et décrit la manière dont ces risques multiples agissent sur la santé. D'une part, seules les personnes présentant au moins trois risques physiques ou trois risques psychosociaux ont été retenues. D'autre part, toutes les personnes déclarant au moins une forme d'horaire de travail long ou atypique ont été comptabilisées.

Horaires de travail atypiques, selon différents indicateurs de santé, canton de Genève et Suisse, 2012 (personnes actives occupées de 15 à 64 ans) **Fig. 4.15**



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

La répartition des risques multiples au travail dans le canton de Genève est proche de celle observée au niveau suisse: 19,4% des Genevois actifs occupés ne subissent aucun des trois types de risques analysés, 36,0% mentionnent un risque, 34,6% en mentionnent deux et 10,0% déclarent les trois types de risques (Fig. 4.16). La combinaison de risques physiques et psychosociaux élevés ainsi que d'horaires de travail longs ou atypiques concerne donc une personne active occupée sur dix.

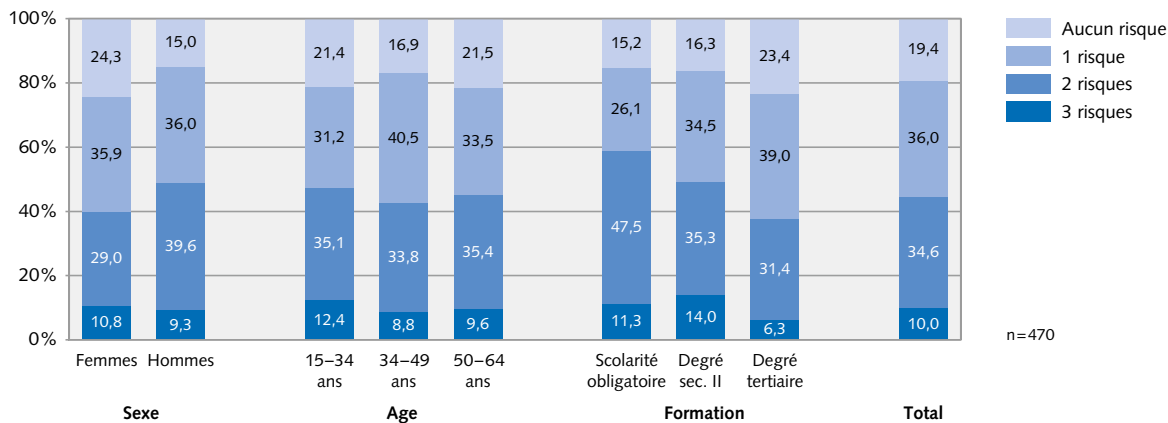
Les femmes sont moins exposées à des risques au travail: 24,3% des Genevoises et 15,0% des Genevois et respectivement 24,6% des Suissesses et 14,6% des Suisses n'indiquent aucun risque au travail (différence

significative seulement au niveau suisse). Tant au niveau suisse que dans le canton de Genève, la fréquence des risques multiples au travail ne diffère que peu selon la classe d'âge. Par contre, il est plus fréquent pour les personnes sans formation post-obligatoire ou au bénéfice d'une formation du degré secondaire II de présenter deux ou trois types de risque au travail.

Comme la figure 4.17 le met en évidence, les Suissesses et les Suisses exposés à un nombre plus élevé de risques au travail sont plus affectés dans leur santé. Le fait d'être exposé à seulement un type de risque au travail augmente la probabilité de déclarer un état de santé moyen à (très) mauvais, des troubles physiques importants et des problèmes psychiques moyens à élevés. Les

Risques multiples au travail, selon le sexe, l'âge et la formation, canton de Genève, 2012 (personnes actives occupées de 15 à 64 ans)

Fig. 4.16

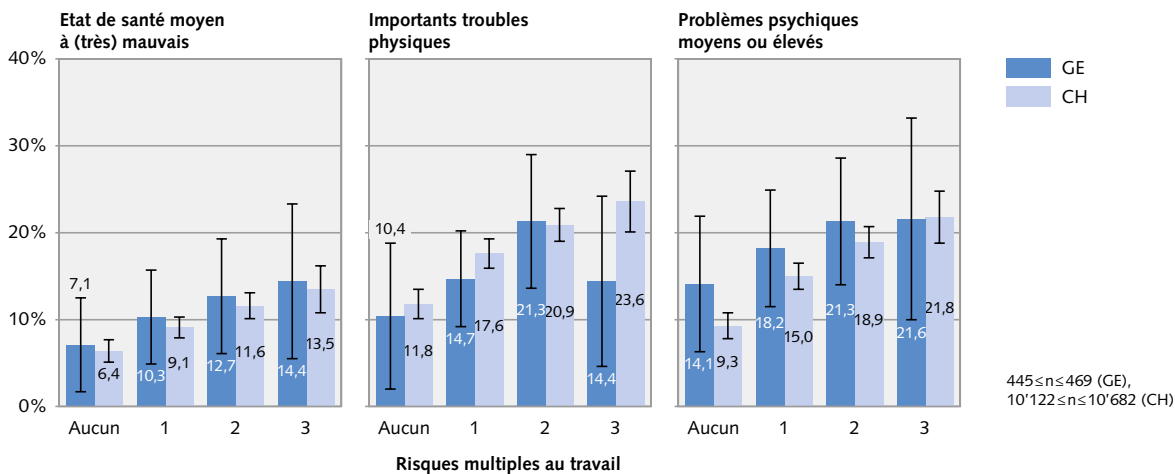


Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

Risques multiples au travail, selon différents indicateurs de santé, canton de Genève et Suisse, 2012 (personnes actives occupées de 15 à 64 ans)

Fig. 4.17



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

personnes dont la santé est la plus affectée sont celles qui sont exposées à trois types de risque au travail, les différences par rapport à celles exposées à deux risques n'étant toutefois pas significatives.

Au niveau du canton de Genève, les tendances sont globalement similaires, même si les différences ne sont pas significatives. On peut relever que les répondants mentionnant trois types de risques au travail indiquent un peu moins souvent souffrir de troubles physiques importants que ceux ne faisant état que de deux risques au travail. Il n'est pas possible de savoir si cette exception a trait aux caractéristiques de l'emploi dans le canton de Genève ou si celle-ci relève de l'imprécision statistique des données.

4.3 Résumé

Le présent chapitre porte sur les effets potentiellement négatifs sur la santé de l'environnement à la maison et au travail. Concernant l'habitat, le bilan est ambivalent: 45,0% de la population genevoise n'est dérangée par aucune nuisance à la maison. Cela représente une amélioration par rapport à 2007 (28,8%) mais ce pourcentage reste beaucoup plus bas qu'en moyenne suisse (56,2%). Les trois nuisances dont se plaignent le plus souvent les habitants du canton de Genève sont le bruit du trafic routier, celui de personnes ou d'enfants et celui des avions. Au niveau suisse, il y a un lien très net entre les nuisances au domicile et la santé auto-évaluée des personnes interrogées: plus le nombre de nuisances est important, plus l'état de santé auto-évalué est mauvais et plus sont fréquents les troubles physiques importants et les problèmes psychiques moyens à importants.

Concernant la situation au travail, un résultat positif est à mentionner. Les personnes actives occupées se sentent en meilleure santé que celles qui ne le sont pas et seule une minorité des personnes font état d'un effet négatif du travail sur leur santé (GE: 14,8%). De plus la satisfaction au travail au cours des douze derniers mois a augmenté, passant dans le canton de Genève de 42,0% de personnes très ou pleinement satisfaites en 2002, à 62,3% en 2007, pour atteindre 65,3% en 2012. La proportion de personnes insatisfaites s'établit à 6,3% en 2012, ce qui est relativement peu.

A côté des aspects positifs du travail, il a aussi été demandé aux personnes interrogées de se positionner quant à un certain nombre d'aspects négatifs. Ainsi 80,5% des personnes professionnellement actives dans

le canton de Genève disent être concernées par au moins un risque physique au travail et 85,1% par au moins un risque psychosocial. Environ 15% des Genevois actifs occupés font part d'horaires de travail atypiques et les longs horaires de travail sont deux fois plus fréquents chez les hommes (30,0%) que chez les femmes (13,3%)

Comme cela a été observé dans l'habitat, les risques au travail sont également corrélés avec l'état de santé. Les personnes qui subissent des risques au travail ont un moins bon état de santé auto-évalué et des troubles physiques et psychiques plus fréquents que les personnes non exposées à des risques. Plus le nombre de risques est important, plus la santé est atteinte.

5 Recours aux services de santé

Selon l'OCDE et l'OMS, le système suisse de santé est performant et répond à ses objectifs. Les deux organisations louent en particulier la large couverture des services médicaux et la possibilité de choisir librement le fournisseur de prestations. Elles relèvent toutefois aussi que cette excellence a un prix. Le système suisse de santé est en effet l'un des plus chers des pays de l'OCDE (OCDE/OMS, 2011). Ce chapitre décrit l'utilisation des services de santé par la population suisse et du canton de Genève. L'âge, le sexe et l'état de santé auto-évalué sont considérés comme des facteurs fortement liés à l'utilisation des services de santé. Les femmes, les personnes âgées et les personnes qui se considèrent en mauvaise santé recourent plus souvent à des prestations de santé (Jaccard Ruedin et al., 2007; Schleiniger & Blöchlinger, 2012). Il a également été repéré que des facteurs comme la nationalité, la région de domicile ou le statut socio-économique influencent le recours aux services de santé (Bisig & Gutzwiller, 2004). Comme le montre le modèle comportemental d'Andersen (voir encadré), de nombreux autres facteurs peuvent en fait entrer en ligne de compte.

Dans ce chapitre, l'utilisation des différents services de santé est examinée selon les principaux facteurs identifiés (sexe, âge, formation, etc.). Pour commencer, ce chapitre présente le recours aux consultations médicales dans le canton de Genève et en Suisse (5.1) ainsi que le recours à différents types d'exams préventifs, souvent effectués dans le cadre de ces consultations médicales (5.2). La question du recours à la médecine complémentaire est abordée dans le point 5.3. Le point 5.4 présente ensuite le recours aux prestations ambulatoires et intra-muros des hôpitaux. La population peut également bénéficier de services d'aide et de soins à domicile. Le recours à ce type de service de santé est présenté dans le point 5.5. L'aide informelle reçue au domicile par des proches y est également analysée. Finalement, ce chapitre s'intéresse à la part de la population bénéficiant de soins de longue durée dans des établissements médico-sociaux (EMS) (5.6). Les résultats sont présentés séparément pour chacun de ces services de santé. L'analyse

n'aborde pas la question du recours simultané à plusieurs types de prestations médicales.

A l'exception du thème des soins de longue durée en EMS, l'utilisation des services de santé est étudiée à partir de données de l'ESS. Dans la mesure où l'ESS se compose de données auto-rapportées, il est possible que la représentation du recours aux soins soit altérée par des biais de mémoire ou par des réponses de convenance. Par exemple, les réponses indiquant si une personne a consulté un médecin pendant une période déterminée s'avèrent plus fiables que celles rapportant le nombre précis de consultations médicales (Jusot, 2013). L'ESS mesure l'utilisation des services de santé au cours des douze mois précédant l'enquête. Les données se rapportent donc aux années 2011 et 2012, l'enquête s'étant déroulée sur toute l'année 2012.

Par ailleurs, en se plaçant uniquement du côté de la demande satisfaite en services de santé, ce chapitre n'examine pas directement la question de l'offre. Quelques chiffres-clés sur la couverture médicale dans le canton de Genève – densité de médecins, densité de lits d'hôpitaux ou taux d'hospitalisation – figurent néanmoins au point 1.6 et peuvent être mis en perspective avec les résultats de l'ESS.

Le modèle comportemental d'Andersen

La modélisation de l'utilisation des services de santé repose souvent sur le modèle comportemental d'Andersen (Behavioral Model of Health Services Use) (Andersen, 1995). Ce modèle recense un vaste éventail de facteurs visant à appréhender les déterminants individuels et sociaux susceptibles d'avoir une influence sur l'utilisation des services de santé (Guggisberg & Spycher, 2005). Le modèle comporte trois composantes majeures (Babitsch et al., 2012):

Facteurs de prédisposition: il s'agit premièrement des facteurs individuels tels que les variables démographiques (sexe et âge), les caractéristiques sociales (p. ex. formation, profession, nationalité, état civil) et les attitudes concernant le système de santé (valeurs, connaissances ou croyances). Deuxièmement, les facteurs dits contextuels qui prédisposent les individus à utiliser les services de soins comprennent la composition démographique et sociale des communautés, les valeurs collectives ainsi que les normes culturelles.

Facteurs de capacité: cette catégorie englobe les facteurs financiers et organisationnels. Au niveau individuel, on recense des facteurs financiers tels que les revenus et la disposition à les utiliser pour payer des services de soins, le prix effectif de ces soins étant déterminé par le statut d'assurance des personnes. L'offre médicale (p. ex. la proximité d'un médecin de famille) constitue un facteur organisationnel de type individuel. Au niveau contextuel, les facteurs financiers ont notamment trait à la richesse et aux dépenses de santé dans la société et les facteurs organisationnels concernent, entre autres, l'offre et la structure du système de santé.

Facteurs de besoin: au niveau individuel, on distingue le besoin perçu de services de soins (comment la personne évalue son propre état de santé, ses symptômes de maladie) du besoin objectif en prestations médicales évalué par un professionnel de la santé. Le niveau contextuel comprend tous les facteurs environnementaux qui impliquent un besoin en prestations médicales (p. ex. atteintes à la santé dues à l'exercice d'une profession ou au trafic) ainsi que des indicateurs servant à mesurer l'état de santé de la population (indicateurs sur l'espérance de vie, la mortalité, la morbidité, etc.).

Renoncement aux services de santé pour des raisons financières

Même si le niveau de prospérité est élevé en Suisse, il arrive aussi que pour des raisons financières, des personnes renoncent à des services de santé ou qu'elles les reportent. Il ressort d'une étude basée sur l'Enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC) menée en 2011 (OFS 2013), que 4,7% de la population résidante en Suisse de 16 ans et plus avaient renoncé pour des raisons financières à une consultation chez le médecin (0,3%), chez le dentiste (4,0%) ou les deux (0,4%). Ce renoncement était plus élevé parmi les personnes sans formation post-obligatoire (8,5%) et parmi celles de nationalité étrangère, particulièrement en provenance d'Europe du Sud (9,8%).

L'enquête «International Health Policy Survey» du Commonwealth Fund, à laquelle participent onze pays de l'OCDE, parvient à des résultats proches. En Suisse, 6,5% des personnes interrogées âgées de 18 ans et plus ont déclaré qu'au cours des douze mois précédant l'enquête, elles n'ont pas consulté de médecin pour des raisons financières, malgré l'existence d'un problème médical. Il s'agit souvent de personnes avec un bas revenu. L'étude révèle en outre que 9,5% des personnes interrogées en Suisse ont de la peine à régler leurs factures de médecin (Pettrini & Sturny, 2013).

Dans le canton de Genève, une étude menée en 2008/09 avait également révélé que 14,5% des participants (âgés de 35 à 74 ans) avaient renoncé à des prestations médicales pour des raisons financières. Le risque de renoncer à des prestations médicales pour des raisons financières était fortement lié au niveau de revenu (Wolff et al., 2011).

5.1 Recours aux consultations médicales en cabinet

L'ESS présente l'avantage d'être une source de données qui comprend tant la population qui recourt aux services de santé que celle n'utilisant pas ces services. Dans le point 5.1, les personnes qui n'ont pas consulté de médecin au cours des douze mois précédant l'enquête sont donc également incluses dans l'analyse. La discussion porte d'abord sur les consultations médicales prises dans leur ensemble (5.1.1). Les résultats sont ensuite présentés par domaine de spécialisation (5.1.2).

5.1.1 Consultations médicales en cabinet

Depuis 2002, tendance à la baisse de la part de Genevoises et Genevois n'ayant effectué aucune consultation médicale au cours des douze derniers mois

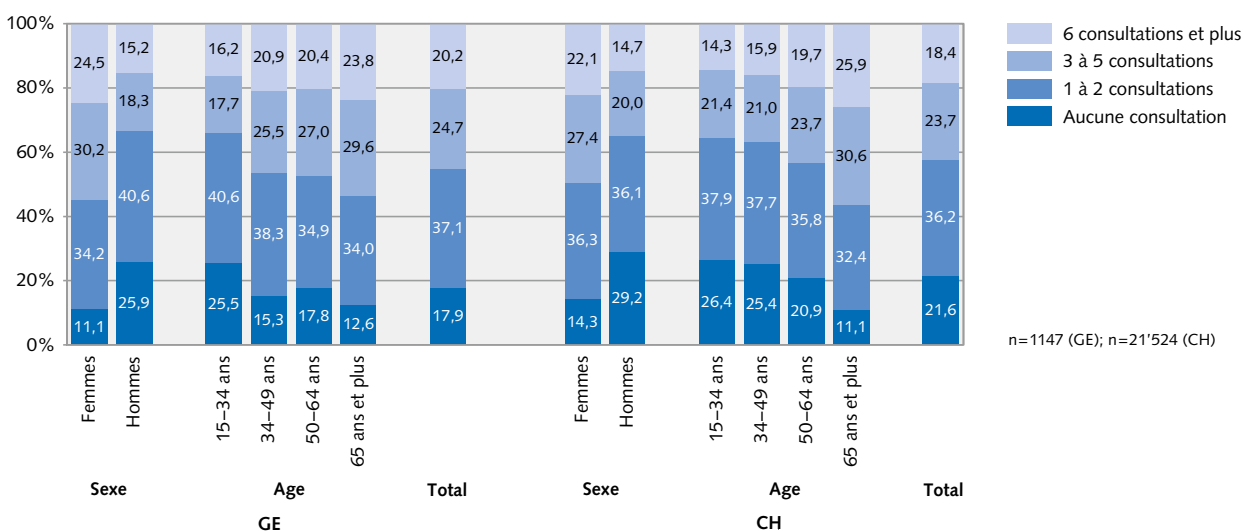
Dans le canton de Genève, la fréquence des consultations médicales en cabinet est renseignée depuis 2002. Jusqu'en 2012, on observe une diminution de la part de la population n'ayant effectué aucune (de 22,8% à 17,9%) ou une à deux consultations médicales (de 40,4% à 37,1%, différences non significatives). Parallèlement, une hausse significative de la part de la population déclarant avoir effectué au moins six visites dans un cabinet médical au cours des douze derniers mois (de 14,8% à 20,2%) peut être relevée (Annexe, A-5.1).

Dans le canton de Genève comme en moyenne suisse, Les hommes indiquent plus souvent que les femmes ne pas avoir effectué de consultation médicale au cours des douze derniers mois (GE: 25,9% vs. 11,1%; CH: 29,2 vs. 14,3%) (Fig. 5.1). Dans le canton de Genève, les différences entre femmes et hommes sont significatives pour tous les choix de réponse à l'exception de la fréquence «une ou deux consultations». Comme on le verra plus loin, le recours plus fréquent des femmes aux consultations médicales tient en fait en grande partie aux consultations gynécologiques.

Le nombre de consultations médicales par individu est fortement lié à la classe d'âge. Dans le canton de Genève, pour les personnes de 65 ans et plus, la probabilité de ne pas avoir consulté de médecin au cours des douze derniers mois diminue de moitié par rapport à celles âgées de 15 à 34 ans (de 25,5% à 12,6% de la population). A l'inverse, près d'un quart des Genevoises et des Genevois de 65 ans et plus (23,8%) annonce au moins six consultations médicales contre 16,2% des 15 à 34 ans.

De manière générale, la population genevoise déclare un nombre plus élevé de visites médicales que dans la moyenne suisse et la part de la population ne déclarant aucune consultation en cabinet au cours des douze derniers mois est significativement plus basse dans le canton de Genève qu'en moyenne suisse (GE: 17,9%, CH: 21,6%). Les différences les plus marquées entre le canton de Genève et la moyenne suisse concernent la classe d'âge des 35 à 49 ans où l'on constate une diffé-

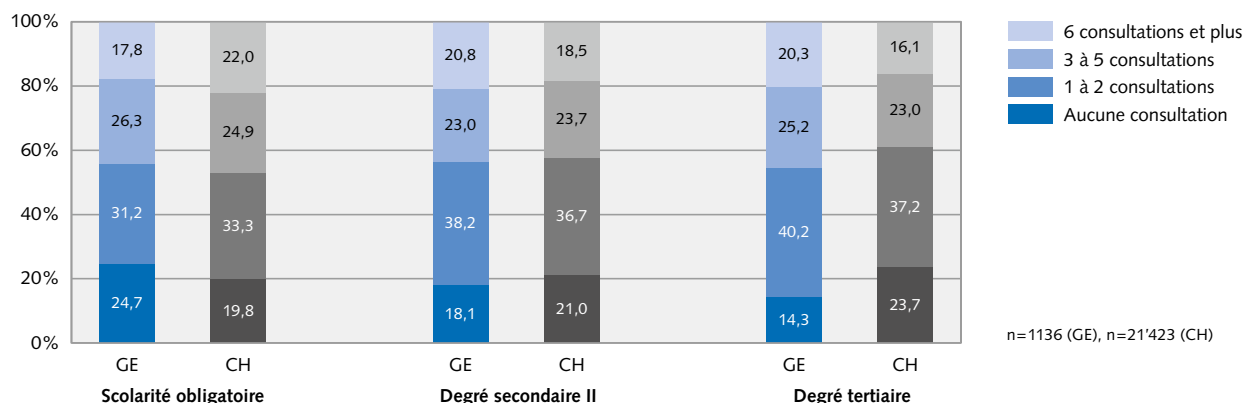
Recours aux consultations médicales en cabinet, selon le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, 2012 (dans les douze mois précédant l'enquête) Fig. 5.1



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

Recours aux consultations médicales en cabinet, selon la formation, canton de Genève et Suisse, 2012 (dans les douze mois précédant l'enquête) Fig. 5.2



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

rence significative de plus de dix points de pourcentage dans la proportion de personnes n'ayant effectué aucune consultation médicale (GE: 15,3%, CH: 25,4%).

A titre de comparaison, parmi les 19 cantons ayant effectué un suréchantillonnage pour l'ESS 2012, seuls les cantons de Bâle-Campagne, de Bâle-Ville et de Neuchâtel affichent un pourcentage plus élevé (entre 46,1% et 50,3%) que le canton de Genève (44,9%) de population ayant effectué au moins trois consultations médicales en cabinet au cours des douze derniers mois (A-5.1). Pour le canton de Genève, comme pour ceux de Bâle-Campagne et de Bâle-Ville, ces hautes fréquences de consultations coïncident avec une densité de médecins de premier recours et de médecins spécialistes parmi les plus élevées de Suisse mais ce n'est pas le cas du canton de Neuchâtel qui affiche des densités médicales moyennes (voir 1.6)⁵⁷. Par ailleurs, le canton de Genève présente les frais de traitements en cabinet médical par assuré les plus élevés de Suisse, suivi des cantons de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne. Le canton de Neuchâtel se classe pour sa part au 17^e rang (voir 6.1).

Les personnes sans formation post-obligatoire consultent plus souvent le médecin en moyenne suisse mais cette tendance n'apparaît pas dans le canton de Genève

Des différences dans le recours aux consultations médicales en cabinet apparaissent également en fonction du niveau de formation. Les individus n'ayant pas de formation post-obligatoire sont significativement plus

nombreux en Suisse à avoir effectué au moins six consultations médicales en cabinet au cours des douze mois précédant l'enquête (22,0%), que ceux ayant une formation du degré secondaire II (18,5%) ou du degré tertiaire (16,1%, Fig. 5.2). Dans le canton de Genève, l'effet du niveau de formation sur le recours aux consultations médicales en cabinet tend à être inversé à celui observé en moyenne suisse pour ce qui concerne les choix de réponse «aucune consultation» ou «six consultations et plus» mais ces résultats ne sont pas significatifs. Dans la mesure où les personnes n'ayant pas de formation post-obligatoire tendent à évaluer plus défavorablement leur état de santé que celles ayant une formation du degré secondaire ou tertiaire (voir 2.2), il est possible que dans une certaine mesure, ces chiffres expriment une forme de renoncement aux soins (p. ex. pour des motifs financiers ou en raison de l'attitude vis-à-vis du système de santé).

De manière générale, l'effet du niveau de formation est moins net dans le canton de Genève: la part de la population ayant effectué un maximum de deux consultations au cours des douze derniers mois reste à environ 55% de la population, indépendamment du niveau de formation.

La fréquence des consultations médicales en cabinet est évidemment liée à l'état de santé d'un individu. Comme on peut s'y attendre, le nombre de ces consultations augmente fortement lorsque les personnes souffrent de troubles physiques ou si elles ont des problèmes de santé de longue durée. Plus des deux tiers des Genevoises et Genevois ayant des troubles physiques importants ont effectué au moins trois consultations médicales au cours des douze mois précédant l'enquête (68,7%) (Fig. 5.3). Une telle fréquence de consultation ne concerne que 30,4% des Genevoises et Genevois

⁵⁷ Dans le canton de Bâle-Ville, on compte 13,8 médecins de premiers recours et 26,8 médecins spécialistes pour 10'000 habitants (premiers rangs). Dans le canton de Bâle-Campagne, ces densités sont de 10,3 et 11,9 (troisième et cinquième rang) et dans le canton de Neuchâtel, de 9,7 et 10,1 (septième et neuvième rang).

ne déclarant pas ou peu de troubles physiques. La relation est du même ordre pour ce qui concerne l'existence de problèmes de santé de longue durée (respectivement 69,2% et 35,1%).

On peut encore relever que 6,4% de la population genevoise ayant des troubles physiques importants et que 4,4% de celle souffrant de problèmes de santé de longue durée n'a effectué aucune visite médicale au cours des douze derniers mois. Il serait utile de savoir si ces personnes ont dû renoncer à consulter un médecin, par exemple pour des raisons financières.

Un faible soutien social est associé à un nombre plus élevé de consultations médicales

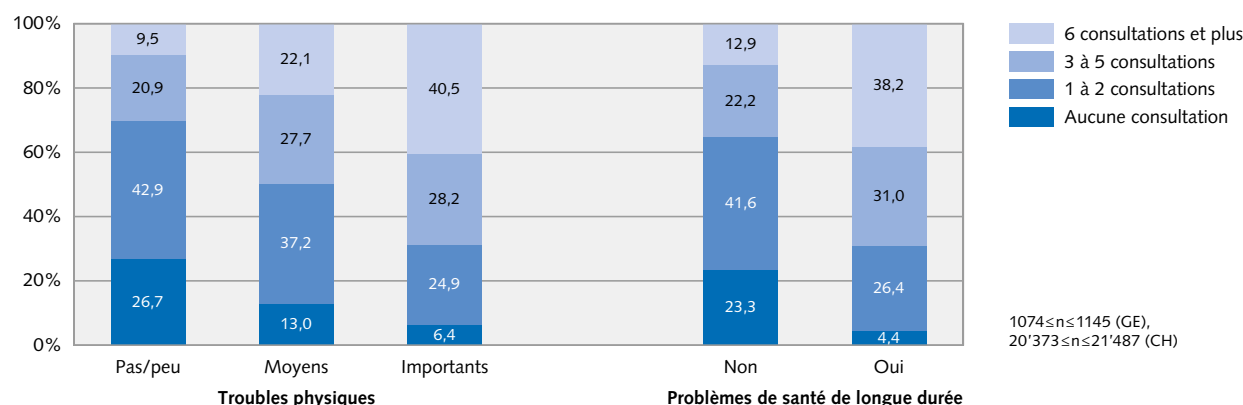
Une corrélation apparaît également entre le nombre de consultations médicales et la force du soutien social (Oslo-3, social support scale, voir 2.6.2). Les personnes qui bénéficient d'un faible soutien social ont plus sou-

vent consulté un médecin en cabinet au cours des douze mois précédant l'enquête que les personnes moyennement ou fortement soutenues socialement. En Suisse, la part des personnes qui déclarent six consultations médicales ou plus atteint 25,2% chez les personnes qui ne peuvent compter que sur un faible soutien social (GE: 26,5%, Fig. 5.4). Chez les personnes moyennement ou fortement soutenues socialement, cette part recule à respectivement 17,3% et 16,5% (GE: respectivement 19,2% et 18,0%). Le canton de Genève affiche des résultats très proches de ceux de la Suisse, en dépit de l'incertitude induite par les intervalles de confiance.

Cette analyse ne permet toutefois pas de tirer des conclusions quant aux relations de causalité reliant les variables. D'une part, il est possible que le degré de soutien social influence le cours d'une maladie (et donc, le nombre de consultations médicales). Par exemple, on peut envisager qu'un mauvais réseau social soit compensé par un nombre plus élevé de consultations.

Recours aux consultations médicales en cabinet, selon les troubles physiques et les problèmes de santé de longue durée, canton de Genève, 2012 (dans les douze mois précédant l'enquête)

Fig. 5.3

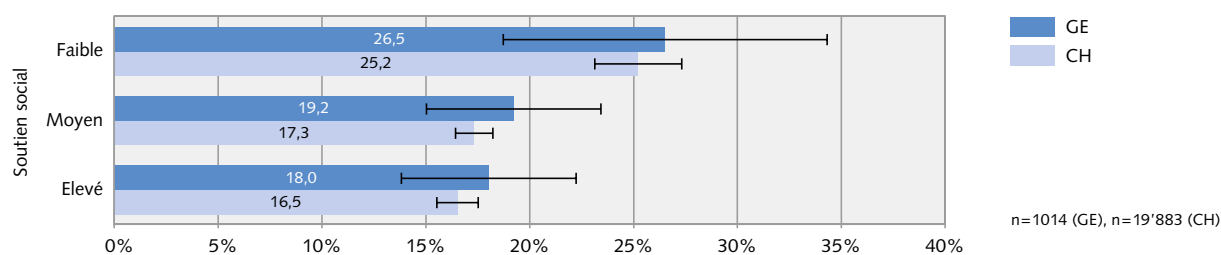


Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

Six consultations médicales en cabinet et plus, selon le soutien social (échelle d'Oslo), canton de Genève et Suisse, 2012 (dans les douze mois précédant l'enquête)

Fig. 5.4



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

D'autre part, il est également envisageable que la maladie affecte les relations sociales d'un individu, ou la perception qu'il en a. Par ailleurs, il est aussi possible que le soutien social et le nombre de consultations médicales en cabinet soient simultanément influencés par un troisième facteur. Par exemple, il a été vu précédemment (voir 2.5), que les personnes plus âgées tendent à faire état d'un soutien social plus faible alors que ce sont également celles qui ont le moins bon état de santé.

5.1.2 Consultations médicales en cabinet par domaine de spécialisation

Ce point présente le nombre moyen de consultations médicales effectuées par les personnes interrogées au cours des douze mois précédant l'enquête. Le nombre moyen de consultations est calculé sur la base des réponses fournies par l'ensemble des participants à l'ESS. Les personnes qui ne se sont pas rendues chez le médecin au cours des douze mois précédant l'enquête sont donc également incluses.

La figure 5.5 représente le nombre moyen de consultations médicales dans les 19 cantons qui ont augmenté la taille de leur échantillon lors de la réalisation de l'ESS. Au niveau suisse, le nombre moyen de consultations médicales par personne au cours des douze mois précédant l'enquête atteint 3,9⁵⁸. Le canton de Genève

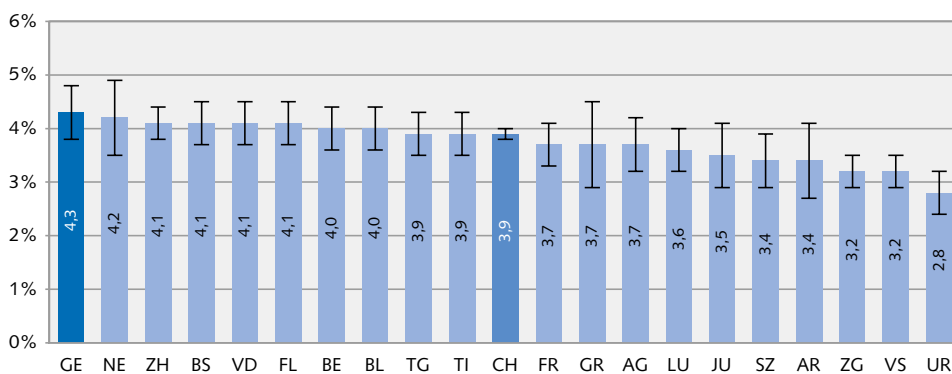
affiche la valeur la plus élevée (4,3), suivi du canton de Neuchâtel (4,2). Le plus petit nombre moyen de consultations est mesuré dans le canton d'Uri (2,8). Dans le canton de Genève comme en moyenne suisse, ce nombre moyen de consultations est resté relativement stable depuis 2007 (GE: 4,5; CH: 4,0, données non représentées). La hausse du nombre de consultations observée précédemment depuis 2002 (voir 5.1.1 et A-5.1) s'est en fait principalement opérée entre 2002 et 2007.

Il convient de noter que les différences entre les cantons ne sont significatives que dans quelques cas, par exemple entre le canton de Genève et les cantons de Zoug, Valais et Uri. A titre de comparaison, on peut observer que le canton de Genève apparaît en tête de classement, devant les cantons de Bâle-Ville ou de Neuchâtel, lesquels présentaient pourtant une part plus élevée de population ayant consulté au moins six fois un médecin au cours des douze mois précédant l'enquête. Cette position dans le classement est notamment due au fait que dans le canton de Genève, les répondants sont moins nombreux à n'avoir jamais eu recours à un médecin au cours de la période d'enquête.

L'analyse se poursuit par un examen du nombre moyen par habitant de consultations en cabinet médical par catégorie de spécialisation. La première catégorie comprend les médecins de premier recours et

Nombre moyen de consultations par habitant, par canton, 2012 (dans les douze mois précédant l'enquête)

Fig. 5.5



n=1147 (GE), n=21'524 (CH)

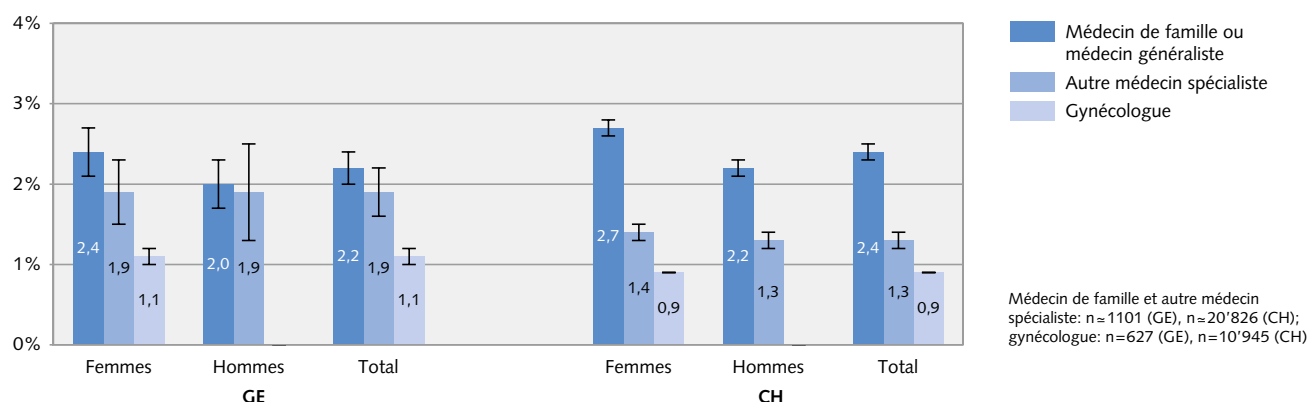
Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

⁵⁸ Selon le pool de données de SASIS SA (données des assureurs-maladie, voir chap. 6), le nombre moyen de consultations médicales en Suisse s'élevait à 5,3 en 2012. Cette différence par rapport au résultat de l'ESS (3,9) s'explique en premier lieu par les définitions différentes utilisées lors de la saisie des données. Par exemple, le pool de données comptabilise aussi les consultations téléphoniques. Par ailleurs, il n'est pas possible d'exclure que le nombre exact de consultations médicales soit partiellement sous-estimé dans l'ESS.

Nombre moyen de consultations par habitant,
selon le type de spécialisation et le sexe, canton de Genève et Suisse, 2012
(dans les douze mois précédant l'enquête)

Fig. 5.6



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

regroupe les médecins de famille ainsi que les médecins généralistes⁵⁹. La deuxième catégorie englobe tous les médecins spécialistes, à l'exception des médecins de la première catégorie et des gynécologues. Les dentistes sont également exclus. La troisième catégorie recense les consultations chez le gynécologue. A nouveau, les nombres moyens de consultations sont donnés pour l'ensemble des habitants, que ceux-ci se soient rendus ou non chez le médecin au cours des douze mois précédant l'enquête.

Les femmes se rendent plus souvent chez le médecin que les hommes, essentiellement en raison de la consultation additionnelle chez le gynécologue

En moyenne, les habitants du canton de Genève se sont rendus 2,2 fois chez un médecin de famille ou chez un médecin généraliste au cours des douze derniers mois (Fig. 5.6). Cette valeur est légèrement inférieure à celle observée en moyenne suisse (2,4) mais la différence n'est pas significative. On peut noter qu'en Suisse, neuf personnes sur dix (90,3%) déclarent avoir un médecin de famille qu'elles peuvent consulter en cas de problèmes de santé alors que dans le canton de Genève, cette part s'établit à 83,1%, soit bien en-deçà de la moyenne nationale (différence significative, données non représentées). Partant de l'hypothèse que la

population étrangère a vraisemblablement moins souvent que les Suisses un médecin de famille, il est possible que la différence observée s'explique en partie par l'importante part de personnes de nationalité étrangère dans le canton de Genève.

Le nombre moyen de consultations chez un médecin spécialiste s'avère par contre significativement plus élevé dans le canton de Genève qu'en moyenne suisse (GE: 1,9; CH: 1,3). Dans le canton de Genève comme en moyenne suisse, le nombre moyen de visites chez un gynécologue au cours des douze derniers mois se situe autour de un (GE: 1,1; CH: 0,9).

Une différence entre les sexes apparaît concernant le recours aux consultations médicales chez un médecin de famille: les femmes du canton de Genève annoncent en moyenne 2,4 consultations contre 2,0 chez les hommes. Cette différence est significative en moyenne suisse (respectivement 2,7 et 2,2 consultations). En revanche, le nombre moyen de consultations dans les cabinets médicaux spécialisés est identique (GE: 1,9). Pour les femmes, s'ajoutent encore les consultations chez le gynécologue (GE: 1,1), lesquelles ont souvent lieu dans le cadre d'exams préventifs conduits de façon régulière. La fréquence plus élevée de consultations médicales observée précédemment chez les femmes (voir Fig. 5.1) est donc due en premier lieu aux consultations supplémentaires dans les cabinets de médecine gynécologique et dans une moindre mesure, au nombre plus élevé de consultations chez le médecin de famille.

On observe une forte hausse du nombre moyen de consultations chez le médecin de famille ou chez le médecin généraliste en fonction de la classe d'âge (GE: de 1,7 consultation chez les 15–34 ans à 3,0 chez les

⁵⁹ Les personnes interrogées dans le cadre de l'ESS doivent indiquer si elles se sont rendues chez leur médecin de famille ou chez un autre médecin généraliste au cours des douze derniers mois. Ces dénominations s'inspirent plutôt du langage courant et ne correspondent pas à la terminologie officielle. Il est par conséquent possible que la catégorie de la médecine de premier recours comprenne également des médecins spécialistes d'autres disciplines (p. ex. un médecin exerçant comme médecin de famille mais spécialisé (uniquement) en rhumatologie).

65 ans et plus, Fig. 5.7). La proportion des personnes déclarant avoir un médecin de famille qu'elles peuvent consulter en cas de problème augmente d'ailleurs également avec l'âge: de 78,4% des 15–34 ans, elle passe à 90,0% des 65 ans et plus (de 87,2% à 95,5% en moyenne suisse, données non représentées). Pour les autres médecins spécialistes, l'effet de l'âge est moins manifeste.

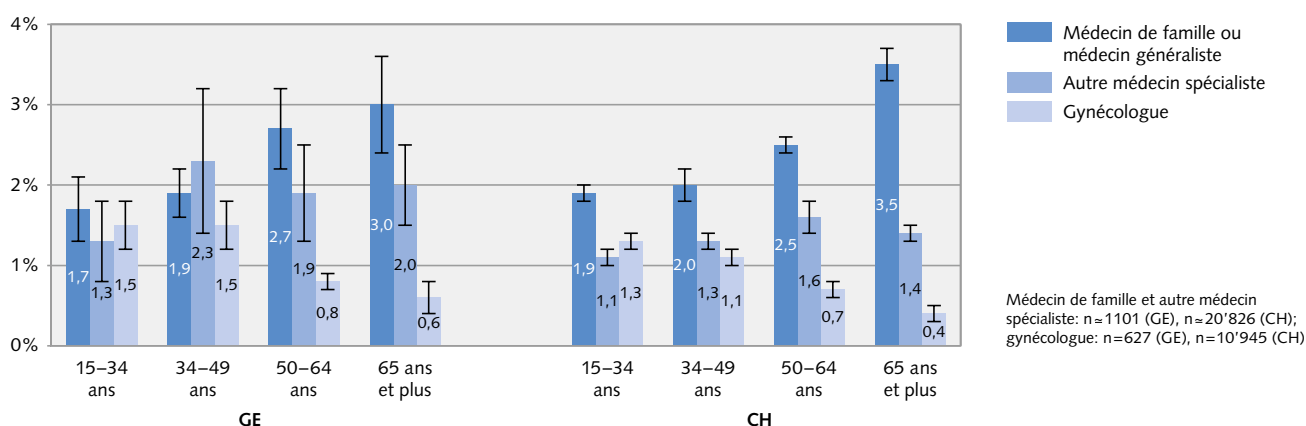
Le nombre moyen de consultations en cabinet gynécologique diminue en revanche sensiblement avec l'âge. Il passe de 1,5 chez les femmes âgées de 15 à 49 ans à respectivement 0,8 et 0,6 consultation chez celles âgées de 50 à 64 ans et de 65 ans et plus.

Les mêmes tendances apparaissent de façon encore plus marquée en moyenne suisse. On peut relever que le nombre moyen de consultations chez un médecin de famille s'avère légèrement supérieur en moyenne suisse chez les plus de 65 ans (GE: 3,0; CH: 3,5) et que les habitants du canton de Genève âgés de 34 à 49 ans déclarent une consultation de plus chez un médecin spécialiste que les Suisses de la même classe d'âge (GE: 2,3; CH: 1,3) mais ces différences ne sont pas statistiquement significatives.

L'effet du niveau de formation diffère selon qu'il s'agit de consultations chez un médecin de famille d'une part ou chez un autre médecin spécialiste ou gynécologue

Nombre moyen de consultations par habitant, selon le type de spécialisation et l'âge, canton de Genève et Suisse, 2012 (dans les douze mois précédant l'enquête)

Fig. 5.7

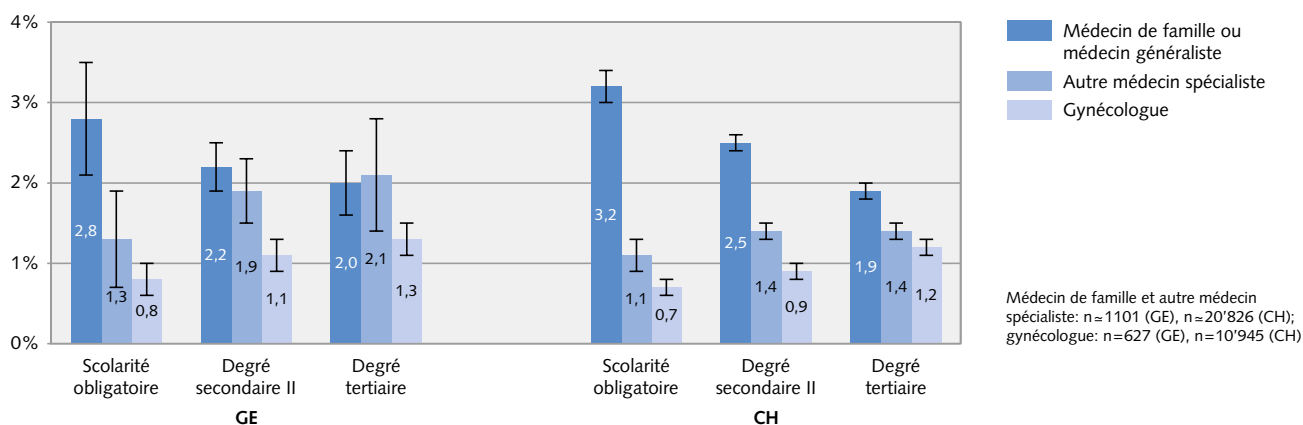


Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

Nombre moyen de consultations par habitant, selon le type de spécialisation et la formation, canton de Genève et Suisse, 2012 (dans les douze mois précédant l'enquête)

Fig. 5.8



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

d'autre part (Fig. 5.8). Dans le premier cas, les personnes sans formation post-obligatoire présentent un nombre moyen supérieur de consultations chez le médecin à celles ayant une formation du niveau secondaire ou tertiaire. A l'inverse, le nombre moyen de consultations chez un médecin spécialiste ou chez un gynécologue est inférieur au sein de ce groupe de population. Outre les facteurs de besoins justifiant un recours différencié aux consultations médicales, il est possible que les personnes les mieux formées soient en général plus aptes à faire usage du système de santé.

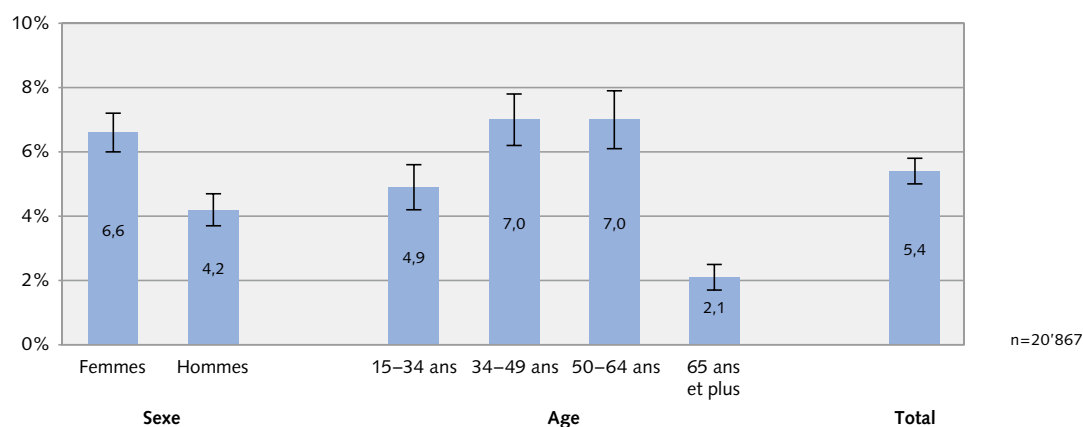
La prise en charge des maladies psychiques représente une composante importante de la couverture médicale. L'ESS comporte une question sur le recours aux services de santé pour problèmes psychiques au cours des douze mois précédant l'enquête. Ici, non seulement les consultations médicales (p. ex. auprès d'un médecin psychiatre) ont été mentionnées mais également celles effectuées auprès d'autres types de professionnels non médicaux (psychologues ou autres thérapeutes). Les résultats ne sont présentés que pour la Suisse dans son ensemble, car la taille de l'échantillon au niveau cantonal ne permet pas de déceler des différences significatives.

Les personnes de 65 ans et plus sont moins souvent en traitement pour cause de problèmes psychiques

En Suisse, 5,4% des personnes interrogées déclarent avoir consulté un professionnel en raison de problèmes psychiques au cours des douze mois précédant l'enquête, les Suissesses (6,6%) étant plus souvent concernées que les Suisses (4,2%, Fig. 5.9). Les psychiatres sont

les professionnels les plus souvent consultés (43,4% des traitements pour problèmes psychiques), suivis des psychologues et psychothérapeutes (32,9%). Dans 18,3% des cas, les répondants ont été traités par des médecins généralistes ainsi que par des autres médecins spécialistes et seule une minorité de personnes (5,4%) mentionnent des thérapeutes de médecine complémentaire ou autre (données non représentées). L'analyse par classe d'âge de la population traitée en raison de maladies psychiques montre que la courbe commence par monter avant de redescendre: les plus touchées sont les personnes âgées de 35 à 64 ans. Dans les douze mois précédant l'enquête, 7,0% des représentants de cette classe d'âge ont été pris en charge pour cause de problèmes psychiques, contre 4,9% des 15–34 ans. Chez les 65 ans et plus, cette part recule à 2,1% (différence significative par rapport à toutes les autres classes d'âge). Les personnes âgées semblent donc faire beaucoup moins souvent l'objet d'une prise en charge pour cause de problèmes psychiques que les plus jeunes. Ces différences peuvent être dues au fait que la fréquence des symptômes dépressifs, qu'ils soient légers ou modérés à graves, diminue chez les personnes de 65 ans et plus (voir 2.5.3.). Il faut toutefois rappeler que ces données ne comprennent pas les personnes institutionnalisées, plus souvent affectées par des symptômes dépressifs. Il est également possible que l'attitude personnelle vis-à-vis des problèmes de santé psychique soit différente au sein de cette classe d'âge, prévenant le recours à une assistance professionnelle.

Traitements en raison de maladies psychiques, selon le sexe et l'âge, Suisse, 2012 (dans les douze mois précédant l'enquête) Fig. 5.9



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

5.2 Recours aux examens préventifs

Le point 5.2 s'intéresse à la fréquence annuelle des services médicaux utilisés à des fins de prévention. Premièrement, la fréquence des examens de dépistage des maladies cardiovasculaires (pression artérielle, taux de cholestérol) et du diabète (taux de sucre) est présentée (5.2.1). Ensuite, ce sont les examens de dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein (mammographies) chez les femmes et les examens de dépistage du cancer de la prostate chez les hommes qui font l'objet de l'analyse (5.2.2). Finalement, l'étendue dans la population de la vaccination contre la grippe est présentée (5.2.3).

5.2.1 Examens préventifs des maladies cardiovasculaires

Il a été demandé aux personnes participant à l'ESS d'indiquer si, au cours des douze mois précédant l'enquête, elles ont fait contrôler leur tension artérielle, leur cholestérolémie ou leur glycémie. L'hypertension artérielle et un taux de cholestérol trop élevé sont ici considérés comme des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires alors que l'hyperglycémie représente plutôt un facteur de risque du diabète. Le diabète constitue cependant lui-même un facteur de risque des maladies cardiovasculaires (The Emerging Risk Factors Collaboration, 2010). Ces examens peuvent être menés sur des personnes en bonne santé à titre préventif ou sur des per-

sonnes déjà malades, dans le cadre d'un traitement médical. Dans la discussion qui suit, ces deux cas de figure ne sont toutefois pas distingués.

Plus des trois quarts des habitants du canton de Genève ont vu leur tension artérielle mesurée dans les douze derniers mois

La fréquence des trois examens de dépistage sous revue est documentée depuis 2002. Dans le canton de Genève, les résultats affichent une grande stabilité pour les trois périodes recensées (2002, 2007 et 2012). Dans la moyenne suisse, au cours de cette période, la part de personnes contrôlées a diminué pour chacun de ces examens, avec une baisse significative pour le contrôle du taux de cholestérol (de 49,8 à 44,5%) ainsi que de la glycémie (de 51,9% à 49,1%) (A-5.2).

En 2012, pour chacun de ces trois examens, la part de la population examinée est plus élevée dans le canton de Genève qu'en moyenne suisse (Tab. 5.1). Cette différence est significative pour la mesure du taux de cholestérol (GE: 51,6%; CH: 44,5%). Comme il l'a été vu au point 2.4.3, un taux de cholestérol trop élevé est plus souvent diagnostiqué chez les habitants du canton de Genève (16,5%) qu'en moyenne suisse (11,9%). Des examens de dépistage plus fréquents pourraient en partie expliquer cette différence. Par contre, la fréquence des contrôles de l'hypertension (GE: 77,4%; CH: 74,9%) et de la glycémie (GE: 52,7%; CH: 49,1%) ne diffère pas significativement entre le canton de Genève et la Suisse.

Tab. 5.1 Examens préventifs pour les maladies cardiovasculaires et le diabète, selon le sexe, l'âge et la formation, canton de Genève et Suisse, 2012 (dans les douze mois précédant l'enquête, en %)

		Tension artérielle		Cholestérolémie		Glycémie	
		GE	CH	GE	CH	GE	CH
Total		77,4	74,9	51,6	44,5	52,7	49,1
Sexe	Femmes	82,1	79,6	56,0	46,0	57,7	51,8
	Hommes	71,9	70,1	46,4	43,1	46,8	46,4
Age	15–34 ans	65,9	65,7	32,6	28,4	34,7	36,0
	34–49 ans	74,1	68,4	42,7	35,7	44,7	39,9
	50–64 ans	81,6	80,1	63,0	53,0	63,9	55,8
	65 ans et plus	90,4	90,7	72,1	68,3	71,5	71,9
Formation	Scolarité obligatoire	72,7	76,8	49,9	51,8	48,7	54,8
	Degré secondaire II	79,8	76,3	55,0	45,4	56,5	50,1
	Degré tertiaire	76,6	71,4	48,1	38,9	49,7	43,9

1048 ≤ n ≤ 1089 (GE), 20135 ≤ n ≤ 20718 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé, 2012

© Obsan 2015

Pour les trois types de contrôle, les femmes déclarent plus fréquemment que les hommes avoir effectué un examen préventif au cours des douze derniers mois (différences significatives à l'exception de la cholestérolémie dans le canton de Genève). Cette différence peut en partie s'expliquer par le fait que les femmes enceintes effectuent ces examens au cours de leur grossesse. De plus, on observe que la fréquence de ces examens augmente fortement avec l'âge. Or la part des femmes est plus élevée au sein de la classe d'âge des 65 ans et plus. Dans le canton de Genève, la probabilité qu'un examen de contrôle de la cholestérolémie et de la glycémie ait été effectué est plus de deux fois plus élevée chez les personnes de 65 ans et plus (environ 72%) et que chez celles âgées de 15 à 34 ans (environ 34%).

En moyenne suisse, plus le niveau de formation est élevé, plus la fréquence des examens de dépistage diminue. Les différences sont partout significatives, sauf entre les personnes sans formation post-obligatoire et celles avec un titre du degré secondaire II à propos de la tension artérielle. Avec des différences non significatives, le canton de Genève présente toutefois des résultats contrastés: pour les trois types d'examen, ce sont les personnes ayant une formation du degré secondaire II qui sont le plus fréquemment contrôlées.

On peut rappeler que dans l'ESS, les questions portant sur les examens de dépistage des maladies cardiovasculaires sont posées tant aux personnes bien portantes qu'aux personnes malades. La figure 5.10 montre qu'une maladie existante influence nettement la fréquence des examens de contrôle. Les personnes qui souffrent d'un

problème de santé de longue durée déclarent plus souvent avoir subi un examen de contrôle dans les douze mois précédant l'enquête que les personnes ne souffrant pas de tels problèmes. La différence concernant la part de personnes contrôlées selon l'existence de problème de santé de longue durée atteint plus de 20 points de pourcentage pour la mesure du taux de cholestérol ainsi que pour celle du diabète. Les résultats pour le canton de Genève ne diffèrent pas de façon significative de ceux observés en moyenne suisse (à l'exception de la mesure du taux de cholestérol chez les personnes n'ayant pas de problèmes de santé de longue durée qui est plus élevée dans le canton de Genève).

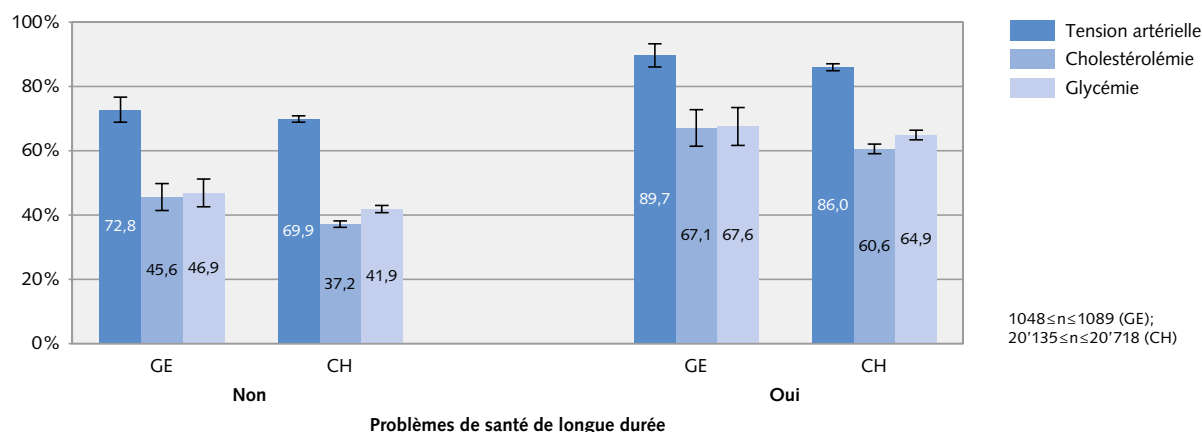
5.2.2 Examens de dépistage du cancer

Les examens de dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein (mammographie) figurent parmi les examens de dépistage du cancer fréquemment pratiqués chez les femmes. Chez les hommes, on s'intéresse aux examens de dépistage du cancer de la prostate qui est la forme de cancer la plus fréquente chez l'homme. L'ESS recense, dès l'âge de 20 ans pour les femmes et dès l'âge de 40 ans pour les hommes, la fréquence de ces examens de dépistage au cours des douze mois précédant l'enquête.

Les données de l'ESS pour les examens de dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer de la prostate sont disponibles pour les années 2002, 2007 et 2012. Dans le canton de Genève comme en moyenne suisse, aucun changement majeur ne transparaît entre les

Examens préventifs pour les maladies cardiovasculaires, en fonction des problèmes de santé de longue durée, canton de Genève et Suisse, 2012, (dans les douze mois précédant l'enquête)

Fig. 5.10



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

résultats de ces différentes enquêtes. Disponibles dès 2007, les données concernant la mammographie ne diffèrent pas significativement de celles obtenues en 2012 (A-5.3).

Recommandations et pratiques de dépistage en Suisse

Pour ce qui concerne le dépistage du **cancer du col de l'utérus**, la Société suisse de gynécologie et obstétrique (SSGO) a établi de nouvelles recommandations en juin 2012. Un dépistage (ou frottis) cytologique est recommandé tous les deux ans entre 21 et 30 ans et tous les trois ans entre 30 et 70 ans. De plus grandes fréquences de dépistage sont recommandées en cas de frottis anormaux. De manière générale, l'indication à pratiquer un frottis dans un délai plus court revient au praticien en fonction des facteurs de risques de la patiente.

Source: Vassilakos, P. (2012). «Prévention du cancer du col utérin en Suisse: les défis de l'ère vaccinale.» Gynécologie-obstétrique 359(37): 2015–2020.

Dans les cantons ayant mis en place des programmes de dépistage organisé ou systématique du **cancer du sein** (BE, FR, GE, GR, JU, NE, SG, TG, VD et VS), les femmes sont invitées à passer une mammographie de dépistage tous les deux ans à partir de 50 ans. Lors d'antécédents familiaux ou en cas de troubles ou de modifications au niveau des seins, des examens de dépistage sont également recommandés avant l'âge où ils sont habituellement proposés.

Source: Ligue suisse contre le cancer du sein (2013). Unis contre le cancer du sein. Facteurs de risque et dépistage. Ligue suisse contre le cancer du sein. Berne.

Dans un rapport publié en 2011, le Swiss Medical Board a conclu, sur la base des données actuelles, que la détermination du taux de PSA (dosage de l'antigène spécifique de la prostate) pour le dépistage précoce du **cancer de la prostate** n'est pas justifié chez des hommes en bonne santé sans antécédents familiaux et sans conseil individuel. Il n'existe donc pas de recommandation de dépistage systématique pour le cancer de la prostate.

Source: Swiss Medical Board: Importance du taux de PSA dans le dépistage précoce du cancer de la prostate. Zurich 2011.

Les parts de femmes âgées de 20 à 49 ans ayant eu un examen de dépistage du col de l'utérus au cours des douze derniers mois sont très proches dans le canton de Genève et en moyenne suisse (46,4% et 49,5%). Théoriquement, un taux de dépistage de 50% au cours des douze derniers mois pourrait correspondre à un dépistage bisannuel de la totalité des femmes. Il est toutefois avéré que certaines femmes ont des frottis trop souvent, alors que d'autres pas assez ou pas du tout (Vassilakos, 2012). Alors qu'en moyenne suisse, ce taux de dépistage baisse à 34,2% chez les femmes de 50 ans et plus, il se maintient à 43,6% dans le canton de Genève (différence significative).

Genève est le canton suisse qui affiche la part la plus élevée de femmes de 50 ans et plus ayant effectué une mammographie au cours des douze derniers mois.

Dans le canton de Genève, 41,2% des femmes de 50 ans et plus ont effectué une mammographie au cours des douze derniers mois contre 21,6% en moyenne suisse. Le canton de Genève est celui où ce taux est le plus élevé (Fig. 5.11). Les cantons du Valais, de Vaud et de Fribourg suivent avec des pourcentages compris entre 35,2% et 38,7%. Les cantons d'Uri, de Schwyz et de Zurich ferment la marche avec des taux compris entre 9,7% et 13,0%, soit très au-dessous de la moyenne nationale (21,6%). Ces différents taux peuvent en partie s'expliquer par l'existence de programmes de dépistage systématique du cancer du sein (voir encadré). Le canton de Genève s'est doté d'un tel programme dès 1999. C'est également le cas des cantons de Vaud et du Valais en 1998.

Chez les femmes de 20 à 49 ans, 14,1% des Genevoises ont effectué une mammographie contre 7,2% des Suissesses. Il n'est pas possible de savoir si cette différence de résultat est liée à des facteurs de risque plus fréquents dans le canton de Genève, si elle reflète une plus grande attention des femmes aux symptômes du cancer du sein ou si elle traduit une pratique plus systématique de la mammographie de la part des professionnels de santé.

Entre 40 et 49 ans, seule une minorité d'hommes sont dépistés pour le cancer de la prostate (GE: 5,2%; CH: 9,2%) mais dès l'âge de 50 ans, environ un tiers des hommes ont effectué un tel examen au cours des douze derniers mois (GE: 34,7%; CH: 32,9%). Il y a toutefois lieu de rappeler qu'il n'existe pas de recommandation de dépistage systématique pour le cancer de la prostate et que cet examen est plutôt conduit selon les facteurs de risques et symptômes observés.

A l'échelle nationale, quelques tendances se dessinent concernant la relation entre le niveau de formation et la fréquence des tests de dépistage du cancer. Ces résultats ne sont pas significatifs dans le canton de Genève, probablement en raison de la petite taille de l'échantillon. Les femmes de 50 ans et plus au bénéfice d'un titre du degré tertiaire passent beaucoup plus souvent une mammographie (24,6%) que les femmes sans formation post-obligatoire (17,7%, données non représentées). La différence pour les examens de détection précoce du cancer du col de l'utérus est encore plus marquée: la moitié des femmes de 20 ans et plus qui disposent d'un titre du degré tertiaire (49,6%) affirment avoir effectué

Tab. 5.2 Examens de dépistage du cancer, selon le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, 2012
(dans les douze mois précédant l'enquête, en %)

	Femmes (dès 20 ans)				Hommes (dès 40 ans)	
	Cancer du col de l'utérus		Cancer du sein		Cancer de la prostate	
	GE	CH	GE	CH	GE	CH
Total	44,9	42,1	27,8	14,1	25,1	25,1
Age						
Femmes 20–49 ans	46,4	49,5	14,1	7,2	–	–
Hommes 40–49 ans	–	–	–	–	5,2	9,2
50 ans et plus	43,6	34,2	41,2	21,6	34,7	32,9

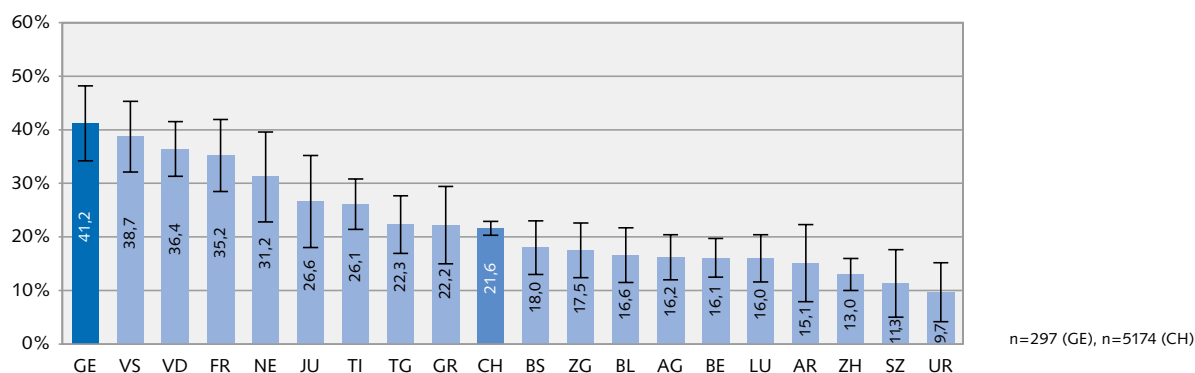
Cancer du col de l'utérus et cancer du sein: n ≈ 581 (GE), n = 10 189 (CH); cancer de la prostate: n = 289 (GE), n = 6410 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé, 2012

© Obsan 2015

Mammographies, femmes dès 50 ans, par canton, 2012
(dans les douze mois précédant l'enquête)

Fig. 5.11



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

un tel examen au cours des douze mois précédant l'enquête. Cette part est moins élevée chez les femmes ayant une formation de degré secondaire II (42,4%), et chute à 29,5% chez celles qui n'ont pas de formation post-obligatoire. Pour ce qui est des examens de détection précoce du cancer de la prostate chez les hommes de 40 ans et plus, aucune différence n'apparaît en fonction du niveau de formation.

5.2.3 Prévention de la grippe

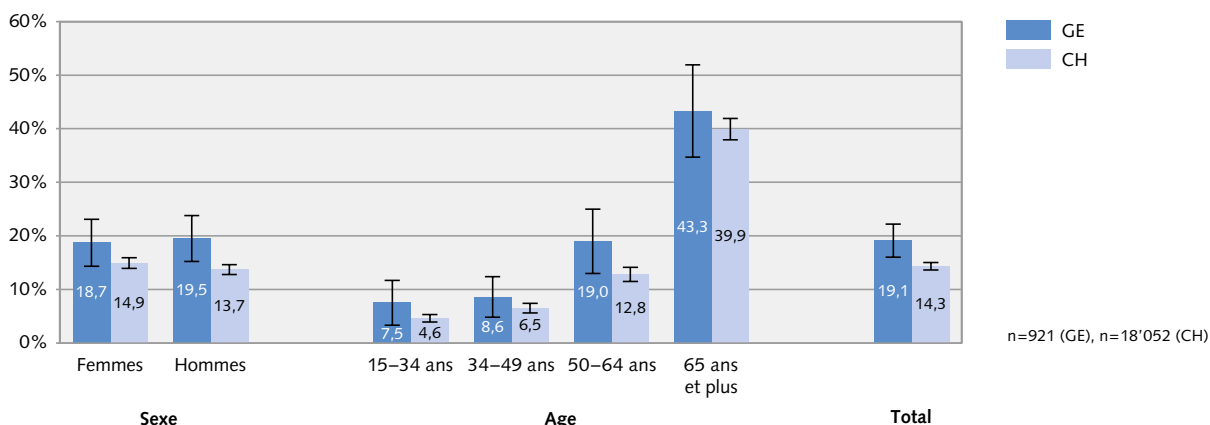
Dans le canton de Genève, 19,1% de la population s'est fait vacciner contre la grippe saisonnière au cours des douze derniers mois (Fig. 5.12). Ce taux de vaccination est le plus élevé de Suisse et est donc significativement supérieur à la moyenne du pays (14,3%). Aucune différence n'apparaît entre les sexes. Par contre, la probabilité qu'une personne ait été vaccinée contre la grippe est directement liée à son âge: dans le canton de Genève, les personnes d'au moins 65 ans sont plus de cinq fois

plus souvent vaccinées que celles âgées de 15 à 49 ans (respectivement 43,3% et environ 8%). Dans le canton de Genève comme en moyenne suisse, ce sont donc environ deux personnes de 65 ans et plus sur cinq qui suivent les recommandations de l'OFSP concernant la vaccination contre la grippe saisonnière (OFSP 2014).

De manière générale, les personnes qui considèrent leur état de santé comme étant moyen ou (très) mauvais se font plus fréquemment vacciner contre la grippe saisonnière que celles qui le jugent bon ou très bon (données non représentées). En moyenne suisse, les taux de vaccination sont de respectivement 28,1% et 11,7% pour ces deux groupes de population. Dans le canton de Genève, cet écart est toutefois moins important avec respectivement 24,8% et 17,5% de la population vaccinée. Le taux de vaccination plus élevé dans le canton de Genève tient donc notamment au fait que les personnes se considérant comme étant en (très) bonne santé se vaccinent plus souvent qu'en moyenne suisse (différence significative).

Vaccin contre la grippe, selon le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, 2012 (dans les douze mois précédant l'enquête)

Fig. 5.12



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

5.3 Recours à la médecine complémentaire

Le 17 mai 2009, l'article constitutionnel pour une meilleure prise en compte des médecines complémentaires a été accepté en votation populaire. Pour y donner suite, le Département fédéral de l'intérieur a décidé à partir du 1^{er} janvier 2012, d'inscrire provisoirement la médecine anthroposophique, l'homéopathie, la thérapie neurale, la phytothérapie et la médecine traditionnelle chinoise dans le catalogue des prestations de l'assurance-maladie obligatoire (LAMal). Jusqu'à la fin 2017, la LAMal remboursera ces cinq prestations de médecine complémentaire à certaines conditions. Elles seront maintenues dans le catalogue des prestations s'il est considéré qu'elles remplissent les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité définis dans la LAMal.

Il a été demandé aux personnes participant à l'ESS si elles avaient eu recours aux prestations suivantes de médecine complémentaire au cours des douze mois précédant l'enquête: acupuncture, médecine traditionnelle chinoise, homéopathie, phytothérapie, médecine ayurvédique, réflexologie, shiatsu, ostéopathie ou autres thérapies (kinésiologie, thérapie neurale, médecine anthroposophique, etc.). Les réponses comprennent tous les traitements, que ceux-ci aient été réalisés par un médecin ou par un thérapeute non-médecin. Les prestations mentionnées à ce titre ne peuvent donc pas être attribuées à un agent payeur déterminé (assurance obligatoire des soins, assurance complémentaire facultative ou frais assumés directement par la personne).

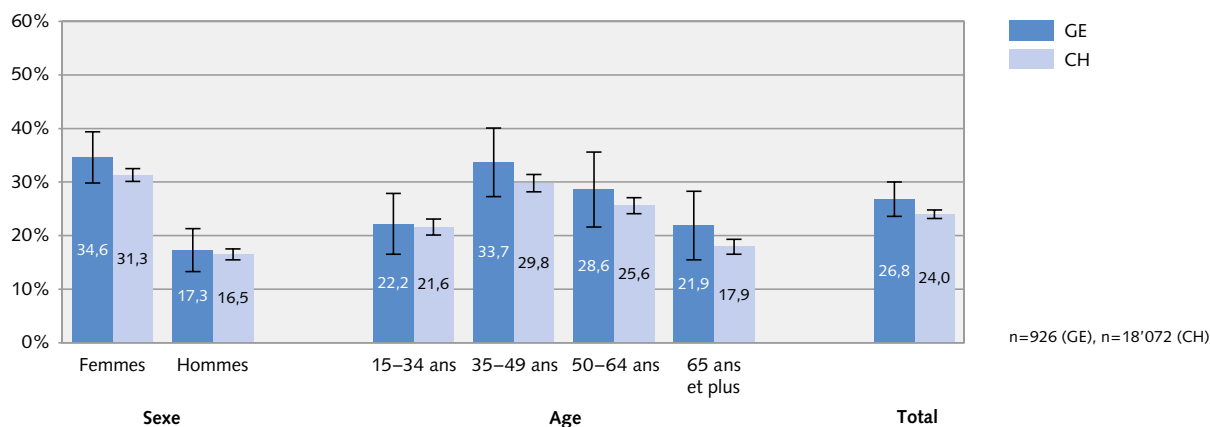
En 2012, un peu plus d'un quart des Genevoises et Genevois (26,8%) et un peu moins d'un quart de la

population suisse (24,0%) a eu recours à un thérapeute en médecine complémentaire au cours des douze derniers mois (Fig. 5.13). Ces pourcentages n'ont pas significativement changé par rapport à 2007 (respectivement 27,2% et 23,0%). Dans la mesure où la période de consultation couverte par l'ESS précède en partie la décision du DFI de faire rembourser les cinq médecines complémentaires par la LAMal, il n'est pas possible de saisir pleinement les effets de cette décision politique sur le recours aux médecines complémentaires à travers les résultats de l'ESS 2012. Ceux de l'ESS 2017 devraient permettre de voir si celle-ci est effectivement liée à une hausse des consultations en médecine complémentaire.

Les femmes déclarent deux fois plus souvent que les hommes avoir eu recours à la médecine complémentaire (GE: 34,6% et 17,3%). Par contre, l'âge ne joue pas un rôle très important dans la fréquence du recours aux médecines complémentaires. On observe tout au plus qu'en moyenne suisse, les personnes âgées de 35 à 49 ans déclarent un peu plus souvent (29,8%) que celles âgées de 50 à 64 ans (25,6%) avoir consulté un thérapeute en médecine complémentaire. La classe d'âge allant de 15 à 34 ans suit (21,6%) puis celle des 65 ans et plus (17,9%).

Le niveau de formation apparaît comme un facteur fortement lié au recours à de telles prestations: dans le canton de Genève, les personnes sans formation post-obligatoire (12,1%) recourent environ deux fois moins souvent que celles au bénéfice d'une formation du degré secondaire II (25,8%) et environ trois fois moins souvent que celles avec une formation du degré tertiaire (35,0%) aux médecines complémentaires (Fig. 5.14).

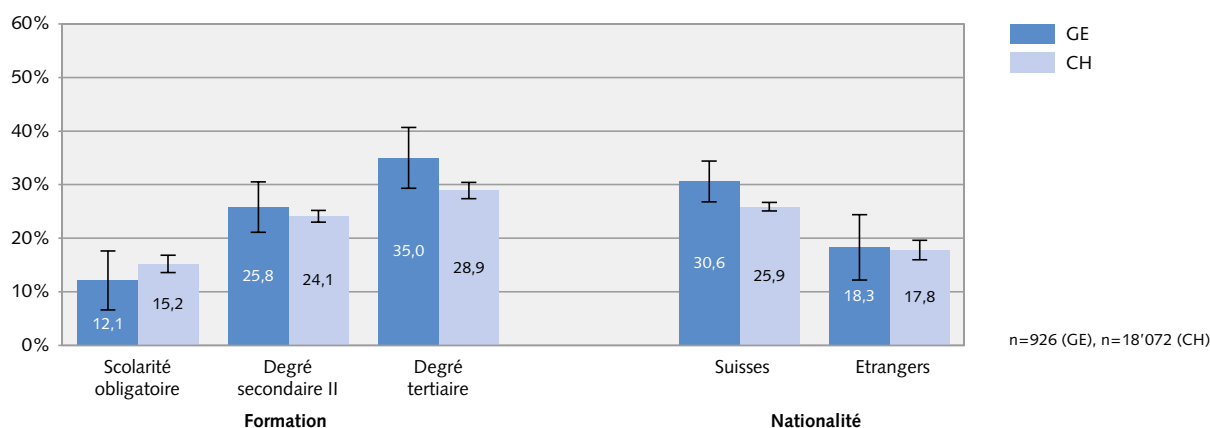
Recours à la médecine complémentaire, selon le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, 2012 (dans les douze mois précédant l'enquête) Fig. 5.13



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

Recours à la médecine complémentaire, selon la formation et la nationalité, canton de Genève et Suisse, 2012 (dans les douze mois précédant l'enquête) Fig. 5.14



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

Il existe finalement d'importantes différences en matière de recours à la médecine complémentaire entre les personnes de nationalité suisse (GE: 30,6%, CH: 25,9%) et étrangère (GE: 18,3%, CH: 17,8%). Cette distinction donne également à voir le recours à la médecine complémentaire significativement plus important des citoyens suisses dans le canton de Genève qu'en moyenne suisse.

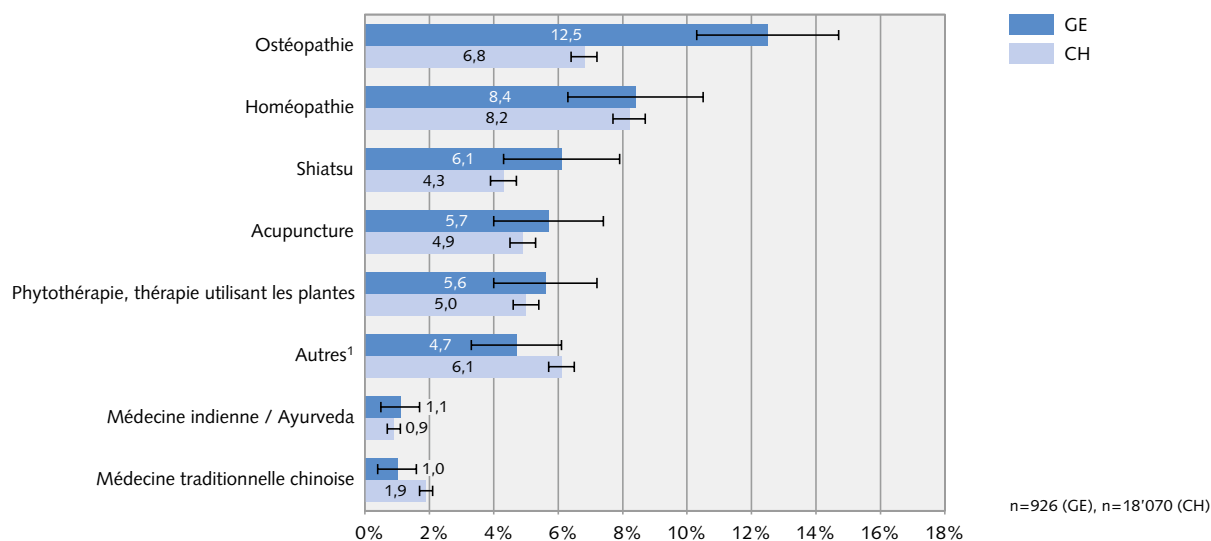
L'ostéopathie est la médecine complémentaire à laquelle il est le plus souvent fait recours dans le canton de Genève

Alors qu'en moyenne suisse, l'homéopathie est la médecine complémentaire la plus fréquemment citée par les répondants de l'ESS (8,2%), c'est l'ostéopathie qui est

la médecine complémentaire la plus répandue dans le canton de Genève où elle est mentionnée par un habitant sur huit (12,5%), soit près de deux fois plus qu'en moyenne suisse (6,8%, Fig. 5.15). C'est ensuite l'homéopathie qui est la plus souvent citée par les habitants du canton de Genève (8,4%) puis le shiatsu (6,1%), l'acupuncture (5,7%) et la phytothérapie ou toute autre forme de thérapie utilisant les plantes (5,6%). A l'exception de l'ostéopathie, ces résultats ne diffèrent pas de façon significative de ceux observés pour la Suisse dans son ensemble.

Le nombre moyen de consultations en médecine complémentaire effectuées au cours des douze derniers mois fournit une autre indication de l'intensité du recours à ce type de prestations. Entre les différents cantons suisses, ce nombre varie entre une moyenne de 1,2 consultation

Recours aux différentes formes de médecine complémentaire, canton de Genève et Suisse, 2012 (dans les douze mois précédant l'enquête) Fig. 5.15



¹ Les autres médecines complémentaires comprennent p.ex. la kinésiologie, Feldenkrais, training autogène, etc.

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

par répondant dans le canton de Schwyz et de 2,1 dans le canton de Neuchâtel (données non représentées). Le canton de Genève se situe pour sa part dans la moyenne suisse avec 1,6 consultation par personne.

5.4 Prestations hospitalières

Ce point analyse le recours aux prestations hospitalières. Habituellement, celles-ci sont subdivisées en prestations intra-muros et en prestations ambulatoires. Dans le cadre du financement par l'assurance-maladie, ces deux types de traitement sont distingués de la manière suivante: sont considérés comme traitements hospitaliers intra-muros les séjours au cours desquels un lit est occupé durant au moins une nuit ou les séjours d'au moins 24 heures⁶⁰. Tous les autres traitements sont considérés comme des traitements ambulatoires. Selon cette définition, les traitements hospitaliers ambulatoires sont premièrement examinés, puis les traitements hospitaliers intra-muros.

5.4.1 Soins hospitaliers ambulatoires

Le point 5.4.1 analyse la part de la population ayant eu recours au moins une fois à des prestations ambulatoires dans un hôpital au cours des douze mois précédant l'enquête. Entrent dans ce cadre les traitements dans un service ambulatoire d'un hôpital ainsi que les traitements ambulatoires aux urgences d'un hôpital ou dans des cliniques de jour⁶¹.

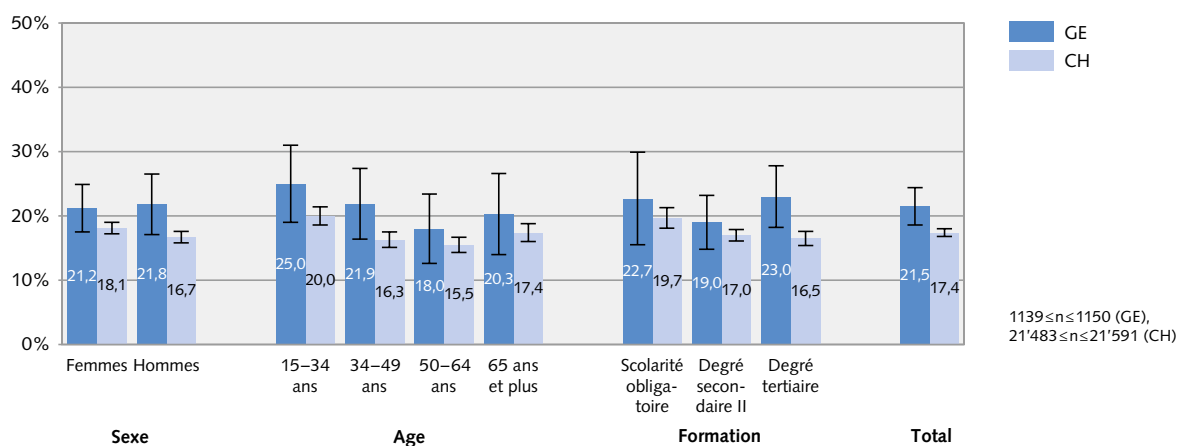
Environ un cinquième de la population genevoise a eu recours aux prestations ambulatoires des hôpitaux au cours des douze mois précédant l'enquête.

Dans le canton de Genève, 21,5% des répondants ont eu recours aux prestations ambulatoires des hôpitaux au cours des douze mois précédant l'enquête (Fig. 5.16). Ce pourcentage est légèrement plus élevé que celui observé en moyenne suisse (17,4%, différence significative). Par rapport aux données disponibles pour 2007, une baisse est enregistrée dans le canton de Genève mais elle n'est pas significative (2007: 24,0%). La légère hausse du recours à ces prestations pour la moyenne suisse est par contre significative (2007: 16,2%).

⁶⁰ Voir art. 3 de l'Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP).

⁶¹ Intitulé de la question de l'ESS: au cours des 12 derniers mois, avez-vous été admis(e) aux urgences d'un hôpital, au service ambulatoire d'un hôpital, ou dans une polyclinique? Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allé(e) dans un hôpital de jour ou une clinique de jour?

Recours aux prestations ambulatoires des hôpitaux (y compris les services d'urgence), selon le sexe, l'âge et la formation, canton de Genève et Suisse, 2012 (dans les douze mois précédant l'enquête) Fig. 5.16



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

Aucune différence significative entre femmes et hommes ne peut être relevée concernant le recours aux prestations ambulatoires des hôpitaux et seules les données pour la Suisse dans son ensemble permettent de mettre en évidence une différence significative en fonction de la classe d'âge: 20,0% des 15 à 34 ans ont eu recours à ces prestations alors que pour les autres classes d'âge, ce pourcentage est plus bas (entre 15,5% et 17,4%, différences significatives avec les 15–34 ans). Ce recours accru des 15 à 34 ans aux prestations ambulatoires des hôpitaux peut être mis en relation avec le fait que comme il l'a été vu au point 5.1, cette classe d'âge consulte moins souvent les médecins en cabinet médical, particulièrement les médecins de famille ou généralistes, suggérant un possible effet de substitution.

On repère finalement qu'en moyenne suisse, les personnes n'ayant pas de formation post-obligatoire recourent un peu plus souvent aux prestations ambulatoires des hôpitaux (19,7%) que celles ayant un titre du degré secondaire II (17,0%) ou une formation tertiaire (16,5%). Aucune tendance distincte ne peut être dégagée à ce sujet dans le canton de Genève.

Parmi les 19 cantons ayant effectué un suréchantillonnage pour la réalisation de l'ESS en 2012, Genève arrive au quatrième rang des cantons où la fréquence du recours aux prestations ambulatoires des hôpitaux est la plus élevée, précédé des cantons de Neuchâtel et de Vaud (22,0%) et du canton du Tessin (21,8%). Les cantons de Genève et de Vaud sont également les deux et troisième en Suisse où les coûts de l'assurance obligatoire des soins (AOS) par habitant des prestations ambu-

latoires des hôpitaux sont les plus élevés (voir 6.1). Cela tient toutefois également à la présence d'hôpitaux universitaires dans ces cantons. Les cantons du Tessin et de Neuchâtel présentent pour leur part des coûts AOS par habitant proches de la moyenne suisse⁶².

5.4.2 Soins hospitaliers intra-muros

En analysant l'utilisation des prestations hospitalières intra-muros, le point 5.4.2 s'intéresse à la part de la population ayant séjourné pendant au moins une nuit dans un hôpital ou une clinique spécialisée au cours des douze mois précédant l'enquête. Les séjours dans les établissements de cure ne sont pas comptabilisés, ces derniers étant explicitement exclus dans la question de l'ESS⁶³. Les personnes qui indiquent au moins un séjour sont ensuite interrogées sur le nombre de jours passés à l'hôpital ou en clinique spécialisée au cours des douze mois précédant l'enquête. Sur la base de cette question additionnelle, il est donc possible de calculer le nombre moyen de jours d'hospitalisation par patient.

⁶² Les coûts par habitant de l'AOS pour les prestations ambulatoires des hôpitaux étaient en 2012 de 776 francs pour le canton de Vaud (2^e rang), 690 francs pour le canton de Genève (3^e rang), 599 francs pour le canton de Neuchâtel (8^e rang) et 342 francs pour le canton du Tessin (11^e rang).

⁶³ Intitulé de la question: au cours des douze derniers mois, combien de séjours avez-vous fait à l'hôpital ou en clinique spécialisée, sans compter les séjours en établissement de cure? Comptez tous les séjours comprenant au moins une nuit.

Environ une personne sur dix dans le canton de Genève a effectué un séjour hospitalier au cours des douze derniers mois

Dans le canton de Genève, un peu plus d'un habitant sur dix (10,6%) déclare avoir séjourné à l'hôpital au cours des douze derniers mois contre un peu moins d'un habitant sur neuf en moyenne suisse (11,7%, différence non significative, Fig. 5.17). Ces fréquences sont stables par rapport à celles observées en 2007 (respectivement 11,1% et 11,5%, A-5.6).

En moyenne suisse, le pourcentage de femmes mentionnant un séjour hospitalier est environ 30% supérieur à celui des hommes (respectivement 13,1% et 10,2%, différence significative). Une telle différence ne se retrouve pas dans le canton de Genève mais cela peut être dû à la taille réduite de l'échantillon.

A l'inverse de ce qui a été observé pour le recours aux prestations ambulatoires des hôpitaux, c'est ici la classe d'âge des 65 ans et plus qui déclare le plus fréquemment avoir effectué au moins un séjour hospitalier au cours des douze derniers mois. En moyenne suisse, ce pourcentage atteint 18,0% (GE: 14,8%) alors qu'il se situe entre 9,2% et 11,5% pour les classes d'âge inférieures (GE: entre 7,7% et 10,9%).

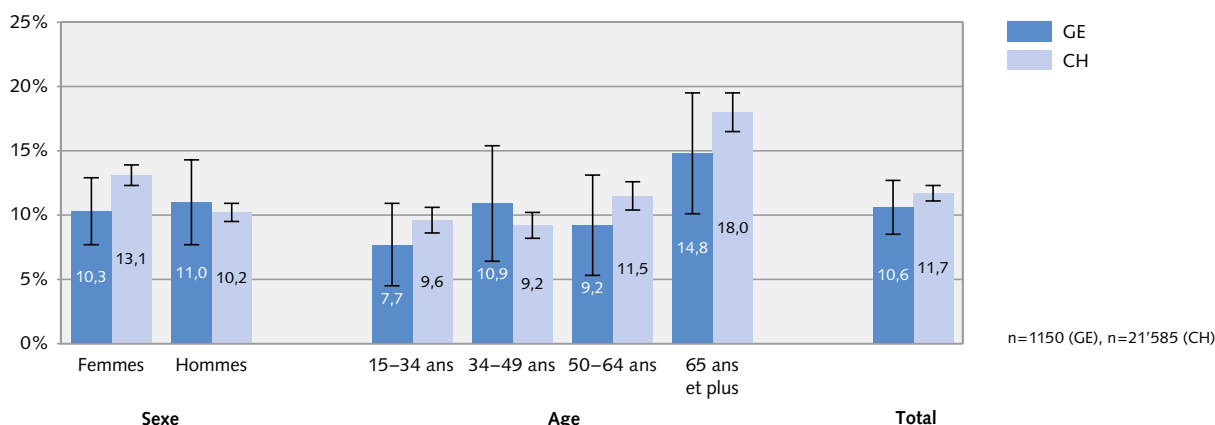
Les données concernant le recours aux prestations stationnaires des hôpitaux peuvent être mises en perspective avec le taux standardisé d'hospitalisation mesuré en Suisse et dans le canton de Genève au moyen de la Statistique médicale des hôpitaux (voir 1.6). Selon cette

source, 13,4% de la population genevoise et 14,4% de la population suisse ont passé au moins une nuit à l'hôpital en 2012⁶⁴. Comme mentionné plus haut, les données de l'ESS indiquent que 10,6% des habitants du canton de Genève et 11,7% de la population suisse auraient effectué au moins un séjour hospitalier au cours de cette période. Les valeurs de ces deux bases de données ne diffèrent donc pas fortement, suggérant une bonne représentativité des données auto-rapportées de l'ESS.

Le canton de Genève présente ainsi un taux de recours aux prestations stationnaires des hôpitaux relativement bas (quinzième rang des 19 cantons suisses ayant procédé à un suréchantillonnage pour l'ESS). C'est également le cas des cantons du Tessin (11,5%, onzième rang) et de Vaud (9,8%, dix-huitième rang) identifiés précédemment comme présentant un taux de recours élevé aux prestations ambulatoires des hôpitaux. Il n'est toutefois pas possible de savoir si ces taux de recours reflètent des conditions d'hospitalisation plus restrictives ou s'ils sont liés à d'autres facteurs (p. ex. la condition médicale du patient ayant recours aux prestations des hôpitaux).

La figure 5.18 représente la moyenne des jours d'hospitalisation calculée pour les patients qui ont séjourné pendant au moins une nuit en hôpital au cours des 12 mois précédant l'enquête. En raison de la petite taille de l'échantillon pour le canton de Genève, seuls les résultats de toute la Suisse sont ici présentés.

Recours aux prestations stationnaires des hôpitaux, selon le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, 2012 (dans les douze mois précédant l'enquête) Fig. 5.17

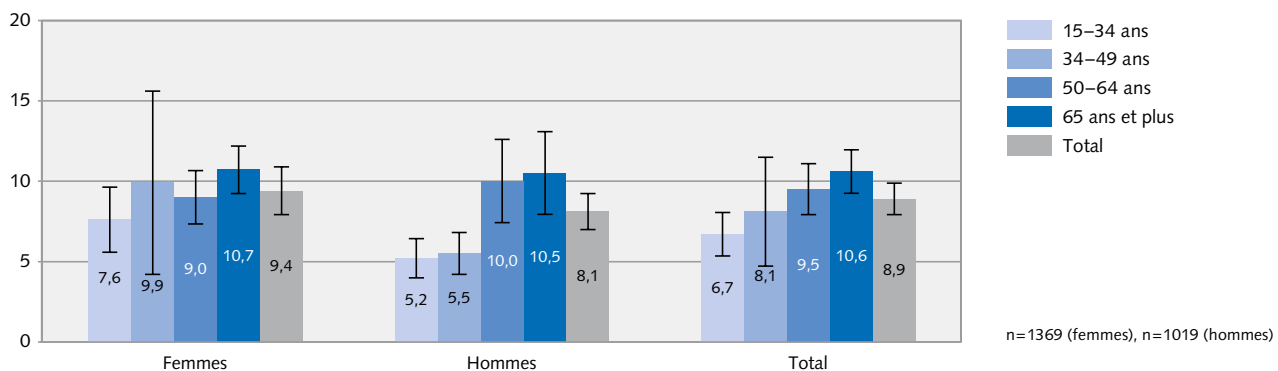


Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

⁶⁴ 133,7 (GE) et 144,0 (CH) cas pour 10'000 habitants.

Nombre moyen de journées d'hospitalisation par patient, selon le sexe et l'âge, Suisse, 2012 (dans les douze jours précédant l'enquête) Fig. 5.18



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

Les différences concernant les durées moyennes d'hospitalisation tiennent surtout à la classe d'âge et s'observent de façon plus nette chez les hommes: entre les hommes âgés de 15 à 49 ans et ceux de 50 ans et plus, le nombre moyen de journées d'hospitalisation double presque, passant de 5,2 à 10,5 jours. Dans l'ensemble, la durée moyenne du séjour à l'hôpital est de 8,1 jours chez les hommes et de 9,4 jours chez les femmes (différence non significative).

Il y a ici lieu de rappeler que le nombre moyen de journées d'hospitalisation est calculé par personne hospitalisée au cours des douze mois précédant l'enquête. Selon la Statistique médicale des hôpitaux, la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux de soins aigus était en 2012 de 5,9 jours par cas hospitalisé dans le canton de Genève et de 5,7 jours en moyenne suisse (voir 1.6). L'écart entre ces valeurs et celles, plus élevées, de l'ESS peut donc s'expliquer par le fait que dans la Statistique médicale des hôpitaux, chaque cas d'hospitalisation est recensé de façon distincte alors que dans l'ESS, la durée des différents séjours hospitaliers effectués par une même personne est cumulée.

5.5 Soutien à la maison, formel et informel

Par soutien formel à la maison, on entend les services d'aide et de soins qui sont fournis au domicile des patients par des professionnels de la santé publique. En Suisse, ces prestations sont proposées principalement par des organisations Spitex. Le terme «Spitex», formé à partir de l'expression «spitalexterne Hilfe und Pflege» («aide et soins extrahospitaliers»), est très répandu en Suisse. Il sera employé ci-après en référence au soutien formel à la maison. Le soutien informel à la maison désigne l'aide fournie par des proches, des amis ou des voisins. Dans un premier temps, les caractéristiques des personnes ayant recours à l'aide à domicile, formelle et informelle sont examinées. Ensuite, les personnes délivrant une aide et des soins de manière informelle sont identifiées.

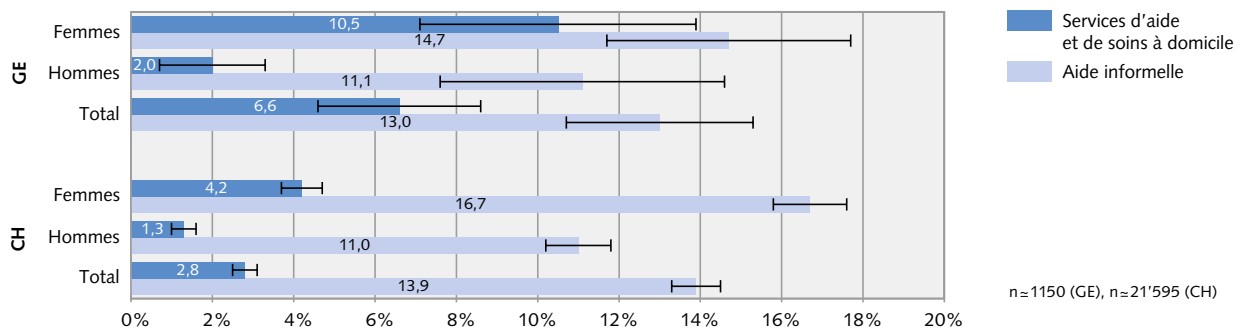
La population genevoise recourt plus souvent aux services d'aide et de soins à domicile qu'en moyenne suisse

Dans le canton de Genève, 6,6% de la population a eu recours, au cours des douze derniers mois, à des prestataires de service Spitex; c'est considérablement plus qu'en moyenne suisse (2,8%, différence significative, Fig. 5.19). Parallèlement, 13,0% de la population genevoise bénéficie d'un soutien informel au domicile, un pourcentage proche de celui observé en moyenne suisse (13,9%).

Dans le canton de Genève, une femme sur dix bénéficie d'un soutien formel à la maison, ce qui n'est le cas que d'un homme sur cinquante (respectivement 10,5% et 2,0%, différence significative). En moyenne

Recours aux services d'aide et de soins à domicile et à l'aide informelle,
selon le sexe, canton de Genève et Suisse, 2012
(dans les douze mois précédant l'enquête)

Fig. 5.19



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

suisse, les femmes recourent également beaucoup plus souvent que les hommes à ce type de prestations (4,2% et 1,3%). Cette différence peut s'expliquer par le fait que les femmes ont une espérance de vie supérieure à celle des hommes (OFS, 2014j). De plus, dans les couples, les hommes sont souvent plus âgés que les femmes (OFS, 2014c). A un âge avancé, les femmes ont donc plus souvent besoin d'une aide extérieure car le partenaire décède généralement avant. Ces spécificités expliquent également pourquoi l'écart entre les sexes est moins important pour ce qui concerne le recours à une aide informelle (GE: 14,7% des femmes et 11,1% des hommes). Les hommes peuvent en effet plus souvent compter sur le soutien apporté par leur conjointe.

Afin de voir plus précisément lesquels, parmi les répondants de l'ESS, bénéficient régulièrement, et non seulement de façon ponctuelle, d'un soutien formel et informel à leur domicile, la fréquence du recours à ces aides a été mesurée pour les sept jours précédant l'enquête (en plus du recours dans les douze mois précédant l'enquête). En moyenne suisse, la part de la population ayant utilisé des services Spitex au cours des sept derniers jours passe à 1,0% par rapport à 2,8% au cours des douze derniers mois (GE: 1,9% et 6,6%, données non représentées). Pour ce qui concerne l'aide informelle, la part de la population suisse bénéficiaire passe de 13,9% sur une période de douze mois à 4,1% pour les sept jours précédant l'enquête (GE: 13,0% et 2,3%). Les écarts enregistrés entre les fréquences pour une période de douze mois ou pour une période de sept jours indiquent que dans la plupart des cas, le recours aux services Spitex ou à des aides informelles répond à des besoins temporaires.

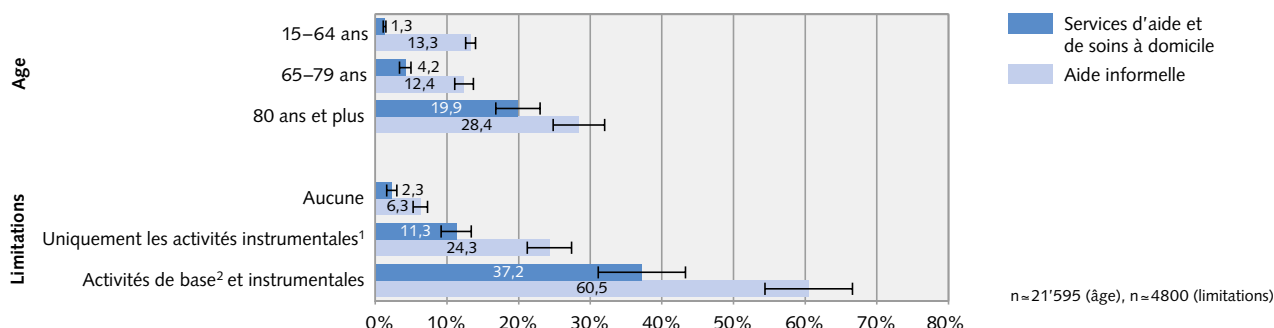
Le soutien à la maison est beaucoup plus fréquent chez les personnes d'un âge avancé et chez celles qui sont confrontées à des limitations dans les activités de la vie quotidienne

Dans la majorité des cas, les utilisateurs de services Spitex sont des personnes âgées de 65 ans et plus. En moyenne suisse, seul 1,3% des 15 à 64 ans ont recouru à ce type de service au cours des douze derniers mois, contre 4,2% des 65 à 79 ans (Fig. 5.20). Pour les personnes de 80 ans et plus, la part de bénéficiaires atteint 19,9% en moyenne suisse et 41,8% dans le canton de Genève (différence significative). Pour ce qui concerne l'aide informelle, l'écart entre les classes d'âge est moins important. En moyenne suisse, environ 13% des 15 à 79 ans mentionnent le soutien informel d'un proche à leur domicile au cours des douze derniers mois. Ce pourcentage passe à 28,4% chez les 80 ans et plus. Le canton de Genève présente des valeurs très proches.

Chez les personnes de 65 ans et plus, des différences importantes apparaissent également dans le recours aux aides formelles et informelles selon que les individus éprouvent des limitations dans la conduite d'activités de la vie quotidienne ou non. Lorsqu'aucune forme de limitation n'est mentionnée, seule une minorité de répondants s'avère avoir reçu des services d'aide et de soins à domicile (2,3%) ou une aide informelle (6,3%). Pour les personnes entravées par des limitations dans des activités instrumentales telles que faire ses courses ou se préparer à manger, le recours à des services Spitex passe à 11,3% et celui à des aides informelles, à 24,3%. Enfin, lorsque s'ajoutent des limitations dans les activités de base (p. ex. se nourrir ou se laver), 37,2% des personnes de 65 ans et plus déclarent bénéficier d'une aide

Recours aux services d'aide et de soins à domicile et à l'aide informelle, selon l'âge et les limitations dans les activités de la vie quotidienne chez les personnes de 65 ans et plus, Suisse, 2012 (dans les douze mois précédant l'enquête)

Fig. 5.20



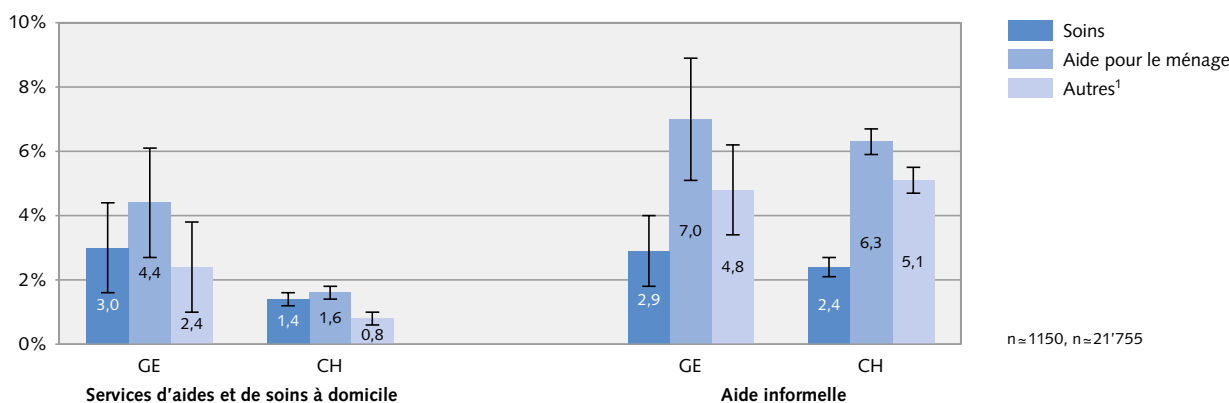
¹ Se préparer à manger, téléphoner, faire des achats, faire la lessive, travaux ménagers légers, s'occuper de ses finances, utiliser des transports publics, etc.
² Manger soi-même, se lever d'une chaise, se mettre au lit ou en sortir, s'habiller et se déshabiller, aller aux toilettes, prendre une douche ou un bain, etc.

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

Recours aux services d'aide et de soins à domicile et à l'aide informelle, selon le type d'aide, canton de Genève et Suisse, 2012 (dans les douze mois précédant l'enquête)

Fig. 5.21



¹ Autres: préparation de repas, être véhiculé, etc.

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

formelle et 60,5%, d'une aide informelle. Il a été observé que pour les personnes nécessitant des soins de longue durée, le soutien apporté au domicile est souvent fourni par des services formels d'aide et de soins à domicile, en combinaison avec l'aide informelle procurée par des proches (Höpflinger et al., 2011).

Les données de l'ESS permettent également de distinguer les différents types d'aides procurées par les services d'aide et de soins à domicile ou par les proches aidants. On distingue principalement la délivrance de soins de l'aide fournie pour le ménage. La catégorie «autres» comprend notamment la préparation de repas et la possibilité d'être véhiculé.

En Suisse et dans le canton de Genève, les services d'aide et de soins à domicile fournissent presque aussi souvent des soins (GE: 3,0%; CH: 1,4%) qu'une aide pour le ménage (GE: 4,4%; CH: 1,6%). La catégorie «autres» est mentionnée un peu moins souvent. Par contre, l'aide informelle a beaucoup plus souvent trait au ménage (GE: 7,0%; CH: 6,3%) ou à d'autres types d'aide (GE: 4,8%; CH: 5,1%). L'aide informelle concerne moins souvent les soins (GE: 2,9%; CH: 2,4%), mais en moyenne suisse, la part de la population recevant des soins dans un cadre informel s'avère significativement supérieure à celle de la population ayant reçu des soins de services Spitex.

Concernant l'aide informelle, il est finalement d'intérêt d'identifier le type de personnes impliquées dans la délivrance de soins, d'aide pour le ménage ou autres. Celles-ci sont répertoriées sur la figure 5.22. Etant donné que les répondants pouvaient mentionner plusieurs sources d'aide, le total des réponses dépasse les 100%. Les résultats sont présentés pour l'ensemble de la Suisse.

Dans plus de la moitié des cas, l'aide informelle est procurée par le/la partenaire

Les individus qui ne vivent pas tout seuls reçoivent souvent de l'aide des personnes avec lesquelles le foyer est partagé: plus de la moitié des personnes ayant reçu une aide informelle ont mentionné leur époux/se ou partenaire (52,4%). Tous les autres types de relation sont significativement moins souvent mentionnés. Les proches aidants entretiennent toutefois souvent un lien de parenté avec la personne soutenue: les filles et les fils sont mentionnés dans 21,6% et 15,5% des cas et la mère et le père, dans 17,5% et 7,7% des cas. Les frères et sœurs sont les moins fréquemment cités (6,9% et 3,6%) mais 13,3% des répondants ont mentionné d'autres membres de la famille. Dans 14,4% des cas, l'aide est fournie par des amis et 5,1% des répondants mentionnent avoir reçu une aide de leur(s) voisin(s).

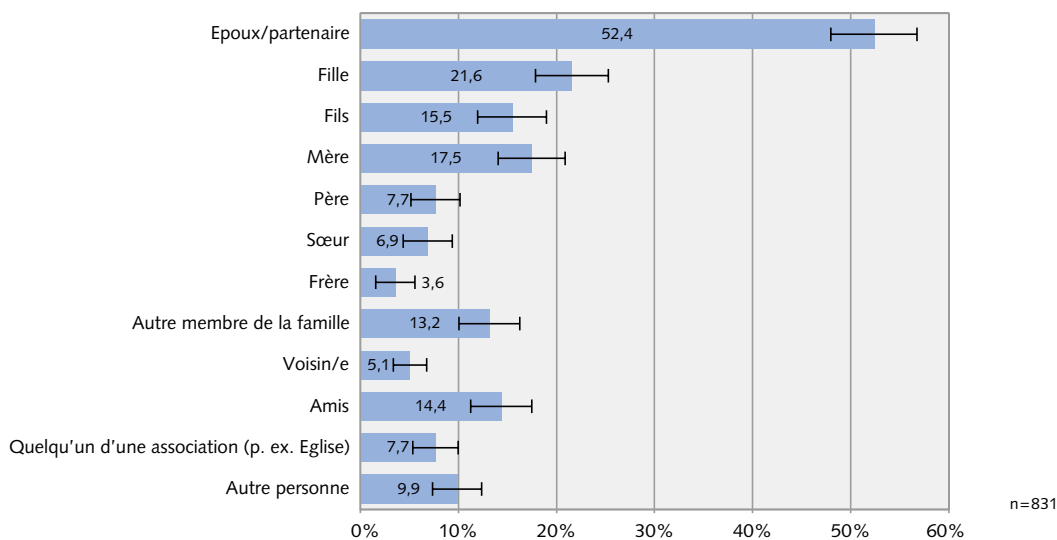
5.6 Soins de longue durée dans les établissements pour personnes âgées

Le vieillissement de la population en Suisse entraîne une augmentation de l'offre et de la demande de prestations de santé s'adressant spécifiquement aux personnes âgées. Ce point s'intéresse aux personnes séjournant dans un établissement pour personnes âgées et bénéficiant de soins de longue durée. Pour cette analyse, les données proviennent de la Statistique des institutions médico-sociales (SOMED). La SOMED est une enquête exhaustive qui est menée chaque année auprès des EMS et des institutions pour invalides et pour personnes dépendantes. Cette source se distingue donc de l'ESS utilisée pour les autres composantes de ce chapitre, laquelle exclut les personnes vivant en EMS (voir 1.3.1).

L'analyse qui suit concerne les personnes de 65 ans et plus qui vivent en EMS. Les personnes admises pour des séjours de courte durée ne sont pas prises en considération. La ventilation géographique s'effectue selon le canton de domicile de la personne avant son admission en EMS (et non pas selon le canton dans lequel se trouve l'EMS). Il est donc possible que ces données comprennent des habitants du canton de Genève qui se sont installés en EMS dans un autre canton. A l'inverse, les personnes provenant d'un autre canton et prenant résidence dans un EMS du canton de Genève ne sont pas comptabilisées. La statistique de la population et des

Personnes impliquées dans la délivrance de l'aide informelle, Suisse, 2012 (dans les douze mois précédant l'enquête, plusieurs réponses possibles)

Fig. 5.22



Source: OFS - Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

ménages (STATPOP) a également été utilisée afin de connaître la population de référence (nombre total de personnes âgées de 65 ans et plus).

Entre 2006 et 2012, la part de personnes âgées de 65 ans et plus séjournant en établissement pour personnes âgées s'est maintenue à environ 4,8% dans le canton de Genève. En moyenne suisse, elle a suivi une légère baisse de 6,4% à 5,9%. Avec les cantons de Vaud (4,6%) de Bâle-Campagne (4,7%) et du Valais (4,8%), le canton de Genève présente ainsi l'un des pourcentages les plus bas de séjour en établissement pour personnes âgées. Les pourcentages les plus élevés correspondent aux cantons d'Argovie et de Glaris (8,8%) (données non représentées).

On peut relever que dans le canton de Genève, le taux de places en maisons pour personnes âgées et homes médicalisés en 2012 s'avérait très proche du taux de séjour en EMS: 4,9 places pour 100 personnes de 65 ans et plus (voir 1.6). L'infime écart entre ces deux valeurs tend à suggérer que les EMS du canton de Genève ne sont pas en situation de surcapacité.

Il y a trois fois plus de femmes que d'hommes dans les établissements pour personnes âgées

En moyenne suisse comme dans le canton de Genève, la part de femmes vivant en EMS est plus de deux fois supérieure à celle des hommes (GE: 6,1% et 2,9%) mais en nombre, elles sont trois fois plus nombreuses (Tab.5.3). Comme évoqué précédemment, (voir 5.5), l'espérance de vie plus élevée des femmes ainsi que le fait que celles-ci soient souvent plus jeunes que leur

conjoint joue certainement un rôle. En effet, au décès de leur partenaire, les femmes se retrouvent souvent dans un ménage d'une personne et perdent la possibilité d'un éventuel support de la part de leur conjoint.

Il apparaît également clairement que la résidence en EMS concerne essentiellement les personnes âgées de 80 ans et plus. En moyenne suisse et dans le canton de Genève, la part de personnes âgées de 65 à 79 ans séjournant en EMS est infime (1,6% et 1,2%). Chez les 80 ans et plus, ce pourcentage augmente à 13,7% dans le canton de Genève et à 17,0% en moyenne suisse.

Dans le canton de Genève, la quasi-totalité des résidents en EMS ont des besoins en soins pouvant être qualifiés de moyens ou d'élevés (plus de 40 minutes de soins par jour). Les cantons de Neuchâtel, de Vaud et du Jura se trouvent dans une situation similaire. Par contre, dans les cantons d'Appenzell Rhodes-Intérieures ou de Glaris, la part de résidents ne nécessitant que des soins légers représente un peu moins de la moitié de l'ensemble des résidents (données non représentées).

5.7 Résumé

Ce chapitre a examiné l'ampleur du recours aux services de santé dans le canton de Genève et en Suisse. Il s'avère que par rapport à la moyenne suisse, la population du canton de Genève déclare moins souvent ne pas avoir effectué de visite médicale au cours des douze derniers mois (GE: 17,9%, CH: 21,6%). Le nombre moyen de consultations médicales par habitant (4,3) du canton

Tab. 5.3 Soins de longue durée dans les établissements pour personnes âgées, selon le sexe, l'âge et les besoins de soins, canton de Genève et Suisse, 2012 (personnes de 65 ans et plus)

		GE		CH	
		Part en %	Nombre de résidents/es	Part en %	Nombre de résidents/es
Sexe	Femmes	6,1	2 715	7,8	61 443
	Hommes	2,9	900	3,5	21 290
Age	65–79 ans	1,2	620	1,6	16 231
	80 ans et plus	13,7	2 995	17,0	66 502
Besoins de soins	légers ¹	0,1	42	1,3	18 272
	modérés/élevés ²	4,7	3 547	4,5	63 537
Total		4,8	3 615	5,9	82 733

¹ Besoin de soins jusqu'à 40 minutes par jour

² Besoin de soins de plus de 40 minutes par jour

de Genève est le plus élevé de Suisse (CH: 3,9). Ce résultat tient en fait principalement à la fréquence plus élevée des consultations auprès des médecins spécialistes (GE: 1,9; CH: 1,3).

Des différences dans le recours aux soins apparaissent notamment en fonction du sexe et de l'âge. Les femmes annoncent un nombre plus élevé de consultations médicales, essentiellement en raison de la consultation additionnelle chez le gynécologue. L'effet de l'âge est particulièrement manifeste pour ce qui concerne le recours au médecin de famille ou au généraliste: le nombre moyen de consultations en Suisse passe de 1,9 chez les 15 à 34 ans à 3,5 chez les 65 ans et plus.

Dans le canton de Genève, le taux de cholestérol ainsi que la glycémie ont été contrôlés chez plus de la moitié de la population (respectivement 51,5% et 52,7%) et la tension artérielle de plus de trois habitants du canton sur quatre a été mesurée (77,4%). Ces trois examens de dépistage sont menés plus fréquemment dans le canton de Genève qu'en moyenne suisse mais la différence n'est significative que pour la mesure du taux de cholestérol.

Le canton de Genève affiche des résultats se situant dans la moyenne pour ce qui concerne les examens de dépistage du cancer du col de l'utérus ainsi que du cancer de la prostate. Par contre, il s'agit du canton où le pourcentage de femmes dépistées pour le cancer du sein est le plus élevé: 41,2% des femmes de 50 ans et plus (CH: 21,6%). Le canton de Genève s'est doté d'un programme de dépistage systématique du cancer du sein dès 1999.

En 2012, un peu plus d'un quart des Genevoises et Genevois (26,8%, CH: 24,0%) a eu recours à un thérapeute en médecine complémentaire au cours des douze derniers mois pour une moyenne de 1,6 consultation par habitant (CH: 1,6). L'ostéopathie est la médecine complémentaire à laquelle il est le plus souvent fait recours dans le canton de Genève (12,5% de la population), suivie de l'homéopathie (8,4%), du shiatsu (6,1%) et de l'acupuncture (5,7%).

Dans le canton de Genève, 21,5% des répondants ont eu recours aux prestations ambulatoires des hôpitaux et 10,6% ont déclaré avoir séjourné à l'hôpital au cours des douze mois précédant l'enquête. Alors que les 15–24 ans constituent la classe d'âge ayant le plus souvent recours aux soins hospitaliers ambulatoires, ce sont les 65 ans et plus qui déclarent le plus fréquemment avoir effectué au moins un séjour hospitalier au cours des douze derniers mois.

Dans le canton de Genève, 6,6% de la population a eu recours, au cours des douze derniers mois, à des ser-

vices d'aide et de soins à domicile; c'est plus de deux fois plus qu'en moyenne suisse. Les femmes utilisent beaucoup plus souvent que les hommes ces services, notamment en raison de leur plus grande espérance de vie. De plus, 13,0% de la population genevoise a bénéficié d'une aide informelle au cours des douze derniers mois, le plus souvent pour procurer un soutien à la réalisation des tâches ménagères.

Finalement, on estime à 4,8% la part de la population genevoise âgée de 65 ans et plus résidant en EMS. Il s'agit en fait principalement de personnes âgées de 80 ans et plus (13,7%), ce qui contribue à expliquer que les femmes soient trois fois plus nombreuses que les hommes au sein de ces établissements.

6 Evolution des coûts et des primes de l'Assurance obligatoire des soins

La détermination des primes d'assurance-maladie génère chaque année des débats publics sur la hausse constante des coûts de la santé. En Suisse, 68 milliards de francs ont été dépensés au total en 2012 pour la santé, soit 11,5% du PIB du pays (OFS, 2014b). Après les Etats-Unis et les Pays-Bas, la Suisse est ainsi le pays de l'OCDE qui consacre la part la plus importante de son PIB aux dépenses de santé (OCDE, 2013a). Cette position dans le classement reflète notamment le niveau de vie élevé de la Suisse ainsi que la structure par âge de la population. L'ensemble des coûts a été financé à hauteur de 35,8% par l'assurance obligatoire des soins (AOS, coûts nets), de 25,2% par les ménages privés (frais assumés directement par les personnes⁶⁵ et participation aux coûts) et de 20,2% par l'Etat (principalement par le biais de subventions aux hôpitaux et aux soins). La part restante (18,8%) a été couverte par les assurances privées, par les autres assurances sociales œuvrant dans le domaine de la santé (AA, AM, AI, AVS⁶⁶) et par les autres régimes de prestations sociales sous condition de ressources (prestations complémentaires AVS/AI et aides aux soins et aux personnes âgées).

On observe depuis des années une hausse des coûts de la santé en Suisse. L'ensemble de ces coûts est passé de 42,8 milliards de francs en 2000 à 68 milliards en 2012, ce qui représente une hausse nominale annuelle moyenne de 3,9% (OFS, 2014b). Pendant la même période, les coûts bruts de l'AOS sont passés de 15,7 milliards de francs à 26 milliards, soit une hausse annuelle moyenne de 4,3%. Diverses études montrent que les facteurs démographiques tels que le vieillissement et l'augmentation de la population ne peuvent expliquer que partiellement cet accroissement des coûts de la santé et de l'AOS. D'après une étude de l'OFS, ces facteurs expliquent seulement 39% de l'augmentation des coûts entre 1985 et 2002 (OFS, 2005) et selon une

étude de l'Obsan, ils sont responsables d'un cinquième de la progression des coûts de l'AOS entre 1998 et 2010 (Roth & Roth, 2012). La majeure partie de l'accroissement des coûts de l'assurance de base tient d'une part à une augmentation du volume des prestations (Schleinger & Blöchlinger 2012) et d'autre part, à une évolution tendancielle générale comprenant notamment le progrès des technologies médicales génératrices de coûts et l'évolution des besoins du côté de l'offre comme de la demande (Camenzind & Sturny, 2013; OFS, 2005, 2007; Wildi et al., 2005).

Les coûts de la santé par habitant varient fortement selon les cantons. Cela s'explique, selon les catégories de prestations, par des différences dans l'offre de soins (p. ex. densité et structure de l'offre, migrations des patients), par la demande et la façon de recourir aux prestations de santé (p. ex. densité et composition de la population, taux de morbidité), par le financement de la santé (p. ex. importance des subventions publiques) ainsi que par la pratique politique et la tradition des cantons (Camenzind & Sturny 2013). Ces variations peuvent également en partie refléter les différences en matière de coût de la vie et du travail.

Le présent chapitre analyse les coûts bruts et les primes de l'AOS sur la base du pool de données de SASIS SA (2013, voir encadré). A l'échelle de la Suisse, les coûts bruts de l'AOS (soit les coûts nets de l'AOS payés par les assurances plus les participations aux coûts enregistrés côté assurés) correspondent à 38,2% du coût total de la santé indiqué plus haut. La présente analyse concerne le canton de Genève. Elle porte sur la population assurée domiciliée dans le canton, indépendamment du canton dans lequel les soins ont été fournis. Le canton de Genève se caractérise par un système de santé autonome dans la mesure où la part des prestations extra-cantoniales est la plus basse de tous les cantons suisses (5.3% des coûts de l'AOS en 2011) (Camenzind & Sturny, 2013). Ces coûts correspondent donc essentiellement à des prestations délivrées dans le canton de Genève. Les possibilités de comparaisons directes avec les chapitres 2 à 5 de ce rapport sont limi-

⁶⁵ Frais assumés directement par les personnes ou «*out-of-pockets payments*».

⁶⁶ AA: Assurance-accident, AM: Assurance-militaire, AI: assurance-invalidité, AVS: Assurance-vieillesse et survivants.

tées car ceux-ci se réfèrent au comportement général de la population en matière de santé, alors que le présent chapitre 6 se limite aux prestations de santé financées par l'assurance de base obligatoire.

Dans la première partie du chapitre, les coûts de l'AOS sont analysés pour différents groupes de fournisseurs de prestations. Nous considérons l'évolution des coûts entre 2008 et 2012 et leur répartition par catégorie de prestations en 2012. La deuxième partie du chapitre décrit le niveau et l'évolution des primes AOS ainsi que la répartition des modèles d'assurance choisis. La question de la réduction individuelle des primes de l'assurance-maladie est aussi brièvement abordée.

Quels sont les coûts saisis dans le pool de données ?

Le pool de données est une banque de données produite par santésuisse (l'association faitière des assureurs-maladie) depuis 2001 et par SASIS SA (une filiale de santésuisse) depuis 2009, qui concerne l'assurance obligatoire des soins (AOS). Le pool de données est avant tout un système d'information de la branche qui permet aux assureurs-maladie d'étudier les comportements des groupes d'assurés et des fournisseurs de prestations (notamment pour des contrôles de l'économicité) ainsi que l'évolution des primes et des coûts dans le domaine de l'AOS.

Entrent dans le pool de données les prestations brutes, soit toutes les factures saisies par les assureurs qui sont associés à l'AOS, y compris la participation aux coûts par les assurés (franchise, quote-part et participation aux frais de séjour hospitalier). Sont uniquement prises en compte les prestations pour lesquelles les assureurs maladie reçoivent une facture ou celles qui sont directement facturées aux assureurs par le fournisseur de prestations. Les factures conservées par les assurés (par exemple à cause d'une franchise trop élevée) et les prestations qui ne sont pas prises en charge par les assurances dans le cadre de l'AOS (par exemple les prestations relevant des assurances complémentaires LCA) ne sont pas enregistrées dans le pool de données. Ce dernier ne contient pas non plus d'indications sur les subventions publiques (par exemple le cofinancement du secteur stationnaire, principalement par les cantons).

Les données, collectées sur une base de volontariat, couvraient entre 97,6% des assurés en Suisse en 2008 et 99,7% en 2012. Pour le canton de Genève, le taux de couverture était de 98,4% en 2008 et de 99,3% en 2012. Pour pouvoir estimer les coûts globaux et comparer entre elles les données annuelles, les chiffres sont extrapolés à 100% d'après l'effectif des assurés dans le système de compensation des risques⁶⁸ de l'Institution commune LAMal. Les coûts

du pool de données sont divisés par l'effectif des assurés du pool de données puis multipliés par l'effectif des assurés dans le système de compensation des risques.

Depuis le 1^{er} janvier 2007, les personnes en procédure d'asile ne sont plus comptées dans les effectifs d'assurés de la compensation des risques, mais continuent d'être enregistrées dans le pool de données de SASIS SA. C'est pourquoi, depuis 2007, pour l'extrapolation, la compensation des risques est complétée par les données de la statistique en matière d'asile de l'Office fédéral des migrations. L'extrapolation permet d'estimer les coûts qui seraient générés si tous les assureurs-maladie étaient connectés au pool de données. Ce calcul se base sur l'hypothèse que les clients des assureurs manquants, qui ne figurent pas dans le pool de données, présentent une même structure de coûts que ceux enregistrés dans le pool. Le risque que ce choix méthodologique ait un impact sur la qualité des résultats est considéré comme marginal.

Les données disponibles sont issues des années de production allant de 2008 à 2012 de SASIS SA, en l'état au 23 mai 2013. Les données sont produites annuellement selon la date de comptabilisation des prestations de l'assurance-maladie et ne se réfèrent donc pas à la période de traitement. Les pratiques des assureurs-maladie en matière de facturation peuvent avoir une incidence sur la période à laquelle les coûts sont rapportés.

6.1 Coûts de l'AOS

Ce point présente l'évolution des coûts de l'AOS entre 2008 et 2012 pour la population du canton de Genève, par catégorie de prestations et en comparaison avec l'ensemble de la Suisse. La participation des assurés aux coûts fait également l'objet d'une brève analyse, qui précède l'examen des différences régionales en matière de coûts par habitant.

Près de 50% de la hausse des coûts sont imputables aux hôpitaux et 40% aux cabinets médicaux

En 2012, les coûts bruts de l'AOS s'élevaient au total à 1803,8 millions de francs pour la population du canton de Genève (Tab. 6.1). Les hôpitaux constituent le poste de coûts le plus élevé (au total 36,3% dont 19,8% pour les prestations stationnaires et 16,5% pour les prestations ambulatoires); viennent ensuite les traitements ambulatoires des médecins (26,6%), suivis des médicaments et des «moyens et appareils» (au total 19,0% dont 1,2% dans les cabinets médicaux et 17,8% dans les pharmacies et les centres de remise LiMA⁶⁸). Dans le canton de Genève, ces cinq catégories de prestations

⁶⁷ La compensation des risques est un système de répartition dans l'AOS qui a pour but de parvenir à une compensation entre les assureurs-maladie détenant un portefeuille majoritairement composé de «mauvais risques» (assurés avec frais de maladie supérieurs à la moyenne) et les assureurs-maladie dont l'effectif des assurés est principalement constitué de «bons risques» (pour la plupart, des assurés jeunes et des personnes du sexe masculin qui présentent des frais de maladie inférieurs à la moyenne). Le 15 octobre 2014, l'Ordonnance sur la compensation des risques (OCoR) a été modifiée de façon à prendre en compte les coûts du secteur ambulatoire.

⁶⁸ Listes des moyens et appareils, voir www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00263/00264/04184/index.html?lang=fr (accès le 23.04.2014).

couvrent plus des quatre cinquièmes des coûts totaux de l'AOS en 2012. Comme mentionné précédemment, les coûts de l'AOS ne constituent qu'une partie de l'ensemble des coûts de la santé. En appliquant au canton de Genève la part de 38,2% des coûts de l'AOS au total des coûts en Suisse, l'ensemble des dépenses de santé dans ce canton peut être estimé à 4,7 milliards de francs.

Entre 2008 et 2012, les coûts bruts de l'AOS ont augmenté en moyenne de 2,7% par an dans le canton. Pendant la même période, ils sont passés de 22,7 à 26 milliards de francs en Suisse, soit une hausse annuelle moyenne de 3,4%. Le taux d'augmentation dans le canton de Genève était donc inférieur à la moyenne suisse sur l'ensemble de ces cinq années. Si l'on considère chaque année séparément, les coûts de l'AOS ont toutefois crû de façon discontinue dans le canton de Genève, passant d'une augmentation de 1,2% en 2009 à 4,3% en 2012. L'augmentation des coûts au cours de ces cinq années est essentiellement imputable à la croissance des coûts des hôpitaux (+88,2 millions de francs entre 2008 et 2012) ainsi que des traitements ambulatoires des médecins (+65,7 millions de francs entre 2008 et 2012).

Dans le domaine stationnaire, les frais des hôpitaux ont diminué de 0,6% entre 2008 et 2009 puis ont vu leur taux de croissance annuel passer de 2% en 2010 à 5,4% en 2012. D'une part, ces variations peuvent s'expliquer par des retards de facturation entraînant des reports des coûts d'une année à l'autre et limitant la comparaison entre cantons. D'autre part, le canton de Genève a instauré dès 2007 un mode de facturation par pathologie (AP-DRG) pour les séjours hospitaliers, version précédente des forfaits par cas en fonction du diagnostic (SwissDRG) introduits en 2012 dans le cadre du nouveau système de financement hospitalier prévu par la LAMal. Les coûts présentés pour 2012 reflètent donc également des changements liés au système de financement, par exemple dans la répartition des coûts entre les cantons et les assureurs ou l'intégration des investissements dans la rémunération des prestations.

Dans ce contexte, il est difficile d'interpréter clairement le taux d'augmentation de 2012, et les comparaisons entre cantons ou la confrontation avec les données pour l'ensemble de la Suisse doivent être menées avec prudence. Au vu des données disponibles, il est peu probable que cette hausse des coûts s'explique par un recours accru aux prestations stationnaires (Annexe, A-5.6).

Entre 2008 et 2012, les coûts des hôpitaux dans le domaine ambulatoire ont connu une croissance annuelle moyenne de 5,1% avec un pic à 8,7% entre 2010 et 2011. Cette hausse se comprend en premier lieu comme

le résultat d'une dynamique propre à ce domaine, notamment en raison de la densité de spécialistes dans ce secteur (Schleiniger and Blöchliger 2012). Par ailleurs, il n'est pas exclu que cette hausse reflète en partie un report du stationnaire vers l'ambulatoire, notamment en lien avec l'introduction des DRG.

Le taux de croissance annuel des coûts des traitements ambulatoires des médecins a été chaque année plus élevé, passant de 2,5% en 2009 à 5,1% en 2012. Cette hausse continue s'est produite dans un contexte de levée de la clause du besoin, pour les médecins de premier recours (généralistes, internistes, pédiatres) en 2010 et pour tous les autres médecins (spécialistes) en 2012. Entre 2008 et 2012, le nombre de médecins en exercice dans le secteur ambulatoire dans le canton de Genève comptabilisés par la FMH est ainsi passé de 1472 à 1671, une augmentation qui s'est produite parallèlement à celle du volume des prestations et des coûts dans ce secteur. En juillet 2013, la clause du besoin a été partiellement réintroduite dans le canton de Genève.

Alors que dans la moyenne suisse, un peu moins d'un tiers des frais AOS pour les médicaments et moyens appareils sont rapportés par les cabinets médicaux, ce pourcentage n'est que de 6,4% dans le canton de Genève. A l'instar des autres cantons romands, le canton de Genève a en fait interdit la remise directe de médicaments par le médecin traitant (propharmacie). Les frais rapportés par les cabinets médicaux devraient donc correspondre aux cas d'urgence prévus par la Loi sur santé de 2006. Ceux-ci ne constituent qu'une moindre part des coûts de l'AOS mais il s'agit néanmoins du poste budgétaire ayant connu la plus forte augmentation relative entre 2008 et 2012 (+8,9%), dans une certaine mesure au détriment des pharmacies et centres de remise LiMA (-0,4% entre 2008 et 2012).

Sachant que de manière générale, l'AOS ne constitue qu'une source mineure de financement des EMS (environ 20% des coûts en 2011) (OFS, 2014b), les coûts des EMS représentent dans le canton de Genève une part bien plus faible des coûts totaux de l'AOS par rapport à la moyenne suisse (GE: 5,6%, CH: 13,2%). Cette différence tient en fait principalement à la structure des coûts par type de prestataire dans le canton de Genève puisque rapportés au nombre d'habitants de plus de 65 ans, les coûts AOS des EMS dans le canton de Genève se rapprochent de la moyenne suisse⁶⁹. Ces

⁶⁹ Dans le canton de Genève, les coûts de l'AOS consacrés aux EMS correspondent à 1322 francs par personne de 65 ans et plus. Ce montant s'élève à 1307 francs en moyenne suisse.

Tab. 6.1 Coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins (AOS),
selon le prestataire et le type de prestations, canton de Genève et Suisse, 2008-2012 (en millions de francs)

	CE					CH			
	2008	2009	2010	2011	2012	2012, part en %	Evolution moyenne annuelle 2008-2012, en %	2012, part en %	Evolution moyenne annuelle 2008-2012, en %
Hôpitaux									
Prestations stationnaires	322,1	320,3	326,6	338,4	356,6	19,8	2,6	22,7	2,8
Prestations ambulatoires	244,0	248,0	260,1	282,8	297,8	16,5	5,1	18,2	7,4
Total des prestations	566,1	568,3	586,8	621,3	654,4	36,3	3,7	40,9	4,7
Médecins									
Traitements	414,5	425,0	439,7	456,8	480,3	26,6	3,7	20,8	3,8
Médicaments	15,5	15,9	17,6	20,2	21,8	1,2	8,9	6,3	1,5
Autres prestations	21,9	21,8	20,4	21,1	21,1	1,2	-0,8	2,0	-1,0
Total médecins	451,9	462,7	477,7	498,2	523,2	29,0	3,7	29,1	2,9
Etablissements médico-sociaux (EMS)	92,3	93,8	92,7	97,0	100,4	5,6	2,1	13,2	1,4
Pharmacie et centres de remise LIMA	326,6	332,2	327,6	320,8	321,2	17,8	-0,4	2,4	2,0
Physiothérapeutes	42,3	42,2	45,1	44,8	44,6	2,5	1,4	2,4	3,3
Laboratoires	65,5	62,1	66,1	70,2	73,2	4,1	2,8	7,0	5,0
Soins à domicile (organisations Spitex)	36,2	37,8	39,1	38,6	44,8	2,5	5,5	2,3	6,3
Autres prestataires	42,9	43,8	43,2	38,4	42,0	2,3	-0,5	2,7	-0,1
Total	1623,8	1642,9	1678,3	1729,2	1803,8	100,0	2,7	100,0	3,4

Source: SASIS SA, Pool de données annuel 2012 / Institution commune LAMal. Statistique de la compensation des risques/ Analyse Obsan

© Obsan 2015

coûts sont restés assez stables entre 2008 et 2010 puis ont nettement augmenté en 2011 et en 2012. Cette hausse peut notamment s'expliquer par l'ouverture de cinq nouveaux EMS dans le canton de Genève en 2011 pour un total de 359 lits supplémentaires cette année-là.

Il est aussi possible que l'entrée en vigueur en 2011, d'un nouveau régime de financement des soins AOS⁷⁰ ait eu un impact sur les coûts recensés. Ce nouveau régime de financement concerne également les soins à domicile mais les fluctuations des coûts enregistrées en 2011 et en 2012 (respectivement -1,2% et +16,1% dans le canton de Genève) s'expliquent plutôt par des restrictions budgétaires sur l'engagement de personnel, lesquelles auraient été suivies d'un effet de rattrapage.

Les frais de laboratoire et de physiothérapeute (dont une partie importante est également à la charge des ménages privés) constituent une moindre part des coûts de l'AOS et n'ont connu qu'une augmentation relative modérée entre 2008 et 2012. La baisse de 5,1% des frais de laboratoire affichée en 2009 dans le canton de Genève est toutefois plutôt due à la nouvelle structure tarifaire régissant les analyses de laboratoire effectuées en ambulatoire depuis le 1^{er} juillet 2009 et ne reflète donc pas nécessairement une diminution du volume des prestations.

De manière générale, la répartition des coûts entre les secteurs ambulatoire et stationnaire⁷¹ du canton est restée relativement stable entre 2008 et 2012 (respectivement 74,7% et 25,3% en 2012). Ces chiffres ne permettent toutefois pas de se prononcer quant à un possible transfert des prestations du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire⁷². Au total, pendant les cinq années étudiées, les coûts ont un peu plus augmenté dans le secteur stationnaire (hausse moyenne annuelle de 2,7%) que dans le secteur ambulatoire (2,5%), ce qui peut s'expliquer, comme nous l'avons dit plus haut, par l'introduction du nouveau financement hospitalier en 2012. Si on analyse seulement la période entre 2008 et 2011, on constate que la croissance relative des coûts était alors plus rapide dans le secteur stationnaire (2,3%) que dans le secteur ambulatoire (1,7%). Pour l'ensemble

de la Suisse, le taux d'augmentation était plus fort entre 2008 et 2012 dans le secteur ambulatoire (3,9%) que dans le secteur stationnaire (2,4%). Cela peut se justifier par les retards de facturation dans le secteur hospitalier, évoqués ci-dessus, rendant difficile la comparaison entre cantons.

La participation aux coûts est la plus élevée pour les analyses de laboratoires et les traitements des médecins

Les personnes assurées participent aux coûts de l'assurance obligatoire des soins via la franchise, la quote-part et la contribution aux frais de séjour hospitalier.⁷³ Dans le canton de Genève, en 2012, les participations aux coûts enregistrées dans le pool de données s'élevaient à 229,3 millions de francs: les habitants de ce canton ont payé 12,7% des coûts de l'AOS directement sous forme de participation aux coûts. Entre 2008 et 2012, dans le canton, la participation aux coûts s'est maintenue à environ 13% des coûts bruts de l'AOS (entre 12,7% et 13,1%). Pour l'ensemble de la Suisse, la proportion a varié entre 14,1% et 14,5% et est donc restée légèrement supérieure à celle observée dans le canton de Genève. La participation aux coûts reflète principalement les montants de franchise choisis par les assurés d'un canton et les coûts manquants dans les bases de données (les factures conservées par les assurés, par exemple à cause d'une franchise trop élevée).

La répartition de la participation aux coûts enregistrée varie suivant les catégories de prestations. Ainsi, dans le canton de Genève, la participation aux coûts des personnes assurées est la plus élevée pour les examens de laboratoire (22,9%) et pour les traitements des médecins en cabinet (17,3%). Le pourcentage est nettement plus faible dans le secteur hospitalier stationnaire (6%), pour les prestations d'aide et de soins à domicile (3,6%) et surtout pour les prestations en EMS (2,6%). Ce phénomène peut s'expliquer d'une part par le fait que les patientes et les patients sollicitant les prestations citées sont tendanciellement plus âgés et choisissent donc une franchise ordinaire de 300 francs. D'autre part, les frais moyens par traitement dans le secteur stationnaire et

⁷⁰ Jusqu'au 1^{er} janvier 2011, un système de conventions tarifaires entre les assureurs et les fournisseurs de prestations régissait le financement des soins AOS. Dans le cadre du nouveau régime de financement des soins, un système réglant la participation aux coûts de l'assurance-maladie obligatoire (AOS), des assurés et des pouvoirs publics a été instauré.

⁷¹ Le terme «stationnaire» regroupe les prestations stationnaires dans les hôpitaux et les prestations des EMS, tandis que la catégorie «ambulatoire» couvre tous les autres fournisseurs de prestations et types de prestations.

⁷² Voir la publication de l'Obsan «Transfert de prestations hospitalières du stationnaire vers l'ambulatoire» à paraître au 2^e semestre 2015.

⁷³ Les frais éventuellement réglés en sus par les personnes assurées, sur leurs propres deniers (prestations «out of pocket») ne sont pas comptés dans les coûts de l'AOS et ne peuvent donc pas être analysés ici. En font par exemple partie les contributions aux coûts des séjours en EMS. La participation aux coûts peut varier de façon aléatoire suivant les fournisseurs de prestations, étant donné qu'elle est déduite des premières factures transmises dans l'année. De plus, les personnes assurées peuvent influencer sur leur participation aux coûts, par exemple en baissant leur franchise si elles prévoient un traitement médical plus important l'année suivante.

dans le secteur des soins à long terme sont généralement supérieurs aux frais des prestations liées à un traitement ambulatoire. La part relative de la participation aux coûts de ce groupe de prestations est donc inférieure.

Coûts AOS supérieurs à la moyenne dans le canton de Genève

Par rapport à l'ensemble de la Suisse, les coûts bruts de l'AOS par habitant dans le canton de Genève sont supérieurs à la moyenne (Tab. 6.2): en 2012, dans le canton, 4179 francs par personne assurée ont été pris en charge par l'assurance de base pour les prestations médicales, soit 919 francs de plus (ou 28,2% de plus) qu'en moyenne suisse. Ces coûts de l'AOS, qui comprennent notamment la masse salariale des travailleurs de la santé, reflètent en partie le niveau des prix à la consommation

plus élevés dans le canton de Genève. Dans le canton de Genève, les trois-quarts des coûts de l'AOS (74,7%) correspondent au secteur ambulatoire, ce qui est légèrement plus élevé que dans la moyenne suisse (70,2%). Entre les différents cantons suisses, les coûts par assuré présentent une plus grande variation dans le domaine ambulatoire que dans le domaine stationnaire et c'est dans le canton de Genève que les coûts par assuré dans le domaine ambulatoire sont les plus élevés (3120 francs) alors que dans le domaine stationnaire, les coûts par assuré sont plus proches de la moyenne suisse (GE: 1059 francs, CH: 970 francs).

En moyenne suisse, les coûts bruts de l'AOS par assuré sont plus élevés pour les femmes que pour les hommes. Cette différence est essentiellement due à leur plus longue espérance de vie et aux coûts liés à la grossesse et à l'accouchement (Camenzind & Meier, 2004).

Tab. 6.2 Coûts bruts par assuré de l'assurance obligatoire des soins (AOS) dans les domaines ambulatoire et stationnaire, selon le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, 2012 (en francs)

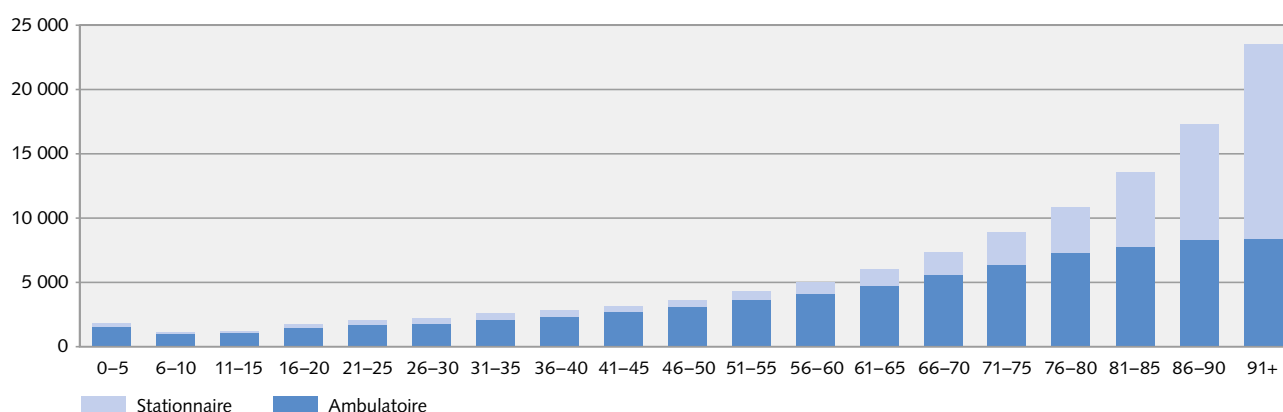
		Ambulatoire		Stationnaire		Total	
		GE	CH	GE	CH	GE	CH
Total		3 120	2 289	1 059	970	4 179	3 260
Sexe	Femmes	3 594	2 589	1 231	1 122	4 824	3 711
	Hommes	2 616	1 982	875	815	3 491	2 797
Age	0–15 ans	1 221	850	167	154	1 388	1 004
	16–35 ans	1 783	1 240	415	398	2 198	1 638
	36–50 ans	2 723	1 864	475	471	3 197	2 334
	51–65 ans	4 114	2 923	897	891	5 010	3 814
	66 ans et plus	6 794	5 080	4 110	3 383	10 904	8 463

Source: SASIS SA, Pool de données annuel 2012 / Analyse Obsan

© Obsan 2015

Coûts bruts par assuré de l'assurance obligatoire des soins (AOS) dans les domaines ambulatoire et stationnaire, par groupe d'âge de 5 ans, canton de Genève, 2012 (en francs)

Fig. 6.1



Source: SASIS SA, Pool de données annuel 2012 / Analyse Obsan

© Obsan 2015

Dans la moyenne suisse, l'écart entre les deux sexes dans le domaine ambulatoire est d'environ 600 francs par assuré. Dans le canton de Genève, cette différence atteint presque 1000 francs. Un tel écart peut notamment être dû au nombre moyen plus élevé de consultations chez le gynécologue dans le canton de Genève (voir 5.1.2) ainsi qu'à la pratique plus fréquente d'exams de dépistage (p. ex. pour le cancer du sein, voir 5.2.2). Un écart entre les sexes apparaît également dans le domaine stationnaire mais les différences entre le canton de Genève et la moyenne suisse sont moins importantes.

Les prestations de l'AOS sont aussi plus sollicitées et plus nécessaires au fur et à mesure que l'âge augmente. Ainsi, en 2012, une personne de moins de 15 ans coûtait en moyenne, dans le canton de Genève, près de huit fois moins (1388 francs) qu'une personne de plus de 66 ans (10'904 francs). Ce rapport est légèrement plus élevé en moyenne suisse (1 : 8,4). Dans le domaine ambulatoire, les coûts sont entre 46% et 34% plus élevés dans le canton de Genève selon la classe d'âge. Dans le domaine stationnaire, les coûts pour le canton de Genève ventilés par tranche d'âge sont très proches de la moyenne suisse, excepté pour les personnes âgées de 66 ans et plus pour lesquelles les coûts sont supérieurs de 727 francs par rapport à la moyenne suisse. Comme le révèle la figure 6.1, les coûts dans le domaine stationnaire augmentent en fait de façon exponentielle avec l'âge et atteignent plus de 15'000 francs par assuré pour les personnes de 91 ans et plus contre environ 1800 francs pour ceux âgés de 66 à 70 ans.

En considérant les coûts AOS par tranche d'âge de cinq ans, l'impact du principe de solidarité entre les générations, tel qu'inscrit dans la LAMal, peut être évalué. En effet, la LAMal prévoit que pour les assurés de plus de 25 ans révolus, les primes ne peuvent être différenciées selon l'âge alors que dans le même temps, on constate une nette augmentation des coûts AOS au fur et à mesure que l'âge augmente, la tranche d'âge allant de 0 à 5 ans faisant exception étant donné les coûts liés aux naissances. Les coûts des prestations ambulatoires s'accroissent jusqu'à la tranche d'âge de 81 à 85 ans, pour ensuite se stabiliser. Dans le secteur stationnaire, on constate une hausse des coûts presque exponentielle. Ainsi, dans le canton de Genève, la part des prestations stationnaires dans l'ensemble des coûts de l'AOS par habitant passe de 7,6% pour la tranche d'âge des 6 à dix ans à 64,4% pour les plus de 91 ans.

Les coûts AOS par habitant dans le canton de Genève sont les deuxièmes plus élevés de Suisse après ceux

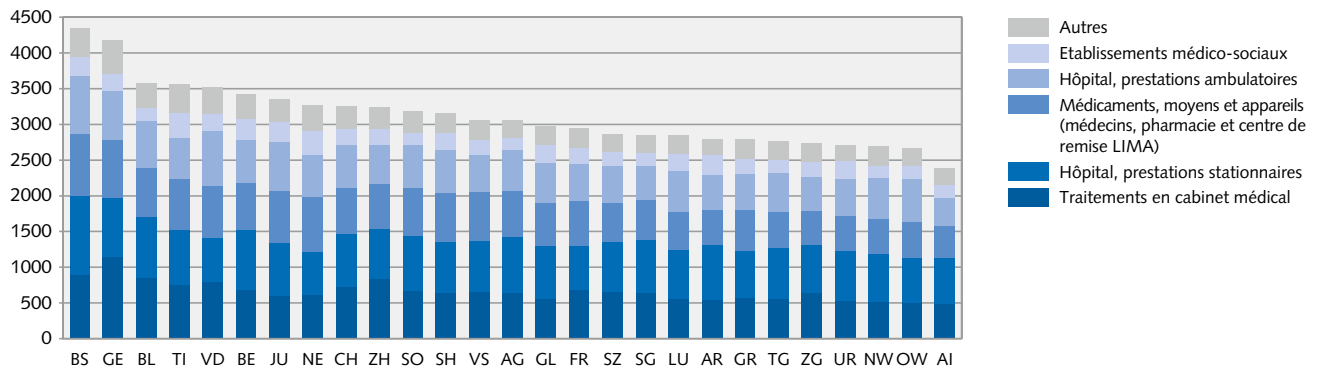
du canton de Bâle-Ville (Fig. 6.2). Il s'agit des deux seuls cantons où les coûts annuels bruts par assuré dépassent 4000 francs (GE: 4179 francs par assuré, BS: 4353 francs). Pour le canton de Genève, ce montant est plus élevé de 1093 francs par rapport à la moyenne suisse et de près de 2000 francs par rapport au canton présentant les coûts les plus faibles (AI: 2380 francs).

Cette position élevée dans le classement est notamment due au fait que le canton de Genève présente les frais de traitements en cabinet médical les plus élevés de Suisse. Comme évoqué précédemment, la densité médicale dans le secteur ambulatoire est également particulièrement élevée au sein du canton. En 2012, on comptait en effet 23,1 médecins spécialistes exerçant en cabinet privé pour 10'000 habitants dans le canton de Genève, contre 11,5 en moyenne suisse. La densité de médecins de premier recours est également légèrement supérieure à la moyenne suisse dans le canton de Genève (12,2 médecins pour 10'000 habitants dans le canton de Genève et 9,3 en moyenne suisse, voir 1.6). Le montant des frais de traitement médical doit toutefois être mis en relation avec le coût de la vie et du travail élevé dans le canton de Genève. Il s'agit également du second canton dont les coûts sont les plus élevés pour les médicaments et les moyens et appareils délivrés en pharmacie et en cabinet médical. Il est toutefois possible que selon les cantons, certains moyens et appareils figurant sur la liste LiMA ne soient pas imputés sur la LAMal mais mis à la charge du patient, expliquant une partie des différences cantonales observées. Le canton de Genève se situe en respectivement troisième et quatrième place pour ce qui est des prestations stationnaires et ambulatoires à l'hôpital avec des coûts proches de ceux d'autres cantons ayant des hôpitaux universitaires sur leur territoire (p. ex. BS, VD ou BE). Il se rapproche cependant de la moyenne suisse pour ce qui concerne les coûts AOS des prestations en EMS (respectivement 233 francs et 229 francs par personne assurée pour les prestations de soins reconnues par l'AOS).

Genève figure également parmi les cantons où les frais de laboratoire (169 francs par assuré) et de physiothérapeute (103 francs) sont les plus élevés en Suisse (catégorie «autres»). Ces catégories de prestations ne représentent toutefois qu'une moindre part des coûts totaux de l'AOS. Pour ce qui concerne les frais des organismes d'aide et de soins à domicile (Spitex), le canton de Genève (104 francs) se situe en cinquième position des coûts les plus élevés, après les cantons du Jura, de Vaud, de Bâle-Ville et de Berne.

Répartition des coûts de l'AOS par assuré, par catégorie de prestation et par canton, 2012 (en francs)

Fig. 6.2



Source: SASIS SA, Pool de données annuel 2012 / Analyse Obsan

© Obsan 2015

6.2 Primes AOS et modèles d'assurance

Les prestations de l'assurance obligatoire des soins sont essentiellement financées par les primes des personnes assurées, auxquelles s'ajoute la participation aux coûts. Dans cette partie, les différences cantonales en matière de primes sont analysées et les dépenses que représentent ces dernières dans le canton de Genève en fonction des modèles d'assurance choisis sont examinées. Les réductions cantonales de primes sont aussi brièvement abordées. Les valeurs mentionnées concernent toujours des personnes assurées adultes (de 26 ans et plus) habitant le canton de Genève. La présentation suivante s'appuie sur le volume des primes calculé à partir du pool de données de SASIS SA. Sont considérées les primes conformes au tarif de l'offre, à savoir les primes avant déduction de la réduction de prime individuelle, mais après les déductions liées à la franchise à option, au modèle d'assurance alternatif et à l'exclusion du risque accident. Les présentes valeurs ne peuvent donc pas être directement comparées à celles des primes moyennes publiées en automne par l'OFSP dans le cadre de la procédure annuelle d'approbation des primes, étant donné que ces dernières se basent sur les primes de l'assurance ordinaire avec la couverture du risque accident.

Les primes ont peu augmenté dans le canton de Genève mais figurent toujours parmi les plus élevées de Suisse

Dans le canton de Genève, les primes pour adultes annuelles de l'AOS sont passées de 4299 francs en 2008 à 4557 francs en 2012 (Fig. 6.3), ce qui correspond à une hausse moyenne annuelle de 1.5%, le taux de croissance le plus bas de Suisse après celui du canton de Neuchâtel

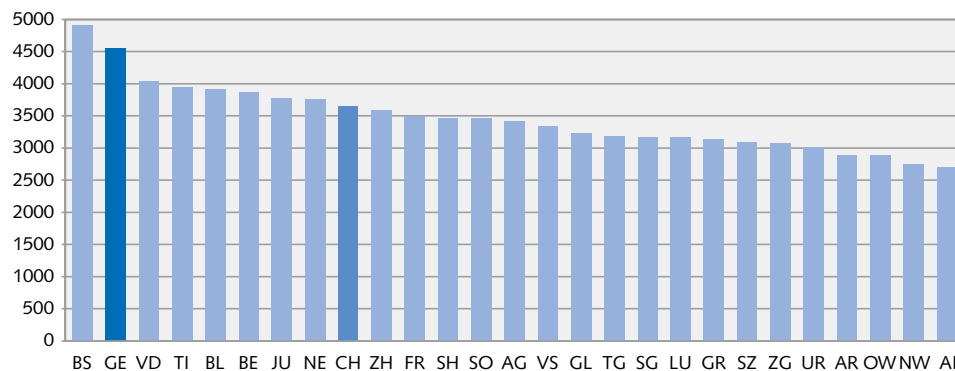
(1,1%). Pendant la même période, en moyenne suisse, les primes ont augmenté de 4% chaque année, passant de 3116 à 3648 francs. Dans le canton de Genève, on observe donc une évolution qui peut être qualifiée d'asymptotique avec un niveau moyen de primes largement supérieur à la moyenne mais une augmentation relative des primes au cours de ces cinq dernières années inférieure à l'accroissement moyen en Suisse. Juste avant le canton de Genève, celui de Bâle-Ville affiche le niveau de primes le plus élevé en Suisse avec 4911 francs par assuré, soit une hausse annuelle moyenne de 4,4% depuis 2008. Les primes les plus basses se trouvent dans les cantons de Suisse centrale et orientale (AI, NW, OW, AR) avec des montants annuels inférieurs à 3000 francs.

Le 12 septembre 2014, le Conseil fédéral a adopté l'Ordonnance sur la correction des primes qui doit permettre de compenser partiellement les primes d'assurance-maladie payées en trop par rapport aux coûts des prestations médicales dans certains cantons depuis l'entrée en vigueur de la LAMal. Afin de connaître l'excédent ou le manque de primes par canton, le rapport entre les prestations nettes (sans la participation aux frais) et les primes est calculé pour l'ensemble des assurés, par année et par personne assurée. Les primes payées en trop ou en insuffisance sont calculées sur la base des écarts affichés avec le quotient de la Suisse pour chaque année (OFSP, 2014b).

Selon ces calculs, le canton de Genève aurait payé 456,8 millions de francs en trop entre 2000 et 2009, faisant suite à 8 millions de primes payées en insuffisance entre 1996 et 1999. Cet excédent a en partie été compensé entre 2010 et 2013 avec 226,6 millions de primes payées en insuffisance. Il est prévu que les 222 millions restants payés en trop soient redistribués aux assurés du

Primes annuelles AOS par assuré,
par canton, 2012 (assurés de 26 ans et plus, en francs)

Fig. 6.3



Source: SASIS SA, Pool de données annuel 2012 / Analyse Obsan

© Obsan 2015

canton de Genève au cours des années 2015 à 2017. Au total, neuf cantons recevront une bonification pour un total de 800 millions de francs. Ces remboursements seront financés à hauteur d'un tiers par la Confédération, d'un tiers par les assureurs et d'un tiers par les assurés des treize cantons devant s'acquitter d'un supplément.

L'écart entre les primes annuelles peut atteindre 2700 francs selon le modèle d'assurance et le niveau de prime

Pour un canton donné, le montant des primes dépend principalement du modèle d'assurance choisi (p. ex. modèle standard ou modèle d'assurance alternatif) et du niveau de la franchise annuelle, avec des primes plus basses lorsque cette franchise est plus élevée. Le tableau 6.3 présente les primes moyennes annuelles par personne assurée, en fonction du modèle d'assurance et du niveau de franchise. Il convient de noter que les primes peuvent passablement varier suivant l'assureur choisi et qu'il s'agit ici d'une moyenne intégrant tous les assureurs-maladie actifs dans le canton.

Description des modèles d'assurance LAMal pour adultes

Modèle standard avec franchise ordinaire: assurance de base avec une contribution annuelle aux coûts (franchise) de 300 francs pour la personne assurée.

Modèle standard avec franchise à option: modèle d'assurance permettant de réduire les primes si la personne assurée choisit une franchise plus élevée (500, 1000, 1500, 2000 ou 2500 francs).

Modèle du médecin de famille avec facturation selon les prestations individuelles: modèle HMO ou du médecin de famille, dans lesquels la facturation à la personne assurée ou à l'assureur est établie pour chacune des prestations fournies, suivant les tarifs en vigueur.

Modèle avec capitation: modèles HMO, modèle du médecin de famille ou réseaux de médecins dans lesquels les fournisseurs de prestations sont indemnisés au moyen de forfaits par personne assurée inscrite.

Télé-médecine: modèle d'assurance dans lequel les patientes et les patients se font systématiquement conseiller d'abord par téléphone quand ils ont un problème de santé (sauf urgences).

Assurance avec bonus: une réduction de prime est accordée si une personne assurée n'a pas sollicité de prestations pendant une année.

Pour tous les modèles d'assurance et niveaux de franchise, le canton de Genève affiche des primes plus élevées que dans l'ensemble de la Suisse. En 2012, dans le canton de Genève, la prime moyenne pour les adultes oscillait entre 2781 et 5481 francs. C'est avec le modèle standard avec franchise ordinaire que les primes moyennes sont les plus élevées alors que les modèles du médecin de famille avec facturation selon les prestations individuelles et franchises à 2000 ou 2500 francs offrent les primes les plus basses dans le canton. Sans tenir compte de la participation des assurés aux frais,

il existe donc un potentiel d'économie considérable pour les individus payant les primes les plus élevées. Les modèles avec capitation proposent des primes proches des modèles du médecin de famille avec facturation selon les prestations individuelles. Les primes moyennes des modèles avec capitation sont d'ailleurs légèrement plus élevées lorsque la franchise est supérieure ou égale à 2000 francs. Le modèle d'assurance avec télémédecine est quant à lui le deuxième plus cher.

Plus les franchises choisies sont élevées, plus les primes moyennes sont faibles. Ainsi, dans le canton de Genève, une réduction moyenne des primes comprise entre 28,7% (modèles avec capitation) et 38,7% (modèles du médecin de famille sans capitation) peut être réalisée, en choisissant une franchise de 2000 ou 2500 francs au lieu d'une franchise ordinaire. Excepté pour les modèles du médecin de famille sans capitation, le potentiel d'économie est moins important qu'en moyenne suisse.

Les modèles d'assurance alternatifs sont de plus en plus répandus

Comme le montre la figure 6.4, entre 2008 et 2012, la souscription au modèle d'assurance standard LAMal a chuté en Suisse, passant de 76,6% à 45,6%, soit un transfert de plus d'un tiers des personnes initialement assurées au modèle standard vers des modèles d'assurance alternatifs. Une partie de ce recul s'explique par le fait que le modèle d'assurance avec la télémédecine n'est enregistré comme catégorie dans le pool de données que depuis 2010. En 2012, 7,8% de la population suisse a adopté un tel modèle.

Dans le canton de Genève où le modèle standard LAMal dominait encore plus en 2008, le recul a été légèrement moindre, passant de 83,0% à 58,9% des assurés en 2012. L'attachement des habitants du canton de Genève au modèle standard contribue d'ailleurs à expliquer les primes moyennes plus élevées payées dans ce canton en comparaison avec la moyenne suisse.

Tab. 6.3 Primes annuelles AOS par assuré, selon le modèle d'assurance AOS et le niveau de prime, canton de Genève et Suisse, 2012 (assurés de 26 ans et plus, en francs)

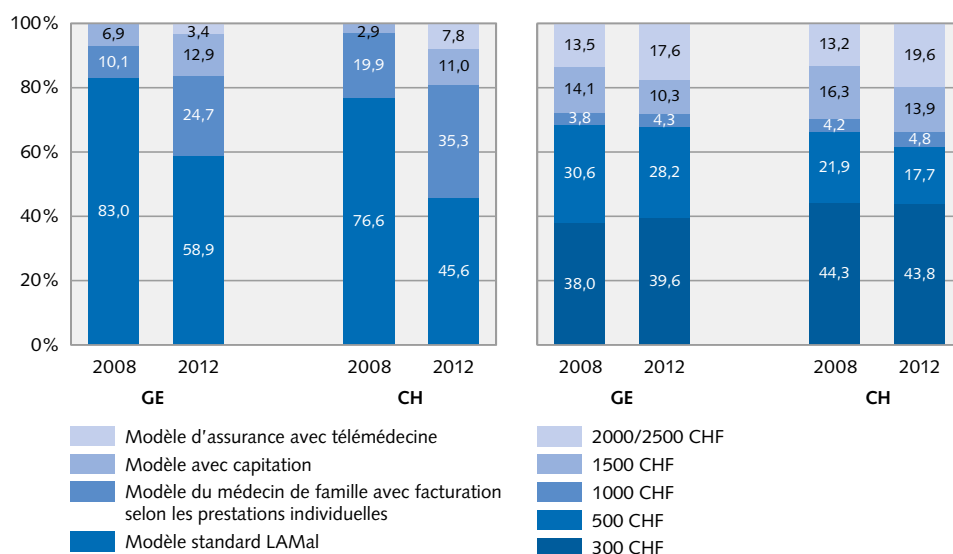
		GE		CH	
		Prime moyenne	Part des assurés (en %)	Prime moyenne	Part des assurés (en %)
Modèle standard LAMal	Franchise ordinaire (300 CHF)	5481	26,7	4493	23,8
	Franchise basse (500 CHF)	5113	17,1	4448	9,7
	Franchise moyenne (1000/1500 CHF)	4459	7,5	3585	6,1
	Franchise haute (2000/2500 CHF)	3638	7,6	2808	5,9
Modèle du médecin de famille avec facturation selon les prestations individuelles	Franchise ordinaire (300 CHF)	4538	7,2	3821	13,8
	Franchise basse (500 CHF)	4313	7,0	3740	5,6
	Franchise moyenne (1000/1500 CHF)	3668	3,9	2989	7,5
	Franchise haute (2000/2500 CHF)	2781	6,6	2417	8,5
Modèle avec capitation (HMO, médecin de famille avec capitation)	Franchise ordinaire (300 CHF)	4328	4,7	3715	4,0
	Franchise basse (500 CHF)	4167	3,3	3526	1,5
	Franchise moyenne (1000/1500 CHF)	3579	2,7	2710	3,3
	Franchise haute (2000/2500 CHF)	3087	2,3	2452	2,3
Modèle d'assurance avec télémédecine	Franchise ordinaire (300 CHF)	4921	1,1	3842	2,2
	Franchise basse (500 CHF)	4737	0,7	3713	1,0
	Franchise moyenne (1000/1500 CHF)	4232	0,5	3008	1,9
	Franchise haute (2000/2500 CHF)	3324	1,1	2455	2,7
Assurance avec bonus	Franchise ordinaire (300 CHF)	3842	0,0	3131	0,1
Total		4557	100,0	3648	100,0

Source: SASIS SA, Pool de données annuel 2012 / Analyse Obsan

© Obsan 2015

Part des personnes assurées, selon le modèle d'assurance et le niveau de franchise, canton de Genève et Suisse, 2008 et 2012 (assurés de 26 ans et plus, en %)

Fig. 6.4



Note: Les modèles d'assurance avec bonus et les modèles inconnus ne sont pas représentés (valeurs inférieures à 0.5%).

Source: SASIS SA, Pool de données annuel 2012/Analyse Obsan

© Obsan 2015

Parmi les modèles alternatifs, celui du médecin de famille avec facturation selon les prestations individuelles est, comme dans la moyenne suisse, celui dont le nombre d'adhésions a le plus fortement augmenté depuis 2008. En 2012, près d'un quart des assurés genevois (24,7%) avait souscrit à ce modèle. Le modèle avec capitation comprend 12,9% des assurés du canton en 2012, ce qui est légèrement plus élevé que la moyenne suisse (11,0%). Par contre, seulement 3,4% des habitants du canton de Genève ont souscrit à un modèle avec télémédecine (contre 7,8% en moyenne suisse). Ce faible intérêt des habitants du canton de Genève peut notamment s'expliquer par le coût moyen nettement supérieur à celui des primes pour les modèles du médecin de famille (avec ou sans capitation) par rapport à la plus faible différence de prix observée en moyenne suisse. L'assurance avec bonus est quant à elle très peu répandue, que ce soit dans le canton de Genève ou dans toute la Suisse (GE: 0,0%, CH: 0,1%).

Dans le canton de Genève, comme dans l'ensemble de la Suisse, la franchise ordinaire de 300 francs pour les adultes est la plus répandue. Entre 2008 et 2012, sa proportion, tous modèles d'assurance confondus, a même légèrement progressé de 38,0% à 39,6% alors que dans le même temps, la moyenne suisse passait de 44,3% à 43,8%.

De manière générale, les habitants du canton de Genève tendent à adopter des modèles d'assurance avec des niveaux de franchise plus bas. En 2012, plus des

deux tiers (67,8%) des assurés ont opté pour un modèle avec une prime annuelle de 500 francs ou moins contre 61,5% de la population suisse. Dans la moyenne suisse et également dans le canton de Genève, on observe une certaine polarisation des choix pour ce qui concerne les franchises plus élevées avec en 2012, une part plus importante de la population par rapport à 2008 ayant choisi des franchises à 2000 ou 2500 francs au détriment des franchises à 1500 francs. Dans le canton de Genève, ces pourcentages respectifs sont passés de 13,5% et 14,1% à 17,6% et 10,3%. En revanche, seule une moindre part de la population fait le choix d'une franchise à 1000 francs (GE: 4,3% des assurés, CH: 4,8%).

Malgré des primes généralement plus hautes que dans la moyenne suisse, la population genevoise n'opte donc pas pour autant plus souvent pour des modèles à franchise plus élevée avec des primes plus basses. Cette tendance peut en partie s'expliquer par un recours accru de la population aux prestations de santé (voir chapitre 5) ou par un accès financier d'une part plus importante de la population aux primes les plus élevées.

Que ce soit dans le canton de Genève ou pour la Suisse entière, les personnes assurées changent rarement d'assureur. Ainsi, un quart seulement de la population interrogée dans le cadre de l'ESS a reconnu avoir changé d'assurance-maladie ces trois dernières années (GE: 26,0%; CH: 26,5%). La raison invoquée dans la plupart des changements était le niveau trop élevé des

primes. Que ce soit dans ce canton ou dans l'ensemble de la Suisse, les personnes interrogées ont rarement justifié ce changement par un mauvais service ou par d'autres raisons.

Un quart des Genevois/es obtient une réduction de prime

Les personnes de condition économique modeste sont soutenues par la Confédération et par les cantons par le biais d'une réduction de prime individuelle. Depuis la Réforme de la péréquation financière (RPT) en 2008, la participation de la Confédération ne dépend plus de la capacité financière des cantons mais correspond à un pourcentage fixe des coûts de l'AOS (7,5%), réparti entre les cantons en fonction de la population (Kägi et al., 2012; OFSP, 2014a). Les cantons complètent cette part de la Confédération avec leurs propres moyens, ce qui explique que les systèmes de réduction de prime cantonaux soient très différents les uns des autres.

En 2012, 26,6 % des habitantes et habitants du canton de Genève ont pu bénéficier d'une réduction de prime conforme à la LAMal (Tab. 6.4). La moyenne pour l'ensemble de la Suisse (29,0% des personnes assurées) est légèrement supérieure. Dans le canton de Genève, un total de 263 millions de francs a été consacré aux prestations de réduction de prime, financé à hauteur de 52,2% par le canton et à hauteur de 47,8% par la Confédération. Par rapport à 2008, la contribution du canton est restée relativement stable, tant dans le canton de Genève qu'en moyenne suisse. Avec un montant moyen de 2311 francs par bénéficiaire, le canton de Genève se situait en 2012 largement au-dessus de la moyenne suisse (1719 francs). Les habitantes et habitants du canton de Genève profitent donc un peu moins souvent d'une réduction de prime par rapport à la moyenne suisse, mais les montants versés par personne sont nettement supérieurs à la moyenne nationale. Si

l'on ramène ces contributions au total des primes brutes de tous les assurés, cela revient à une contribution moyenne de 609 francs par personne dans le canton de Genève, soit 15,9% du volume total des primes, un pourcentage proche de la moyenne suisse (16,1%).

6.3 Résumé

Ce chapitre a premièrement abordé la question des coûts de la santé pour le domaine de l'assurance obligatoire des soins (AOS), mettant en parallèle les résultats pour le canton de Genève avec ceux de la Suisse dans sa globalité. Avec 4179 francs par assuré, le canton de Genève présente, après le canton de Bâle-Ville, les coûts de l'AOS par assuré les plus élevés de Suisse. Ces coûts ont toutefois crû de façon moins importante que dans la moyenne suisse (GE: 2,7% de croissance annuelle moyenne depuis 2008, CH: 3,4%). Des tendances similaires avaient déjà été constatées pour la période 2003–2007 (Obsan, 2010).

Plus d'un tiers des coûts (36,3%) de l'AOS correspondent à des prestations stationnaires et ambulatoires des hôpitaux. Il est toutefois difficile d'interpréter l'évolution de ces coûts au cours des dernières années, notamment en raison de l'introduction du nouveau système de financement hospitalier en 2012. Les frais de traitement des médecins, qui constituent un autre poste budgétaire majeur de l'AOS (26,6%), ont connu une forte augmentation entre 2008 et 2012. En raison de la structure des coûts de l'AOS dans le canton de Genève, les coûts AOS des EMS ne représentent que 5,6% des frais de l'AOS, contre 13,2% en moyenne suisse. Toutefois, rapportés à la population de 65 ans et plus, les coûts des EMS dans le canton de Genève se situent dans la moyenne suisse.

Tab. 6.4 Réductions des primes AOS, canton de Genève et Suisse, 2008 et 2012

		Proportion de bénéficiaires, en %	Total des contributions à l'AOS, en francs	Contribution du canton, en %	Contribution moyenne par bénéficiaire, en francs	Contribution moyenne par personne assurée, en francs	En % des primes brutes de tous les assurés
GE	2008	29,7%	215 503 975	51,7%	1 768	522	14,6%
	2012	26,6%	262 952 373	52,2%	2 311	609	15,9%
CH	2008	28,6%	3 253 907 589	45,3%	1 498	426	16,4%
	2012	29,0%	3 967 703 170	45,8%	1 719	497	16,1%

Les données sur les réductions de primes AOS ne comprennent pas les paiements des cantons pour les cessations de paiement en souffrance dans l'AOS.

Source: OFSP – Statistique de l'assurance-maladie; SASIS SA, Pool de données / Analyse Obsan

© Obsan 2015

Dans un deuxième temps, les modèles d'assurance auxquels souscrivent les Genevoises et Genevois, ainsi que le montant des primes qui y sont associées ont été présentés. A nouveau, le canton de Genève affiche, après le canton de Bâle-Ville, les primes annuelles les plus élevées de Suisse avec une moyenne de 4557 francs par assuré de 26 ans et plus en 2012. Bien que les modèles du médecin de famille avec facturation selon les prestations individuelles aient gagné du terrain en rassemblant 24,7% des assurés genevois en 2012 contre 10,1% en 2008, c'est toujours le modèle d'assurance standard suivant la LAMal qui domine dans le canton de Genève puisque 58,9% des assurés genevois y avaient souscrit en 2012 contre 45,6% en moyenne suisse. De plus, la population genevoise tend à opter pour des franchises plus basses avec 67,8% des assurés ayant une franchise de 500 francs ou moins, contre 61,5% de la population suisse.

La proportion de bénéficiaires d'une réduction de prime a baissé de 3,1 points dans le canton de Genève entre 2008 et 2012, mais la contribution moyenne par bénéficiaire a augmenté de 543 francs. En pourcentage des primes brutes de tous les assurés, la situation dans le canton de Genève (15,9%) correspond à la moyenne suisse (16,1%).

Glossaire

Activités fondamentales de la vie quotidienne (AFVQ)

Activités dont l'accomplissement est important pour une vie indépendante telles que manger, s'habiller, se déshabiller, aller aux toilettes, etc. (basic activities of daily living en anglais).

Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)

Activités qui impliquent des aspects du fonctionnement cognitif et social telles que cuisiner, téléphoner ou utiliser les transports publics (IADL, instrumental activities of daily living en anglais).

Aide informelle

Aide et soins au domicile par des proches, amis ou voisins. Parallèlement à l'aide informelle, il existe aussi une aide formelle, qui est fournie par les services de l'aide et des soins professionnels (voir Spitex).

Capitation

La capitation désigne un forfait par personne assurée préétabli pour les prestations médicales. Les fournisseurs de prestations sont indemnisés indépendamment du fait que la personne assurée ait eu ou non recours aux soins.

Comorbidité

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

Echantillon

Sous-ensemble de l'univers de référence sur lequel des données statistiques sont collectées et analysées.

Espérance de vie

Nombre moyen d'années restant à vivre à un âge déterminé, dans les conditions actuelles de mortalité par âge de l'année considérée.

Examens de dépistage

Examen dans un but de détection précoce d'une maladie (éventuellement déjà présente).

Facteur de risque

Caractéristique individuelle ou liée à son environnement qui augmente la probabilité que cette personne contracte une maladie, mais qui n'est pas forcément la cause de cette maladie.

Franchise

La franchise est une participation aux coûts de la personne assurée qui est définie en Suisse dans le cadre de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). La franchise minimale pour un adulte se monte à 300 francs par année civile. Une franchise plus élevée, jusqu'à 2500 francs, peut aussi être choisie. La personne assurée doit prendre en charge elle-même les coûts pour les prestations médicales jusqu'au montant annuel prévu.

Incidence (épidémiologie)

Nombre de nouveaux cas observés d'une maladie donnée dans une population donnée pendant une durée donnée. L'incidence est souvent exprimée par un taux pour 100'000 habitantes et habitants par an.

Indice de masse corporelle (IMC)

Mesure d'évaluation du poids corporel définie comme suit: $IMC = (\text{poids corporel en kg}) / (\text{taille en m})^2$.

Intervalle de confiance

Comme les enquêtes par échantillonnage ne comprennent qu'une part de la population étudiée (univers de référence), les résultats sont toujours entachés d'une certaine incertitude. Pour quantifier cette incertitude, un intervalle de confiance peut être calculé. C'est une plage de valeurs qui comprend la vraie valeur des résultats

(p. ex. la moyenne ou la fréquence) avec une probabilité définie à l'avance. Une probabilité de 95% est souvent choisie. Cela signifie que par le tirage d'un nombre infini d'échantillons de la population de base, la vraie valeur a une probabilité de 95% de se trouver dans l'intervalle de confiance calculé.

Lien de cause à effet

Lien évident entre la cause et son effet.

Mammographie

La mammographie est un examen radiographique particulier de la poitrine féminine, qui est souvent employé pour la détection précoce du cancer du sein.

Multimorbidité

La définition la plus souvent utilisée de la multimorbidité est le fait d'avoir en même temps deux maladies chroniques ou plus. Contrairement à la comorbidité, il n'y a pas de maladie associée à un trouble ou une maladie primaire.

Obésité

Forte surcharge pondérale (BMI ≥ 30 kg/m²).

Prévalence

Fréquence de tous les cas d'une maladie considérée dans une population à un moment précis.

Prévalence sur la vie

Proportion de personnes à un jour donné qui ont déjà été concernées par un certain événement ou une maladie (p. ex. proportion de personnes dans une population donnée qui ont déjà consommé une certaine drogue).

Prévention

Ensemble des mesures visant à empêcher l'apparition ou la propagation de maladies ou d'accidents. Les mesures préventives peuvent s'adresser à toute une population, à certains groupes ou aux individus. Au niveau de la prévention des maladies, la détection précoce et la réduction des facteurs de risque de certaines maladies sont prioritaires.

Quote-part

Dans le cadre de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), la quote-part consiste en une participation aux coûts de la part des personnes assurées. Quand la personne assurée a atteint la limite de sa franchise (voir franchise), une personne adulte prend elle-même en charge 10% des coûts des prestations médicales jusqu'à un maximum de 700 francs par année civile.

Représentativité

Mesure de la concordance d'un échantillon avec l'univers de référence pour les principales variables considérées (p. ex. sexe, âge, formation).

Ressources de santé

Ressources d'une personne qui peuvent atténuer ou prévenir les problèmes de santé. Les ressources de santé sont d'une part les caractéristiques personnelles d'un individu (satisfaction, sentiment de maîtrise, etc.) et d'autre part les caractéristiques de son environnement (disposition d'une personne de confiance, soutien social, etc.).

Revenu d'équivalence du ménage

Revenu de chacun des membres d'un ménage, compte tenu du revenu total du ménage, de la taille de celui-ci et de l'âge de ses membres.

Sentiment de maîtrise

Impression subjective de pouvoir, dans certaines situations, piloter et organiser sa vie de manière autonome ou au contraire d'être déterminé par des influences extérieures comme le hasard, le destin ou la société.

Significativité

Mesure statistique servant à évaluer la fiabilité d'un résultat sur la base des données d'un échantillon (voir aussi intervalle de confiance)

Soins hospitaliers ambulatoires

Traitement à l'hôpital qui dure moins de 24 heures et durant lequel un lit n'est pas occupé.

Soutien social

Soutien (p. ex. instrumental, émotionnel) qu'une personne reçoit d'autres personnes et qui lui sert de ressource pour maîtriser les charges et les exigences de la vie.

Spitex

Le terme de Spitex (abréviation de «spitalexterne Hilfe und Pflege», aide et soins extrahospitaliers) est très répandu en Suisse et comprend les organisations Spitex qui fournissent de l'aide et des soins au domicile des patientes et des patients (voir aussi aide informelle).

Taux de morbidité

Fréquence d'une maladie ou d'un symptôme dans une population à un moment précis rapporté à cette population.

Taux de mortalité

Nombre de décès rapporté à une population à un moment précis.

Taux standardisés par âge

Les comparaisons de taux de mortalité et de morbidité entre différentes régions et dans le temps sont possibles mais de manière limitée pour des raisons de structures d'âge différentes. C'est pourquoi les comparaisons régionales et temporelles sont souvent standardisées en fonction de l'âge. La population d'une région est considérée comme population de référence. Elle est appelée population standard (p.ex. la population standard européenne). Les taux spécifiques par âge sont donc pondérés par la structure d'âge correspondante de la population standard.

Traitement hospitalier

Traitement à l'hôpital qui dure au moins 24 heures ou durant lequel un lit est occupé pour la nuit.

Univers de référence

Ensemble des personnes et des objets sur lesquels porte une enquête, p. ex.: «tous les habitants et habitantes de la Suisse âgés d'au moins 15 ans». Souvent, les données ne sont pas récoltées pour la totalité de l'univers de référence et seul un échantillon de données est collecté.

Bibliographie

- AEE (2010). *L'environnement en Europe: état et perspectives 2010 – synthèse*. Copenhague: Agence européenne pour l'environnement.
- Åkesson, A., Larsson, S.C., Discacciati, A. & Wolk, A. (2014). Low-Risk Diet and Lifestyle Habits in the Primary Prevention of Myocardial Infarction in Men. A Population-Based Prospective Cohort Study. *Journal of the American College of Cardiology*, 64(13): 1299–1306.
- Alzheimer Europe (2009). Prevalence of dementia in Europe: www.alzheimereurope.org (Consulté le 30.07.2014).
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR Fourth Edition (Text Revision)*. Washington, DC: American psychiatric association.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behaviour*, 36(1).
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*: Jossey-Bass.
- Association suisse pour la prévention du tabagisme (2014). Fumée et santé: www.at-suisse.ch (Consulté le 12.11.2014).
- Attias-Donfut, C. & Tessier, P. (2005). Santé et vieillissement des immigrés. *Retraite et société* (3): 89–89.
- Ayis, S., Gooberman-Hill, R. & Ebrahim, S. (2003). Long-standing and limiting long-standing illness in older people: associations with chronic diseases, psychosocial and environmental factors. *Age and ageing*, 32(3): 265–272.
- Babitsch, B., Gohl, D. & von Lengerke, T. (2012). Re-visiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998–2011. *GMS Psycho-Social-Medicine* 2012, 9.
- Babor, T. (2010). *Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy*: Oxford University Press.
- Baer, N., Schuler, D., Füglistler-Dousse, S. & Moreau-Gruet, F. (2013). *La dépression dans la population suisse. Données concernant l'épidémiologie, le traitement et l'intégration socioprofessionnelle*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Becker, C. & Rapp, K. (2011). Stürze in der Geriatrie. *Der Internist*, 52(8): 939–945.
- Benyamini, Y. (2011). Why does self-rated health predict mortality? An update on current knowledge and a research agenda for psychologists. *Psychology & Health*, 26(11): 1407–1413.
- Berchet, C. & Jusot, F. (2012). *État de santé et recours aux soins des immigrés: une synthèse des travaux français*: Paris Dauphine University.
- Bisig, B. & Gutzwiller, F. (2004). *Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überverworgung* (Ruegger Eds.).
- Bjartveit, K. & Tverdal, A. (2005). Health consequences of smoking 1–4 cigarettes per day. *Tobacco Control*, 14(5): 315–320.
- Boes, S., Marti, J. & Maclean, J. C. (2014). The impact of smoking bans on smoking and consumer behavior: quasi-experimental evidence from Switzerland. *Health Economics*.

- Bopp, M., Braun, J., Gutzwiller, F. & Faeh, D. (2012). Health risk or resource? Gradual and independent association between self-rated health and mortality persists over 30 years. *PLoS one*, 7 (2): e30795.
- Bopp, M. & Holzer, B. (2012). Prevalence of multimorbidity in Switzerland – definition and data sources. *Praxis (Bern 1994)*, 101 (25): 1609–1613.
- Bouchardy, C., Feller, A. & Lorez, M. (2012). *Geneva, Statistics of Cancer Incidence*. Zurich: Foundation National Institute for Cancer Epidemiology and Registration.
- BPA (2014). *STATUS 2014*. Berne: Bureau de prévention des accidents.
- Brevik, J. & Dalgard, O. (1996). *The health profile inventory*. Oslo: University of Oslo.
- Brook, R.D., Rajagopalan, S., Pope, C.A., Brook, J.R., Bhatnagar, A., Diez-Roux, A.V. et al. (2010). Particulate matter air pollution and cardiovascular disease: An update to the scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 121 (21): 2331–2378.
- Burton-Jeangros, C. (2009). Les inégalités face à la santé: l'impact des trajectoires familiales et professionnelles sur les hommes et les femmes. In: M. Oris (Eds.), *Transitions dans les parcours de vie et construction des inégalités* (p. 273–295): PPUR presses polytechniques.
- Cabrero-García, J. & Juliá-Sanchis, R. (2014). The Global Activity Limitation Index mainly measured functional disability, whereas self-rated health measured physical morbidity. *Journal of Clinical Epidemiology* (0).
- Camenzind, P. & Meier, C. (2004). *Gesundheitskosten und Geschlecht – Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz*. Bern: Hans Huber.
- Camenzind, P. & Sturny, I. (2013). *Coûts de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et recours à ses prestations en Suisse. Analyse des disparités cantonales et facteurs d'explication possibles*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Canguilhem, G. (2009). *Le normal et le pathologique*: Presses universitaires de France.
- Cantoreggi, N. (2010). *Pondération des déterminants de la santé en Suisse: étude réalisée dans le cadre de l'élaboration d'un modèle de déterminants de la santé pour la Suisse: étape 1: rapport final*. Genève: Université de Genève. Institut de l'environnement. Groupe de recherche en environnement et santé (GRES).
- CFHA (2013). *Les poussières fines en Suisse 2013*. Berne: Commission fédérale de l'hygiène de l'air.
- Collège d'expertise (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risques au travail pour les maîtriser*. Paris: Collège d'expertise.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies.
- DARES (2011). *Planification médico-sociale et sanitaire du canton de Genève 2012–2015*. Genève: Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé, République et canton de Genève.
- Dautzenberg, B. (2001). *Le tabagisme passif. Rapport du groupe de travail DGS*.
- Dawson, D.A. & Room, R. (2000). Towards agreement on ways to measure and report drinking patterns and alcohol-related problems in adult general population surveys: the Skarpo conference overview. *Journal of Substance Abuse*, 12 (1–2): 1–21.
- Deandrea, S., Lucenteforte, E., Bravi, F., Foschi, R., La Vecchia, C. & Negri, E. (2010). Risk factors for falls in community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology*, 21 (5): 658–668.
- Department of Health (2011). *Start Active, Stay Active. A report on physical activity for health from the four home countries' Chief Medical Officers*. London: Department of Health, Physical Activity, Health Improvement and Protection.

- Desbaillet, Y. E. (2010). Prise en charge pratique des chutes des personnes âgées. *Gérontologie*, 270(40): 2130–2134.
- Dourgnon, P. & Lardjane, S. (2007). Les comparaisons internationales d'état de santé subjectif sont-elles pertinentes? Une évaluation par la méthode des vignettes-étalons. *Economie et statistique*: 165–177.
- Efionayi, D., Piguët, E., Chenal, J., Gilliard, P., Nassa, D., Oumarou, A. et al. (2011). *Partir ou rester? La migration dans le projet de vie des étudiants*. Neuchâtel: Institut de géographie et Forum Suisse des Migrations.
- Elena, S., Kean, Y. M., Slymen, D. J., Liu, W. T., Zhang, M. & Katzman, R. (1998). Self-perceived health and 5-year mortality risks among the elderly in Shanghai, China. *American Journal of Epidemiology*, 147(9): 880–890.
- EU-OSHA (2014). *Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks*. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work.
- Eurofound (2012). *Fifth European Working Condition Survey*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Eurostat (2013). Revision of the European Standard Population – Report of Eurostat's task force. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Eurostat (2011). Task Force on the revision of the Standard Population – State of the art. *eurostat Technical Group. Causes of Death Statistics (T6 COD)*. p. 12, eurostat
- Faeh, D., Braun, J. & Bopp, M. (2009). Underestimation of obesity prevalence in Switzerland: comparison of two methods for correction of self-report. *Swiss medical weekly*, 139(51–52): 752–756.
- Faeh, D., Braun, J., Tarnutzer, S. & Bopp, M. (2011). Obesity but not overweight is associated with increased mortality risk. *European journal of epidemiology*, 26(8): 647–655.
- Faeh, D., Marques-Vidal, P., Chiolerio, A. & Bopp, M. (2008). Obesity in Switzerland: do estimates depend on how body mass index has been assessed? *Swiss medical weekly*, 138(13–14): 204–210.
- Finucane, M. M., Stevens, G. A., Cowan, M. J., Danaei, G., Lin, J. K., Paciorek, C. J. et al. (2011). National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *Lancet*, 377(9765): 557–567.
- Fischer, B., Telser, H., Widmer, P. & Leukert, K. (2014). *Alkoholbedingte Kosten in der Schweiz. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit*. Berne: Polynomics.
- Fondation Suisse de Cardiologie (2014a). Diabète: www.swissheart.ch/index.php?id=544&L=1 (Consulté le 15.11.14).
- Fondation Suisse de Cardiologie (2014b). Poids corporel: www.swissheart.ch/index.php?id=171&L=1 (Consulté le 15.11.14).
- Fueglistler-Dousse, S., Jeanrenaud, C., Kohler, D. & Marti, J. (2009). *Coûts et bénéfices des mesures de prévention de la santé: Tabagisme et consommation excessive d'alcool*. Neuchâtel: Université de Neuchâtel.
- Gardner, J. W. & Sanborn, J. S. (1990). Years of potential life lost (YPLL)-what does it measure? *Epidemiology*, 1(4): 322–329.
- Gaumé, C. (2009). *Les déterminants de la santé subjective dans les pays baltés au cours des années 1990*: Presses universitaires de Louvain.
- Gmel, G., Kuendig, H., Notari, L. & Gmel, C. (2014). *Monitoring suisse des addictions – Consommation d'alcool, de tabac et de drogues illégales en Suisse en 2013*. Lausanne: Addiction Suisse.
- Goodwin, R. D. & Gotlib, I. H. (2004). Gender differences in depression: the role of personality factors. *Psychiatry Research*, 126(2): 135–142.

- Grebner, S., Berlowitz, I., Alvarado, V. & Cassina, M. (2011). *Le stress chez les personnes actives occupées en Suisse. Liens entre conditions de travail, caractéristiques personnelles, bien-être et santé. Résumé de l'étude sur le stress 2010*. Berne: Secrétariat d'Etat à l'économie.
- Guessous, I., Bochud, M., Theler, J.-M., Gaspoz, J.-M. & Pechère-Bertschi, A. (2012). 1999–2009 trends in prevalence, unawareness, treatment and control of hypertension in Geneva, Switzerland. *PloS one*, 7(6): e39877.
- Guggisberg, J., Gardiol, L., Graf, I., Oesch, T., Künzi, K., Volken, T. et al. (2011). *Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Schlussbericht*. Berne.
- Guggisberg, J. & Spycher, S. (2005). *Nachfrage, Inanspruchnahme, Bedarf und Angebotsinduzierung in der ambulanten medizinischen Versorgung*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Güntensperger, U., Pinzello-Hürliemann, R., Martina, B., Ciurea, A., Muff, B., Gutzwiller, J.-P. et al. (2010). Primary care emergency services utilisation in German speaking Switzerland. *Swiss medical weekly*, 140: w13111.
- Hall, W. (2009). The adverse health effects of cannabis use: what are they, and what are their implications for policy? *International Journal of drug policy*, 20(6): 458–466.
- Hall, W. & Degenhardt, L. (2009). Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet*, 374(9698): 1383–1391.
- Hämmig, O. & Bauer, G. F. (2013). The social gradient in work and health: a cross-sectional study exploring the relationship between working conditions and health inequalities. *BMC Public Health*, 13: 1170.
- Hartnoll, R. (2004). *Drogues et dépendances aux drogues: comment rapprocher la recherche, les politiques et les pratiques de terrain? Acquis et perspectives*: Council of Europe.
- Hauri, D.D., Lieb, C.M., Rajkumar, S., Kooijman, C., Sommer, H.L. & Roosli, M. (2011). Direct health costs of environmental tobacco smoke exposure and indirect health benefits due to smoking ban introduction. *The European Journal of Public Health*, 21(3): 316–322.
- Henchoz, K., Cavalli, S. & Girardin, M. (2008). Health perception and health status in advanced old age: A paradox of association. *Journal of Aging Studies*, 22(3): 282–290.
- Hess-Klein, D. (2014). Un «petit verre pour le plaisir» lourd de conséquences. *Spectra*, 106(Qualité de vie et vieillesse): 3.
- Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L. & Kohler, A.Z. (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter: aktualisierte Szenarien für die Schweiz*: Huber.
- Hosmer, D.W. & Lemeshow, S. (2000). *Applied Logistic Regression* (Second Edition Eds.). New York: John Wiley & Sons.
- Humair, J.-P., Garin, N., Gerstel, E., Carballo, S., Carballo, D., Keller, P.-F. et al. (2011). *Etude d'impact de l'interdiction de fumer à Genève sur les hospitalisations et l'exposition de la population à la fumée passive*: Département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences. Service de médecine de premier recours.
- IARC (2003). *Fruit and vegetables*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer
- Idler, E.L. & Kasl, S. (1991). Health perceptions and survival: Do global evaluations of health status really predict mortality? *Journal of gerontology*, 46(2): S55–S65.
- Jaccard Ruedin, H., Roth, M., Bétrisey, C., Marzo, N. & Busato, A. (2007). *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse* (Document de Travail Nr. 22). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Jagger, C., Gillies, C., Cambois, E., Van Oyen, H., Nusselder, W. & Robine, J.-M. (2010). The Global Activity Limitation Index measured function and disability similarly across European countries. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(8): 892–899.

- Jeanrenaud, C., Gay, M., Kohler, D., Besson, J. & Simon, O. (2012). *Le coût social du jeu excessif en Suisse*: Institut de recherche économique Université de Neuchâtel et Centre du jeu excessif Service de psychiatrie communautaire Lausanne.
- Jusot, F. (2013). Les inégalités de recours aux soins: bilan et évolution. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 61: S163–S169.
- Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social science & medicine*, 69(3): 307–316.
- Kaeser, M. (2012). *Santé des personnes âgées vivant en établissement médico-social. Enquête sur la santé des personnes âgées dans les institutions 2008/09*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- Kägi, W., Frey, M., Säuberli, C., Feer, M. & Koch, P. (2012). *Monitoring 2010 – Wirksamkeit der Prämienvverbilligung*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Katz, S. (1983). Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society*, 31(12): 721–727.
- Keller, R., Radtke, T., Krebs, H. & Hornung, R. (2011). *La consommation de tabac de la population suisse entre 2001 et 2010. Monitoring sur le tabac – Enquête suisse sur le tabagisme*. Zurich: Institut de psychologie de l'Université de Zurich, Hans Krebs, Kommunikation und Publikumsforschung
- Keller, U., Battaglia Richi, E., Beer, M., Darioli, R., Meyer, K., Renggli, A. et al. (2012). *Sixième rapport sur la nutrition en Suisse*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Kickbusch, I. & Engelhardt, K. (2009). Le concept des déterminants de la santé. In: K. Meyer (Eds.), *La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008*. (p. 17–29). Genève: Editions Médecine et Hygiène.
- Kleiner, S. (1999). Water: an essential but overlooked nutrient. *J Am Diet Assoc*, 99(2): 200–206.
- Knol, M., Twisk, J., Beekman, A., Heine, R., Snoek, F. & Pouwer, F. (2006). Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis. *Diabetologia*, 49(5): 837–845.
- Krieger, R. & Graf, M. (2009). *Travail et santé. Récapitulation des résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2007*. Zürich: Secrétariat d'Etat à l'économie.
- Krieger, R., Pekruhl, U., Lehmann, M. & Graf, M. (2012). *Cinquième enquête européenne sur les conditions de travail 2010 – Résultats choisis selon la perspective suisse*. Berne: Secrétariat d'Etat à l'économie.
- Kroenke, K. & Spitzer, R.L. (2002). The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals*, 32(9): 509–515.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Linzer, M., Hahn, S. R., deGruy III, F. V. et al. (1994). Physical symptoms in primary care: predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Archives of family medicine*, 3(9): 774.
- Kuendig, H. (2010). *Estimation du nombre de personnes alcool-dépendantes dans la population helvétique*. Lausanne: Addiction Info Suisse.
- Kuendig, H., Notari, L., Gmel, G. & Gmel, C. (2013). *Monitoring suisse des addictions – Le tabagisme passif en Suisse en 2012 (questionnaire court)*. Addiction Suisse.
- Laaksonen, M., Talala, K., Martelin, T., Rahkonen, O., Roos, E., Helakorpi, S. et al. (2008). Health behaviours as explanations for educational level differences in cardiovascular and all-cause mortality: a follow-up of 60'000 men and women over 23 years. *The European Journal of Public Health*, 18(1): 38–43.
- Lader, M. (2011). Benzodiazepines revisited-will we ever learn? *Addiction*, 106(12): 2086–2109.
- Lamprecht, M., Fischer, A. & Stamm, H. (2014). *Sport Suisse 2014: Activité et consommation sportives de la population suisse*. Macolin: Office fédéral du sport OFSPO.

- Läubli, T. & Müller, C. (2009). *Conditions de travail et maladies de l'appareil locomoteur – Estimation du nombre de cas et des coûts macroéconomiques pour la Suisse*. Berne: Secrétariat d'Etat à l'économie.
- Lavikainen, J., Fryers, T. & Lehtinen, V. (2006). Improving Mental Health Information in Europe. Proposal of the MINDFUL project. In &. Helsinki.
- Lawton, M. P. & Brody, E. M. (1970). Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Nursing Research*, 19(3): 278.
- Le Boudec, J., Pedrazzini, B., Nanchen, D., Andrey, M., Cornuz, J. & Ruiz, J. (2014). Comment diminuer son risque cardiovasculaire avec l'alimentation? Rôle des graisses consommées. *Rev Med Suisse*, 420: 532–538.
- Lert, F., Melchior, M. & Ville, I. (2007). Functional limitations and overweight among migrants in the Histoire de Vie study. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 55(6): 391–400.
- Malatesta, D. (2013). *Validité et pertinence de l'index de masse corporelle (IMC) comme indice de surpoids et de santé au niveau individuel ou épidémiologique*. Berne: Promotion santé suisse.
- Malone, D. T., Hill, M. N. & Rubino, T. (2010). Adolescent cannabis use and psychosis: epidemiology and neurodevelopmental models. *British journal of pharmacology*, 160(3): 511–522.
- Manor, O., Matthews, S. & Power, C. (2001). Self-rated health and limiting longstanding illness: inter-relationships with morbidity in early adulthood. *International Journal of Epidemiology*, 30(3): 600–607.
- Marmet S., Gmel G., Gmel, G., Frick H. & Rehm J. (2013). *Alcohol-attributable mortality in Switzerland between 1997 and 2011*. Lausanne: Addiction Suisse.
- Marques-Vidal, P., Bovet, P., Paccaud, F. & Chiolerio, A. (2010). Changes of overweight and obesity in the adult Swiss population according to educational level, from 1992 to 2007. *BMC Public Health*, 10: 87.
- Mattli, R., Hess, S., Maurer, M., Eichler, K., Pletscher, M. & Wieser, S. (2014). *Kosten der körperlichen Inaktivität in der Schweiz. Schlussbericht*. Winterthur: Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie / ZHAW.
- McMahon, E.M., Buszewicz, M., Griffin, M., Beecham, J., Bonin, E.-M., Rost, F. et al. (2012). Chronic and recurrent depression in primary care: socio-demographic features, morbidity, and costs. *International journal of family medicine*, 2012.
- Meyer, K. (Eds.). (2009). *La santé en Suisse – Rapport national sur la santé 2008*. Berne: Hans Huber.
- Mielck, A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Bern.
- Moreau-Gruet, F. (2013a). *La multimorbidité chez les personnes de 50 ans et plus*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Moreau-Gruet, F. (2013b). *Recours aux soins de la population migrante. Une comparaison des données du Monitoring de la santé des migrants (GMM II) et de l'Enquête suisse sur la santé (ESS 2007)*. Mandat de l'Office fédéral de la santé publique dans le cadre de la stratégie fédérale «Migration et santé 2008–2013». Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Moussa, J. & Pecoraro, M. (2013). *Ecarts de genre dans l'état de santé des migrants et des migrantes en Suisse*. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population.
- Nemeroff, C. B. & Goldschmidt-Clermont, P.J. (2012). Heartache and heartbreak – the link between depression and cardiovascular disease. *Nature Reviews Cardiology*, 9(9): 526–539.
- Nicoletti, J.-M. (2013). *Note explicative sur les pondérations*. Enquête Suisse sur la Santé 2012. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- Notari, L. & Jordan, M. D. (2012). *La santé des personnes âgées de 60 ans et plus vivant dans les ménages privés*. Lausanne: Addiction Suisse.

- Notari, L., Kuendig, H. & Gmel, G. (2014). *La consommation d'alcool et les épisodes d'ivresse – La situation en Suisse. Analyse des données du Monitoring suisse des addictions 2011 et 2012*. Lausanne: Addiction Suisse.
- Obsan (2006). *La santé en Suisse romande et au Tessin en 2002. Une analyse intercantonale des données de l'Enquête suisse sur la santé*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Obsan (2010). *La santé dans le canton de Genève. Résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2007 et de l'exploitation d'autres banques de données*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Obsan (2011). *La santé en Suisse latine. Analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2007*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Obsan (2014). *Rapport de base sur la santé pour le canton de Genève. Exploitations standardisées des données de l'Enquête suisse sur la santé 2012 et d'autres bases de données*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- OCDE (2013a). *Panorama de la santé 2013*. Paris: Organisation de Coopération et de Développement Economiques.
- OCDE (2013b). *Surpoids et obésité chez les adultes*. In: Éditions OCDE (Eds.), *Panorama de la santé 2013: Les indicateurs de l'OCDE*. Paris: Organisation de Coopération et de Développement Economiques.
- OCDE (2014). *Statistiques de l'OCDE sur la santé 2014*. Paris: Organisation de Coopération et de Développement Economiques.
- OCDE/OMS (2011). *Examens de l'OCDE des systèmes de santé: Suisse 2011*. Paris.
- OCSTAT (2001). *Les Genevois et leur santé. Principaux résultats de l'enquête suisse sur la santé 1997*. Genève: Office cantonal de la statistique.
- OCSTAT (2006). *Les Genevois et leur santé. Enquête suisse sur la santé 2002*. Genève: Office cantonal de la statistique.
- OCSTAT (2014). *Pyramide des âges de la population résidente du canton de Genève selon l'origine et le sexe, à la fin 2013, Statistique cantonale de la population*. Genève: Office cantonal de la statistique.
- OECD (2014). *Making Mental Health Count, The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OFEV (2009). *Pollution sonore en Suisse. Résultats du monitoring national SonBase*. Berne: Office fédéral de l'environnement.
- OFEV (2013). *Environnement Suisse 2013*. Berne: Office fédéral de l'environnement.
- OFEV (2014). *Exposition au bruit de la circulation routière en Suisse. Deuxième calcul du bruit à l'échelle nationale, état 2012*. Berne: Office fédéral de l'environnement.
- Office fédéral du sport OFSPO, Office fédéral de la santé publique OFSP, Promotion Santé Suisse, Bureau de prévention des accidents, Suva & Réseau suisse Santé et Activité physique (2013). *Activité physique et santé*. Macolin: OFSPO.
- OFS (2005). *Coûts du système de santé et démographie – Coûts détaillés par âge en 2002 et évolution sur la période 1985–2020*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2007). *Coûts et financement du système de santé. Résultats détaillés 2005 et évolution récente*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2009). *Les décès dus au tabac en Suisse. Estimation pour les années entre 1995 et 2007*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2013a). *Etat de santé, renoncement aux soins et pauvreté. Enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC) 2011 (Consulté le 15.11.14)*.
- OFS (2013b). *Perspectives de la formation. Scenarios 2013–2022 pour le système de formation. Statistiques de la Suisse*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

- OFS (2014a). *Annuaire statistique de la Suisse 2014*. Zurich.
- OFS (2014b). *Coûts et financement du système de santé en 2012*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2014c). Démos. Informations démographiques, *Thème traité: Couples* (Vol. 1 Mai 2014). Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2014d). *Enquête suisse sur la santé 2012. Explications des tableaux standards*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2014e). Intégration – Indicateurs, Limitations d'acitité depuis au moins 6 mois: www.bfs.admin.ch → Thèmes → 01 – Population → Migration et intégration → Indicateurs de l'intégration → Intégration → Tous les indicateurs → Santé → Limitations d'activité depuis au moins 6 mois (Consulté le 20.10.2014).
- OFS (2014f). Intégration – Indicateurs, Sentiment de solitude: www.bfs.admin.ch → Thèmes → 01 – Population → Mouvement de la population → Indicateurs → Décès, mortalité et espérance de vie → Espérance de vie (Consulté le 20.10.2014).
- OFS (2014g). Mouvement de la population – Indicateurs, Espérance de vie: www.bfs.admin.ch → Thèmes → 01 – Population → Mouvement de la population → Indicateurs → Décès, mortalité et espérance de vie → Espérance de vie (Consulté le 15.07.2014).
- OFS (2014h). Salaires et revenus du travail – Indicateurs. Niveau des salaires – selon la formation. Online: www.bfs.admin.ch → Thèmes → 03 – Travail, rémunération → Salaires et revenus du travail → Indicateurs → Niveau des salaires → selon la formation
- OFS (2014i). Santé – Années potentielles de vie perdues: www.bfs.admin.ch → Thèmes → 00 – Bases statistiques et généralités → Complément au PIB → Complément au PIB → Indicateurs → Santé → Années potentielles de vie perdues (Consulté le 20.10.2014).
- OFS (2014j). *Statistique de l'aide et des soins à domicile. Résultats 2013: chiffres et tendances*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2014k). *Travail et santé. Résultats de l'enquête suisse sur la santé 2012*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFSP (2005). *Lignes directrices pour une politique multisectorielle de la santé*. Zurich.
- OFSP (2006). *Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006. Grundlagen zur Entwicklung von forschungs- und handlungsbezogenen Aktivitäten*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2007). *Information de base sur le tabagisme passif: Document édité par l'Office fédéral de la santé publique*.
- OFSP (2008). *Programme national alcool 2008–2012*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2013a). *Dosimétrie des personnes exposées aux radiations dans l'exercice de leur profession en Suisse. Rapport annuel 2012*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2013b). *Programme national alcool 2013–2016*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2013c). *Programme national Alimentation et activité physique Rapport 2008–2012*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2014a). *Statistiques de l'assurance-maladie obligatoire 2012*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2014b). *Tableaux avec détail des calculs des primes payées en trop ou en insuffisance (1996–2013)*: Office fédéral de la santé publique, division Surveillance de l'assurance.
- OFSP (2014c). *Travail et santé. spectra 105*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OMS (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Paper presented at the Première conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa (Ontario).

- OMS (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- OMS (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- OMS (2010). *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2011a). *Global recommendations on physical activity for health*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- OMS (2011b). *La charge environnementale de la morbidité associée à un logement inadéquat. Méthodes de quantification des impacts sanitaires de plusieurs risques liés au logement dans la Région européenne de l'OMS. Rapport de synthèse*. Copenhague: OMS Siège régional pour l'Europe.
- OMS (2013). *Air pollution and Cancer*. Lyon: International Agency for Research on Cancer.
- OMS (2014a). Cancer. Aide-mémoire N° 297, 2014. Online: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/
- OMS (2014b). La santé mentale: renforcer notre action. Aide-mémoire N° 220, 2014. Online: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/
- Paasche-Orlow, M. & Wolf, M. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American journal of health behavior*, 31 (Supplement 1): S19–S26.
- Perrig-Chiello, P. (2011). Glücklich oder bloss zufrieden? Hintergründe und Fakten zum Paradoxon des Wohlbefindens im Alter. In: A. Holenstein, R. Meyer Schweizer et al. (Eds.), *Glück* (p. 241–254). Bern: Haupt.
- Petrini, L. & Sturny, I. (2013). *Erfahrungen der Allgemeinbevölkerung im Gesundheitssystem: Situation in der Schweiz und internationaler Vergleich. Auswertung der Erhebung «International Health Policy Survey» im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)*: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Neuchâtel.
- Plossu, B. (2011). *Définitions et outils de la multimorbidité (Revue systématique de littérature)*. Unpublished Thèse de doctorat, Université de Bretagne occidentale.
- Radtke, T., Keller, R., Krebs, H. & Hornung, R. (2011). *Le tabagisme passif dans la population suisse 2010. Résumé du rapport sur le tabagisme passif. Monitore sur le tabac – Enquête suisse sur le tabagisme*. Zurich: Institut de psychologie de l'Université de Zurich, Hans Krebs, Kommunikation und Publikumsforschung
- Rehm, J., Baliunas, D., Borges, G.L., Graham, K., Irving, H., Kehoe, T. et al. (2010). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*, 105 (5): 817–843.
- Rehm, J., Room, R., Graham, K., Monteiro, M., Gmel, G. & Sempos, C.T. (2003). The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction*, 98 (9): 1209–1228.
- Rochat, S., Büla, C. & Dunand, G. (2006). Chutes et personnes âgées. *Primary Care*, 6: 200–203.
- Röösli, M., Frei, P., Mohler, E. & Hug, K. (2010). Systematic review on the health effects of exposure to radiofrequency electromagnetic fields from mobile phone base stations. *Bulletin of the World Health Organization*, 88 (12): 887–896.
- Roth, M. & Roth, S. (2012). *Evolution des dépenses de l'assurance obligatoire des soins de 1998 à 2010*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Rotter, J.B. (1990). Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable. *American psychologist*, 45 (4): 489.

- Rougemont, A. C., Morabia, A. C. & Wietlisbach, V. (1998). *Enquête suisse sur la santé, 1992–1993, rapport cantonal et résultats du canton de Genève, 1998* / [André Rougemont... et al.]. *Suivi de La santé dans le canton de Genève, janvier 1996*. Genève: Direction générale de la santé publique (Genève).
- SASIS (2013). *Datenpool SASIS AG – Jahresdaten 2008–2012*. Solothurn: SASIS AG.
- Schaub, A. & Palladino, C. (2010). *NANUSS Pilot: Ernährungsverhalten*. Zurich: gfs-zürich, Markt- und Sozialforschung.
- Schaub, M. & Stohler, R. (2006). Les dommages à long terme de la consommation du cannabis – un problème sous-estimé. *Forum Med Suisse*, 6(50): 1129–1132.
- Schleiniger, R. & Blöchliger, J. (2012). *Mengen und Preise der OKP-Leistungen: Eine statistische Analyse der Jahre 2004 bis 2010*. Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Fachstelle für Wirtschaftspolitik.
- Schmid, A., Schneider, H., Golay, A. & Keller, U. (2005). Economic burden of obesity and its comorbidities in Switzerland. *Sozial-und Präventivmedizin*, 50(2): 87–94.
- Schmidhauser S., Wieser S. & U., B. (2009). *Les déterminants économiques de l'obésité: Revue de littérature internationale étendue*. Zurich: Institut d'économie de la santé de Winterthour (WIG), Haute école des sciences appliquées de Zurich à Winterthour (ZHAW).
- Schneider, H. & Venetz, W. (2014). *Cost of Obesity in Switzerland 2012*. Berne: Etude menée sous mandat de l'Office fédéral de la santé publique.
- Schneider, H., Venetz, W. & Gallani Berardo, C. (2009). *Overweight and obesity in Switzerland. Part 1: Cost burden of adult obesity in 2007*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Schuler, D. & Burla, L. (2012). *La santé psychique en Suisse. Monitorage 2012*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Schulz, R., Beach, S. R., Ives, D. G., Martire, L. M., Ariyo, A. A. & Kop, W. J. (2000). Association between depression and mortality in older adults: the Cardiovascular Health Study. *Archives of internal medicine*, 160(12): 1761–1768.
- Sermet, C., Tubeuf, S., Devaux, M. & Jusot, F. (2008). Hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé. *Revue française des affaires sociales* (1): 29–47.
- Singh, A. & Misra, N. (2009). Loneliness, depression and sociability in old age. *Industrial psychiatry journal*, 18(1): 51.
- Smala, A., Beeler, I. & Szucs, T. D. (2001). *Die Kosten der körperlichen Inaktivität in der Schweiz, Studie im Auftrag des Sportwissenschaftlichen Instituts Magglingen des Bundesamtes für Sport, der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt SUVA und der Schweizerischen Beratungsstelle für Unfallverhütung bfu*.
- Solar, O. & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion. Paper 2 (Policy and Practice)*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- Solé-Auró, A. & Crimmins, E. (2008). Health of Immigrants in European Countries. *International Migration Review*, 42(4): 861–876.
- Staub, K., Ruhli, F. J., Woitek, U. & Pfister, C. (2010). BMI distribution/social stratification in Swiss conscripts from 1875 to present. *European journal of clinical nutrition*, 64(4): 335–340.
- Subramanian, S., Huijts, T. & Avendano, M. (2010). Self-reported health assessments in the 2002 World Health Survey: how do they correlate with education? *Bulletin of the World Health Organization*, 88(2): 131–138.
- SUVA (2014). *Statistique des accidents LAA 2014*. Lucerne.

- The Emerging Risk Factors Collaboration (2010). Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. *The Lancet*, 375 (9733): 2215–2222.
- Tomonaga, Y., Haettenschwiler, J., Hatzinger, M., Holsboer-Trachsler, E., Rufer, M., Hepp, U. et al. (2013). The economic burden of depression in Switzerland. *Pharmacoeconomics*, 31 (3): 237–250.
- United Nations (2014). *World Population Prospects – The 2012 Revision, Methodology of the United Nations Population Estimates and Projections*.
- US Department of Health and Human Services (1996). *Physical activity and health: a report of the Surgeon General*: DIANE Publishing.
- Van Oyen, H., Van der Heyden, J., Perenboom, R. & Jagger, C. (2006). Monitoring population disability: evaluation of a new Global Activity Limitation Indicator (GALI). *Sozial-und Präventivmedizin*, 51 (3): 153–161.
- Vassilakos, P. (2012). Prévention du cancer du col utérin en Suisse: les défis de l'ère vaccinale. *Gynécologie-obstétrique*, 359 (37): 2015–2020.
- von Greyerz, S., Gurtner, F., Wettstein, W. & Neuberg, S. (2004). *Ostéoporose et chutes des personnes âgées: une approche de santé publique*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Wanner, P., Lerch, M. & Kohli, R. (2012). *La géographie de la mortalité en Suisse depuis 1970*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- Wanner, P., Peng, F. & Cotter, S. (1997). Mortalité par âge et cause de décès en Suisse: une analyse des disparités cantonales durant la période 1978/83 à 1988/93. *Revue européenne de démographie*, 4 (381–399).
- Weiss, W. (2000). *Zweiter Berner Gesundheitsbericht*. Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.
- Weiss, W. E., Zimmerman, E. E., Ammann, P. C. & Wietlisbach, V. C. (1996). *La santé dans le canton de Genève: projet GCI: coopération intercantonale en matière d'analyse des données issues de la 1^{ère} Enquête suisse sur la santé (ESS)*. Lausanne: ISP (Institut suisse de la santé publique).
- WHO (2004). A glossary of terms for community health care and services for older persons. In C. f. H. D. World Health Organization, Ageing and Health Technical Report (Ed.) (Vol. 5).
- WHO (2014). RC63. Factsheet – Mental Health. Online: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/216210/RC63-Fact-sheet-MNH-Ger.pdf?ua=1
- Wiegand, D., Stamm, H. & Lamprecht, M. (2012). *Analyse von Fragen zum Bewegungsverhalten im Omnibus 2011 des Bundesamtes für Statistik*. Zurich: Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG (L&S).
- Wildi, M., Unternährer, T. & Locher, R. (2005). *Kostenprognosemodell für die obligatorische Krankenversicherung (OKP)*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Wirtz, A., Nachreiner, F., Beermann, B., Brenscheidt, F. & Siefer, A. (2009). *Lange Arbeitszeiten und Gesundheit*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European neuropsychopharmacology*, 15 (4): 357–376.
- Wolff, H., Gaspoz, J. & Guessous, I. (2011). Health care renunciation for economic reasons in Switzerland. *Swiss medical weekly*, 141 (w13165): E1–E5.
- Wolff, J. L., Starfield, B. & Anderson, G. (2002). Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Archives of internal medicine*, 162 (20): 2269–2276.
- Zimmermann, D., Moreau-Gruet, F. & Zimmermann, E. (2012). *Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées vivant en institution et à domicile*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Annexes

Tableau A-2.1 Etat de santé auto-évalué, canton de Genève et Suisse ainsi que comparaison régionale, 1992-2012

Comparaison temporelle	(Très) bon			Assez bon			(Très) mauvais			Echantillon									
	GE			CH			GE			CH									
	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n							
1992	81,1	78,5	83,7	84,6	83,9	85,2	14,1	11,8	16,5	11,8	12,3	4,8	3,4	6,2	3,3	4,0	1 036	15 288	
1997	81,1	78,5	83,8	83,2	82,5	83,9	14,7	12,3	17,1	12,8	12,2	4,2	2,8	5,5	4,0	3,6	1 046	13 000	
2002	85,4	82,9	87,9	88,8	85,2	86,4	10,0	7,9	12,1	10,7	11,3	4,6	3,1	6,1	3,4	3,1	1 017	19 701	
2007	84,8	82,2	87,3	86,7	86,1	87,3	11,3	9,1	13,4	9,8	10,4	4,0	2,5	5,4	3,4	3,1	1 044	18 750	
2012	77,4	74,4	80,3	82,8	82,2	83,4	17,9	15,2	20,6	13,6	14,2	4,7	3,3	6,2	3,6	3,3	1 147	21 571	
Femmes	75,2	71,1	79,4	81,3	80,4	82,2	19,2	15,4	23,0	14,2	15,9	5,5	3,3	7,8	3,7	3,2	651	11 297	
Hommes	79,9	75,8	84,0	84,3	83,5	85,2	16,4	12,6	20,2	11,4	12,9	3,8	1,9	5,6	3,5	3,1	40	10 274	
15-34 ans	91,2	87,8	94,7	92,8	91,9	93,7	7,0	3,9	10,1	6,4	5,6	1,7	0,0	0,7	0,5	1,0	40	496	
35-49 ans	82,7	77,9	87,5	87,3	86,3	88,4	15,0	10,3	19,7	9,8	10,8	2,3	0,8	3,8	2,8	2,3	308	5 609	
50-64 ans	73,2	67,0	79,4	78,3	76,8	79,7	17,3	11,9	22,8	16,0	14,7	3,9	1,5	5,5	5,8	5,0	260	5 266	
65 ans et plus	59,6	52,1	67,1	68,0	66,4	69,7	33,8	26,6	41,0	25,8	24,3	6,6	2,3	10,9	6,2	5,3	7,1	267	4 796
Formation	68,0	60,4	75,7	71,4	69,5	73,3	20,6	14,3	26,9	21,3	19,6	11,4	5,5	17,3	7,3	6,2	223	3 854	
Scolarité obligatoire	77,3	72,9	81,6	82,6	81,8	83,5	18,8	14,6	22,9	14,0	13,2	4,0	2,3	5,7	3,3	2,9	497	11 561	
Degré secondaire II	83,4	78,9	87,9	89,5	89,6	91,4	14,4	10,1	18,8	7,8	7,1	8,6	2,2	0,8	1,7	1,3	2,0	604	6 047
Degré tertiaire	80,4	77,3	83,6	83,7	83,1	84,4	16,2	13,2	19,2	13,2	12,6	3,8	2,1	4,6	3,1	2,8	3,4	850	17 919
Nationalité	71,0	64,9	77,1	79,7	78,0	81,3	21,4	15,9	26,9	15,1	13,6	16,6	3,8	11,3	5,2	4,3	297	3 652	
Etrangers	72,8	66,6	79,0	75,3	73,8	76,9	20,5	14,8	26,3	18,8	17,4	20,2	6,7	9,8	5,9	5,1	266	5 092	
Jusqu'à 2999 CHF	77,0	72,1	82,0	83,2	82,1	84,3	16,6	12,4	20,8	13,6	12,6	14,6	6,4	3,2	3,2	2,7	3,8	343	6 761
De 3000 à 4999 CHF	82,5	77,2	87,9	87,4	86,2	88,6	16,1	10,9	21,3	10,6	9,4	11,7	1,4	0,0	2,8	1,6	200	4 214	
De 4500 à 5999 CHF	85,5	79,1	92,0	90,7	89,6	91,8	12,5	6,2	18,9	7,8	6,8	8,9	1,9	0,2	3,7	1,4	1,8	253	4 210
6000 CHF et plus	77,3	74,3	80,2	82,5	81,8	83,3	18,0	15,3	20,8	13,8	13,2	14,5	4,7	3,2	3,6	3,3	1 136	15 399	
Degré d'urbanisation	(85,3)	65,7	100,0	83,5	82,3	84,7	(5,9)	0,0	17,3	13,0	14,1	(8,8)	0,0	25,4	3,5	2,9	4,1	11	6 172
Comparaison régionale	(Très) bon	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	CH	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Assez bon	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	CH	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	(Très) mauvais	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	CH	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Echantillon
Région	85,0	84,3	85,8	84,3	83,9	85,8	12,0	11,3	12,7	11,3	12,7	3,0	3,0	2,6	2,6	3,4	2,6	3,4	13 919
Suisse alémanique	78,0	76,8	79,3	76,8	76,8	79,3	16,8	15,7	17,9	15,7	17,9	5,2	5,2	4,5	4,5	5,9	4,5	5,9	6 104
Suisse romande	74,0	71,5	76,4	71,5	76,4	76,4	22,0	19,6	24,3	19,6	24,3	4,1	4,1	3,0	3,0	5,2	3,0	5,2	1 548
Tessin	84,7	83,0	86,5	83,0	83,0	86,5	12,7	11,1	14,3	11,1	14,3	2,6	2,6	1,8	1,8	3,3	1,8	3,3	2 226
ZH	83,5	81,6	85,5	81,6	85,5	85,5	13,4	11,6	15,2	11,6	15,2	3,1	3,1	2,2	2,2	4,0	2,2	4,0	1 715
BE	88,0	86,1	89,9	86,1	89,9	89,9	9,2	7,6	10,9	7,6	10,9	2,8	2,8	1,8	1,8	3,7	1,8	3,7	1 280
LU	89,6	86,9	92,2	86,9	92,2	92,2	8,3	6,0	10,7	6,0	10,7	2,1	2,1	0,8	0,8	3,4	0,8	3,4	513
UR	90,5	88,0	93,0	88,0	93,0	93,0	7,2	4,9	9,4	4,9	9,4	2,3	2,3	1,1	1,1	3,5	1,1	3,5	598
SZ	88,4	86,3	90,6	86,3	90,6	90,6	8,8	6,9	10,7	6,9	10,7	2,7	2,7	1,5	1,5	4,0	1,5	4,0	995
ZG	79,8	76,9	82,7	76,9	82,7	82,7	16,2	13,5	18,9	13,5	18,9	4,0	4,0	2,5	2,5	5,5	2,5	5,5	1 026
FR	82,4	79,7	85,0	79,7	85,0	85,0	14,3	11,8	16,8	11,8	16,8	3,3	3,3	2,3	2,3	4,4	2,3	4,4	1 011
BS	81,1	78,1	84,0	78,1	84,0	84,0	14,4	11,7	17,0	11,7	17,0	4,6	4,6	3,0	3,0	6,2	3,0	6,2	846
BL	88,7	85,8	91,5	85,8	91,5	91,5	9,2	6,5	11,8	6,5	11,8	2,2	2,2	1,0	1,0	3,3	1,0	3,3	509
AR	86,1	83,2	89,0	83,2	89,0	89,0	11,3	8,6	14,0	8,6	14,0	2,6	2,6	1,3	1,3	3,8	1,3	3,8	666
AG	86,5	84,4	88,5	84,4	88,5	88,5	10,8	8,9	12,6	8,9	12,6	2,7	2,7	1,7	1,7	3,7	1,7	3,7	1 270
TG	84,5	82,2	86,8	82,2	86,8	86,8	12,2	10,2	14,3	10,2	14,3	3,3	3,3	2,1	2,1	4,4	2,1	4,4	1 125
TI	74,0	71,5	76,4	71,5	76,4	76,4	22,0	19,6	24,3	19,6	24,3	4,1	4,1	3,0	3,0	5,2	3,0	5,2	1 548
VD	77,3	75,1	79,4	75,1	79,4	79,4	16,5	14,6	18,4	14,6	18,4	6,2	6,2	4,9	4,9	7,5	4,9	7,5	1 738
VS	80,9	78,3	83,6	78,3	83,6	83,6	14,8	12,4	17,2	12,4	17,2	4,3	4,3	2,9	2,9	5,6	2,9	5,6	1 063
NE	75,1	71,3	79,0	71,3	79,0	79,0	18,5	15,1	21,8	15,1	21,8	6,4	6,4	4,1	4,1	8,7	4,1	8,7	621
GE	77,4	74,4	80,3	74,4	80,3	80,3	17,9	15,2	20,6	15,2	20,6	4,7	4,7	3,2	3,2	6,2	3,2	6,2	1 147
JU	77,1	73,1	81,1	73,1	81,1	81,1	19,0	15,3	22,8	15,3	22,8	3,9	3,9	2,3	2,3	5,5	2,3	5,5	509
Ville de Zurich	82,0	79,3	84,7	79,3	84,7	84,7	15,4	12,8	18,0	12,8	18,0	2,6	2,6	1,6	1,6	3,6	1,6	3,6	956

1) Suisse alémanique: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU, Tessin: TI.

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

Source: OFS – Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Tableau A-2.2 Problèmes de santé de longue durée, canton de Genève et Suisse ainsi que comparaison régionale, 2007-2012

	Problèmes de santé de longue durée										Echantillon	
	GÉ					CH					GÉ	CH
	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "non" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "non" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "non" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n
Comparaison temporelle	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	24,7	21,7	27,8	26,5	27,3	28,1	27,3	72,2	78,3	71,9	73,5	18 742
2012	29,1	26,1	32,1	31,1	31,9	32,6	30,9	67,9	73,9	67,4	68,9	1 148
Total	31,3	27,1	35,6	32,7	33,8	35,0	33,8	64,4	72,9	65,0	67,3	651
Sexe	26,4	22,0	30,8	28,7	29,8	30,9	28,7	69,2	78,0	69,1	71,3	10 268
Femmes	17,1	12,4	21,7	18,1	18,1	19,4	16,8	78,3	87,6	80,6	83,2	5 604
Hommes	20,7	15,8	25,6	26,3	24,9	27,7	24,9	74,4	84,2	72,3	75,1	312
35-49 ans	40,6	33,9	47,3	38,3	40,0	38,3	41,7	59,4	66,1	60,0	58,3	309
50-64 ans	41,7	34,3	49,1	49,1	49,1	47,4	50,9	58,3	65,7	49,1	52,6	262
65 ans et plus	33,1	25,3	40,9	32,6	32,6	34,5	34,5	66,9	74,7	67,4	69,3	223
Formation	28,6	24,1	33,0	33,1	32,0	34,1	34,1	71,4	78,0	66,9	68,0	497
Scolarité obligatoire	26,8	22,0	31,5	29,1	27,7	30,5	30,5	73,2	78,0	70,9	72,3	417
Degré secondaire II	32,2	28,6	35,9	34,1	33,2	35,0	35,0	67,8	71,4	65,9	66,8	851
Nationalité	22,7	17,4	28,1	24,4	22,6	26,1	26,1	77,3	82,6	75,6	77,4	297
Etrangers	34,5	27,8	41,2	34,7	33,0	36,4	36,4	65,5	72,2	63,6	67,0	265
Jusqu'à 2999 CHF	25,3	20,3	30,4	31,1	29,7	32,4	32,4	74,7	79,7	67,6	70,3	343
De 3000 à 4499 CHF	26,4	20,1	32,7	30,9	29,2	32,6	32,6	73,6	79,9	67,4	70,8	200
d'équivalence du ménage	26,2	19,8	32,7	28,9	27,2	30,6	30,6	73,8	78,0	69,4	72,8	254
De 4500 à 5999 CHF	29,0	25,9	32,0	32,1	31,1	33,0	33,0	71,0	74,1	67,9	68,9	1 137
6000 CHF et plus	(40,8)	10,5	71,2	29,8	31,3	32,9	32,9	(59,2)	89,5	67,1	70,2	15 390
Ville												
Degré d'urbanisation												
Comparaison régionale												
Région linguistique ¹⁾	33,1	29,2	37,0	32,1	34,1	34,1	34,1	66,9	71,2	65,9	67,9	13 903
Suisse romande	27,4	24,9	29,8	27,9	30,5	30,5	30,5	70,8	72,6	69,5	72,1	6 107
Tessin	33,2	30,9	36,6	34,0	35,4	35,4	35,4	66,8	70,2	64,6	69,1	1 550
ZH	36,6	34,0	39,1	37,6	39,1	39,1	39,1	63,4	66,8	60,9	66,0	2 222
BE	21,8	18,2	25,6	23,3	25,4	25,4	25,4	78,2	81,8	74,6	72,4	1 276
LU	27,1	24,9	30,9	27,3	30,9	30,9	30,9	72,9	76,7	69,1	76,7	513
UR	28,8	25,7	31,8	28,8	31,8	31,8	31,8	68,2	71,2	66,7	73,1	598
SZ	30,1	27,4	33,6	29,9	33,3	33,3	33,3	69,9	73,1	66,7	74,3	994
ZG	36,9	34,0	41,0	33,6	40,3	40,3	40,3	63,1	66,4	59,7	66,4	1 010
FR	27,4	24,9	30,9	27,3	30,9	30,9	30,9	72,6	75,1	68,0	77,1	845
BS	30,0	26,2	33,9	28,3	33,9	33,9	33,9	70,0	73,8	66,1	73,8	509
BL	31,1	28,3	33,9	29,3	35,3	35,3	35,3	62,5	66,1	59,0	66,0	665
AR	32,3	29,3	35,3	32,3	35,3	35,3	35,3	67,7	71,7	66,1	71,7	665
GR	27,4	24,9	30,9	27,3	30,9	30,9	30,9	72,6	75,1	68,0	73,8	1 127
AG	28,5	25,5	31,5	26,1	29,8	29,8	29,8	72,6	75,1	68,0	73,8	1 269
TC	27,4	24,9	30,9	27,3	30,9	30,9	30,9	72,6	75,1	68,0	73,8	1 127
TI	28,5	25,5	31,5	26,1	29,8	29,8	29,8	72,6	75,1	68,0	73,8	1 550
VD	27,4	24,9	30,9	27,3	30,9	30,9	30,9	72,6	75,1	68,0	73,8	1 739
VN	27,4	24,9	30,9	27,3	30,9	30,9	30,9	72,6	75,1	68,0	73,8	1 064
VS	33,0	29,1	37,0	32,1	37,0	37,0	37,0	67,0	71,0	63,0	71,0	621
NE	32,1	29,1	37,0	32,1	37,0	37,0	37,0	67,0	71,0	63,0	71,0	621
GE	32,1	29,1	37,0	32,1	37,0	37,0	37,0	67,0	71,0	63,0	71,0	621
JU	32,4	29,1	37,0	32,1	37,0	37,0	37,0	67,6	70,9	64,4	70,9	508
Ville de Zurich	32,4	29,1	37,0	32,1	37,0	37,0	37,0	67,6	70,9	64,4	70,9	952

1) Suisse alémanique: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, AR, AI, SG, GR, AG, TG, Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU, Tessin : TI.

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SO) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

Source: OFS – Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Tableau A-2.3 Limitations dans les activités que les gens font habituellement en raison de problèmes de santé, canton de Genève et Suisse ainsi que comparaison régionale, 2007-2012

	Fortement limité				Limité mais pas fortement				Pas limité				Echantillon			
	GE		CH		GE		CH		GE		CH		GE	CH		
	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n		
Comparaison temporelle	1992	1997	2002	2007	1992	1997	2002	2007	1992	1997	2002	2007	979	17 207		
Total	4,3	3,0	1,8	4,3	5,6	4,8	7,2	6,7	4,9	8,9	5,6	4,3	77,0	74,8		
Sexe	Femmes	3,0	1,8	4,3	5,0	4,5	5,5	4,4	18,7	15,9	21,4	19,7	74,1	76,3		
	Hommes	5,8	3,5	8,2	4,5	4,0	5,0	5,0	15,4	11,7	19,2	17,0	79,6	73,7		
	15-34 ans	1,5	0,0	3,0	1,7	1,3	2,2	2,2	10,8	6,7	14,8	13,3	83,0	79,5		
	35-49 ans	3,3	1,2	5,5	3,4	2,8	4,1	4,1	11,1	7,1	15,2	16,1	90,0	86,1		
	50-64 ans	6,5	3,2	9,7	6,9	6,0	7,8	7,8	20,5	14,5	22,3	22,3	79,5	73,7		
	65 ans et plus	6,7	3,4	9,9	8,4	7,4	9,4	9,4	34,7	27,5	41,9	30,1	66,0	58,1		
Formation	Scolarité obligatoire	6,6	2,8	10,4	8,2	7,0	9,4	9,4	21,7	15,3	28,1	23,3	64,6	66,6		
	Degré secondaire II	2,7	1,4	4,1	4,8	4,3	5,2	5,2	20,8	16,4	25,3	20,8	71,9	75,5		
	Degré tertiaire	4,7	2,4	7,0	2,5	2,0	3,0	3,0	14,3	10,1	18,4	15,4	85,6	80,9		
Nationalité	Suisses	4,9	3,3	6,5	4,8	4,4	5,2	5,2	17,9	14,8	21,0	20,4	73,9	75,5		
	Etrangers	3,1	0,9	5,3	4,6	3,7	5,4	5,4	20,2	14,8	25,7	17,1	82,3	80,0		
Revenu d'équivalence	Jusqu'à 2999 CHF	5,8	2,8	8,7	7,0	6,1	7,9	7,9	19,8	14,3	25,4	23,1	68,4	68,3		
	De 3000 à 4499 CHF	4,7	2,2	7,1	4,3	3,7	4,9	4,9	16,5	12,0	21,0	18,5	83,8	80,9		
	De 4500 à 5999 CHF	1,8	0,2	3,5	3,3	2,7	3,9	3,9	20,0	14,1	26,0	18,8	78,1	77,3		
	6000 CHF et plus	2,4	0,4	4,4	1,8	1,4	2,3	2,3	16,9	10,3	23,5	15,1	73,9	76,4		
Degré d'urbanisation	Ville	4,4	3,1	5,6	4,6	4,2	5,1	5,1	18,6	15,8	21,3	19,8	74,1	74,7		
	Campagne	(0,0)	-	-	5,1	4,4	5,9	5,9	(27,9)	0,0	56,0	19,4	100,0	76,4		
Comparaison régionale	Fortement limité	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Echantillon n
Région linguistique ¹⁾	Suisse allemande	4,7	4,2	5,1	4,6	5,1	5,1	20,4	19,6	21,3	19,6	21,3	74,9	74,0	75,8	13 913
	Suisse romande	5,2	4,6	5,9	4,7	5,9	5,9	17,9	16,8	19,0	16,8	19,0	76,9	75,7	78,1	6 103
	Tessin	3,7	2,7	4,7	3,3	4,7	4,7	20,3	18,6	22,3	18,6	22,3	78,2	75,9	80,4	1 550
Cantons ²⁾	ZH	4,2	3,1	5,2	3,1	5,2	5,2	20,5	18,6	22,3	18,6	22,3	75,3	73,3	77,3	2 223
	BE	4,2	3,1	5,2	3,1	5,2	5,2	22,9	20,7	25,0	20,7	25,0	73,0	70,7	75,3	1 713
	LU	3,9	2,8	5,0	2,8	5,0	5,0	20,3	17,8	22,7	17,8	22,7	75,8	73,3	78,4	1 280
	UR	4,5	2,6	6,4	2,6	6,4	6,4	16,1	12,7	19,4	12,7	19,4	79,4	75,8	83,1	513
	SZ	3,1	1,7	4,4	1,7	4,4	4,4	18,8	15,2	22,3	15,2	22,3	80,7	74,5	81,8	599
	ZG	3,3	1,9	4,6	1,9	4,6	4,6	16,1	13,7	18,5	13,7	18,5	80,7	78,1	83,3	993
	FR	4,9	3,4	6,5	3,4	6,5	6,5	18,7	16,0	21,4	16,0	21,4	76,4	73,4	79,3	1 027
	BS	5,5	4,0	7,0	4,0	7,0	7,0	23,4	20,4	26,4	20,4	26,4	71,1	67,9	74,3	1 011
	BL	6,0	4,3	7,6	4,3	7,6	7,6	24,0	20,9	27,1	20,9	27,1	70,0	66,7	73,3	847
	AR	3,9	2,0	5,7	2,0	5,7	5,7	18,8	14,8	22,9	14,8	22,9	77,3	73,0	81,6	509
	GR	4,2	2,7	5,7	2,7	5,7	5,7	18,5	15,2	21,9	15,2	21,9	77,2	73,7	80,8	664
	AG	4,9	3,5	6,2	3,5	6,2	6,2	17,6	15,4	19,8	15,4	19,8	77,5	75,0	80,0	1 270
	TC	4,6	3,3	5,9	3,3	5,9	5,9	19,1	16,6	21,7	16,6	21,7	76,2	73,5	79,0	1 128
	TI	3,7	2,7	4,7	2,7	4,7	4,7	18,2	16,0	20,3	16,0	20,3	78,2	75,9	80,4	1 550
	VD	5,5	4,3	6,7	4,3	6,7	6,7	18,3	16,3	20,4	16,3	20,4	76,2	73,9	78,4	1 741
	VS	5,2	3,8	6,7	3,8	6,7	6,7	14,3	12,1	16,5	12,1	16,5	80,5	77,9	83,0	1 060
	NE	6,9	4,3	9,5	4,3	9,5	9,5	18,5	15,3	21,7	15,3	21,7	74,7	70,9	78,5	621
	GE	4,3	3,0	5,6	3,0	5,6	5,6	18,7	15,9	21,4	15,9	21,4	77,0	74,1	79,9	1 148
	JU	5,1	3,0	7,2	3,0	7,2	7,2	20,1	16,1	24,1	16,1	24,1	74,8	70,5	79,2	506
	Ville de Zurich	4,6	3,2	5,9	3,2	5,9	5,9	21,4	18,5	24,2	18,5	24,2	74,1	71,0	77,1	955

1) Suisse allemande: ZH, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Tessin: TI.

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

Source: OFS - Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Tableau A-2.4 Difficultés dans l'accomplissement des activités de base et instrumentales, canton de Genève et Suisse ainsi que comparaison régionale, 2012 (65 ans et plus)

	Personnes âgées de 65 ans et plus ayant des difficultés dans l'accomplissement des activités de base				Personnes âgées de 65 ans et plus ayant des difficultés dans l'accomplissement des activités instrumentales				Echantillon		
	CH		GE		CH		GE		GE	CH	
	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n	
Comparaison temporelle											
1992	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	14,6	9,0	20,1	8,2	10,4	26,7	4,801	47,6	36,9	35,1	38,7
Sexe											
Femmes	16,4	8,7	24,2	9,6	12,9	158	2,579	53,3	43,9	41,4	46,5
Hommes	11,3	4,4	18,3	6,8	8,1	109	2,222	37,9	27,8	25,6	30,1
15-34 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
35-49 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
50-64 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
65 ans et plus	14,6	9,0	20,1	8,2	10,4	26,7	4,801	47,6	36,9	35,1	38,7
Formation											
Scolarité obligatoire	23,6	6,5	40,8	16,1	12,9	19,2	47	64,9	51,8	47,9	55,8
Degré secondaire II	6,3	2,6	10,0	7,8	6,5	9,0	137	2,790	38,7	28,5	32,7
Degré tertiaire	22,9	10,4	35,4	6,4	4,4	8,3	78	9,40	52,6	22,1	28,9
Nationalité											
Suisses	12,0	6,6	17,3	8,7	7,6	9,8	215	4,319	45,6	37,1	37,8
Etrangers	23,7	8,0	39,4	14,8	10,1	19,4	52	482	45,0	39,8	51,3
Revenu											
Jusqu'à 2999 CHF	15,8	4,9	26,6	12,7	10,5	14,8	77	1,439	45,7	42,2	49,2
De 3000 à 4499 CHF	12,0	4,1	19,8	7,7	5,7	9,7	72	1,423	34,5	31,4	37,6
De 4500 à 5999 CHF	12,9	2,2	23,5	6,7	4,6	8,8	41	758	26,0	22,5	29,6
6000 CHF et plus	1,1	0,0	3,2	4,1	2,3	5,8	43	624	32,9	12,3	29,9
Ville	14,6	9,0	20,1	9,2	8,0	10,5	266	3,550	47,5	39,9	38,2
Campagne	-	-	-	9,6	7,1	12,0	1	1,251	39,0	34,9	43,1
Comparaison régionale											
Personnes âgées de 65 ans et plus ayant des difficultés dans l'accomplissement des activités de base											
Part de "oui" en %	8,3	7,0	9,6	7,0	9,6	3,100	33,7	31,4	35,9	35,9	3,100
Intervalle de confiance (95%)	11,8	14,0	14,0	9,5	14,0	1,322	43,1	39,9	46,3	46,3	1,322
Suisse alémanique linguistique ¹⁾	11,6	7,9	15,2	7,9	15,2	379	53,2	47,7	58,7	58,7	379
Suisse romande	8,0	5,1	10,8	5,1	10,8	543	32,3	27,0	37,6	37,6	543
Cantons ²⁾											
ZH	9,7	6,4	12,9	6,4	12,9	411	34,3	29,2	39,3	39,3	411
BE	10,1	6,0	14,2	6,0	14,2	261	37,3	30,8	43,7	43,7	261
LU	7,2	1,4	13,0	1,4	13,0	100	33,5	22,8	44,2	44,2	100
UR	7,5	2,7	12,3	2,7	12,3	113	33,3	23,8	42,8	42,8	113
SZ	5,2	1,8	8,6	1,8	8,6	188	28,3	21,4	35,1	35,1	188
ZG	9,0	2,9	15,2	2,9	15,2	166	41,0	32,2	49,7	49,7	166
FR	10,1	6,1	14,2	6,1	14,2	266	41,3	35,0	47,6	47,6	266
BS	8,0	4,3	11,7	4,3	11,7	238	31,1	24,9	37,2	37,2	238
BL	10,4	3,7	17,2	3,7	17,2	113	33,5	24,0	43,1	43,1	113
AR	6,7	1,8	11,7	1,8	11,7	137	33,3	24,9	41,7	41,7	137
GR	3,6	1,4	5,8	1,4	5,8	280	32,9	26,2	39,7	39,7	280
AG	7,2	3,6	10,8	3,6	10,8	220	26,1	19,9	32,3	32,3	220
TG	11,6	7,9	15,2	7,9	15,2	379	53,2	47,7	58,7	58,7	379
TI	10,2	6,9	13,6	6,9	13,6	411	42,7	37,4	48,0	48,0	411
VD	9,3	4,9	13,6	4,9	13,6	219	36,6	29,4	43,9	43,9	219
VS	17,7	9,1	26,4	9,1	26,4	145	42,4	33,2	51,6	51,6	145
NE	14,6	9,0	20,1	9,0	20,1	267	47,6	40,1	55,2	55,2	267
GE	10,1	3,9	16,3	3,9	16,3	114	36,1	36,1	60,1	60,1	114
JU	8,9	4,6	13,3	4,6	13,3	209	35,7	28,4	43,1	43,1	209

1) Suisse alémanique: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Tessin: TI.

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG) ne sont pas présentés. Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

Source: OFS - Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Tableau A-2.5 Troubles physiques (sans la fièvre), canton de Genève et Suisse ainsi que comparaison régionale, 1992-2012

	Aucun/peu de troubles			Quelques troubles			Troubles importants			Echantillon													
	CH			CH			CH			GE	CH												
	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n											
Comparaison temporelle	1992	39,3	35,9	42,7	41,4	43,3	31,8	28,6	35,1	34,1	33,2	35,0	28,9	25,6	32,1	23,6	24,4	952	14 163				
	1997	33,4	30,0	36,7	33,7	35,6	38,1	34,6	41,5	38,5	37,5	34,8	36,6	28,5	25,3	31,7	26,8	25,9	27,7	940	11 871		
Total	2002	38,7	35,2	42,3	40,3	42,2	35,7	32,2	39,3	35,7	34,8	36,5	25,5	22,3	28,8	23,1	22,3	23,8	946	18 458			
	2007	37,0	33,4	40,6	40,3	41,3	35,8	32,2	39,4	35,5	34,6	36,4	27,2	23,9	30,5	24,2	23,4	25,0	952	17 421			
Sexe	Femmes	45,9	42,4	49,4	46,0	45,2	34,1	30,7	37,4	33,2	32,4	34,0	20,1	17,4	22,7	20,8	20,0	21,5	1 076	20 426			
	Hommes	35,6	31,0	40,2	36,2	35,0	37,9	33,2	42,6	34,1	32,9	35,3	26,5	22,5	30,5	27,7	26,6	28,8	616	10 722			
Formation	15-34 ans	53,0	46,1	59,9	56,4	57,7	29,3	24,6	34,1	30,1	28,9	31,3	12,2	9,0	15,5	13,5	12,6	14,4	460	9 704			
	35-49 ans	41,9	35,5	48,3	45,8	47,1	28,3	22,5	34,0	34,5	32,9	36,1	18,8	13,4	24,1	20,2	18,7	21,7	284	5 168			
Nationalité	50-64 ans	46,7	39,6	53,9	47,8	46,1	30,8	24,3	37,3	30,4	28,8	31,1	22,5	17,0	27,9	21,8	20,4	23,2	247	5 041			
	65 ans et plus	42,3	34,7	49,9	44,5	42,7	37,6	30,0	45,2	33,7	32,0	35,4	20,1	14,3	25,8	21,8	20,2	23,3	256	4 640			
Revenu	Scolarité obligatoire	40,3	32,0	48,6	42,3	40,2	44,4	33,5	25,4	41,6	31,1	35,1	26,2	19,3	33,2	24,6	22,8	26,5	204	3 588			
	Degré secondaire II	43,5	38,2	48,8	44,4	43,2	45,6	35,8	27,6	40,9	33,4	32,2	34,5	20,8	16,7	24,8	22,2	21,2	23,2	472	11 005		
Degré d'urbanisation	Degré tertiaire	51,3	45,5	57,1	51,3	49,7	52,9	33,1	26,6	38,6	33,0	31,5	15,6	11,7	19,6	15,7	14,5	16,8	389	5 733			
	Suisses	46,5	42,4	50,6	45,5	44,5	33,2	29,3	37,1	34,4	33,5	35,3	20,3	17,2	23,5	20,1	19,4	20,9	798	17 033			
Région linguistique ¹⁾	Etrangers	44,6	37,8	51,5	47,9	45,8	50,1	35,8	29,2	42,4	29,1	27,2	31,0	19,5	14,6	24,5	22,9	21,0	24,8	278	3 393		
	Jusqu'à 2999 CHF	45,5	38,0	53,0	41,7	39,8	43,5	30,6	23,7	37,5	32,9	31,2	34,6	23,9	18,1	29,8	25,5	23,8	27,2	244	4 772		
Cantons ²⁾	De 3000 à 4999 CHF	43,1	36,9	49,3	44,3	42,8	34,4	28,4	40,4	35,1	33,6	36,6	22,5	17,5	27,4	20,6	19,3	21,8	323	6 428			
	De 4500 à 5999 CHF	48,1	40,2	56,0	48,1	46,1	50,0	34,2	26,9	41,5	32,1	30,3	33,9	17,7	12,0	23,3	19,8	18,2	21,4	186	4 015		
Ville de Zurich	6000 CHF et plus	50,3	42,6	58,0	53,0	51,1	37,3	29,8	44,8	31,9	30,1	33,7	12,4	7,3	17,4	15,1	13,7	16,4	243	3 997			
	Campagne	46,1	42,5	49,6	46,0	45,0	47,0	33,9	30,5	37,3	32,6	31,7	33,6	20,0	17,3	22,7	21,4	20,5	22,2	1 065	14 599		
		(27,0)	0,0	56,4	46,1	44,4	47,8	44,7	15,0	77,3	34,8	33,2	36,4	(26,8)	0,0	54,4	19,1	17,7	20,5	11	5 867		
Comparaison régionale	Aucun/peu de troubles	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)
Région	Suisse alémanique	46,6	44,8	48,4	45,5	47,7	33,3	33,2	32,3	34,3	32,3	34,3	20,1	20,1	22,0	19,2	21,0	21,0	13 180				
	Suisse romande	44,8	43,6	46,4	43,3	46,3	32,2	32,0	34,7	34,7	34,7	34,7	22,0	24,5	22,0	20,8	23,2	5 787					
	Tessin	43,6	40,7	47,6	40,7	47,6	32,8	32,8	29,3	34,6	29,3	34,6	24,5	24,5	22,0	22,0	26,9	1 459					
	ZH	45,1	42,5	49,4	42,5	47,8	37,3	37,3	30,5	35,0	30,5	35,0	22,1	22,1	19,9	19,9	24,3	2 101					
	BE	45,1	42,5	49,4	42,5	47,8	37,3	37,3	30,5	35,0	30,5	35,0	17,5	17,5	15,5	15,5	19,5	1 635					
	LU	47,4	44,3	50,5	44,3	50,5	32,6	32,6	29,7	35,5	29,7	35,5	19,9	19,9	17,5	17,5	22,3	1 218					
	UR	49,4	44,5	54,2	44,5	54,2	35,1	35,1	30,5	39,7	30,5	39,7	15,5	15,5	12,3	12,3	18,7	498					
	SZ	54,6	49,9	59,2	50,1	59,2	27,8	27,8	23,8	31,8	23,8	31,8	17,5	17,5	13,9	13,9	21,2	565					
	ZG	49,9	46,4	53,4	46,4	53,4	33,9	33,9	30,6	37,3	30,6	37,3	16,2	16,2	13,7	13,7	18,7	939					
	FR	43,7	40,2	47,2	40,2	47,2	32,7	32,7	29,4	35,9	29,4	35,9	23,7	23,7	20,6	20,6	26,8	989					
	BS	46,2	42,7	49,8	42,7	49,8	30,2	30,2	27,0	33,4	27,0	33,4	23,6	23,6	20,5	20,5	26,6	952					
	BL	44,9	41,1	48,7	41,1	48,7	31,3	31,3	27,8	34,7	27,8	34,7	23,8	23,8	20,5	20,5	27,1	801					
	AR	49,5	44,5	54,5	44,5	54,5	33,3	33,3	28,7	37,8	28,7	37,8	17,2	17,2	12,8	12,8	21,6	480					
	GR	48,1	43,8	52,4	43,8	52,4	33,2	33,2	29,2	37,3	29,2	37,3	18,6	18,6	15,2	15,2	22,1	640					
	AG	48,9	45,7	52,1	45,7	52,1	31,9	31,9	28,8	34,4	28,8	34,4	19,3	19,3	16,8	16,8	21,7	1 193					
	TG	45,4	42,1	48,7	42,1	48,7	37,6	37,6	34,4	40,8	34,4	40,8	17,0	17,0	14,6	14,6	19,4	1 061					
	TI	43,6	40,7	46,4	40,7	46,4	32,0	32,0	29,3	36,1	29,3	36,1	24,5	24,5	22,0	22,0	26,9	1 459					
	VD	43,7	41,0	46,5	41,0	46,5	33,5	33,5	30,9	36,1	30,9	36,1	22,8	22,8	20,5	20,5	25,1	1 629					
	VS	47,8	44,3	51,3	44,3	51,3	32,3	32,3	29,1	35,6	29,1	35,6	19,8	19,8	17,2	17,2	22,5	1 013					
	NE	43,2	38,8	47,7	38,8	47,7	33,4	33,4	29,3	37,6	29,3	37,6	23,3	23,3	19,5	19,5	27,2	595					
	GE	45,9	42,4	49,4	42,4	49,4	34,1	34,1	30,7	37,4	30,7	37,4	20,1	20,1	17,4	17,4	22,7	1 076					
	JU	42,0	37,0	47,1	37,0	47,1	31,6	31,6	26,9	36,4	26,9	36,4	26,3	26,3	21,3	21,3	31,4	485					
		44,7	41,0	48,4	41,0	48,4	34,9	34,9	31,5	38,3	31,5	38,3	20,4	20,4	17,5	17,5	23,3	900					

1) Suisse alémanique: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SC, GR, AG, TG; Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Tessin : TI.

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, CL, SO, SH, AI, SG) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

Source: OFS – Enquêtes suisses sur la santé, 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Tableau A-2.6 Facteurs de risque des maladies cardiovasculaires: hypertension artérielle, taux de cholestérol trop élevé et diabète, canton de Genève et Suisse ainsi que comparaison régionale, 2002-2012

Comparaison temporelle	Hypertension artérielle				Taux de cholestérol trop élevé				Diabète				Echantillon					
	CF		CH		CF		CH		CF		CH		CF	CH				
	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	n	n				
1997	11,7	16,4	14,1	15,4	12,0	9,6	14,3	8,3	7,8	8,8	8,8	16,990	917	16,990	917			
2002	14,1	18,0	16,3	19,6	14,1	11,6	16,5	10,2	9,7	10,8	9,7	16,377	1022	16,377	1022			
2007	19,1	21,1	18,0	19,5	14,2	11,0	17,3	10,5	11,4	11,7	11,4	10,552	1055	10,552	1055			
Total	17,3	21,1	18,0	19,0	14,2	11,0	17,3	10,5	9,8	11,3	10,5	10,552	1055	10,552	1055			
Sexe	17,3	21,1	18,0	19,0	14,2	11,0	17,3	10,5	9,8	11,3	10,5	10,552	1055	10,552	1055			
Hommes	21,2	25,5	19,6	21,1	19,3	15,2	23,4	13,5	12,6	14,3	14,3	9,264	454	9,264	454			
Femmes	13,8	16,7	16,4	18,9	13,1	8,6	17,2	7,5	6,3	8,3	8,3	12,288	599	12,288	599			
15-34 ans	2,0	4,1	2,2	3,3	4,2	1,8	6,7	1,5	1,1	1,9	1,9	280	497	280	497			
35-49 ans	7,7	9,9	7,8	8,1	9,5	4,8	14,3	5,2	4,4	5,9	5,9	277	518	277	518			
50-64 ans	21,9	27,6	23,6	25,1	23,5	17,5	29,5	15,4	14,2	16,6	16,6	4,830	236	4,830	236			
65 ans et plus	47,5	40,0	49,2	47,4	30,6	24,2	37,0	29,5	27,9	31,1	26,6	4,629	71	4,629	71			
Formation	15,9	10,4	22,7	20,9	11,7	7,3	16,1	11,2	9,9	12,6	10,2	3,526	202	3,526	202			
Scolarité obligatoire	21,7	17,1	26,3	19,6	17,9	12,9	21,8	12,6	11,9	13,4	13,4	10,601	469	10,601	469			
Degré tertiaire	16,6	12,1	21,1	14,8	13,7	15,9	20,6	17,3	12,9	12,2	12,2	3,773	540	3,773	540			
Degré secondaire II	21,0	17,5	24,6	20,5	17,7	14,7	20,6	12,9	12,3	13,6	13,6	7,877	16,395	7,877	16,395			
Suisses	15,2	10,7	19,7	13,0	11,6	14,4	19,0	8,5	7,4	9,6	2,688	3,224	2,688	3,224				
Nationalité	21,0	15,2	26,7	21,7	20,1	23,2	25,1	4,885	5,0	11,3	10,2	12,4	237	4,644	237	4,644		
Etrangers	18,5	13,4	23,5	17,4	16,3	18,5	33,7	6,558	18,9	14,1	23,7	10,9	12,8	319	6,137	319	6,137	
Revenu	16,3	10,9	21,7	17,0	15,6	18,3	19,7	4,103	9,7	5,4	14,1	10,6	9,5	11,7	1,86	3,861	11,7	1,86
Jeu à 2999 CHF	18,0	11,5	24,5	16,1	14,7	17,4	24,6	4,083	22,3	15,9	28,8	13,3	12,0	14,6	231	3,786	13,3	231
De 4500 à 5999 CHF	19,3	16,4	22,2	19,0	18,2	19,7	1,104	14,894	16,5	14,0	19,1	12,6	12,0	13,3	1,044	14,040	12,6	1,044
6000 CHF et plus	(0,0)	(0,0)	16,9	19,7	11	5,965	(14,7)	0,0	34,3	10,0	9,0	11,0	11	5,979	11	5,979	11,0	11
Degré d'urbanisation	(0,0)	(0,0)	16,9	19,7	11	5,965	(14,7)	0,0	34,3	10,0	9,0	11,0	11	5,979	11	5,979	11,0	11
Comparaison régionale	Intervalle de confiance (95%)		Intervalle de confiance (95%)		Intervalle de confiance (95%)		Intervalle de confiance (95%)		Intervalle de confiance (95%)		Intervalle de confiance (95%)		Intervalle de confiance (95%)					
Région	18,8	18,0	17,6	20,0	10,9	14,4	10,2	13,4	11,6	15,5	15,5	12,613	11,6	12,613	11,6			
Suisse allemandique	18,9	16,7	16,7	21,1	14,6	14,6	13,4	12,6	14,4	16,5	16,5	5,577	14,4	5,577	14,4			
Suisse romande	19,5	21,5	17,5	21,5	11,3	11,3	9,8	12,6	12,7	15,6	15,6	1,429	14,6	1,429	14,6			
Tessin	19,2	17,2	17,2	20,1	16,70	13,7	11,8	11,8	13,7	15,6	15,6	2,004	14,1	2,004	14,1			
ZH	17,8	15,5	15,5	20,1	12,41	9,0	7,3	7,3	10,7	10,8	10,8	1,655	20,2	1,655	20,2			
BE	15,2	11,9	11,9	18,4	8,3	8,3	5,8	5,8	10,8	10,8	10,8	470	3,4	470	3,4			
LU	16,8	13,6	13,6	17,3	10,8	10,8	7,9	7,9	13,7	13,7	13,7	533	4,7	533	4,7			
UR	14,9	12,6	12,6	17,3	8,8	8,8	7,0	7,0	10,7	10,7	10,7	886	2,3	886	2,3			
SZ	16,8	14,2	14,2	19,5	10,9	10,9	8,8	8,8	12,9	12,9	12,9	936	4,5	936	4,5			
ZG	21,3	18,6	18,6	23,9	12,2	12,2	10,0	10,0	11,3	11,3	11,3	927	7,89	927	7,89			
FR	22,4	19,4	19,4	25,3	8,9	8,9	5,8	5,8	11,9	11,9	11,9	447	4,2	447	4,2			
BS	18,4	14,7	14,7	22,1	10,8	10,8	8,2	8,2	13,3	13,3	13,3	900	3,9	900	3,9			
AR	16,0	13,1	13,1	19,0	8,3	8,3	6,5	6,5	10,1	10,1	10,1	1,026	3,6	1,026	3,6			
AG	19,2	16,7	16,7	21,7	11,0	11,0	8,9	8,9	13,2	13,2	13,2	1,167	3,6	1,167	3,6			
TC	18,0	15,6	15,6	20,4	14,6	14,6	12,6	12,6	16,5	16,5	16,5	1,429	4,8	1,429	4,8			
TI	19,7	16,7	16,7	21,1	15,6	15,6	13,7	13,7	17,5	17,5	17,5	1,026	3,7	1,026	3,7			
VD	16,3	13,8	13,8	18,8	11,6	11,6	9,6	9,6	13,7	13,7	13,7	1,583	4,8	1,583	4,8			
VS	20,0	17,5	17,5	24,5	15,9	15,9	12,5	12,5	18,6	18,6	18,6	970	2,4	970	2,4			
NE	19,1	16,2	16,2	21,5	14,5	14,5	10,0	10,0	16,1	16,1	16,1	1,026	3,8	1,026	3,8			
GE	21,2	18,2	18,2	25,9	16,1	16,1	9,8	9,8	16,1	16,1	16,1	853	2,4	853	2,4			
JU	18,8	16,1	16,1	21,6	10,7	10,7	8,5	8,5	13,0	13,0	13,0	853	4,4	853	4,4			
Ville de Zurich	18,8	16,1	16,1	21,6	10,7	10,7	8,5	8,5	13,0	13,0	13,0	853	4,4	853	4,4			

1) Suisse allemandique: ZH, BE, LU, SZ, OW, NW, GL, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, TG, Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU, Tessin: TI.
 2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG) ne sont pas présentés.
 Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs, qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondent à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.
 Sources: OFS – Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

Tableau A-2.7 Accidents et chutes, canton de Genève et Suisse ainsi que comparaison régionale, 1992-2012 (Chutes: 65 ans et plus)

	Personnes victimes d'un accident (au cours des 12 derniers mois)				Personnes victimes d'une chute (au cours des 12 derniers mois)			
	Echantillon		Echantillon		Echantillon		Echantillon	
	GE	CH	GE	CH	GE	CH	GE	CH
	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)
Comparaison temporelle	15,7	12,5	17,9	17,0	17,9	18,8	17,0	18,8
1997	18,7	15,7	18,4	17,5	18,4	19,2	18,4	19,2
2002	16,4	13,4	17,2	16,4	17,2	18,0	17,2	18,0
2007	17,9	14,5	17,7	16,8	18,7	18,7	21,3	16,8
2012	18,8	15,8	18,9	18,1	19,6	19,6	19,6	19,6
Total	15,1	11,8	15,1	14,2	16,1	14,2	16,1	14,2
Sexe	23,1	18,0	22,7	21,5	23,9	23,9	24,6	14,2
Hommes	22,3	16,2	25,6	23,9	27,3	27,3	23,0	4,504
15-34 ans	19,7	13,8	17,5	16,1	18,9	16,1	18,9	25,7
35-49 ans	22,2	15,8	22,2	15,0	18,0	18,0	21,7	5,055
50-64 ans	10,6	5,5	13,7	12,3	15,1	15,1	21,4	3,938
65 ans et plus	19,0	11,9	20,7	18,6	22,9	14,0	26,7	19,5
Formation	17,8	13,4	17,7	16,7	18,7	18,7	25,8	15,8
Scolarité obligatoire	19,4	14,5	19,9	18,5	21,3	36,5	37,6	23,1
Degré secondaire II	17,5	11,3	18,8	18,0	19,6	31,6	31,6	23,0
Degré tertiaire	14,8	8,8	17,2	15,7	18,8	14,9	14,9	6,3
Nationalité	16,5	11,6	19,1	17,8	20,5	33,8	18,6	48,9
Suisses	17,5	11,3	19,0	16,9	21,1	19,9	1,2	18,1
Etrangers	14,8	8,8	17,2	15,7	18,8	19,5	14,9	6,3
Jusqu'à 2999 CHF	16,5	11,6	19,1	17,8	20,5	27,3	25,4	22,5
Revenu	22,0	14,5	18,8	17,1	20,6	16,2	23,7	9,5
d'équivalence	25,1	18,1	20,9	19,1	22,6	23,0	36,3	15,9
De 4500 à 5999 CHF	18,9	15,9	18,5	17,7	19,4	90,7	26,8	19,6
du ménage	(8,1)	0,0	19,8	18,2	21,3	11	5,176	25,1
Degré d'urbanisation								
Comparaison régionale	18,8	18,8	17,8	19,8	19,8	19,8	24,9	26,9
Région linguistique ¹⁾	19,6	15,7	13,4	18,0	20,9	11 681	24,9	26,9
Suisse romande	18,9	15,7	16,6	18,0	21,2	5 096	25,8	28,8
Tessin	20,2	17,7	17,7	22,6	22,6	1 275	26,1	31,2
Cantons ²⁾	18,6	15,9	15,9	21,3	23,7	1 894	27,8	33,0
LU	19,7	18,6	15,7	23,7	23,7	1 434	24,3	29,4
UR	18,6	15,9	15,7	23,7	23,7	1 065	24,3	29,8
SZ	22,4	22,4	14,7	22,4	22,4	438	14,8	31,7
ZG	19,7	19,7	19,1	25,7	25,7	502	12,9	113
FR	16,7	16,7	16,7	22,7	22,7	832	17,4	29,7
BS	16,7	16,7	13,7	19,7	19,7	872	16,6	31,2
BL	19,4	19,4	16,2	22,7	22,7	827	16,4	26,9
AR	21,8	21,8	17,3	26,2	26,2	436	17,7	35,7
GR	19,4	19,4	15,7	23,1	23,1	569	15,8	31,0
AG	17,8	17,8	15,1	20,6	20,6	1 060	17,7	27,9
TC	18,5	18,5	15,6	21,3	21,3	954	17,1	30,0
TI	15,7	15,7	13,4	18,0	18,0	1 275	20,9	31,2
VD	20,4	20,4	18,0	22,9	22,9	1 468	21,5	31,1
VS	18,1	18,1	15,1	21,0	21,0	877	17,9	30,2
NE	20,5	20,5	16,4	24,6	24,6	523	21,0	145
CE	18,8	18,8	15,8	21,8	21,8	918	19,5	26,6
JU	19,7	19,7	15,3	24,1	24,1	438	11,7	27,9
Ville de Zurich	17,5	17,5	14,2	20,8	20,8	785	18,7	31,4

1) Suisse allemande: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, BS, BL, SH, AR, AI, SG, AG, TG, Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU, Tessin : TI.

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SO) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

Source: OFS – Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsam 2015

Tableau A-2.8 Energie et vitalité (dans les 4 dernières semaines), canton de Genève et Suisse ainsi que comparaison régionale, 2012

	Moyenne												Echantillon	
	Faible				Moyenne				Forte				Echantillon	
	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	CH Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	CH Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	CH Part en %	Intervalle de confiance (95%)	GE n	CH n
Comparaison temporelle														
1992	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	26,0	23,1	29,0	22,2	23,7	17,6	23,1	17,6	16,9	18,2	53,6	50,2	57,1	1 084
Sexe	32,1	27,8	36,3	27,0	25,9	28,1	20,1	18,6	17,7	19,5	47,8	43,1	52,6	613
Hommes	19,0	15,1	22,9	18,7	17,7	16,3	25,0	16,4	15,5	17,4	60,3	55,2	65,4	471
15-34 ans	26,8	21,2	32,4	25,6	24,0	27,1	22,1	19,8	18,5	21,1	51,1	44,3	57,9	295
35-49 ans	26,6	21,0	32,2	23,6	22,2	25,0	23,4	19,0	17,6	20,3	50,0	43,6	56,5	298
50-64 ans	27,2	21,1	33,3	21,2	19,7	22,6	18,7	17,3	14,0	16,5	54,1	47,1	61,1	501
65 ans et plus	23,1	16,9	29,3	20,2	18,6	21,8	16,1	15,0	13,7	16,3	60,8	53,3	68,2	251
Formation	34,3	26,6	42,0	29,3	27,3	31,3	23,0	19,3	17,6	21,0	42,7	34,1	51,3	195
Scolarité obligatoire	27,3	22,8	31,7	23,5	22,4	24,5	20,4	16,2	14,5	18,3	52,3	47,1	57,5	481
Degré secondaire II	20,3	15,9	24,8	18,3	17,0	19,5	15,1	13,8	12,6	15,6	60,2	54,7	65,7	400
Degré tertiaire	25,5	22,2	28,8	22,1	21,3	22,9	18,6	15,6	14,1	17,8	55,9	52,0	59,8	824
Suisses	27,2	21,3	33,1	26,1	24,1	28,0	24,3	18,2	16,4	21,0	48,5	41,5	55,6	260
Etrangers	31,6	24,9	38,3	28,3	26,6	30,1	17,8	11,8	10,1	18,1	50,6	43,1	58,2	242
Nationalité	28,9	23,5	34,4	23,8	22,5	25,1	23,0	17,7	16,3	18,6	48,1	41,9	54,3	330
Jusqu'à 2999 CHF	24,6	18,1	31,1	20,0	18,4	21,6	24,4	17,5	16,0	18,9	51,0	43,2	58,8	191
Revenu d'équivalence	14,2	9,4	18,9	16,7	15,2	18,1	17,0	11,9	10,6	16,4	68,4	62,2	75,4	4 128
De 3000 à 5999 CHF	25,9	22,9	28,8	23,8	23,0	24,7	20,4	17,6	16,4	17,9	53,7	50,2	57,2	1 073
De 6000 CHF et plus	(41,5)	10,4	72,7	20,4	19,0	21,9	(14,3)	0,0	33,6	17,4	(44,1)	12,8	75,4	11
Degré d'urbanisation														
Campagne														
Comparaison régionale														
Faible	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)
Région linguistique ¹⁾	21,6	20,7	22,6	16,2	15,4	17,0	15,4	15,4	17,0	62,2	61,1	63,3	61,1	63,3
Suisse alémanique	29,5	24,2	26,8	21,0	19,8	22,2	21,0	19,8	22,2	53,6	52,0	55,1	52,0	55,1
Suisse romande	23,1	26,7	32,0	20,0	17,7	22,2	20,0	17,7	22,2	50,7	47,8	53,6	47,8	53,6
Tessin	21,9	20,9	25,3	16,4	14,5	18,3	14,5	14,5	18,3	60,5	58,0	63,0	58,0	63,0
ZH	18,8	16,4	21,2	14,5	12,3	16,6	12,3	12,3	16,6	59,6	57,0	62,3	57,0	62,3
BE	12,4	9,4	15,4	16,3	12,4	20,2	12,4	12,4	20,2	71,3	66,9	69,6	66,9	69,6
LU	17,8	14,2	21,4	16,5	14,6	19,9	14,6	14,6	19,9	65,7	61,4	70,1	61,4	70,1
UR	19,9	17,1	22,7	15,5	13,0	18,1	13,0	13,0	18,1	57,9	55,8	63,3	55,8	63,3
SZ	24,4	21,3	27,6	19,6	16,7	22,5	16,7	16,7	22,5	55,9	52,4	59,5	52,4	59,5
ZG	26,2	23,0	29,4	18,0	15,2	20,8	18,0	15,2	20,8	55,8	52,2	59,4	52,2	59,4
FR	17,9	13,7	22,1	14,5	11,1	17,2	11,1	11,1	17,2	67,6	62,8	72,4	62,8	72,4
BS	18,8	15,5	22,2	14,1	11,1	16,5	11,1	11,1	16,5	67,0	63,0	71,1	63,0	71,1
BL	19,5	17,1	22,0	14,4	12,2	18,6	12,2	12,2	18,6	66,1	63,1	69,0	63,1	69,0
AR	20,3	17,7	23,0	16,2	13,7	18,6	16,2	13,7	18,6	63,5	60,3	66,7	60,3	66,7
GR	29,3	26,7	32,0	20,0	17,7	22,2	20,0	17,7	22,2	50,7	47,8	53,6	47,8	53,6
AG	27,4	25,0	29,8	20,2	18,0	22,4	18,0	18,0	22,4	52,4	49,7	55,1	49,7	55,1
TI	20,5	17,7	23,2	15,2	12,9	19,3	15,2	12,9	19,3	56,6	53,2	60,0	53,2	60,0
VD	26,0	22,4	30,4	20,4	17,6	23,1	20,4	17,6	23,1	53,6	50,2	57,1	50,2	57,1
VS	27,2	22,3	32,1	18,9	15,1	22,6	18,9	15,1	22,6	54,0	48,8	59,1	48,8	59,1
NE	25,8	22,7	29,9	15,7	13,0	18,3	15,7	13,0	18,3	58,5	55,0	62,1	55,0	62,1
GE														
JU														
Ville de Zurich														

1) Suisse alémanique: ZH, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Tessin: TI.

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

Source: OFS - Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Tableau A-2.10 Sentiment de maîtrise de la vie bas, soutien social faible et sentiments de solitude canton de Genève et Suisse ainsi que comparaison régionale, 1992-2012

Comparaison	Sentiment de maîtrise de la vie bas				Soutien social faible				Sentiments de solitude: paroiss à très souvent				Echantillon			
	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	CH	n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	CH	n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	CH	n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	CH	n
1992	23.5	19.5	27.5	584	21.7	20.7	22.7	584	38.7	35.4	42.0	35.6	35.6	34.6	36.5	1 033
1997	33.0	29.2	36.7	810	28.4	27.3	29.4	810	32.9	29.8	36.2	29.8	29.8	28.9	30.6	985
2002	27.6	23.7	31.5	724	21.3	20.5	22.2	724	32.5	29.1	36.0	29.1	29.1	28.9	30.6	885
2007	27.6	23.7	31.5	724	21.3	20.5	22.2	724	32.5	29.1	36.0	29.1	29.1	28.9	30.6	885
Total	27.6	23.7	31.5	724	21.3	20.5	22.2	724	32.5	29.1	36.0	29.1	29.1	28.9	30.6	885
Sexe	31.1	26.3	36.1	877	22.1	21.0	23.3	877	32.5	29.1	36.0	29.1	29.1	28.9	30.6	885
Hommes	31.1	26.3	36.1	877	22.1	21.0	23.3	877	32.5	29.1	36.0	29.1	29.1	28.9	30.6	885
Femmes	24.1	19.0	29.1	371	19.9	18.9	20.9	371	33.8	30.6	37.0	30.6	30.6	29.7	31.5	477
15-34 ans	32.8	25.9	39.8	230	21.9	20.3	23.5	230	30.6	27.4	33.8	27.4	27.4	26.5	28.3	301
35-49 ans	25.3	19.1	31.5	246	19.5	18.5	20.5	246	33.3	30.3	37.0	30.3	30.3	29.4	31.2	301
50-64 ans	27.2	20.2	34.2	210	21.6	20.0	23.2	210	33.4	30.4	37.1	30.4	30.4	29.5	31.4	255
65 ans et plus	26.0	17.3	34.7	191	16.7	15.1	18.4	191	42.9	36.1	49.8	36.1	36.1	35.0	36.4	200
Formation	46.6	35.4	55.8	134	26.3	23.8	28.8	134	35.0	31.8	38.2	31.8	31.8	30.8	32.5	111
Scolarité obligatoire	27.3	20.2	32.5	217	20.6	19.5	21.7	217	38.2	34.8	42.9	34.8	34.8	33.6	35.3	200
Degré tertiaire	20.8	15.9	25.8	17.8	16.5	15.1	17.8	17.8	17.8	16.5	18.2	16.5	16.5	15.4	16.5	111
Degré secondaire II	26.7	22.8	30.6	19.2	18.4	20.0	19.2	19.2	18.4	20.0	21.7	18.4	18.4	17.3	18.4	111
Suisses	30.7	23.2	38.2	25.5	23.2	27.8	18.7	25.5	23.2	27.8	30.9	23.2	23.2	22.1	23.2	111
Nationalité	39.0	30.3	47.7	26.3	24.4	28.3	18.2	26.3	24.4	28.3	30.9	24.4	24.4	23.3	24.4	111
Etrangers	28.5	22.2	34.8	21.2	19.8	22.6	26.2	21.2	19.8	22.6	26.2	19.8	19.8	18.7	19.8	111
Juqu'à 2999 CHF	29.7	22.0	37.3	18.8	17.1	20.5	15.9	18.8	17.1	20.5	15.9	15.9	15.9	14.8	15.9	111
Revenu d'équivalence	13.4	8.6	18.2	15.0	13.5	16.4	22.1	13.4	12.2	15.1	18.0	12.2	12.2	11.1	12.2	111
De 4500 à 5999 CHF	27.7	24.1	31.3	21.2	20.3	22.2	866	27.7	24.1	31.3	21.2	21.2	21.2	20.3	21.2	111
de 6000 CHF et plus	18.9	13.1	24.4	20.4	17.4	20.4	11	18.9	13.1	24.4	20.4	17.4	17.4	16.5	17.4	111
Degré d'urbanisation	(43.4)	10.9	76.0	18.9	17.4	20.4	11	43.4	10.9	76.0	18.9	17.4	17.4	16.5	17.4	111
Campagne	18.9	13.1	24.4	20.4	17.4	20.4	11	18.9	13.1	24.4	20.4	17.4	17.4	16.5	17.4	111
Ville	27.7	24.1	31.3	21.2	20.3	22.2	866	27.7	24.1	31.3	21.2	21.2	21.2	20.3	21.2	111
Campagne	18.9	13.1	24.4	20.4	17.4	20.4	11	18.9	13.1	24.4	20.4	17.4	17.4	16.5	17.4	111
Comparaison régionale	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Echantillon	n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Echantillon	n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Echantillon	n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Echantillon	n
Région linguistique ¹⁾	17.6	16.6	18.6	11 218	11.8	11.8	12.6	11 218	32.7	32.7	33.8	32.7	32.7	33.8	13 467	
Suisse romande	27.3	25.8	28.9	4 852	12.3	12.3	13.3	4 852	44.0	44.0	45.5	44.0	44.0	45.5	5 885	
ZH	32.0	28.9	35.1	1 197	22.3	22.3	24.7	1 197	45.6	45.6	48.5	45.6	45.6	48.5	1 489	
VS	18.2	16.1	20.4	1 813	13.6	13.6	15.3	1 813	34.3	34.3	36.7	34.3	34.3	36.7	2 152	
GR	17.0	14.7	19.3	1 370	11.1	11.1	12.7	1 370	34.4	34.4	37.0	34.4	34.4	37.0	1 662	
LU	16.8	14.1	19.5	1 023	9.6	9.6	11.5	1 023	29.0	29.0	31.8	29.0	29.0	31.8	1 237	
UR	17.2	13.1	21.3	420	7.4	7.4	9.9	420	30.3	30.3	34.7	30.3	30.3	34.7	500	
SZ	13.0	9.5	16.5	805	10.5	10.5	13.1	805	25.3	25.3	28.1	25.3	25.3	28.1	581	
FR	16.2	13.3	19.2	832	11.4	11.4	14.4	832	29.4	29.4	32.5	29.4	29.4	32.5	954	
BL	21.9	18.5	24.9	783	12.0	12.0	14.4	783	31.9	31.9	35.2	31.9	31.9	35.2	988	
BS	19.8	16.3	23.3	682	12.4	12.4	15.5	682	28.7	28.7	32.5	28.7	28.7	32.5	821	
AR	14.1	10.8	18.8	427	8.8	8.8	11.9	427	23.6	23.6	27.4	23.6	23.6	27.4	494	
AG	16.8	14.1	19.5	1 029	12.8	12.8	15.6	1 029	30.3	30.3	33.3	30.3	30.3	33.3	1 236	
TG	14.7	12.0	17.4	918	10.7	10.7	14.0	918	27.4	27.4	30.6	27.4	27.4	30.6	1 094	
TI	32.0	28.9	35.1	1 197	22.3	22.3	24.7	1 197	45.6	45.6	48.5	45.6	45.6	48.5	1 489	
VD	27.0	24.3	29.6	1 394	11.4	11.4	14.0	1 394	31.8	31.8	35.2	31.8	31.8	35.2	1 677	
VS	26.2	22.6	29.8	486	11.4	11.4	13.5	486	41.8	41.8	45.0	41.8	41.8	45.0	594	
NE	27.5	23.1	32.0	877	13.1	13.1	16.3	877	36.6	36.6	40.0	36.6	36.6	40.0	1 023	
GE	27.9	24.3	31.5	877	13.1	13.1	16.3	877	36.6	36.6	40.0	36.6	36.6	40.0	1 023	
JU	27.3	22.4	32.3	921	13.6	13.6	16.6	921	39.1	39.1	43.9	39.1	39.1	43.9	1 105	
Ville de Zurich	20.9	17.5	24.3	750	14.6	14.6	17.2	750	36.3	36.3	40.0	36.3	36.3	40.0	900	

1) Suisse allemande: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG, Suisse romande: FR, VS, NE, GE, JU, Tessin: TI.
 2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS-2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SO) ne sont pas présentés.
 Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs, qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.
 Sources: OFS - Enquêtes suisses sur la santé, 1992, 1997, 2002, 2007, 2012.

Tableau A-3.1 Attention portée à la santé, canton de Genève et Suisse ainsi que comparaison régionale, 1992-2012

	Inscruant			Attentif			Très attentif			Echantillon				
	GE			CH			GE			CH				
	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n		
Comparaison temporelle	1992	23,5	19,7	27,3	12,8	12,0	13,5	58,1	53,8	62,4	66,0	67,1	666	10 420
	1997	18,9	15,8	22,1	12,3	11,6	13,0	61,4	57,6	65,1	65,4	66,4	66,4	837
Total	2002	16,4	13,2	19,6	11,8	11,2	12,5	62,5	58,5	66,5	66,8	67,7	794	15 652
	2007	17,2	13,8	20,6	12,3	11,5	13,0	64,0	59,6	68,4	68,4	69,4	715	13 923
Sexe	Femmes	23,3	19,9	26,7	14,4	13,7	15,1	58,2	54,4	62,1	67,0	68,1	533	18 061
	Hommes	25,3	20,1	30,5	16,8	15,7	17,9	58,8	57,7	64,5	66,5	68,7	389	8 519
Formation	15-34 ans	31,9	24,8	39,1	22,5	20,9	24,2	59,1	51,7	66,6	64,6	62,7	229	4 488
	35-49 ans	21,3	15,2	27,4	12,1	10,9	13,3	61,0	54,1	67,9	71,7	70,0	254	5 022
Nationalité	50-64 ans	20,2	13,9	26,5	10,4	9,3	11,6	58,1	50,3	65,9	69,7	68,0	219	4 556
	65 ans et plus	19,6	12,0	27,2	10,4	9,1	11,6	54,1	45,5	62,7	61,0	59,0	220	3 995
Revenu	Scolarité obligatoire	35,9	26,0	45,8	23,3	21,0	25,5	46,2	36,2	56,1	52,0	49,4	144	2 685
	Degré secondaire II	26,6	21,2	31,9	14,7	13,7	15,7	56,2	50,4	62,0	66,0	64,8	407	9 847
Degré d'urbanisation	Degré tertiaire	14,2	10,0	18,4	8,9	8,0	9,9	65,5	59,7	71,2	76,9	78,3	366	5 489
	Suisses	23,1	19,4	26,8	13,6	12,9	14,3	58,9	54,7	63,1	68,7	69,6	723	15 450
Degré d'équivalence du ménage	Etrangers	23,7	16,4	31,1	17,1	15,1	19,0	56,7	48,6	64,7	61,3	58,8	199	2 611
	Jusqu'à 2999 CHF	28,3	20,1	36,5	18,4	16,6	20,1	47,5	39,0	56,0	59,2	57,1	196	3 945
Degré de 6000 CHF et plus	De 3000 à 4999 CHF	23,7	17,8	29,7	14,2	13,0	15,4	58,7	51,9	65,6	66,9	68,5	273	5 739
	De 4500 à 5999 CHF	23,5	15,7	31,2	13,8	12,4	15,3	64,8	56,5	73,1	69,4	71,4	163	3 689
Ville	6000 CHF et plus	15,5	10,1	20,8	10,6	9,3	12,0	65,0	57,4	72,5	75,4	77,1	229	3 814
	Ville	23,5	20,0	26,9	14,1	13,3	14,9	58,3	54,4	62,1	67,1	66,0	911	12 877
Campagne	(8:1)	0,0	23,5	15,2	13,9	16,6	(52:1)	19,3	84,9	66,6	64,8	68,3	11	5 184
Comparaison régionale	Inscruant			Attentif			Très attentif			Echantillon				
	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n		
Région linguistique ¹⁾	11,6	11,6	11,6	11,6	11,6	11,6	11,6	11,6	11,6	11,6	11 649	11 649		
Suisse romande	22,3	22,3	22,3	22,3	22,3	22,3	22,3	22,3	22,3	22,3	5 117	5 117		
Tessin	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	1 295	1 295		
ZH	10,3	10,3	10,3	10,3	10,3	10,3	10,3	10,3	10,3	10,3	1 884	1 884		
BE	12,3	12,3	12,3	12,3	12,3	12,3	12,3	12,3	12,3	12,3	1 435	1 435		
LU	10,8	10,8	10,8	10,8	10,8	10,8	10,8	10,8	10,8	10,8	1 059	1 059		
UR	11,9	11,9	11,9	11,9	11,9	11,9	11,9	11,9	11,9	11,9	437	437		
SZ	15,5	15,5	15,5	15,5	15,5	15,5	15,5	15,5	15,5	15,5	499	499		
ZG	11,2	11,2	11,2	11,2	11,2	11,2	11,2	11,2	11,2	11,2	822	822		
FR	18,5	18,5	18,5	18,5	18,5	18,5	18,5	18,5	18,5	18,5	875	875		
BS	11,3	11,3	11,3	11,3	11,3	11,3	11,3	11,3	11,3	11,3	832	832		
BL	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	712	712		
AR	13,2	13,2	13,2	13,2	13,2	13,2	13,2	13,2	13,2	13,2	438	438		
GR	12,9	12,9	12,9	12,9	12,9	12,9	12,9	12,9	12,9	12,9	570	570		
AG	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5	1 055	1 055		
TG	11,2	11,2	11,2	11,2	11,2	11,2	11,2	11,2	11,2	11,2	205	205		
TI	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	950	950		
VD	22,7	22,7	22,7	22,7	22,7	22,7	22,7	22,7	22,7	22,7	1 469	1 469		
VS	22,2	22,2	22,2	22,2	22,2	22,2	22,2	22,2	22,2	22,2	892	892		
NE	22,2	22,2	22,2	22,2	22,2	22,2	22,2	22,2	22,2	22,2	520	520		
GE	23,3	23,3	23,3	23,3	23,3	23,3	23,3	23,3	23,3	23,3	922	922		
JU	27,0	27,0	27,0	27,0	27,0	27,0	27,0	27,0	27,0	27,0	439	439		
Ville de Zurich	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6	780	780		

1) Suisse alémanique: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Tessin : TI.

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, CL, SO, SH, AI, SG) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

Source: OFS - Enquêtes suisses sur la santé, 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Tableau A-3.2 Charge pondérale (indice de masse corporelle), canton de Genève et Suisse ainsi que comparaison régionale, 1992-2012 (18 ans et plus)

Comparaison temporelle	Insuffisance pondérale				Poids normal				Surcharge pondérale				Obésité		Echantillon									
	CH		GE		CH		GE		CH		GE		CH		GE									
	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n								
1992	5,4	3,8	7,0	4,4	4,1	68,5	65,2	71,7	64,2	21,6	18,7	24,4	23,8	24,9	26,6	4,5	3,1	6,0	5,2	6,0	980	14 521		
1997	5,6	3,9	7,2	3,9	3,5	61,2	57,9	64,6	60,0	26,0	22,9	29,1	28,9	28,1	29,9	31,6	7,2	5,3	9,0	7,1	6,6	7,6	1 019	
2002	5,1	3,5	6,7	3,7	3,3	60,5	57,0	64,1	57,6	27,0	23,8	30,3	30,7	29,9	31,6	33,3	7,3	5,4	9,2	8,0	7,6	8,5	969	
2007	6,9	2,6	7,2	3,3	3,9	57,8	54,6	61,8	57,8	30,4	27,9	33,8	33,9	32,5	34,3	37,1	9,7	7,5	11,4	10,5	10,0	11,1	1 083	
Total	6,3	3,9	7,1	4,1	3,7	59,7	56,5	63,7	59,7	29,1	26,0	32,9	32,9	31,6	34,3	37,1	8,4	6,2	10,0	9,6	9,0	10,3	1 083	
Sexe	8,0	5,3	10,6	5,8	5,2	59,7	56,5	64,4	59,7	29,1	26,0	32,9	32,9	31,6	34,3	37,1	8,4	6,2	10,0	9,6	9,0	10,3	621	
Hommes	2,1	0,0	4,5	0,8	0,5	46,7	41,5	51,9	47,3	40,0	34,8	45,1	40,3	39,1	41,5	44,5	11,2	14,4	11,6	10,8	12,4	4,66	9 804	
Femmes	10,0	4,5	15,4	5,6	4,7	64,6	62,6	76,7	62,4	16,6	11,1	22,1	21,5	19,9	23,1	26,6	3,8	1,2	6,3	5,4	4,6	6,3	258	
15-34 ans	3,2	1,3	5,1	2,7	2,2	3,1	57,6	51,3	63,9	29,3	24,3	35,2	31,4	29,9	32,1	35,2	9,9	6,0	13,8	9,5	8,5	10,5	308	
35-49 ans	3,3	1,2	5,5	2,1	1,6	2,5	43,6	36,8	50,4	47,0	45,3	48,6	48,6	46,6	48,6	50,4	11,5	7,0	16,0	14,4	13,2	15,7	259	
50-64 ans	5,2	1,2	9,2	2,8	2,3	4,3	35,9	50,8	41,1	41,6	30,6	45,3	38,9	37,1	40,7	47,9	13,6	8,9	18,2	14,1	12,9	15,4	262	
65 ans et plus	7,2	0,0	14,6	3,5	2,6	4,4	48,6	39,5	57,7	29,1	20,8	37,4	31,0	31,8	36,2	40,4	10,4	9,0	21,3	16,6	14,7	18,5	172	
Formation	7,1	4,2	9,9	3,4	2,8	4,0	55,7	50,1	61,3	58,6	51,6	60,2	54,6	53,4	58,8	62,9	15,1	10,4	20,6	17,3	16,6	19,1	493	
Solabilité obligatoire	5,1	1,4	8,8	3,0	2,3	3,7	46,9	40,3	53,6	52,5	50,4	54,6	54,6	52,5	54,6	57,9	11,5	7,3	15,7	12,1	10,7	13,5	285	
Degré tertiaire	7,4	4,2	9,9	3,4	2,8	4,0	55,7	50,1	61,3	58,6	51,6	60,2	54,6	53,4	58,8	62,9	15,1	10,4	20,6	17,3	16,6	19,1	493	
Suisse	5,1	1,4	8,8	3,0	2,3	3,7	46,9	40,3	53,6	52,5	50,4	54,6	54,6	52,5	54,6	57,9	11,5	7,3	15,7	12,1	10,7	13,5	285	
Etrangers	6,9	1,7	12,2	3,7	3,0	4,4	47,5	40,2	54,9	49,8	47,9	51,7	32,2	29,2	39,1	32,7	30,9	34,4	11,5	8,3	18,5	13,1	24,7	
Nationalité	5,6	2,8	8,4	3,3	2,8	3,9	56,7	50,5	62,9	53,7	55,2	59,2	29,7	23,8	35,5	32,7	31,2	34,1	8,1	4,8	11,2	10,3	330	
Revenu	3,4	0,6	6,2	2,8	2,1	3,4	54,8	47,2	62,4	45,8	41,5	51,1	55,1	59,0	60,2	62,9	33,9	26,3	31,2	28,6	32,2	34,4	198	
Juqu'à 2999 CHF	3,7	1,3	6,0	2,9	2,3	3,5	53,8	50,3	57,3	31,2	27,9	34,5	30,6	29,7	31,5	34,5	9,7	7,7	11,7	10,1	9,5	10,7	1 076	
De 3000 à 4999 CHF	5,3	3,5	7,1	3,5	3,1	53,8	50,3	57,3	55,8	31,2	27,9	34,5	30,6	29,7	31,5	34,5	9,7	7,7	11,7	10,1	9,5	10,7	1 076	
De 5000 à 5999 CHF	(6,1)	0,0	17,9	2,9	2,3	3,5	(51,9)	20,3	83,4	32,7	1,3	64,2	34,5	32,8	36,1	36,1	(9,3)	0,0	26,8	11,9	10,8	13,0	5 842	
De 6000 CHF et plus																								
Degré d'urbanisation																								
Campagne																								
Ville																								
Comparaison régionale																								
Insuffisance pondérale																								
Part en %																								
Intervalle de confiance (95%)																								
Surcharge pondérale																								
Part en %																								
Intervalle de confiance (95%)																								
Obésité																								
Part en %																								
Intervalle de confiance (95%)																								
Echantillon																								
n																								

1) Suisse allemande: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU, Tessin: TI.
 2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS-2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SO) ne sont pas présentés.
 Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.
 Source: OFS – Enquêtes suisses sur la santé, 1992, 1997, 2002, 2007, 2012.

Tableau A-3.3 Attention à l'alimentation, respect de la recommandation «5 fruits/légumes par jour» et consommation de liquide canton de Genève et Suisse ainsi que comparaison régionale, 1992-2012

	Fait attention à l'alimentation				Respect de la recommandation «5 par jour»				Consommation quotidienne de liquide non-alcoolisé de un litre ou moins						
	GE		CH		GE		CH		GE		CH		CH		
	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n
Comparaison temporelle	58.3	54.9	61.8	67.8	66.9	68.7	975	14 711	-	-	-	-	-	-	-
1997	60.7	57.4	64.0	68.6	67.7	69.5	1 046	12 995	-	-	-	-	-	-	-
2002	58.2	54.7	61.7	69.1	68.2	69.9	1 017	19 690	-	-	-	-	-	-	-
2007	55.9	52.3	59.5	70.5	69.7	71.4	1 044	18 742	-	-	-	-	-	-	-
Total	57.2	52.6	61.8	74.9	73.9	75.9	693	11 304	23.7	20.9	26.5	34.7	19.2	18.5	19.8
Sexe	53.8	48.7	58.8	60.6	59.4	60.0	312	5 666	30.6	26.5	34.7	37.0	26.0	25.0	27.0
15-34 ans	49.6	39.0	52.1	65.3	65.6	67.4	309	5 898	15.6	12.0	19.2	21.1	11.2	12.9	12.9
35-49 ans	39.7	33.7	38.8	71.2	70.7	72.4	361	4 769	21.9	16.4	27.3	38.4	18.4	17.1	19.8
50-64 ans	51.3	47.9	53.7	71.2	70.7	72.4	361	4 769	22.5	17.4	27.3	38.4	18.4	17.1	19.8
65-74 ans	56.3	51.9	58.8	71.2	70.7	72.4	361	4 769	23.3	19.3	27.3	38.4	20.8	17.5	22.2
75-84 ans	56.3	51.9	58.8	71.2	70.7	72.4	361	4 769	17.0	10.9	28.1	35.3	15.5	13.2	16.2
85-94 ans	47.0	39.0	55.0	56.5	54.2	59.5	222	3 889	17.0	10.9	28.1	35.3	15.5	13.2	16.2
Formation	54.8	49.7	60.9	68.2	67.1	69.3	498	11 562	24.5	20.3	28.1	31.1	19.0	18.1	19.9
Degré primaire	61.4	56.0	66.9	74.7	73.4	76.1	417	6 089	26.4	21.7	31.1	31.1	21.8	20.5	23.1
Degré secondaire I	53.0	49.0	56.9	68.9	68.0	69.7	851	17 924	25.8	22.5	24.4	24.4	18.0	18.8	20.2
Degré secondaire II	61.0	54.7	67.4	64.7	62.7	66.7	297	6 653	19.3	14.2	24.4	25.7	17.0	15.7	18.4
Nationalité	55.7	48.7	62.7	63.0	62.2	65.6	265	5 092	20.3	14.9	25.7	27.8	18.8	17.7	20.0
Suisse	52.5	46.4	58.6	60.0	64.6	67.4	344	6 765	28.3	22.7	33.9	33.9	18.8	17.7	20.0
Autres	59.9	48.3	63.4	71.0	69.2	72.7	199	4 214	21.7	15.6	27.8	27.8	20.5	18.9	22.0
Revenu d'équivalence	62.6	55.5	69.7	74.4	72.8	76.0	254	4 213	21.9	16.3	27.6	26.6	20.5	18.9	22.0
De 3000 à 4999 CHF	55.6	52.1	59.0	68.9	68.0	69.8	1 137	15 400	23.8	21.0	26.6	26.6	19.6	18.8	20.4
De 4500 à 5999 CHF	62.8	56.8	70.8	74.4	72.8	76.0	254	4 213	21.9	16.3	27.6	26.6	20.5	18.9	22.0
De 6000 CHF et plus	55.6	52.1	59.0	68.9	68.0	69.8	1 137	15 400	23.8	21.0	26.6	26.6	19.6	18.8	20.4
Degré d'urbanisation	62.8	56.8	70.8	74.4	72.8	76.0	254	4 213	21.9	16.3	27.6	26.6	20.5	18.9	22.0
Ville	55.6	52.1	59.0	68.9	68.0	69.8	1 137	15 400	23.8	21.0	26.6	26.6	19.6	18.8	20.4
Campagne	62.8	56.8	70.8	74.4	72.8	76.0	254	4 213	21.9	16.3	27.6	26.6	20.5	18.9	22.0
Comparaison régionale	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Echantillon n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Echantillon n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Echantillon n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Echantillon n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Echantillon n
Région	72.3	64.6	79.9	71.4	63.7	80.5	13 917	17.8	17.0	18.0	19.3	11	27.7	26.2	29.3
Suisse allemande	64.6	56.0	73.3	71.4	63.7	80.5	13 917	22.8	21.6	22.1	23.1	400	27.2	25.8	28.6
Suisse romande	72.6	65.1	80.1	71.6	64.7	79.1	6 112	18.0	16.7	17.5	18.2	262	28.9	28.1	29.8
ZH	71.9	78.6	65.2	74.6	66.6	82.6	2 221	18.0	16.7	17.5	18.2	262	28.9	28.1	29.8
BE	70.1	78.6	65.2	69.5	71.6	78.6	1 716	18.2	16.2	17.5	18.2	262	28.9	28.1	29.8
LU	70.1	78.6	65.2	67.3	69.5	76.1	1 280	16.6	14.3	18.8	18.8	1 234	23.7	23.7	24.7
UR	60.0	60.0	64.7	55.3	62.0	67.1	514	12.4	9.4	15.4	15.4	500	19.1	19.1	20.6
SZ	66.2	62.0	70.5	62.0	69.9	69.4	599	18.6	15.2	22.1	22.1	17.4	17.4	17.4	
SG	73.0	73.0	76.1	69.9	72.1	76.1	994	18.9	16.2	21.6	21.6	595	20.2	20.2	21.6
FR	56.3	52.9	59.8	52.9	59.8	59.8	1 027	23.4	20.4	26.5	26.5	984	32.6	32.6	33.6
VS	74.2	74.2	77.4	71.0	77.4	77.4	1 010	15.7	13.1	18.2	18.2	970	20.7	20.7	21.6
BL	73.9	73.9	77.2	70.5	77.2	77.2	847	19.4	16.5	22.4	22.4	822	23.6	23.6	24.7
AR	71.7	71.7	77.2	67.1	77.2	77.2	508	21.0	17.0	24.9	24.9	493	17.0	17.0	18.8
GR	67.5	67.5	71.5	63.5	71.5	71.5	665	16.1	12.8	19.4	19.4	640	18.8	18.8	20.6
AG	73.6	73.6	76.3	70.8	76.3	76.3	1 271	19.8	17.2	22.4	22.4	1 235	21.5	21.5	23.6
TC	72.5	72.5	75.4	69.6	75.4	75.4	1 126	19.7	17.1	22.2	22.2	1 096	19.1	19.1	21.5
TI	73.6	73.6	76.1	71.2	76.1	76.1	1 548	19.9	17.7	24.7	24.7	1 484	37.8	37.8	40.5
VD	54.1	54.1	56.7	51.4	56.7	56.7	1 743	22.5	20.3	24.7	24.7	1 667	40.4	40.4	45.7
VS	54.2	54.2	57.6	50.8	57.6	57.6	1 065	21.1	18.3	23.8	23.8	1 018	36.5	36.5	39.8
NE	52.4	52.4	56.8	48.0	56.8	56.8	622	24.7	20.8	28.5	28.5	587	39.3	39.3	48.2
CE	55.6	55.6	59.0	52.2	59.0	59.0	1 148	23.7	20.9	26.5	26.5	1 082	42.9	42.9	49.9
JU	52.0	52.0	57.0	46.9	57.0	57.0	507	21.9	17.9	25.9	25.9	494	34.6	34.6	44.4
Ville de Zurich	77.6	77.6	80.5	74.7	80.5	80.5	952	16.7	13.9	19.5	19.5	920	20.6	20.6	27.0

1) Suisse allemande: ZH, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, AG, TG, Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU, Tessin: TI.
 2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de FESS 2012 (OW, NW, GL, SO, AI, SO) ne sont pas présentés.
 Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.
 Sources: OEC - Enquête suisse sur la santé 2012, 2007, 2003, 2007, 2012.

Tableau A-3.4 Activité physique, canton de Genève et Suisse ainsi que comparaison régionale, 2002-2012

	Inactif						Partiellement actif						Suffisamment actif						Echantillon		
	GE		CH		Intervalle de confiance (95%)		GE		CH		Intervalle de confiance (95%)		GE		CH		Intervalle de confiance (95%)		GE	CH	
	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n	
Comparaison temporelle	1992	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	1997	24,6	21,6	27,6	18,4	17,7	19,1	20,1	22,9	19,1	18,4	19,8	55,3	51,8	58,9	62,5	61,6	63,4	962	18 241	
	2002	21,5	18,5	24,4	14,8	14,1	15,5	22,5	19,3	25,7	17,9	17,9	52,3	52,3	59,7	66,6	65,7	67,5	954	17 387	
	2007	17,0	14,2	19,7	10,7	10,2	11,3	19,4	16,6	22,2	16,8	16,2	63,6	60,2	67,0	72,5	71,7	73,2	1 087	20 625	
	2012	19,1	15,2	22,9	12,7	11,9	13,5	21,9	18,1	25,7	18,2	17,3	19,0	59,0	54,4	63,6	69,1	68,0	70,2	618	10 814
	Femmes	14,5	10,6	18,4	8,7	7,9	9,4	16,4	12,3	20,5	15,4	14,5	16,3	64,0	64,0	74,1	75,9	74,8	77,0	469	9 811
	15-34 ans	11,7	7,2	16,2	6,9	5,9	7,8	13,1	9,1	17,1	14,6	13,4	15,7	75,2	69,6	80,9	78,6	77,1	80,0	294	5 391
	35-49 ans	13,7	9,0	18,3	9,2	8,2	10,1	21,3	16,0	26,6	19,5	18,2	20,8	65,1	58,8	71,3	71,3	69,8	72,8	296	5 664
	50-64 ans	16,6	11,5	21,7	10,8	9,7	11,9	25,6	19,3	31,8	18,5	17,2	19,8	57,9	50,9	64,8	70,7	69,2	72,2	251	5 081
	65 ans et plus	27,3	20,0	34,6	18,2	16,7	19,6	18,3	11,8	24,8	14,5	13,2	15,8	54,4	46,5	62,3	67,3	65,6	69,1	246	4 489
	Formation	24,2	16,6	31,9	19,0	17,3	20,7	15,4	9,8	21,0	13,9	12,5	15,3	60,4	52,0	68,7	67,1	65,1	69,1	199	3 481
	Degré secondaire II	18,0	13,8	22,2	10,9	10,1	11,7	18,2	14,1	22,3	16,2	15,3	17,0	63,8	58,7	68,9	72,9	71,9	74,0	483	11 163
Degré tertiaire	12,2	8,4	16,1	5,8	5,1	6,5	22,6	17,8	27,5	19,6	18,3	20,8	65,1	59,6	70,7	74,6	73,3	76,0	398	5 907	
Suisses	14,3	11,4	17,2	9,4	8,9	10,0	20,1	16,8	23,4	17,0	16,4	17,7	65,6	61,7	69,5	73,5	72,7	74,3	824	17 356	
Etrangers	22,8	16,8	28,7	15,6	14,0	17,2	17,9	12,8	23,0	15,9	14,3	17,4	59,3	52,5	66,2	68,5	66,5	70,5	263	3 269	
Nationalité	23,5	17,1	29,9	16,0	14,6	17,4	14,1	9,5	18,7	15,5	14,2	16,8	62,4	55,2	69,5	68,5	66,8	70,2	245	4 768	
Revenu	14,3	10,2	18,5	10,4	9,4	11,3	20,4	15,1	25,8	16,8	15,7	17,9	65,2	59,2	71,2	72,8	71,5	74,2	328	6 503	
d'équivalence	16,3	10,0	22,6	7,9	6,9	9,0	21,0	14,8	27,2	17,5	16,1	19,0	62,7	55,0	70,3	74,5	72,9	76,2	191	4 092	
du ménage	9,4	5,3	13,5	5,7	4,8	6,5	22,9	16,0	29,7	18,3	16,8	19,9	67,7	60,4	75,0	76,0	74,3	77,7	245	4 113	
Degré d'urbanisation	16,9	14,2	19,7	11,3	10,6	12,0	19,4	16,6	22,2	17,0	16,3	17,8	63,6	60,2	67,1	71,7	70,8	72,6	1 076	14 704	
Campagne	(22,0)	0,0	49,0	9,2	8,2	10,2	(17,1)	0,0	39,1	16,2	15,0	17,4	(60,9)	30,4	91,5	74,6	73,1	76,0	11	5 921	
Comparaison régionale	Inactif	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n
Région	Suisse alémanique	8,7	8,1	9,4	15,0	15,0	14,3	15,8	15,8	14,3	15,8	15,8	76,2	76,2	77,2	75,3	75,3	77,2	13 331	13 331	
linguistique ¹⁾	Suisse romande	14,5	13,4	15,6	21,6	21,6	20,4	22,8	22,8	20,4	22,8	22,8	63,9	63,9	65,3	62,4	62,4	65,3	5 818	5 818	
Cantons ²⁾	Tessin	21,5	19,1	23,9	17,7	17,7	15,6	19,9	19,9	15,6	19,9	19,9	60,8	60,8	63,6	58,0	58,0	63,6	1 476	1 476	
	ZH	8,8	7,4	10,3	16,4	16,4	14,5	18,2	18,2	14,5	18,2	18,2	74,8	74,8	77,0	72,0	72,0	77,0	2 129	2 129	
	BE	8,5	6,9	10,0	15,4	15,4	13,5	17,4	17,4	13,5	17,4	17,4	76,1	76,1	78,4	73,8	73,8	78,4	1 648	1 648	
	LU	7,6	5,9	9,2	14,9	14,9	12,8	17,0	17,0	12,8	17,0	17,0	77,5	77,5	80,1	75,0	75,0	80,1	1 217	1 217	
	UR	7,4	4,5	10,3	12,7	12,7	9,7	15,8	15,8	9,7	15,8	15,8	79,9	79,9	83,8	75,9	75,9	83,8	497	497	
	SZ	7,8	5,2	10,3	17,2	17,2	13,6	20,7	20,7	13,6	20,7	20,7	75,1	75,1	79,1	71,0	71,0	79,1	578	578	
	ZG	7,8	5,9	9,7	17,1	17,1	14,5	19,7	19,7	14,5	19,7	19,7	75,2	75,2	78,2	72,1	72,1	78,2	948	948	
	FR	11,5	9,1	13,9	23,8	23,8	20,7	26,8	26,8	20,7	26,8	26,8	64,7	64,7	68,2	61,3	61,3	68,2	974	974	
	BS	11,3	9,1	13,4	15,5	15,5	12,8	18,3	18,3	12,8	18,3	18,3	73,2	73,2	76,4	70,0	70,0	76,4	963	963	
	BL	9,5	7,2	11,9	13,9	13,9	11,3	16,5	16,5	11,3	16,5	16,5	76,6	76,6	79,8	73,3	73,3	79,8	814	814	
	AR	9,1	6,2	12,1	14,4	14,4	11,2	17,7	17,7	11,2	17,7	17,7	76,4	76,4	80,5	72,3	72,3	80,5	491	491	
	GR	8,2	5,8	10,6	15,1	15,1	12,0	18,2	18,2	12,0	18,2	18,2	76,7	76,7	80,4	73,0	73,0	80,4	638	638	
	AG	7,7	5,9	9,5	14,1	14,1	11,9	16,3	16,3	11,9	16,3	16,3	78,2	78,2	80,8	75,5	75,5	80,8	1 220	1 220	
	TG	8,1	6,2	9,9	14,9	14,9	12,5	17,2	17,2	12,5	17,2	17,2	77,1	77,1	80,8	75,5	75,5	80,8	1 081	1 081	
	TI	21,5	19,1	23,9	17,7	17,7	15,6	19,9	19,9	15,6	19,9	19,9	60,8	60,8	63,6	58,0	58,0	63,6	1 476	1 476	
	VD	15,4	13,5	17,4	21,2	21,2	19,1	23,4	23,4	19,1	23,4	23,4	63,3	63,3	65,9	60,8	60,8	65,9	1 664	1 664	
	VS	10,3	8,3	12,3	22,6	22,6	19,7	25,5	25,5	19,7	25,5	25,5	67,1	67,1	70,3	63,9	63,9	70,3	1 011	1 011	
	NE	16,8	13,2	20,4	22,7	22,7	19,0	26,4	26,4	19,0	26,4	26,4	63,6	63,6	67,0	56,1	56,1	67,0	588	588	
	GE	17,0	14,2	19,7	22,2	22,2	16,6	22,2	22,2	16,6	22,2	22,2	61,4	61,4	66,5	56,2	56,2	66,5	1 087	1 087	
	JU	15,3	11,6	19,0	23,3	23,3	18,6	28,1	28,1	18,6	28,1	28,1	61,4	61,4	66,5	56,2	56,2	66,5	494	494	
Ville de Zurich		10,1	7,5	12,6	17,6	17,6	14,9	20,3	20,3	14,9	20,3	20,3	72,3	72,3	75,7	69,0	69,0	75,7	906	906	

1) Suisse alémanique: ZH, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Tessin: TI.

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

Source: OFS - Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Tableau A-3.5 Consommation de tabac, canton de Genève et Suisse ainsi que comparaison régionale, 1992-2012

	Non-fumeur			Ex-fumeur			Fumeur			Echantillon												
	CH			CH			CH			CH												
	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n										
Comparaison temporelle	1992	41,8	38,4	45,1	49,2	48,2	50,1	22,2	19,4	24,9	20,8	21,5	36,0	32,8	39,3	30,1	29,2	30,9	1 035	15 282		
	1997	42,5	39,1	45,8	47,6	46,6	48,5	48,5	23,7	20,8	26,6	19,2	18,5	33,8	30,7	37,0	32,3	32,3	34,1	1 046	12 994	
Total	2002	44,5	41,0	48,0	49,6	48,7	50,5	21,5	18,7	24,3	19,9	20,6	34,0	30,6	37,4	30,5	29,7	31,4	1 017	19 698		
	2007	46,5	42,9	50,1	50,9	50,0	51,9	24,1	21,1	27,1	21,2	20,5	21,9	29,4	26,1	32,6	27,9	27,0	28,7	1 044	18 747	
Sexe	Femmes	46,6	43,2	50,0	50,3	49,4	51,1	23,2	20,3	26,1	21,5	20,8	22,2	30,3	27,2	33,4	28,2	27,4	29,0	1 149	21 591	
	Hommes	50,0	45,4	54,6	57,3	56,1	58,4	20,7	16,8	24,6	18,6	17,6	19,5	29,3	25,2	33,4	24,2	23,2	25,0	653	11 312	
Formation	15-34 ans	42,4	37,4	47,5	43,0	41,8	44,2	26,1	21,8	30,4	24,6	23,6	25,7	31,5	26,7	36,2	32,4	31,2	33,6	496	10 279	
	35-49 ans	52,7	46,1	59,2	53,5	51,8	55,2	8,6	5,2	12,0	9,9	8,8	11,0	38,7	32,4	45,0	36,6	35,0	38,3	312	5 609	
Nationalité	50-64 ans	45,6	39,3	51,8	49,7	48,1	51,3	17,7	12,8	22,7	19,1	17,8	20,3	36,7	30,5	42,9	31,3	29,7	32,8	309	5 902	
	65 ans et plus	41,2	34,5	48,0	43,7	42,0	45,3	32,0	25,4	38,6	28,7	32,2	30,2	26,7	27,6	26,1	26,1	29,2	26,2	27,8	262	5 278
Revenu d'équivalence	Scolarité obligatoire	45,8	38,3	53,3	53,7	52,0	55,5	37,5	30,2	44,7	32,9	31,3	34,6	16,7	10,9	22,5	13,3	12,2	14,5	4 802	6 768	
	Degré secondaire II	51,4	43,4	59,3	55,1	53,0	57,1	16,9	11,1	22,7	16,0	14,5	17,5	31,8	24,4	39,1	29,0	27,1	30,9	224	3 867	
Degré d'urbanisation	Degré tertiaire	42,3	37,2	47,4	47,7	46,5	48,9	24,4	19,9	28,8	22,6	21,7	23,6	33,3	28,4	38,2	29,7	28,6	30,8	498	11 567	
	Etrangers	44,1	37,7	50,6	46,4	44,3	48,5	20,4	15,1	25,7	19,3	17,7	20,9	35,5	29,1	41,8	34,3	32,3	36,3	299	3 660	
Degré de ménage	Jusqu'à 2999 CHF	48,6	41,5	55,8	51,2	49,4	53,0	21,2	15,3	27,1	19,7	18,3	21,1	30,2	23,6	36,8	29,0	27,4	30,7	266	5 097	
	De 3000 à 4999 CHF	40,4	34,5	46,4	49,0	47,5	50,5	25,1	19,8	30,4	21,4	20,2	22,6	34,5	28,8	40,1	29,6	28,2	31,0	344	6 768	
Degré de campagne	De 4500 à 5999 CHF	47,4	39,9	55,0	49,0	47,1	50,9	21,2	15,2	27,2	22,7	21,1	24,2	31,3	23,9	38,8	28,4	26,6	30,1	199	4 214	
	6000 CHF et plus	48,5	41,0	56,1	49,1	47,2	51,0	25,8	19,4	32,2	24,0	22,4	25,6	25,7	19,4	32,0	26,9	25,2	28,5	254	4 215	
Ville de Zurich	Ville	46,4	43,0	49,8	49,6	48,6	50,6	23,3	20,4	26,3	21,9	21,1	22,7	30,3	27,4	33,4	28,5	27,6	29,4	1 138	15 412	
	Campagne	(66,1)	36,8	95,3	52,2	50,5	53,8	(4,5)	0,0	13,4	20,5	19,2	21,8	(29,4)	0,7	58,1	27,3	25,8	28,8	11	6 179	
Comparaison régionale													Fumeur			Echantillon						
Non-fumeur													Part en %			n						
Région	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)
Suisse alémanique	51,4	47,8	50,3	46,4	52,5	49,3	21,2	22,2	20,3	22,1	23,4	22,1	27,4	27,4	26,4	28,4	28,4	28,4	13 926	13 926		
Suisse romande	46,1	43,3	48,8	46,1	49,3	46,1	22,2	22,2	21,0	21,0	23,4	23,4	30,0	30,0	28,6	31,4	31,4	31,4	6 115	6 115		
Tessin	52,1	49,7	54,5	51,5	54,5	51,5	21,5	21,5	19,6	19,6	23,4	23,4	26,4	26,4	24,3	28,5	28,5	28,5	1 550	1 550		
ZH	51,9	49,3	55,5	51,3	54,5	51,3	21,3	21,3	19,2	19,2	23,4	23,4	26,8	26,8	24,4	29,2	29,2	29,2	2 225	2 225		
BE	52,5	49,5	55,5	51,3	54,5	51,3	21,3	21,3	18,8	18,8	23,7	23,7	26,2	26,2	23,5	28,9	28,9	28,9	1 715	1 715		
LU	58,3	53,6	59,1	53,6	63,0	59,1	14,8	14,8	11,7	11,7	18,0	18,0	26,9	26,9	22,5	31,2	31,2	31,2	1 280	1 280		
UR	53,6	49,1	58,0	49,1	58,0	49,1	18,9	18,9	15,5	15,5	22,3	22,3	27,6	27,6	23,6	31,6	31,6	31,6	599	599		
SZ	57,3	51,9	53,9	47,6	54,5	51,9	19,9	19,9	17,3	17,3	22,6	22,6	22,8	22,8	19,7	25,8	25,8	25,8	996	996		
ZG	51,1	47,1	47,6	43,6	50,6	47,1	21,9	21,9	19,1	19,1	24,8	24,8	27,0	27,0	23,8	30,2	30,2	30,2	1 026	1 026		
FR	47,1	43,6	49,1	43,6	50,6	47,1	22,6	22,6	19,7	19,7	25,4	25,4	30,3	30,3	27,1	33,6	33,6	33,6	1 011	1 011		
BS	52,8	49,1	56,5	49,1	56,5	49,1	22,4	22,4	19,4	19,4	25,3	25,3	24,8	24,8	21,5	28,1	28,1	28,1	847	847		
BL	51,2	46,3	47,6	46,3	56,0	46,3	20,8	20,8	16,5	16,5	25,1	25,1	28,0	28,0	23,7	32,4	32,4	32,4	509	509		
AR	51,9	47,6	56,1	47,6	56,1	47,6	20,7	20,7	17,4	17,4	24,0	24,0	27,4	27,4	23,5	31,3	31,3	31,3	666	666		
GR	51,4	48,2	49,1	48,2	54,5	48,2	20,5	20,5	18,0	18,0	22,1	22,1	28,2	28,2	25,0	31,0	31,0	31,0	1 272	1 272		
AG	52,3	46,1	43,3	43,3	55,5	43,3	23,2	23,2	17,2	17,2	25,0	25,0	28,0	28,0	25,0	33,3	33,3	33,3	1 550	1 550		
TI	46,1	47,3	44,6	44,6	50,0	44,6	22,0	22,0	19,8	19,8	24,1	24,1	30,7	30,7	28,2	33,2	33,2	33,2	1 744	1 744		
VD	49,6	46,1	41,8	46,2	53,0	46,2	22,9	22,9	18,1	18,1	23,3	23,3	29,7	29,7	26,6	32,8	32,8	32,8	1 065	1 065		
VS	46,6	43,2	43,2	43,2	50,0	43,2	23,2	23,2	20,3	20,3	26,1	26,1	30,3	30,3	27,2	33,4	33,4	33,4	622	622		
NE	46,6	44,9	39,8	39,8	50,0	39,8	23,9	23,9	19,7	19,7	28,0	28,0	31,3	31,3	26,6	35,9	35,9	35,9	509	509		
GE	47,3	47,3	43,8	43,8	50,8	43,8	24,3	24,3	21,1	21,1	27,5	27,5	28,4	28,4	25,3	31,6	31,6	31,6	956	956		

1) Suisse alémanique: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SC, GR, AG, TG; Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Tessin : TI.

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, CL, SO, SH, AI, SG) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

Source: OFS - Enquêtes suisses sur la santé, 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Tableau A-3.6 Exposition à la fumée passive au travail, canton de Genève et Suisse ainsi que comparaison régionale, 2007-2012

	Exposition à la fumée passive au travail (au moins un quart du temps)						Echantillon	
	GE	CH	GE	CH	CH	CH	GE	CH
	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "non" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n
Comparaison temporelle	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	23,0	17,1	28,9	14,4	16,7	71,1	82,9	83,3
2012	11,9	8,4	15,3	9,1	10,6	88,1	84,7	89,4
Total	7,2	3,7	10,6	5,1	6,8	92,8	89,4	93,2
Sexe								
Femmes	16,2	10,5	22,0	13,2	14,4	83,8	78,0	85,6
Hommes	13,3	6,5	20,0	14,5	12,9	86,7	80,0	83,9
15-34 ans	12,9	7,6	18,2	8,5	7,4	87,1	81,8	90,4
35-49 ans	8,1	1,6	14,6	5,9	4,8	91,9	85,4	93,1
50-64 ans	(14,9)	0,0	31,7	8,8	5,4	(85,1)	100,0	91,2
65 ans et plus	13,4	7,8	19,0	11,5	10,4	86,6	81,0	87,8
Formation								
Scolarité obligatoire	30,7	16,6	44,8	18,9	16,0	69,3	55,2	78,3
Degré secondaire II	18,4	10,2	26,5	12,1	10,2	81,6	73,5	89,8
Degré tertiaire	8,7	5,6	11,9	9,1	8,3	91,3	88,1	90,9
Suisses	18,4	10,2	26,5	12,1	10,2	81,6	73,5	89,8
Etrangers	18,2	9,3	27,0	14,0	11,9	81,8	73,0	88,1
Jusqu'à 2999 CHF	12,5	6,0	19,0	11,2	9,8	87,5	81,0	87,4
De 3000 à 4499 CHF	11,8	3,6	20,0	8,9	7,5	88,2	80,0	89,6
De 4500 à 5999 CHF	6,2	1,3	11,0	5,0	4,0	93,8	89,0	93,9
6000 CHF et plus	12,1	8,5	15,6	9,8	8,9	87,9	84,4	89,4
Ville	-	-	-	-	-	-	-	-
Degré d'urbanisation								
Campagne	10,1	8,6	11,6	8,6	11,6	89,9	88,4	91,4
Comparaison régionale								
	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "non" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "non" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n
Région linguistique ¹⁾								
Suisse alémanique	9,3	9,3	10,2	8,4	10,2	90,7	89,8	91,6
Suisse romande	11,6	11,6	13,0	10,2	13,0	88,4	88,8	89,8
Tessin	9,9	9,9	10,5	7,3	12,5	90,1	87,5	92,7
ZH	10,5	10,5	12,7	8,3	12,7	89,5	87,3	91,7
Cantons ²⁾								
BE	8,8	8,8	11,1	6,5	11,1	91,2	88,9	93,5
LU	9,4	9,4	12,1	6,7	12,1	90,6	87,9	93,3
UR	8,0	8,0	11,7	4,4	11,7	92,0	88,3	95,6
SZ	9,8	9,8	13,7	5,9	13,7	90,2	86,3	94,1
ZG	8,6	8,6	11,7	5,6	11,7	91,4	88,3	94,4
FR	8,7	8,7	11,4	6,0	11,4	91,3	88,6	94,0
BS	8,0	8,0	11,0	5,0	11,0	92,0	89,0	95,0
BL	8,2	8,2	11,3	5,1	11,3	91,8	88,7	94,9
AR	8,3	8,3	12,2	4,5	12,2	91,7	87,8	95,5
GR	9,2	9,2	12,6	5,7	12,6	90,8	87,4	94,3
AG	7,3	7,3	9,5	5,0	9,5	92,7	90,5	95,0
TG	11,8	11,8	14,6	9,0	14,6	88,2	85,4	91,0
TI	9,9	9,9	12,5	7,3	12,5	90,1	87,5	92,7
VD	11,2	11,2	13,7	8,7	13,7	88,8	86,3	91,3
VS	14,3	14,3	17,7	10,9	17,7	85,7	82,3	89,1
NE	12,3	12,3	16,4	8,2	16,4	87,7	83,6	91,8
CE	11,9	11,9	15,3	8,4	15,3	88,1	84,7	91,6
JU	11,6	11,6	16,0	7,3	16,0	88,4	84,0	92,7
Ville de Zurich	9,4	9,4	12,4	6,4	12,4	90,6	87,6	93,6

1) Suisse alémanique: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG, Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU, Tessin : TI.

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SO) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

Source: OFS – Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Tableau A-3.7 Risque concernant la consommation d'alcool chronique excessive, canton de Genève et Suisse ainsi que comparaison régionale, 2002-2012

	Aucun risque			Risque faible			Risque moyen à élevé			Echantillon													
	CH			CH			CH			GE	CH												
	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n											
Comparaison temporelle	1992	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-											
	1997	29,6	26,3	32,9	23,0	22,3	23,8	65,1	61,7	68,6	73,2	72,3	74,0	5,3	3,6	6,9	3,5	4,1	996	19 214			
	2002	30,4	26,9	33,8	26,2	25,4	27,0	63,0	59,5	66,6	68,7	67,8	69,5	6,6	4,9	8,3	4,7	5,5	974	17 888			
	2007	32,6	29,3	35,9	26,8	26,0	27,6	59,7	56,2	63,1	68,4	67,6	69,2	7,8	5,9	9,7	4,5	5,2	1 102	20 848			
	Total	Femmes	38,4	33,7	43,0	35,0	33,8	36,1	53,6	48,9	58,3	59,7	62,1	62,1	8,1	5,3	10,9	3,7	4,6	626	10 950		
		Hommes	25,7	21,0	30,3	18,2	17,2	19,3	66,9	62,0	71,9	76,2	75,1	77,3	7,4	4,9	9,9	5,5	6,1	476	9 898		
	Sexe	15-34 ans	34,4	27,7	41,2	28,2	26,6	29,8	57,4	50,6	64,2	66,7	65,0	68,3	8,2	4,7	11,6	4,4	5,9	295	5 430		
		35-49 ans	31,8	26,0	37,6	25,3	23,9	26,8	62,1	55,9	68,2	70,9	69,4	72,4	6,1	3,0	9,3	3,8	4,4	301	5 712		
		50-64 ans	31,0	24,8	37,2	22,5	21,1	23,9	62,5	58,7	69,1	72,7	71,2	74,1	6,5	3,3	9,7	4,9	4,2	255	5 132		
	Formation	65 ans et plus	32,9	25,2	40,6	31,4	29,6	33,2	56,6	48,7	64,5	69,1	64,8	64,8	10,5	5,3	15,7	5,7	4,9	251	4 574		
Scolarité obligatoire		44,7	36,0	53,3	42,3	40,2	44,4	49,3	40,8	57,8	53,2	51,0	55,3	6,0	2,5	9,6	4,6	3,7	200	3 537			
Nationalité	Degré secondaire II	32,0	27,2	36,8	28,1	27,0	29,2	59,7	54,6	64,8	67,1	66,0	68,3	8,4	5,4	11,3	4,8	5,2	488	11 267			
	Degré tertiaire	26,9	21,9	32,0	15,3	14,2	16,5	65,0	59,5	70,5	79,6	78,3	80,9	8,1	4,7	11,5	5,1	4,4	406	5 964			
Revenu	Suisses	30,7	26,9	34,5	24,3	23,5	25,1	61,4	57,4	65,3	70,7	69,8	71,5	7,9	5,6	10,3	5,0	4,6	831	17 533			
	Etrangers	36,6	30,0	43,3	35,8	33,7	37,9	56,0	49,1	62,8	60,1	57,9	62,2	7,4	4,1	10,7	4,1	3,3	271	3 315			
du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	44,3	36,8	51,8	39,6	37,7	41,4	46,9	39,5	54,3	56,1	54,3	58,0	8,7	4,9	12,6	3,6	4,9	247	4 830			
	De 3000 à 4499 CHF	35,6	29,8	41,4	27,5	26,2	28,9	59,6	53,7	65,6	67,9	66,4	69,3	4,8	2,3	7,2	4,6	4,0	332	6 568			
Degré d'urbanisation	De 4500 à 5999 CHF	22,1	15,8	28,3	19,1	17,6	20,6	69,2	62,2	76,2	75,8	74,1	77,4	8,7	4,5	13,0	5,2	4,3	60	1 93			
	6000 CHF et plus	17,6	12,0	23,2	12,5	11,3	13,8	73,5	66,8	80,2	82,0	80,6	83,5	8,8	4,2	13,5	5,5	4,6	249	4 148			
Ville	32,6	29,2	35,9	27,0	26,0	27,9	59,6	55,1	63,1	68,1	68,1	67,2	69,1	7,8	5,9	9,8	4,9	4,5	1 091	14 861			
	Campagne	(33,7)	2,6	64,9	26,3	24,8	27,9	(66,3)	35,1	97,4	69,1	67,5	70,7	(0,0)	-	-	4,6	4,0	5,2	11	5 987		
Comparaison régionale	Aucun risque	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)
Région linguistique ¹⁾	Suisse alémanique	25,9	24,9	26,9	24,9	24,9	26,9	69,2	70,2	71,2	69,2	71,2	71,2	3,9	3,9	3,9	3,5	4,3	13 471				
Cantons ²⁾	Suisse romande	28,8	27,4	30,2	27,2	27,2	32,4	64,2	64,2	65,7	62,7	65,7	65,7	7,0	7,0	7,0	6,3	7,8	5 887				
	Tessin	29,8	29,8	27,2	27,2	27,2	32,4	63,6	63,6	66,4	60,9	66,4	66,4	6,6	6,6	6,6	5,1	8,1	1 490				
Ville de Zurich	ZH	26,3	24,0	28,6	24,0	24,0	28,6	69,9	69,9	72,3	67,6	72,3	72,3	3,8	3,8	3,8	2,9	4,7	2 152				
	BE	23,3	21,0	25,6	21,0	21,0	25,6	72,5	72,5	74,9	70,2	74,9	74,9	4,2	4,2	4,2	3,1	5,3	1 663				
	LU	24,0	21,3	26,7	21,3	21,3	26,7	71,6	71,6	74,4	68,7	74,4	74,4	4,4	4,4	4,4	3,1	5,7	1 235				
	UR	28,0	26,2	32,5	23,4	23,4	32,5	69,1	69,1	73,7	64,5	73,7	73,7	3,0	3,0	3,0	1,6	4,3	501				
	SZ	24,5	22,1	27,5	22,1	22,1	27,5	71,3	71,3	75,5	67,1	75,5	75,5	2,5	2,5	2,5	1,1	3,9	579				
	ZG	23,1	21,5	27,5	21,5	21,5	27,5	74,5	74,5	78,1	68,1	78,1	78,1	4,2	4,2	4,2	2,7	5,6	956				
	FR	26,3	24,8	29,6	23,4	23,4	29,6	67,8	67,8	70,1	64,5	70,1	70,1	5,8	5,8	5,8	4,2	7,5	989				
	BS	24,8	21,6	28,1	21,6	21,6	28,1	72,5	72,5	75,9	63,4	75,9	75,9	2,6	2,6	2,6	1,5	3,8	822				
	BL	27,3	22,6	32,0	22,6	22,6	32,0	68,8	68,8	73,6	64,0	73,6	73,6	3,9	3,9	3,9	2,2	5,6	494				
	GR	30,3	26,5	34,2	26,5	26,5	34,2	65,3	65,3	69,3	61,3	69,3	69,3	4,4	4,4	4,4	2,6	6,2	644				
AG	27,3	24,4	30,1	24,4	24,4	30,1	68,3	68,3	71,4	65,3	71,4	71,4	3,3	3,3	3,3	2,2	4,4	1 233					
TI	29,8	27,2	32,4	27,2	27,2	32,4	63,6	63,6	66,4	60,9	66,4	66,4	6,6	6,6	6,6	5,1	8,1	1 098					
VD	28,5	26,0	31,0	26,0	26,0	31,0	64,7	64,7	67,3	62,1	67,3	67,3	6,8	6,8	6,8	5,5	8,1	1 490					
VS	27,6	24,3	30,8	24,3	24,3	30,8	64,9	64,9	68,3	61,5	68,3	68,3	7,6	7,6	7,6	5,9	9,2	1 680					
NE	28,2	24,1	32,3	24,1	24,1	32,3	65,4	65,4	69,7	61,1	69,7	69,7	6,4	6,4	6,4	4,3	8,5	593					
GE	32,6	29,3	35,9	29,3	29,3	35,9	59,7	59,7	63,1	56,2	63,1	63,1	7,8	7,8	7,8	5,9	9,7	1 102					
JU	24,2	19,4	29,0	19,4	19,4	29,0	68,1	68,1	73,1	63,1	73,1	73,1	7,7	7,7	7,7	5,0	10,4	499					
		27,0	23,7	30,4	23,7	23,7	67,9	67,9	71,4	64,5	71,4	71,4	5,0	5,0	5,0	3,4	6,6	918					

1) Suisse alémanique: ZH, LU, UR, SZ, OW, NW, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Tessin : TI.

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, CL, SO, SH, AI, SG) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

Source: OFS – Enquêtes suisses sur la santé. 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Tableau A-3.8 Consommation générale de médicaments et consommation d'analgésiques, canton de Genève et Suisse ainsi que comparaison régionale, 1992-2012

	Consommation générale de médicaments (dans les 7 derniers jours)				Analgésiques (dans les 7 derniers jours)				Echantillon	
	GE	CH	GE	CH	GE	CH	GE	CH	GE	CH
	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n
Comparaison temporelle	44,7	41,4	48,1	37,4	38,3	37,4	39,2	37,4	1 030	15 278
1997	48,9	45,5	52,3	40,7	39,8	41,7	41,7	20,3	1 046	12 999
2002	48,8	45,2	52,3	40,8	39,9	41,6	41,6	21,2	1 017	19 688
2007	51,9	48,3	55,5	46,3	45,4	47,2	47,2	27,3	1 042	18 733
Total	53,9	50,5	57,3	48,6	47,7	49,4	49,4	26,3	1 150	21 585
Sexe	56,1	51,6	60,6	53,2	52,0	54,4	54,4	34,2	653	11 307
Femmes	51,2	46,1	56,3	43,8	42,6	45,0	45,0	23,7	497	10 278
Hommes	51,2	46,1	56,3	43,8	42,6	45,0	45,0	23,7	497	10 278
15-34 ans	34,5	28,3	40,8	30,9	30,9	34,1	34,1	19,6	312	5 606
35-49 ans	46,4	40,1	52,7	39,4	37,8	40,9	40,9	32,1	309	5 899
50-64 ans	61,3	54,6	67,9	53,1	51,4	54,8	54,8	31,7	262	5 278
65 ans et plus	77,1	70,6	83,6	77,7	76,3	79,1	79,1	34,6	267	4 802
Formation	52,2	44,2	60,1	52,9	50,8	54,9	54,9	32,6	224	3 864
Scolarité obligatoire	57,6	52,6	62,7	49,2	48,0	50,4	50,4	29,0	498	11 564
Degré secondaire II	49,8	44,2	55,4	44,8	43,3	46,4	46,4	28,4	417	6 051
Degré tertiaire	56,5	52,7	60,4	49,7	48,8	50,6	50,6	29,3	851	17 929
Nationalité	48,5	41,9	55,0	44,9	42,8	46,9	46,9	29,5	299	3 656
Etrangers	51,2	44,0	58,3	52,0	50,2	53,8	53,8	29,0	266	5 097
Jusqu'à 2999 CHF	54,2	48,2	60,2	46,8	45,3	48,3	48,3	31,6	344	6 768
Revenu d'équivalence	52,5	44,9	60,1	47,7	45,8	49,6	49,6	26,9	200	4 215
De 3000 à 4499 CHF	54,5	47,0	61,9	45,1	43,2	46,9	46,9	26,2	254	4 213
De 4500 à 5999 CHF	53,7	50,3	57,1	49,5	48,5	50,5	50,5	29,2	1 139	15 409
Degré	(72,8)	45,4	100,0	46,1	44,5	47,8	47,8	(56,1)	11	6 176
de l'urbanisation										
Campagne										
Comparaison régionale										
Région linguistique ¹⁾	47,3	47,3	47,3	46,2	46,2	48,4	48,4	22,0	13 924	13 924
Suisse alémanique	52,0	50,5	53,5	50,5	50,5	53,5	53,5	27,5	6 112	6 112
Suisse romande	49,9	49,9	49,9	47,1	47,1	52,7	52,7	23,0	1 549	1 549
Tessin	47,9	47,9	47,9	45,4	45,4	50,3	50,3	21,3	2 225	2 225
Cantons ²⁾	50,6	50,6	50,6	48,0	48,0	53,3	53,3	24,2	1 716	1 716
ZH	45,5	45,5	45,5	42,5	42,5	48,5	48,5	20,6	1 279	1 279
BE	37,2	37,2	37,2	37,2	37,2	41,6	41,6	15,6	514	514
LU	41,6	41,6	41,6	37,2	37,2	45,9	45,9	16,3	999	999
UR	43,7	43,7	43,7	37,0	37,0	43,7	43,7	19,7	1 026	1 026
SZ	49,0	49,0	49,0	45,5	45,5	52,5	52,5	26,1	1 011	1 011
SO	53,7	53,7	53,7	50,2	50,2	57,2	57,2	24,5	1 011	1 011
VS	56,4	56,4	56,4	52,7	52,7	60,1	60,1	28,4	847	847
FR	35,8	35,8	35,8	31,3	31,3	40,4	40,4	16,2	509	509
GR	42,6	42,6	42,6	38,4	38,4	46,8	46,8	18,1	665	665
AG	47,5	47,5	47,5	44,4	44,4	50,6	50,6	22,2	1 272	1 272
TC	49,9	49,9	49,9	47,1	47,1	52,7	52,7	23,0	1 549	1 549
TI	52,2	52,2	52,2	49,6	49,6	54,9	54,9	25,2	1 743	1 743
VD	48,5	48,5	48,5	45,1	45,1	51,9	51,9	25,2	1 065	1 065
VN	58,0	58,0	58,0	53,7	53,7	62,4	62,4	27,2	619	619
NE	53,9	53,9	53,9	50,5	50,5	57,3	57,3	29,4	1 150	1 150
GE	50,5	50,5	50,5	45,4	45,4	55,5	55,5	27,4	509	509
JU	46,1	46,1	46,1	42,6	42,6	49,7	49,7	19,6	956	956
Ville de Zurich										
Comparaison régionale										
Région linguistique ¹⁾										
Suisse alémanique	21,0	21,0	21,0	22,9	22,9	22,9	22,9	21,2	22,9	13 797
Suisse romande	26,2	26,2	26,2	27,5	27,5	28,8	28,8	24,3	26,2	6 028
Tessin	20,7	20,7	20,7	23,0	23,0	25,4	25,4	20,7	20,7	1 535
Cantons ²⁾	19,3	19,3	19,3	21,3	21,3	23,3	23,3	19,3	19,3	2 209
ZH	22,0	22,0	22,0	24,2	24,2	26,5	26,5	22,0	22,0	1 703
BE	12,4	12,4	12,4	15,6	15,6	18,8	18,8	12,4	12,4	509
LU	12,9	12,9	12,9	16,3	16,3	19,7	19,7	12,9	12,9	589
UR	16,9	16,9	16,9	19,7	19,7	22,6	22,6	16,9	16,9	986
SZ	23,0	23,0	23,0	26,1	26,1	29,2	29,2	23,0	23,0	1 006
SO	21,5	21,5	21,5	24,5	24,5	27,5	27,5	21,5	21,5	998
VS	25,0	25,0	25,0	28,4	28,4	31,8	31,8	25,0	25,0	836
FR	12,8	12,8	12,8	16,2	16,2	19,6	19,6	12,8	12,8	508
GR	14,8	14,8	14,8	18,1	18,1	21,4	21,4	14,8	14,8	659
AG	19,6	19,6	19,6	22,2	22,2	24,8	24,8	19,6	19,6	1 260
TC	18,0	18,0	18,0	20,6	20,6	23,2	23,2	18,0	18,0	1 116
TI	20,7	20,7	20,7	23,0	23,0	25,4	25,4	20,7	20,7	1 535
VD	25,5	25,5	25,5	27,9	27,9	30,4	30,4	25,5	25,5	1 721
VN	22,4	22,4	22,4	25,2	25,2	28,1	28,1	22,4	22,4	1 048
NE	31,2	31,2	31,2	27,2	27,2	31,2	31,2	31,2	31,2	612
GE	26,3	26,3	26,3	29,4	29,4	32,5	32,5	26,3	26,3	1 136
JU	16,8	16,8	16,8	19,6	19,6	22,3	22,3	16,8	16,8	951

1) Suisse alémanique: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG, Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU, Tessin : TI.

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

Source: OFS – Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Tableau A-3.9 Consommation de tranquillisants, de somnifères et d'antidépresseurs, canton de Genève et Suisse ainsi que comparaison régionale, 1992-2012

	Tranquillisants (dans les 7 derniers jours)				Somnifères (dans les 7 derniers jours)				Antidépresseurs (dans les 7 derniers jours)				Echantillon			
	CH		GE		CH		GE		CH		GE		CH	GE		
	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n	n	n		
Comparaison temporelle	6.0	4.5	7.5	4.1	3.8	4.5	1032	15 273	8.5	6.7	10.3	5.0	4.6	5.3	1032	15 272
2007	6.0	4.4	7.5	4.1	3.9	4.7	1046	12 993	7.3	5.6	9.0	5.4	4.9	5.8	1046	12 995
2002	6.8	5.1	8.4	3.8	3.5	4.1	1017	19 673	6.1	4.1	7.8	4.1	3.8	4.4	1017	19 679
Total	6.7	4.9	8.5	4.3	4.0	4.7	1040	18 706	6.9	5.2	8.7	5.2	4.9	5.6	1042	18 714
Sexe	7.0	5.4	8.7	4.3	3.9	4.6	1 137	21 354	7.2	5.4	9.0	5.3	4.9	5.7	1 139	21 367
Hommes	7.0	4.8	9.2	5.4	4.8	5.9	641	11 090	9.0	6.1	11.7	7.2	6.6	7.8	642	11 095
Femmes	7.0	4.5	9.5	3.1	2.7	3.5	486	10 264	5.1	2.9	7.3	3.4	3.0	3.8	497	10 272
15-34 ans	2.1	0.5	3.7	1.7	1.3	2.2	304	5 446	1.1	0.0	2.3	1.1	0.8	1.5	304	5 446
35-64 ans	3.8	3.0	4.7	4.1	3.5	4.8	306	5 948	2.6	0.8	4.3	2.8	2.2	3.3	306	5 950
65-84 ans	11.9	7.0	16.2	5.1	4.4	5.7	262	3 723	5.1	3.4	6.8	3.9	3.0	4.1	262	3 723
85-94 ans	9.1	4.1	12.1	6.6	5.0	7.7	222	3 028	13.2	12.3	14.1	13.2	12.3	14.1	222	3 028
Scénarios	8.1	4.1	12.1	6.6	5.0	7.7	222	3 028	5.5	2.1	8.8	3.6	1.1	6.4	222	3 028
Scénario I	7.0	4.5	9.6	4.2	3.7	4.6	483	11 437	8.2	5.3	11.0	5.9	5.0	6.0	483	11 444
Degré secondaire I	8.0	5.9	10.1	4.2	3.4	4.1	411	5 987	6.4	3.4	9.3	3.5	2.9	4.0	411	5 989
Degré tertiaire	8.0	5.9	10.1	4.2	3.4	4.1	411	5 987	6.4	3.4	9.3	3.5	2.9	4.0	411	5 989
Suisses	8.0	5.9	10.1	4.2	3.4	4.1	411	5 987	6.4	3.4	9.3	3.5	2.9	4.0	411	5 989
Nationalité	8.0	5.9	10.1	4.2	3.4	4.1	411	5 987	6.4	3.4	9.3	3.5	2.9	4.0	411	5 989
Etrangers	5.0	2.4	7.5	4.4	3.5	5.3	296	3 613	4.1	1.6	6.5	4.2	3.4	5.1	296	3 615
Revenu	6.2	3.3	9.1	5.6	4.9	6.4	261	5 045	7.4	4.2	10.6	7.0	6.2	7.9	263	5 053
Jusqu'à 4'999 CHF	8.6	5.0	12.2	4.1	3.5	4.7	341	6 688	6.3	3.6	8.9	4.6	4.0	5.2	341	6 690
De 5'000 à 9'999 CHF	7.0	3.3	10.7	4.0	3.1	4.8	200	4 179	4.4	1.6	7.2	4.0	3.2	4.7	200	4 179
De 10'000 à 19'999 CHF	4.9	2.0	7.9	2.3	1.9	2.8	249	4 166	7.4	3.0	11.9	4.0	3.2	4.7	249	4 167
60'000 CHF et plus	7.0	3.3	10.7	4.0	3.1	4.8	200	4 179	4.4	1.6	7.2	4.0	3.2	4.7	200	4 179
Degré d'urbanisation	7.0	5.3	8.6	4.3	3.9	4.7	1 127	15 242	7.1	5.3	8.9	5.4	5.0	5.9	1 129	15 252
Ville	(14.3)	0.0	39.7	4.1	3.4	4.8	10	6 112	(14.3)	0.0	39.7	4.1	3.4	4.8	10	6 114
Campagne	7.0	5.3	8.6	4.3	3.9	4.7	1 127	15 242	7.1	5.3	8.9	5.4	5.0	5.9	1 129	15 252
Comparaison régionale	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)		n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)		n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)		n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)		n
Région	3.3	3.3	3.7	13 794	4.7	4.2	5.1	13 799	3.8	3.8	4.2	3.4	3.4	4.2	13 800	
Suisse allemandique	6.6	6.6	7.3	6 026	6.8	6.1	7.6	6 032	4.5	4.5	4.9	3.9	3.9	5.1	6 031	
Suisse romande	3.1	3.1	3.3	1 514	3.1	3.0	3.3	1 514	4.0	4.0	4.2	3.1	3.1	4.9	1 514	
ZH	3.3	3.3	4.3	2 209	5.1	4.0	6.2	2 209	4.0	4.0	4.0	3.1	3.1	4.9	2 210	
VS	3.2	3.2	2.3	1 701	4.4	3.3	5.4	1 701	3.8	3.8	3.8	2.8	2.8	4.8	1 702	
BE	2.6	2.6	1.7	1 265	4.4	3.1	5.6	1 266	4.2	4.2	2.9	5.4	5.4	1 265		
LU	3.2	3.2	4.8	509	3.3	1.7	4.9	509	2.8	2.8	2.8	1.5	1.5	5.08		
UR	2.2	2.2	1.0	589	2.5	1.3	3.7	589	2.3	2.3	2.3	1.1	1.1	5.89		
SZ	3.3	3.3	2.2	986	3.9	2.6	5.2	986	2.4	2.4	1.4	3.4	3.4	9.86		
ZG	6.1	6.1	4.5	1 007	6.1	4.4	7.7	1 007	4.1	4.1	5.4	5.4	5.4	1 007		
FR	4.1	4.1	2.8	834	5.8	4.2	7.3	835	3.8	3.8	2.5	5.0	5.0	9.99		
BS	3.8	3.8	2.5	506	3.9	4.3	7.5	507	3.5	3.5	2.3	2.3	2.3	8.37		
BL	3.6	3.6	1.7	506	5.9	2.0	5.7	507	3.5	3.5	1.7	5.4	5.4	5.08		
AR	3.4	3.4	2.0	658	5.9	3.9	7.8	658	3.0	3.0	1.6	4.3	4.3	6.59		
GR	2.5	2.5	1.7	1 259	4.6	3.3	5.9	1 260	3.0	3.0	2.0	4.1	4.1	1 260		
AG	2.8	2.8	1.9	1 116	4.5	3.2	5.8	1 117	4.5	4.5	3.3	3.3	3.3	1 117		
TC	6.1	6.1	4.8	1 534	6.9	5.5	8.3	1 536	5.3	5.3	4.0	6.5	6.5	1 533		
TI	6.7	6.7	8.0	1 719	7.5	6.1	8.8	1 720	4.0	4.0	4.6	5.7	5.7	1 719		
VD	5.9	5.9	4.4	1 046	5.3	3.8	6.8	1 049	4.0	4.0	2.8	5.2	5.2	1 049		
VS	7.6	7.6	5.2	613	6.6	4.3	8.9	612	6.6	6.6	4.2	8.8	8.8	613		
NE	7.0	7.0	8.7	1 137	7.2	5.4	9.0	1 139	5.4	5.4	3.1	5.3	5.3	1 139		
GE	6.2	6.2	4.1	504	8.6	4.8	12.4	505	5.9	5.9	2.2	5.6	5.6	504		
JU	3.3	3.3	2.2	951	5.1	3.5	6.6	951	5.9	5.9	7.6	4.3	4.3	5.91		

1) Suisse allemandique: ZH, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, AR, AI, SG, AG, TG, Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU, Tesin: TI.
 2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de FESS 2012 (OW, NW, GL, SO, AI, SO) ne sont pas présentés.
 Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.
 Sources: OFS - Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

Tableau A-4.1 Nuisances à la maison, canton de Genève et Suisse ainsi que comparaison régionale, 2007-2012

	Aucune nuisance				1 nuisance				2 nuisances et plus				Echantillon						
	GE		CH		GE		CH		GE		CH		GE	CH					
	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n					
Comparaison temporelle	1992	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
	1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
	2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
	2007	28,8	24,4	33,3	46,6	47,9	27,6	37,0	25,2	27,3	38,9	34,0	43,7	27,0	25,9	28,0	648	13 337	
	2012	45,0	41,1	48,9	56,2	57,2	27,2	34,3	25,1	24,2	24,2	20,8	27,6	18,7	18,0	19,5	898	17 895	
	Femmes	44,2	39,0	49,4	55,6	54,3	29,6	34,3	25,6	24,4	26,8	21,4	31,0	18,8	17,8	19,8	522	9 450	
	Hommes	46,0	40,2	51,9	56,8	58,2	26,7	37,7	24,5	23,3	25,7	17,0	26,6	17,6	17,6	19,7	376	8 445	
	15-34 ans	48,8	41,2	56,4	59,5	61,4	32,8	40,0	25,4	23,7	27,2	18,5	24,3	15,1	13,7	16,4	226	4 478	
	35-49 ans	48,1	41,0	55,3	57,9	59,6	30,4	36,8	24,8	23,2	26,4	15,5	27,4	17,3	16,0	18,7	249	4 989	
	50-64 ans	41,7	34,0	49,4	54,1	52,2	29,2	36,1	25,3	23,6	27,0	29,1	22,0	20,6	19,1	22,1	220	4 524	
Formation	65 ans et plus	40,5	31,7	49,2	51,7	49,6	30,5	38,6	24,6	22,9	26,4	20,8	27,2	23,7	22,0	25,4	203	3 904	
	Scolarité obligatoire	46,9	36,9	56,9	57,1	57,1	29,3	38,3	25,2	22,8	27,5	23,9	14,8	32,9	18,1	22,5	143	2 671	
	Degré secondaire II	44,7	38,8	50,5	56,4	55,1	29,1	33,9	24,7	23,5	25,8	26,3	21,3	31,3	18,9	19,9	396	9 760	
	Degré tertiaire	44,4	38,3	50,5	56,9	55,3	33,5	39,3	25,6	24,2	27,1	16,7	27,4	17,4	16,2	18,7	356	5 426	
Nationalité	Suisses	45,7	41,4	50,0	56,6	55,7	31,8	35,8	24,7	23,9	25,6	22,5	18,7	26,3	17,8	19,4	699	15 292	
	Etrangers	43,6	35,6	51,6	54,8	52,3	28,6	35,7	26,1	23,8	28,4	27,8	20,8	34,9	19,1	17,2	21,0	199	2 603
	Jusqu'à 2999 CHF	45,0	36,4	53,6	53,7	51,6	28,8	33,0	25,0	23,1	26,9	29,0	20,8	37,3	21,3	19,6	23,0	189	3 924
Revenu d'équivalence du ménage	De 3000 à 4999 CHF	47,2	40,1	54,2	56,4	54,7	28,8	35,2	24,8	23,3	26,3	24,1	18,6	29,6	18,8	17,5	20,1	269	5 696
	De 4500 à 5999 CHF	44,4	35,9	52,9	56,2	54,1	30,3	38,3	25,6	23,7	27,5	25,3	18,1	32,5	18,2	16,7	19,7	163	3 650
Degré d'urbanisation	6000 CHF et plus	43,6	35,5	51,6	59,4	57,4	39,0	46,9	24,9	23,1	26,6	17,5	10,6	24,3	15,7	14,2	17,2	224	3 779
	Ville	44,9	40,9	48,8	54,4	53,2	31,0	34,6	25,8	24,8	26,8	24,2	20,7	27,6	19,9	19,0	20,8	887	12 779
Campagne	(68:5)	27,7	89,2	61,4	99,5	63,2	(12:4)	0,0	30,2	21,5	24,7	29,1	56,1	15,5	14,2	16,8	11	5 116	
Comparaison régionale	Aucune nuisance																		
	Part en %	Intervalle de confiance (95%)		Intervalle de confiance (95%)		Intervalle de confiance (95%)		Intervalle de confiance (95%)		Intervalle de confiance (95%)		Intervalle de confiance (95%)		Intervalle de confiance (95%)					
	Part en %	57,4	56,2	58,6	24,4	23,4	25,5	25,5	25,5	25,5	25,5	18,2	17,3	17,3	19,1				
	Suisse alémanique	53,8	52,1	55,4	26,7	25,2	28,2	28,2	28,2	28,2	28,2	19,5	18,2	18,2	20,9				
	Suisse romande	51,3	48,1	54,4	25,6	22,9	28,4	28,4	28,4	28,4	28,4	23,1	20,5	20,5	25,7				
	Tessin	52,7	50,0	55,4	27,6	25,1	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0	19,8	17,7	17,7	21,8				
	ZH	60,5	57,7	63,3	22,8	20,3	25,2	25,2	25,2	25,2	25,2	16,7	14,7	14,7	18,8				
	BE	57,0	53,6	60,3	23,9	21,1	26,7	26,7	26,7	26,7	26,7	19,1	16,4	16,4	21,8				
	LU	58,7	53,5	63,8	23,9	19,5	28,4	28,4	28,4	28,4	28,4	17,4	13,4	13,4	21,3				
	UR	62,3	57,6	67,0	21,1	17,1	25,1	25,1	25,1	25,1	25,1	16,6	13,1	13,1	20,0				
SZ	60,2	56,4	63,9	22,9	19,7	26,0	26,0	26,0	26,0	26,0	17,0	14,1	14,1	19,9					
ZG	55,8	52,0	59,7	26,8	23,4	30,1	30,1	30,1	30,1	30,1	17,4	14,4	14,4	20,4					
FR	52,2	48,2	56,1	22,9	19,6	26,2	26,2	26,2	26,2	26,2	24,9	21,6	21,6	28,3					
BS	57,0	52,9	61,1	24,4	20,9	27,9	27,9	27,9	27,9	27,9	18,6	15,3	15,3	21,8					
BL	66,5	61,2	71,8	21,9	16,9	26,9	26,9	26,9	26,9	26,9	11,6	8,5	8,5	14,6					
AR	63,6	59,0	68,1	23,1	19,1	27,1	27,1	27,1	27,1	27,1	13,3	10,1	10,1	16,6					
GR	60,6	57,1	65,4	21,8	18,7	24,8	24,8	24,8	24,8	24,8	17,6	15,0	15,0	20,2					
AG	61,9	58,4	64,1	22,7	19,6	25,7	25,7	25,7	25,7	25,7	15,4	12,8	12,8	18,0					
TG	51,3	48,1	54,4	25,6	22,9	28,4	28,4	28,4	28,4	28,4	15,4	12,8	12,8	18,0					
TI	55,8	52,8	58,8	26,5	23,9	29,2	29,2	29,2	29,2	29,2	17,7	15,4	15,4	20,5					
VD	57,7	53,8	61,5	22,5	19,3	25,7	25,7	25,7	25,7	25,7	19,8	16,7	16,7	22,9					
VS	54,6	49,5	59,6	26,8	22,2	31,3	31,3	31,3	31,3	31,3	18,7	15,4	15,4	20,5					
NE	45,0	41,1	48,9	30,8	27,2	34,3	34,3	34,3	34,3	34,3	24,2	20,8	20,8	27,6					
GE	62,3	56,8	67,8	21,0	16,5	25,4	25,4	25,4	25,4	25,4	16,7	12,5	12,5	21,0					
JU	51,1	47,1	55,0	27,7	24,2	31,3	31,3	31,3	31,3	31,3	21,2	18,0	18,0	24,4					

1) Suisse alémanique: ZH, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Tessin: TI.

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

Source: OFS - Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Tableau A-4.2 Impact du travail sur la santé, canton de Genève et Suisse ainsi que comparaison régionale, 2012

	Oui, principalement de façon positive				Oui, principalement de façon négative				Non		Echantillon	
	GE		CH		GE		CH		GE	CH	GE	CH
	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n
Comparaison temporelle												
1992	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	32,6	28,4	36,8	46,2	45,1	47,2	14,8	11,7	17,8	10,2	9,6	10,9
Femmes	30,6	25,1	36,2	49,6	48,1	51,1	14,7	10,3	19,2	9,1	8,2	10,0
Hommes	34,4	28,1	40,6	43,2	41,8	44,7	14,8	10,6	19,0	11,2	10,2	12,2
15-34 ans	35,4	27,3	43,5	40,0	38,1	41,9	11,8	6,9	16,7	10,3	9,1	11,6
35-49 ans	34,1	27,3	40,9	44,7	43,0	46,4	13,9	9,5	18,4	11,2	10,1	12,3
50-64 ans	26,6	19,4	33,8	51,6	49,7	53,5	18,6	12,2	25,0	10,1	8,9	11,3
65 ans et plus	(36,3)	12,8	59,7	74,4	70,3	78,6	(20,5)	0,0	49,4	1,8	0,2	3,4
Formation												
Scolarité obligatoire	26,3	15,6	37,0	43,8	40,8	46,8	14,9	6,6	23,3	11,4	9,5	13,4
Degré secondaire II	39,6	32,7	46,4	48,0	46,5	49,5	12,6	8,6	16,9	9,6	8,7	10,6
Degré tertiaire	28,8	22,9	34,8	44,3	42,6	46,1	16,5	11,6	21,5	10,6	9,5	11,6
Nationalité												
Suisses	31,0	26,3	35,8	47,5	46,4	48,7	15,9	12,1	19,7	9,8	9,1	10,5
Etrangers	35,3	27,3	43,3	42,0	39,5	44,5	12,8	7,6	18,0	11,6	9,9	13,3
Revenu												
Jusqu'à 2999 CHF	30,2	20,0	40,3	47,4	44,8	49,9	11,2	3,8	18,6	10,1	8,5	11,8
De 3000 à 4499 CHF	36,4	28,8	44,1	46,4	44,6	48,2	11,0	6,5	15,5	9,7	8,6	10,7
De 4500 à 5999 CHF	29,9	21,1	38,8	46,2	44,0	48,4	18,1	11,1	25,1	10,5	9,1	11,9
6000 CHF et plus	33,5	25,9	41,1	44,4	42,3	46,5	20,3	14,0	26,7	10,8	9,6	12,1
Degré d'urbanisation												
Ville	32,5	28,3	36,8	45,0	43,7	46,2	14,5	11,4	17,5	10,6	9,8	11,4
Campagne				49,0	47,1	51,0				9,3	8,1	10,5
Comparaison régionale												
	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)
Région	51,3	50,0	52,6	9,5	8,7	10,3	39,2	38,0	40,5	39,2	38,0	40,5
Suisse alémanique linguistique ¹⁾	33,9	32,1	35,6	11,8	10,6	13,1	54,3	52,4	56,2	54,3	52,4	56,2
Suisse romande	27,3	24,1	30,5	14,5	11,9	17,0	58,2	54,6	61,8	58,2	54,6	61,8
Tessin	48,4	45,4	51,5	9,7	7,9	11,4	41,9	38,9	44,9	41,9	38,9	44,9
Cantons ²⁾												
BE	51,4	48,2	54,7	9,8	7,8	11,9	38,7	35,6	41,9	38,7	35,6	41,9
LU	55,6	51,9	59,2	7,7	5,8	9,5	36,8	33,3	40,3	36,8	33,3	40,3
UR	53,2	47,5	58,9	8,4	5,2	11,5	38,4	32,8	44,1	38,4	32,8	44,1
SZ	55,2	50,0	60,5	8,4	5,0	11,8	36,3	31,3	41,4	36,3	31,3	41,4
ZG	50,1	46,0	54,2	8,8	6,5	11,1	41,1	37,0	45,2	41,1	37,0	45,2
FR	39,5	35,4	43,5	10,9	8,3	13,5	49,6	45,4	53,8	49,6	45,4	53,8
BS	47,7	43,0	52,4	13,6	10,4	16,7	38,7	34,2	43,3	38,7	34,2	43,3
BL	44,4	39,6	49,2	12,1	8,7	15,4	43,5	38,7	48,3	43,5	38,7	48,3
AR	44,5	38,7	50,3	10,2	6,8	13,6	45,3	39,3	51,2	45,3	39,3	51,2
GR	55,5	50,4	60,6	8,0	5,2	10,7	36,6	31,6	41,5	36,6	31,6	41,5
AG	51,0	47,3	57,2	8,4	6,4	10,6	40,5	36,8	44,1	40,5	36,8	44,1
TG	53,3	49,3	59,2	8,4	6,3	10,5	38,3	34,5	42,2	38,3	34,5	42,2
TI	27,3	24,1	30,5	14,5	11,9	17,0	58,2	54,6	61,8	58,2	54,6	61,8
VD	29,8	26,7	32,9	13,0	10,6	15,4	57,2	53,7	60,6	57,2	53,7	60,6
VS	40,4	36,2	44,5	7,8	5,6	10,0	51,8	47,6	56,1	51,8	47,6	56,1
NE	31,1	26,0	36,2	11,0	7,5	14,5	57,9	52,4	63,4	57,9	52,4	63,4
GE	32,6	28,4	36,8	14,8	11,7	17,8	52,6	48,2	57,1	52,6	48,2	57,1
JU	32,5	26,8	38,2	8,1	5,2	11,1	59,4	53,4	65,3	59,4	53,4	65,3
Ville de Zurich	47,7	43,3	52,0	10,9	8,3	13,5	41,5	37,2	45,7	41,5	37,2	45,7

1) Suisse alémanique: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SO, GR, AG, TG; Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Tessin: TI.

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, CL, SO, SH, AI, SG) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

Source: OFS - Enquêtes suisses sur la santé, 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Tableau A-5.3: Examens de dépistage du cancer, canton de Genève et Suisse ainsi que comparaison régionale, 2002-2012

	Cancer du col de l'utérus (dans les 12 derniers mois, femmes de 20 ans et plus)				Cancer du sein (dans les 12 derniers mois, femmes de 50 ans et plus)				Cancer de la prostate (dans les 12 derniers mois, hommes de 40 ans et plus)				Echantillon	
	Part de "oui" en %		Intervalle de confiance (95%)		Part de "oui" en %		Intervalle de confiance (95%)		Part de "oui" en %		Intervalle de confiance (95%)		GE	CH
	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n
Comparaison temporelle														
1997	45,9	41,2	50,7	45,2	44,0	46,4	55,5	46,4	46,4	55,5	46,4	55,5	46,4	55,5
2002	46,7	41,5	51,9	42,7	41,4	43,9	50,3	43,6	41,4	43,9	50,3	43,6	41,4	43,9
2007	44,9	40,1	49,8	42,1	40,9	43,3	50,8	41,2	39,2	43,3	50,8	41,2	39,2	43,3
Total	44,9	40,1	49,8	42,1	40,9	43,3	50,8	41,2	39,2	43,3	50,8	41,2	39,2	43,3
Sexe														
Hommes	44,9	40,1	49,8	42,1	40,9	43,3	50,8	41,2	39,2	43,3	50,8	41,2	39,2	43,3
Femmes	44,9	40,1	49,8	42,1	40,9	43,3	50,8	41,2	39,2	43,3	50,8	41,2	39,2	43,3
15-34 ans	43,9	32,8	55,0	47,1	44,3	49,9	109	1,992	-	-	-	-	-	-
35-49 ans	48,1	39,9	56,3	51,4	49,2	53,6	171	2,974	-	-	-	-	-	-
50-64 ans	55,8	46,6	65,0	44,3	42,0	46,6	149	2,687	46,3	36,8	55,7	26,6	24,6	28,6
65 ans et plus	34,0	24,6	43,4	24,6	22,5	26,6	149	2,449	37,1	27,3	47,0	16,8	15,1	18,5
Formation														
Scolarité obligatoire	32,9	20,3	45,5	29,5	26,3	32,6	72	1,467	45,4	27,1	63,7	17,7	15,0	20,4
Degré secondaire II	44,9	38,2	51,6	42,4	40,9	44,0	289	6,207	37,4	28,3	46,4	22,2	20,5	23,9
Degré tertiaire	49,6	41,7	57,6	49,6	41,4	40,1	42,7	449	8,658	40,6	33,9	59,7	21,1	19,7
Suisses	48,0	42,4	53,6	45,0	41,7	48,2	129	1,444	37,2	23,6	30,7	18,5	16,0	21,0
Etrangers	37,2	27,6	52,9	34,6	32,2	37,0	125	2,440	38,3	25,7	50,9	21,9	19,5	24,4
Jusqu'à 2999 CHF	43,2	35,1	51,3	43,2	41,1	45,3	188	3,264	42,5	26,8	58,1	20,8	18,5	23,8
De 3000 à 4999 CHF	44,8	34,6	55,0	46,6	43,9	49,3	108	2,022	42,5	26,8	58,1	20,8	18,5	23,8
De 5000 à 5999 CHF	57,7	46,6	68,9	52,1	49,2	55,0	115	1,753	57,1	41,7	72,6	24,1	21,4	25,9
De 6000 CHF et plus	45,1	40,2	49,9	42,9	41,5	44,3	572	7,277	41,5	34,5	48,5	25,4	19,9	22,9
Degré d'urbanisation														
Ville	45,1	40,2	49,9	42,9	41,5	44,3	572	7,277	41,5	34,5	48,5	25,4	19,9	22,9
Campagne	45,1	40,2	49,9	42,9	41,5	44,3	6	2,825	41,5	34,5	48,5	25,4	19,9	22,9
Comparaison régionale														
Cancer du col de l'utérus (dans les 12 derniers mois, femmes de 20 ans et plus)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Echantillon n	
Région linguistique ¹⁾														
Suisse allemande	41,5	39,9	43,0	41,0	45,2	45,2	2,880	43,0	41,0	45,2	45,2	2,880	43,0	
Suisse romande	46,3	46,3	46,3	42,3	50,2	46,3	756	46,3	42,3	50,2	46,3	756	46,3	
ZH	43,8	40,2	47,3	40,2	47,3	47,3	1,038	43,8	40,2	47,3	47,3	1,038	43,8	
Cantons ²⁾														
BE	40,5	36,8	44,3	36,8	44,3	44,3	803	40,5	36,8	44,3	44,3	803	40,5	
LU	31,9	31,9	33,3	25,4	38,3	33,3	233	31,9	31,9	33,3	33,3	233	31,9	
UR	38,8	31,9	32,0	32,0	38,3	32,0	462	38,8	31,9	32,0	32,0	462	38,8	
SZ	45,8	40,9	49,4	40,9	49,4	49,4	470	45,8	40,9	49,4	49,4	470	45,8	
FR	44,3	39,2	45,6	39,2	45,6	45,6	462	44,3	39,2	45,6	45,6	462	44,3	
BS	44,8	39,9	49,8	39,9	49,8	49,8	490	44,8	39,9	49,8	49,8	490	44,8	
BL	41,8	36,6	47,1	36,6	47,1	47,1	403	41,8	36,6	47,1	47,1	403	41,8	
AR	34,1	26,3	41,8	26,3	41,8	41,8	221	34,1	26,3	41,8	41,8	221	34,1	
GR	39,1	32,8	45,4	32,8	45,4	45,4	290	39,1	32,8	45,4	45,4	290	39,1	
AG	44,2	39,7	48,7	39,7	48,7	48,7	610	44,2	39,7	48,7	48,7	610	44,2	
TG	46,3	41,6	51,0	41,6	51,0	51,0	535	46,3	41,6	51,0	51,0	535	46,3	
TI	46,3	42,3	50,2	42,3	50,2	50,2	756	46,3	42,3	50,2	50,2	756	46,3	
VD	44,6	40,8	48,4	40,8	48,4	48,4	813	44,6	40,8	48,4	48,4	813	44,6	
VS	40,5	35,6	45,3	35,6	45,3	45,3	488	40,5	35,6	45,3	45,3	488	40,5	
NE	40,4	34,0	46,7	34,0	46,7	46,7	287	40,4	34,0	46,7	46,7	287	40,4	
GE	44,9	40,1	49,8	40,1	49,8	49,8	578	44,9	40,1	49,8	49,8	578	44,9	
JU	39,5	33,4	36,2	33,4	36,2	36,2	244	39,5	33,4	36,2	36,2	244	39,5	
Ville de Zurich	42,2	37,3	47,1	37,3	47,1	47,1	495	42,2	37,3	47,1	47,1	495	42,2	
Cancer de la prostate (dans les 12 derniers mois, hommes de 40 ans et plus)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Echantillon n	
Région linguistique ¹⁾														
Suisse allemande	29,6	22,8	36,4	29,6	22,8	36,4	3,319	29,6	22,8	36,4	36,4	3,319	29,6	
Suisse romande	30,7	24,7	36,8	25,6	32,3	32,3	1,468	30,7	24,7	36,8	32,3	1,468	30,7	
ZH	23,1	19,5	30,6	19,5	30,6	30,6	387	23,1	19,5	30,6	30,6	387	23,1	
Cantons ²⁾														
BE	25,1	19,5	30,6	19,5	30,6	30,6	548	25,1	19,5	30,6	30,6	548	25,1	
LU	29,6	22,8	36,4	29,6	22,8	36,4	441	29,6	22,8	36,4	36,4	441	29,6	
UR	30,7	24,7	36,8	25,6	32,3	32,3	293	30,7	24,7	36,8	32,3	293	30,7	
SZ	25,1	19,5	30,6	19,5	30,6	30,6	106	25,1	19,5	30,6	30,6	106	25,1	
FR	29,6	22,8	36,4	29,6	22,8	36,4	228	29,6	22,8	36,4	36,4	228	29,6	
BS	30,7	24,7	36,8	25,6	32,3	32,3	281	30,7	24,7	36,8	32,3	281	30,7	
BL	25,1	19,5	30,6	19,5	30,6	30,6	111	25,1	19,5	30,6	30,6	111	25,1	
AR	29,6	22,8	36,4	29,6	22,8	36,4	224	29,6	22,8	36,4	36,4	224	29,6	
GR	30,7	24,7	36,8	25,6	32,3	32,3	160	30,7	24,7	36,8	32,3	160	30,7	
AG	29,6	22,8	36,4	29,6	22,8	36,4	305	29,6	22,8	36,4	36,4	305	29,6	
TG	29,6	22,8	36,4	29,6	22,8	36,4	295	29,6	22,8	36,4	36,4	295	29,6	
TI	29,6	22,8	36,4	29,6	22,8	36,4	387	29,6	22,8	36,4	36,4	387	29,6	
VD	29,6	22,8	36,4	29,6	22,8	36,4	426	29,6	22,8	36,4	36,4	426	29,6	
VS	29,6	22,8	36,4	29,6	22,8	36,4	250	29,6	22,8	36,4	36,4	250	29,6	
NE	29,6	22,8	36,4	29,6	22,8	36,4	149	29,6	22,8	36,4	36,4	149	29,6	
GE	29,6	22,8	36,4	29,6	22,8	36,4	239	29,6	22,8	36,4	36,4	239	29,6	
JU	29,6	22,8	36,4	29,6	22,8	36,4	161	29,6	22,8	36,4	36,4	161	29,6	
Ville de Zurich	29,6	22,8	36,4	29,6	22,8	36,4	223	29,6	22,8	36,4	36,4	223	29,6	

1) Suisse allemande: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG, Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU, Tessin: TI.
 2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS-2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SO) ne sont pas présentés.
 Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.
 Sources: OFS - Enquêtes suisses sur la santé, 1997, 2002, 2007, 2012.

Tableau A-5.4 Vaccin contre la grippe, canton de Genève et Suisse ainsi que comparaison régionale, 2012

	Vaccin contre la grippe (dans les 12 derniers mois)										Echantillon	
	GE					CH					GE	CH
	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "non" en %	Konfidenzintervall (95%)	Part de "non" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "non" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n
Comparaison temporelle												
1992	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	19,1	16,0	22,2	14,3	13,7	15,0	80,9	84,0	85,7	86,3	921	18 052
Sexe	18,7	14,3	23,2	14,9	14,0	15,9	81,3	85,7	85,1	86,0	536	9 545
Femmes	19,5	15,2	23,8	13,7	12,8	14,6	80,5	84,8	86,3	85,4	385	8 507
Hommes	7,5	3,3	11,7	4,6	3,9	5,4	92,5	96,7	95,4	96,1	227	4 443
15-34 ans	8,6	4,8	12,3	6,5	5,6	7,3	91,4	87,7	93,5	92,7	257	5 048
35-49 ans	19,0	13,0	25,0	12,8	11,6	14,1	81,0	87,0	87,2	88,4	221	4 575
50-64 ans	43,3	34,7	51,9	39,9	38,0	41,9	56,7	65,3	60,1	62,0	216	3 986
65 ans et plus	16,2	7,8	24,7	15,4	13,7	17,2	83,8	92,2	84,6	82,8	141	2 678
Formation	18,6	13,9	23,2	14,5	13,6	15,4	81,4	76,8	85,5	84,6	409	9 862
Scolarité obligatoire	20,3	15,6	25,0	13,4	12,4	14,5	79,7	75,0	86,6	85,5	366	5 473
Degré secondaire II	22,2	18,3	26,0	15,5	14,7	16,2	77,8	74,0	84,5	83,8	719	15 441
Degré tertiaire	12,3	7,5	17,2	10,6	9,2	12,0	87,7	82,8	88,0	90,8	202	2 611
Nationalité	11,5	5,8	17,1	14,0	12,5	15,6	88,5	82,9	86,0	84,4	197	3 971
Etrangers	19,0	13,5	24,5	13,3	12,2	14,4	81,0	75,5	86,7	85,6	272	5 733
Jusqu'à 2999 CHF	19,3	12,8	25,9	12,9	11,6	14,2	80,7	74,1	87,1	85,8	163	3 675
De 3000 à 4499 CHF	25,1	18,0	32,3	15,2	13,8	16,6	74,9	67,7	84,8	83,4	230	3 806
De 4500 à 5999 CHF	19,3	16,1	22,4	15,3	14,6	16,1	80,7	77,6	84,7	83,9	910	12 876
6000 CHF et plus	(0,0)	-	-	11,6	10,3	12,8	(100,0)	-	88,4	87,2	11	5 176
Ville												
Degré d'urbanisation												
Comparaison régionale												
Vaccin contre la grippe (dans les 12 derniers mois)												
Part de "oui" en %	13,6	12,8	14,4	12,8	14,4	14,4	86,4	86,4	85,6	87,2	n	n
Intervalle de confiance (95%)	16,5	17,7	15,3	17,7	15,3	17,7	83,5	83,5	84,7	84,7	11 661	5 098
Région linguistique ¹⁾	14,4	15,9	13,8	13,8	16,4	16,4	85,6	85,6	83,6	87,7	1 293	1 293
Suisse romande	14,4	15,9	13,8	13,8	16,4	16,4	85,6	85,6	83,6	87,7	1 293	1 293
Tessin	14,4	15,9	13,8	13,8	16,4	16,4	85,6	85,6	83,6	87,7	1 293	1 293
ZH	14,5	10,5	16,6	12,5	12,5	16,6	89,5	89,5	87,5	87,5	1 442	1 442
BE	10,5	8,8	12,3	8,5	12,5	12,5	87,5	87,5	87,5	91,5	1 058	1 058
LU	8,8	6,2	11,4	6,2	11,4	11,4	91,2	91,2	88,6	93,8	437	437
UR	12,3	9,0	15,6	9,0	15,6	15,6	87,7	87,7	84,4	91,0	503	503
SZ	10,9	8,6	13,3	8,6	13,3	13,3	89,1	89,1	86,7	91,4	825	825
FR	12,8	10,1	15,4	10,1	15,4	15,4	87,2	87,2	84,6	89,9	871	871
BS	18,9	16,0	21,8	16,0	21,8	21,8	81,1	81,1	78,2	84,0	829	829
BL	18,1	15,0	21,2	15,0	21,2	21,2	81,9	81,9	78,8	85,0	713	713
AR	11,7	8,0	15,3	8,0	15,3	15,3	88,3	88,3	84,7	92,0	436	436
GR	13,6	10,5	16,8	10,5	16,8	16,8	86,4	86,4	83,2	89,5	573	573
AG	12,0	9,9	14,1	9,9	14,1	14,1	85,9	85,9	85,9	90,1	1 063	1 063
TC	11,2	9,0	13,3	9,0	13,3	13,3	88,8	88,8	86,7	91,0	946	946
TI	14,4	12,3	16,4	12,3	16,4	16,4	83,6	83,6	87,7	91,0	1 293	1 293
VD	18,0	15,8	20,1	15,8	20,1	20,1	82,0	82,0	84,2	84,2	1 462	1 462
VN	12,8	10,3	15,3	10,3	15,3	15,3	87,2	87,2	84,7	89,7	878	878
NE	18,3	14,3	22,3	14,3	22,3	22,3	81,7	81,7	77,7	85,7	521	521
CE	19,1	16,0	22,2	16,0	22,2	22,2	84,0	84,0	77,8	84,0	921	921
GE	12,8	9,3	16,2	9,3	16,2	16,2	87,2	87,2	83,8	90,7	445	445
JU	17,2	14,0	20,5	14,0	20,5	20,5	82,8	82,8	79,5	86,0	782	782

1) Suisse alémanique: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, AG, TG, Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Tessin : TI.

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SO) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

Source: OFS – Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsans 2015

Tableau A-5.5 Recours à la médecine complémentaire, canton de Genève et Suisse ainsi que comparaison régionale, 2007-2012
 Recours à la médecine complémentaire (dans les 12 derniers mois)

	Recours à la médecine complémentaire (dans les 12 derniers mois)				Recours à la médecine complémentaire (dans les 12 derniers mois)				Echantillon	
	GE	CH	GE	CH	GE	CH	GE	CH	GE	CH
	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "non" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "non" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n
Comparaison temporelle	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	27,2	23,2	23,0	22,1	23,9	68,8	72,8	76,1	688	13 154
2012	26,8	23,6	24,0	23,3	24,8	70,0	73,2	75,2	926	18 072
Total	34,6	29,8	31,3	30,2	32,5	60,6	65,4	67,5	537	9 562
Sexe	17,3	13,3	21,3	16,5	17,4	82,7	82,7	82,6	389	8 510
Femmes	22,2	16,4	27,9	20,2	23,1	72,1	77,8	76,9	230	4 499
Hommes	33,7	27,3	40,1	29,8	31,4	59,9	66,3	68,6	255	5 049
15-34 ans	28,6	21,6	35,6	24,1	27,2	64,4	71,4	72,8	221	4 563
35-49 ans	21,9	15,6	28,3	17,9	19,3	71,7	78,1	80,7	220	3 961
50-64 ans	12,1	6,6	17,6	13,6	16,8	82,4	87,9	83,2	142	2 676
65 ans et plus	25,8	21,1	30,5	24,1	25,1	74,2	74,2	74,9	412	9 875
Scolarité obligatoire	35,0	29,3	40,7	27,4	30,4	65,0	65,0	69,6	367	5 480
Degré secondaire II	30,6	26,9	34,4	25,1	26,7	69,4	69,4	73,3	726	15 462
Degré tertiaire	18,3	12,2	24,3	17,8	19,6	81,7	81,7	80,4	200	2 610
Suisses	19,5	13,6	25,4	20,8	19,2	74,6	80,5	77,7	198	3 962
Etrangers	29,0	23,0	35,0	23,9	22,6	65,0	71,0	74,8	275	5 739
Jusqu'à 2999 CHF	27,3	20,2	34,4	27,0	25,2	72,7	72,7	71,2	163	3 687
De 3000 à 4499 CHF	32,5	25,0	40,1	27,1	28,8	67,5	67,5	71,1	230	3 809
De 4500 à 5999 CHF	26,6	23,3	29,8	23,6	22,7	73,4	73,4	75,5	915	12 898
6000 CHF et plus	(44;3)	13,1	75,6	25,2	23,7	(55;7)	(55;7)	73,2	11	5 174
Ville										
Campagne										
Comparaison régionale										
Région linguistique ¹⁾	22,0	22,0	21,0	22,9	78,0	77,1	79,0	79,0	11 666	11 666
Suisse romande	30,1	28,6	28,6	31,6	69,9	68,4	71,4	71,4	5 122	5 122
Tessin	22,9	22,9	20,3	25,4	77,1	74,6	79,7	79,7	1 284	1 284
ZH	21,0	21,0	18,9	23,0	79,0	77,0	81,1	81,1	1 890	1 890
BE	21,9	21,9	19,5	24,3	78,1	75,7	80,5	80,5	1 437	1 437
LU	26,8	26,8	23,9	29,7	73,2	70,3	76,1	76,1	1 063	1 063
UR	27,1	27,1	22,5	31,7	72,9	68,3	77,5	77,5	436	436
SZ	20,3	20,3	16,6	24,0	79,7	76,0	83,4	83,4	500	500
ZG	26,2	26,2	23,0	29,5	73,8	70,5	77,0	77,0	832	832
FR	34,5	34,5	31,0	38,1	65,5	61,9	69,0	69,0	878	878
BS	23,1	23,1	19,8	26,3	76,9	73,7	80,2	80,2	822	822
BL	22,4	22,4	19,0	25,7	77,6	74,3	81,0	81,0	708	708
AR	25,6	25,6	21,0	30,2	74,4	69,8	79,0	79,0	440	440
GR	23,8	23,8	19,9	27,7	76,2	72,3	80,1	80,1	569	569
AG	19,3	19,3	16,7	21,9	80,7	83,3	78,1	78,1	1 064	1 064
TC	24,0	24,0	20,8	27,1	76,0	72,9	79,2	79,2	952	952
TI	22,9	22,9	20,3	25,4	77,1	74,6	79,7	79,7	1 284	1 284
VD	30,4	30,4	27,8	33,0	69,6	67,0	72,2	72,2	1 470	1 470
VS	30,1	30,1	26,7	33,5	69,9	66,5	73,3	73,3	890	890
NE	31,1	31,1	26,6	35,6	68,9	64,4	73,4	73,4	523	523
GE	26,8	26,8	23,6	30,0	73,2	70,0	76,4	76,4	926	926
JU	28,4	28,4	23,6	33,1	71,6	66,9	76,4	76,4	435	435
Ville de Zurich	20,0	20,0	17,1	23,0	80,0	77,0	82,9	82,9	785	785

1) Suisse alémanique: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, AG, TG, Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU, Tessin : TI.
 2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

Source: OFS – Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Tableau A-5.6 Recours aux prestations ambulatoires et stationnaires des hôpitaux, canton de Genève et Suisse ainsi que comparaison régionale, 2007-2012

	Recours aux prestations ambulatoires des hôpitaux (y compris les services d'urgence) (dans les 12 derniers mois)				Recours aux prestations stationnaires des hôpitaux (dans les 12 derniers mois)				Echantillon				
	GE		CH		GE		CH		GE		CH		
	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	Intervalle de confiance (95%)	n	Intervalle de confiance (95%)	
Comparaison temporelle													
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1999	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	24,0	20,9	16,2	15,5	16,9	10,44	18 758	11,1	9,0	13,2	11,5	10,9	12,0
2012	21,5	18,5	24,4	17,4	16,8	18,1	1 150	21 591	10,6	8,6	12,7	11,7	11,1
Total	21,2	17,5	24,8	18,1	17,2	19,0	653	11 309	10,3	7,7	13,0	13,1	12,2
Sexe													
Femmes	21,8	17,1	26,5	16,7	15,8	17,6	497	10 282	11,0	7,7	14,2	10,2	9,5
Hommes	25,0	19,0	30,9	20,0	18,6	21,3	312	5 609	7,7	4,4	10,9	9,6	8,6
15-34 ans	21,9	16,4	27,4	16,3	15,1	17,5	309	5 902	10,9	6,5	15,4	9,2	8,2
35-49 ans	18,0	12,6	23,4	16,5	14,3	16,7	262	5 277	9,2	5,3	13,1	11,5	10,4
50-64 ans	20,3	14,0	26,6	17,4	16,1	18,8	267	4 803	14,8	10,1	19,5	18,0	16,5
65 ans et plus	22,7	15,4	29,9	19,7	18,1	21,4	224	3 865	7,6	4,1	11,1	12,2	10,8
Formation													
Scolarité obligatoire	19,0	14,8	23,3	17,0	16,2	17,9	498	11 566	12,9	9,3	16,4	12,3	11,5
Degré secondaire II	23,0	18,2	27,8	16,5	15,4	17,7	417	6 052	8,5	5,5	11,6	10,0	9,1
Degré tertiaire	19,3	16,2	22,5	16,8	16,1	17,4	851	17 933	10,3	8,0	12,6	11,8	11,1
Suisses	25,8	19,7	31,9	19,6	18,0	21,2	299	3 658	11,3	7,1	15,5	11,5	10,2
Etrangers	19,5	13,3	25,8	18,2	16,8	19,5	266	5 095	11,4	6,6	16,1	13,7	12,4
Jusqu'à 2999 CHF	24,7	19,6	29,9	16,9	15,8	17,9	344	6 770	9,3	5,7	12,9	11,2	10,3
De 3000 à 4499 CHF	22,7	16,2	29,2	17,6	16,1	19,1	200	4 215	13,4	8,4	18,5	11,0	9,8
De 4500 à 5999 CHF	17,4	11,5	23,2	16,3	14,9	17,7	254	4 215	7,7	4,2	11,1	9,5	8,4
6000 CHF et plus	21,1	18,2	24,0	18,2	17,4	18,9	1 139	15 412	10,5	8,4	12,6	11,7	11,1
Ville	(59,5)	30,3	88,7	15,3	14,1	16,5	11	6 179	(25,2)	0,0	55,4	11,6	10,4
Campagne													
Recours aux prestations ambulatoires des hôpitaux (y compris les services d'urgence) (dans les 12 derniers mois)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %
Comparaison régionale													
Région													
Suisse alémanique	16,1	16,1	15,3	16,9	16,9	13 925	12,0	11,3	12,8	11,7	11,3	12,8	12,8
Suisse romande	20,4	19,1	19,6	21,6	21,6	6 116	10,7	9,8	11,7	11,7	9,8	11,7	11,7
Tessin	21,8	17,0	19,6	24,0	24,0	1 550	11,5	9,7	13,3	13,3	9,7	13,3	13,3
ZH	17,0	17,0	15,2	18,8	18,8	2 225	11,5	9,8	13,3	13,3	9,8	13,3	13,3
Cantons ²⁾													
BE	15,9	13,8	14,0	17,8	17,8	1 715	13,1	11,4	14,8	14,8	11,4	14,8	14,8
LU	13,8	11,8	11,8	15,8	15,8	1 280	10,4	8,5	12,2	12,2	8,5	12,2	12,2
UR	11,5	8,7	8,7	14,2	14,2	514	8,7	6,2	11,3	11,3	6,2	11,3	11,3
SZ	14,7	11,5	11,5	17,8	17,8	599	11,9	9,2	14,6	14,6	9,2	14,6	14,6
ZG	17,8	15,2	15,2	20,5	20,5	996	12,2	10,0	14,4	14,4	10,0	14,4	14,4
FR	19,5	16,6	16,6	22,4	22,4	1 026	10,9	8,5	13,3	13,3	8,5	13,3	13,3
BS	20,2	17,4	17,4	23,0	23,0	1 011	12,9	10,6	15,3	15,3	10,6	15,3	15,3
BL	18,8	15,9	15,9	21,6	21,6	846	13,6	11,1	16,0	16,0	11,1	16,0	16,0
AR	15,0	11,6	11,6	18,4	18,4	509	14,0	10,7	17,2	17,2	10,7	17,2	17,2
GR	16,5	13,2	13,2	19,8	19,8	666	13,9	10,9	16,9	16,9	10,9	16,9	16,9
AG	16,1	13,7	13,7	18,5	18,5	1 272	12,8	10,7	14,8	14,8	10,7	14,8	14,8
TG	16,0	13,7	13,7	18,3	18,3	1 126	12,4	10,4	14,4	14,4	10,4	14,4	14,4
TI	21,8	19,6	19,6	24,0	24,0	1 550	11,5	9,7	13,3	13,3	9,7	13,3	13,3
VD	22,0	19,8	19,8	24,2	24,2	1 744	9,8	8,1	11,5	11,5	8,1	11,5	11,5
VS	15,6	13,2	13,2	18,0	18,0	1 065	11,2	9,0	13,3	13,3	9,0	13,3	13,3
NE	22,0	18,3	18,3	25,7	25,7	622	14,2	10,8	17,7	17,7	10,8	17,7	17,7
GE	21,5	18,5	18,5	24,4	24,4	1 150	10,6	8,6	12,7	12,7	8,6	12,7	12,7
JU	17,9	14,1	14,1	21,6	21,6	509	10,0	7,1	12,9	12,9	7,1	12,9	12,9
Ville de Zurich	17,8	15,0	15,0	20,5	20,5	956	10,3	8,2	12,3	12,3	8,2	12,3	12,3

1) Suisse alémanique: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Tessin: TI.

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

Source: OFS - Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Tableau A-5.7 Recours aux services d'aide et de soins à domicile et à l'aide informelle, canton de Genève et Suisse ainsi que comparaison régionale, 2012

	Recours aux services d'aide et de soins à domicile (dans les 12 derniers mois)				Recours à l'aide informelle (dans les 12 derniers mois)				Echantillon	
	GE		CH		GE		CH		GE	CH
	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n
Comparaison temporelle										
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2012	6,6	4,6	2,8	2,5	3,0	10,7	15,3	13,9	14,5	21 591
Femmes	10,5	7,1	4,2	3,7	4,7	14,7	17,7	16,7	15,8	653
Hommes	2,0	0,7	3,3	1,0	1,5	7,6	14,6	11,0	10,2	10 279
15-34 ans	3,3	1,1	5,5	0,7	1,4	9,5	6,0	13,1	11,9	312
35-49 ans	4,6	1,9	7,3	1,5	1,9	13,9	9,4	13,8	12,7	309
50-64 ans	1,4	0,3	2,5	1,4	1,0	11,6	7,3	12,8	11,6	262
65 ans et plus	17,4	10,8	24,0	8,1	9,1	17,3	23,1	16,4	15,1	266
Formation										
Scolarité obligatoire	8,0	2,3	13,7	3,6	2,9	11,9	7,1	17,3	15,7	3 867
Degré secondaire II	7,1	4,0	10,3	3,0	2,6	14,1	10,4	14,1	13,2	498
Degré tertiaire	5,5	3,0	8,0	1,8	2,2	12,2	8,5	11,3	10,3	416
Nationalité										
Suisses	7,0	4,6	9,5	3,0	2,7	13,6	10,9	13,9	13,2	850
Etrangers	5,8	2,4	9,2	1,9	1,3	11,9	7,7	14,2	12,7	299
Jusqu'à 2999 CHF	6,8	3,0	10,6	3,5	2,9	14,5	9,6	16,6	15,3	266
De 3000 à 4499 CHF	5,5	2,6	8,5	2,6	2,1	12,5	8,4	13,5	12,5	344
De 4500 à 5999 CHF	4,9	2,0	7,8	2,2	1,6	14,8	9,7	12,4	11,2	200
6000 CHF et plus	3,3	1,0	5,6	1,3	0,9	11,1	6,1	10,8	9,6	254
Ville	6,7	4,7	8,7	2,8	2,5	13,1	10,8	13,9	13,2	1 138
Campagne	(0,0)	-	2,6	2,1	3,1	(8,8)	0,0	14,1	12,9	11
Comparaison régionale										
Recours aux services d'aide et de soins à domicile (dans les 12 derniers mois)										
Part de "oui" en %										
Intervalle de confiance (95%)										
Recours à l'aide informelle (dans les 12 derniers mois)										
Part de "oui" en %										
Intervalle de confiance (95%)										
Région linguistique ¹⁾										
Suisse allemande	2,1	1,8	2,4	1,8	2,4	14,2	14,2	13,4	15,0	13 928
Suisse romande	4,5	3,9	5,2	3,9	5,2	13,2	13,2	12,2	14,3	6 114
Tessin	3,0	2,0	3,9	2,0	3,9	13,6	13,6	11,7	15,5	1 549
ZH	2,0	2,0	2,7	1,3	2,7	13,5	13,5	11,8	15,2	2 225
BE	2,7	1,9	3,6	1,9	3,6	15,0	15,0	13,1	16,9	1 716
LU	3,3	2,2	4,3	2,2	4,3	15,0	15,0	12,8	17,2	1 280
UR	3,3	1,6	5,1	1,6	5,1	12,9	12,9	9,4	16,3	514
SZ	1,7	0,4	3,0	0,4	3,0	11,2	11,2	8,4	14,0	599
ZG	1,9	1,1	2,7	1,1	2,7	12,7	12,7	10,3	15,0	996
FR	3,3	1,6	4,9	1,6	4,9	13,2	13,2	10,7	15,7	1 027
BS	2,3	1,4	3,2	1,4	3,2	13,7	13,7	11,2	16,2	1 011
BL	2,0	0,9	3,0	0,9	3,0	14,8	14,8	12,2	17,4	847
AR	3,5	1,7	5,4	1,7	5,4	13,5	13,5	10,3	16,7	509
GR	1,3	0,4	2,2	0,4	2,2	10,6	10,6	8,1	13,2	666
AG	1,4	0,6	2,1	0,6	2,1	14,0	14,0	11,9	16,1	666
TG	2,4	1,5	3,3	1,5	3,3	14,7	14,7	11,9	16,1	1 272
TI	3,0	2,0	3,9	2,0	3,9	12,5	12,5	11,7	17,0	1 127
VD	4,2	3,2	5,3	3,2	5,3	13,4	13,4	11,5	15,5	1 549
VS	3,6	2,3	4,9	2,3	4,9	12,8	12,8	10,5	15,2	1 744
NE	4,3	2,3	6,3	2,3	6,3	14,7	14,7	11,5	16,5	621
GE	6,6	4,6	8,6	4,6	8,6	13,0	13,0	10,7	15,3	1 149
JU	4,2	2,3	6,2	2,3	6,2	12,5	12,5	9,2	15,8	508
Ville de Zurich	2,1	1,2	3,0	1,2	3,0	13,3	13,3	11,0	15,6	956

1) Suisse allemande: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG, Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU, Tessin: TI.

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SO) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

Source: OFS – Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

Annexe B1 : Nombre et proportion des cas de décès dans le canton de Genève en comparaison avec la Suisse,
selon la cause de décès et le sexe, données agrégées 2008–2012

	Total			Hommes			Femmes		
	Moyenne annuelle (N)	Part en %	SMR ¹⁾ (CH=100) sig. ²⁾	Moyenne annuelle (N)	Part en %	SMR ¹⁾ (CH=100) sig. ²⁾	Moyenne annuelle (N)	Part en %	SMR ¹⁾ (CH=100) sig. ²⁾
Maladies infectieuses	40,0	1,3	-	20,2	1,4	-	19,8	1,2	-
Tumeurs malignes	871,0	28,0	99,0	469,0	31,8	99,0	402,0	24,7	99,9
Côlon, Rectum	79,4	2,6	88,5 *	40,0	2,7	84,1 *	39,4	2,4	95,7
Poumon, Bronches, Trachée	170,2	5,5	102,7	104,0	7,0	98,8	66,2	4,1	110,9
Sein	71,4	2,3	93,8	-	-	-	71,0	4,4	91,0
Prostate	68,6	2,2	93,7	68,6	4,6	96,8	-	-	-
Autres tumeurs malignes	481,4	15,5	101,4	256,0	17,3	102,8	225,4	13,8	100,7
Diabète	25,2	0,8	-	13,0	0,9	-	12,2	0,7	-
Démence	232,0	7,5	81,0 *	66,2	4,5	81,7 *	165,8	10,2	80,1 *
Maladies cardiovasculaires	828,4	26,7	67,9 *	368,6	25,0	70,3 *	459,8	28,2	66,4 *
Cardiopathies ischémiques	216,6	7,0	47,0 *	123,0	8,3	53,2 *	93,6	5,7	41,4 *
Maladies cérébrovasculaires	190,4	6,1	89,5 *	78,4	5,3	97,7	112,0	6,9	83,9 *
Autres maladies cardiovasculaires	421,4	13,6	77,2 *	167,2	11,3	78,0 *	254,2	15,6	76,4 *
Maladies de l'appareil respiratoire	217,0	7,0	101,9	103,2	7,0	97,0	113,8	7,0	107,8
Maladies alcooliques du foie	26,2	0,8	-	18,0	1,2	-	8,2	0,5	-
Accidents et traumatismes	203,6	6,6	92,3 *	110,2	7,5	88,3 *	93,4	5,7	100,2
Suicides	34,8	1,1	-	13,6	0,9	-	21,2	1,3	-
Autres accidents et traumatismes	168,8	5,4	83,5 *	96,6	6,5	82,2 *	72,2	4,4	88,0 *
Autres causes de décès	662,4	21,3	120,7 *	308,2	20,9	129,2 *	354,2	21,7	114,3 *
Total	3 105,8	100,0	89,3 *	1476,6	100,0	91,5 *	1629,2	100,0	88,1 *

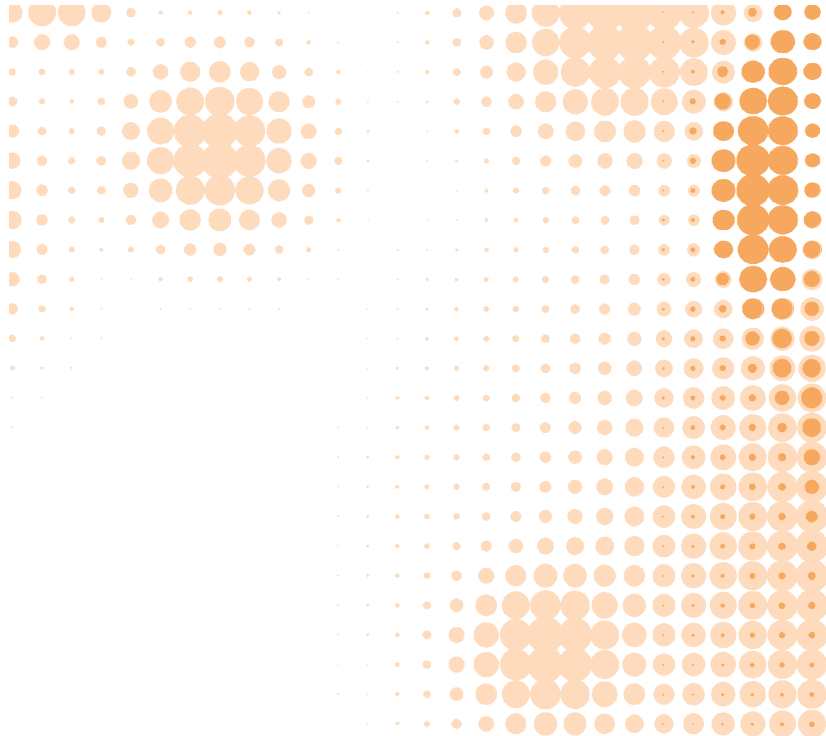
¹⁾ Standardized Mortality Ratio (SMR): Indice de mortalité standardisé sur la population européenne 2010; CH=100.

L'indice n'est pas calculé si le nombre de cas est inférieur à 100 entre 2008 et 2012.

²⁾ significatif (*): Différence significative entre la Suisse et le canton de Neuchâtel (p<0.05).

Source: OFS - Statistique des causes de décès

© Obsan 2014



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.