



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



## La santé en Suisse romande et au Tessin en 2002

edition obsan

Une analyse intercantonale des données  
de l'Enquête suisse sur la santé

Mandat de la  
Conférence romande des affaires  
sanitaires et sociales (CRASS)

*L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une unité organisationnelle de l'Office fédéral de la statistique, née dans le cadre du projet de politique nationale suisse de la santé et 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 décision et leur action.*

La santé en Suisse romande et au Tessin en 2002.  
Une analyse intercantonale des données de l'Enquête suisse  
sur la santé

Mandat de la Conférence romande des affaires sanitaires  
et sociales (CRASS)

Observatoire suisse de la santé

edition obsan

ISBN 3-907872-31-2

ISBN 978-3-907872-31-4

Mars 2006

#### **Contributions**

Claude Hêche (Président de la CRASS): préface

Astrid Stuckelberger (Institut de médecine sociale et  
préventive, Genève) et Philippe Wanner (Forum suisse  
pour l'étude des migrations et de la population, Neuchâtel):  
chapitres 1, 2, 3 (santé psychique), 5, 6 et 7

Jean-Luc Heeb, Andrea Zumbrunn et Maik Roth  
(Observatoire suisse de la santé): chapitre 1

Brigitte Santos-Eggimann, Nicole Chavaz Cirilli et Julien  
Junod (Institut universitaire de médecine sociale et  
préventive, Lausanne): chapitres 3 (santé subjective et  
physique) et 4

Dispositif intercantonal pour la prévention et la promotion  
de la santé (DiPPS): chapitre 8

#### **Groupe de pilotage**

Henri Briant (président, VD), Fabienne Kern (VD),  
Jean-Christophe Lüthi (VS), Pius Meier (FR),  
Vlasta Mercier (VD), Nicolas Pétremand (JU),  
Jacqueline Quaglia (TI), Claude-François Robert (GE)  
et Lysiane Ummel Mariani (NE)

#### **Coordination et édition**

Jean-Luc Heeb, Andrea Zumbrunn et Maik Roth  
(Observatoire suisse de la santé)

#### **Experts externes**

Anne Bardet Blochet, Roland Calmonte, Jacques-Antoine  
Gauthier, Maryvonne Gognalons-Nicolet, Elisabeth Marty-  
Tschumi, Walter Weiss et Eric Zbinden

#### **Commandes**

obsan.expedition@gewa.ch  
ou Obsan-Verlag c/o GEWA  
Tannholzstr. 14, CH-3052 Zollikofen

#### **Réalisation graphique**

Ritz & Häfliger, Bâle

#### **Informations statistiques**

Office fédéral de la statistique (OFS)  
Enquête suisse sur la santé  
www.statistique.admin.ch

© Observatoire suisse de la santé  
Espace de l'Europe 10  
CH-2010 Neuchâtel  
www.obsan.ch



## **La santé en Suisse romande et au Tessin en 2002**

Une analyse intercantonale des données  
de l'Enquête suisse sur la santé

# Table des matières

<b>Préface du Président de la CRASS</b> .....	<b>7</b>
<b>Résumé</b> .....	<b>9</b>
<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>10</b>
<b>Riassunto</b> .....	<b>11</b>
<b>1. Introduction et méthode</b> .....	<b>12</b>
1.1 Genèse du projet .....	12
1.2 But du rapport .....	13
1.3 Données .....	14
1.4 Analyses .....	16
1.5 Limites et biais .....	17
1.6 Organisation du rapport .....	20
<b>2. Caractéristiques sociodémographiques des cantons</b> .....	<b>21</b>
2.0 Résumé .....	21
2.1 Taille et structure par âge de la population des cantons .....	22
2.2 Origine et environnement culturel .....	23
2.3 Caractéristiques socioéconomiques et professionnelles .....	24
2.4 Conditions générales de vie .....	25
2.5 Vieillesse et mortalité .....	25
2.6 Points forts .....	26
<b>3. Etat de santé</b> .....	<b>30</b>
3.0 Résumé santé subjective et physique .....	30
3.1 Santé subjective .....	31
3.1.1 Introduction .....	31
3.1.2 Etat de santé subjectif .....	31
3.2 Santé physique .....	33
3.2.1 Introduction .....	33
3.2.2 Prévalence de troubles physiques .....	34
3.2.3 Incapacité fonctionnelle .....	36
3.2.4 Prévalence de facteurs de risque .....	37
3.2.5 Incidence des accidents .....	45
3.2.6 Survenue de chutes chez les personnes de 60 ans ou plus .....	46
3.2.7 Synthèse santé subjective et physique .....	46
3.2.8 Points forts santé subjective et physique .....	48
3.3 Santé psychique .....	51
3.3.0 Résumé santé psychique .....	51
3.3.1 Prévalence de troubles psychiques légers .....	52
3.3.2 Equilibre psychique .....	53
3.3.3 Opinion concernant la vie en général .....	55
3.3.4 Sentiment de maîtrise de la vie .....	56
3.3.5 Prévalence du sentiment de solitude .....	57
3.3.6 Prévalence de troubles du sommeil .....	58
3.3.7 Synthèse santé psychique .....	61
3.3.8 Points forts santé psychique .....	62



<b>4. Indicateurs sociosanitaires: recours aux services de santé</b> .....	<b>64</b>
4.0 Résumé.....	64
4.1 Offre sanitaire des régions et des cantons.....	65
4.1.1 Dotation en ressources ambulatoires .....	66
4.1.2 Dotation en ressources hospitalières .....	68
4.1.3 Dotation en ressources d'aide et soins aux malades chroniques .....	69
4.2 Médecine ambulatoire .....	73
4.2.1 Identification d'un médecin de famille .....	73
4.2.2 Recours aux consultations médicales .....	73
4.3 Médecines parallèles et complémentaires .....	76
4.3.1 Chiropratique .....	76
4.3.2 Médecines parallèles.....	77
4.4 Consommation de médicaments .....	80
4.5 Dépistage et prévention .....	82
4.5.1 Dépistage de l'hypertension artérielle .....	82
4.5.2 Dépistage de l'hypercholestérolémie .....	83
4.5.3 Dépistage du diabète.....	84
4.5.4 Mammographie .....	84
4.5.5 Dépistage du cancer du col utérin .....	86
4.5.6 Examen de la prostate à titre préventif.....	86
4.5.7 Protection solaire et examen de la peau .....	86
4.5.8 Vaccin contre la grippe.....	87
4.5.9 Facteurs associés aux examens de dépistage .....	88
4.6 Hospitalisations .....	91
4.7 Opérations .....	91
4.8 Aide informelle .....	94
4.9 Assurance-maladie .....	95
4.10 Synthèse .....	96
4.11 Points forts.....	98
<b>5. Comportements de santé et facteurs de risque</b> .....	<b>103</b>
5.0 Résumé.....	103
5.1 Activité physique .....	104
5.1.1 Activité physique hebdomadaire durant les loisirs .....	104
5.1.2 Activité physique liée aux trajets quotidiens .....	108
5.1.3 Opinion concernant la pratique de l'activité physique .....	109
5.2 Alimentation .....	110
5.2.1 Attention accordée à l'alimentation.....	110
5.2.2 Comportement alimentaire .....	112
5.3 Consommation de tabac, de drogues illégales et d'alcool.....	114
5.3.1 Tabac.....	114
5.3.2 Drogues illégales.....	117
5.3.3 Alcool .....	119
5.4 Synthèse .....	122
5.5 Points forts.....	123
<b>6. Conditions de logement et de travail</b> .....	<b>125</b>
6.0 Résumé.....	125
6.1 Nuisances sur le lieu de vie .....	125
6.2 Conditions de travail .....	128
6.3 Points forts.....	130
<b>7. Conclusion</b> .....	<b>132</b>
<b>8. Recommandations</b> .....	<b>139</b>
<b>9. Bibliographie</b> .....	<b>143</b>

## Préface du Président de la CRASS

L'art de la santé publique est aussi passionnant que difficile. D'autant plus que la Suisse manque cruellement de données fiables dans le domaine de la santé. L'Enquête suisse sur la santé (ESS) permet de commencer à combler cette lacune.

Depuis 1992, l'ESS est menée tous les cinq ans, soit en 1992/93, 1997, 2002, et permet d'observer l'évolution de l'état de santé ainsi que ses principaux déterminants dans la population résidant en Suisse. Il s'agit d'une source importante dans le domaine de la santé car elle transmet des données représentatives, objectives et comparables dans le temps pour toutes les tranches d'âge de la population suisse.

L'ESS constitue un outil important pour mener une politique de santé publique rationnelle qui soit à même de maîtriser l'évolution des problèmes de santé. Elle vient compléter les statistiques de la santé (statistiques des causes de décès, des accidents, des cas d'hospitalisation, etc.) en décrivant de manière plus détaillée et différenciée les problèmes de santé de la population résidente de la Suisse. Ainsi, l'ESS permet d'analyser l'état de santé et ses facteurs déterminants, en combinant les informations sur les conditions de vie, sur les comportements bénéfiques ou à risque, sur l'état de santé, sur la perception de la santé et sur le recours aux soins.

De plus, l'ESS permet de comparer les progrès réalisés dans l'application du programme européen de l'OMS «Santé 21 – La santé pour tous au 21<sup>e</sup> siècle», auquel la Suisse participe.

Les cantons étant les autorités compétentes dans la mise en œuvre des politiques sanitaires, la construction d'un outil d'élaboration de politiques basée sur les faits doit être très certainement saluée. Les résultats présentés dans cette étude vont dans ce sens et doivent permettre aux autorités compétentes de mieux cerner la complexité des systèmes de santé, mais aussi d'être mieux à même de prendre des décisions adéquates et documentées.

L'ESS se fonde sur un modèle global et dynamique, qui considère la santé comme le résultat du processus d'adaptation entre l'individu et son environnement (écologique, social, culturel), les services de santé et leur organisation, le mode de vie et les comportements de la population par rapport à la santé.

Chaque canton ayant participé à l'enquête reçoit, tous les cinq ans, des données brutes qui sont difficilement utilisables en tant que telles. La CRASS a donc décidé d'octroyer un mandat d'analyse de ces résultats à l'Observatoire suisse de la santé pour la dernière ESS. Le but est d'obtenir des comparaisons entre les différents cantons sur certains thèmes précis ainsi que des informations détaillées qui peuvent servir de base pour les décisions ou les choix politiques. Ces analyses doivent également permettre aux services concernés et aux politiciens de connaître l'état actuel et l'évolution de certains indicateurs ou déterminants de la santé.

En tout, ce sont 10 797 femmes et 8 909 hommes qui ont été interviewés, 17 316 de citoyenneté suisse et 2 390 de nationalité étrangère résidant en Suisse. 64% des ménages contactés ont participé à l'enquête. De plus, les échantillons ont été agrandis dans tous les cantons de la CRASS. Ce sont donc 3 239 interviews supplémentaires (dont 400 pour le Tessin) qui ont été financées par les cantons, comme préalable à l'exploitation intercantonale des données de l'ESS.

L'analyse qui découle de ce mandat se base sur les quatre thèmes traités dans l'ESS 2002, soit :

- l'état de santé physique et psychique, facteurs de risque;
- le recours à l'offre de soins, les mesures préventives;
- les comportements pouvant influencer la santé;
- les conditions de logement et la situation professionnelle.

Les cantons latins (soit Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel, Tessin, Valais, Vaud) ont été comparés par rapport aux trois régions linguistiques de Suisse et par rapport à la moyenne suisse. Des comparaisons par sexe et par groupes d'âge ont été établies. Certaines évolutions ont également pu être relevées pour les cantons qui avaient participé aux enquêtes précédentes.

Ce rapport contient des éléments d'explication de certaines tendances ou observations qui sont à considérer comme des hypothèses ou des pistes de réflexion à vérifier par des analyses plus approfondies. Certaines restrictions méthodologiques sont d'ailleurs à relever, notamment en ce qui concerne les phénomènes rares qui ne peuvent pas être analysés à partir d'un échantillon aussi petit. Certaines questions ou variables ont été formulées différemment dans les précédentes enquêtes, ce qui empêche parfois d'établir des analyses de tendances.

Nous souhaitons vivement que ce document puisse être un outil utile pour les responsables de la santé publique de Suisse latine, permettant de fonder nos décisions de politique sanitaire et les mesures de prévention sur des bases concrètes et contribuer ainsi à évaluer les actions menées.

Claude Hêche,  
Président de la CRASS

## Résumé

La formulation de mesures de santé publique ciblées et efficaces suppose de connaître l'état de santé de la population et ses déterminants sociodémographiques. Ce rapport rassemble des résultats empiriques, principalement issus de l'Enquête suisse sur la santé 2002, portant sur la santé physique et psychique, le recours aux services de soins, les comportements de santé et l'environnement de vie des populations des cantons romands et du Tessin.

L'état de santé varie selon le sexe et l'âge, les différences selon les cantons latins restant peu prononcées. Les femmes font plus souvent état de troubles physiques et psychiques que les hommes. Leur perception de la santé est également moins favorable. Les troubles physiques, en particulier les chutes ou l'incapacité fonctionnelle, et les hospitalisations augmentent selon l'âge, tandis que les troubles psychiques concernent davantage les jeunes personnes. Ces différences vont de pair avec une consommation de médicaments plus importante chez les femmes que chez les hommes, tandis qu'une moindre santé psychique est liée, surtout chez les jeunes, à la présence de comportements à risque ou de troubles du sommeil.

Le recours aux services de soins, en l'occurrence les consultations médicales, est semblable selon les cantons latins en dépit des variations de la densité médicale et de la proportion de médecins spécialistes, par ailleurs susceptibles de se substituer aux médecins de famille. La consommation de médicaments est plus élevée en Suisse romande qu'en Suisse alémanique. Cette différence s'accompagne d'un état de santé psychique moins favorable en Suisse romande, surtout en rapport avec le sentiment de maîtrise de la vie ou de solitude et les troubles du sommeil. Le recours aux médecines parallèles se traduit par un nombre plus élevé de consultations médicales, mais n'influence pas le taux d'hospitalisation et la consommation de médicaments.

La prévalence de la surcharge pondérale, voire de l'obésité, est plus élevée chez les hommes et les personnes peu formées. Elle est liée à un risque accru de maladies cardiovasculaires, d'hypercholestérolémie et de diabète. La proportion de personnes ignorant si leur tension artérielle, leur taux de cholestérol ou leur taux de glucose est normal diminue selon l'âge, cependant que la proportion de personnes contrôlées augmente. La présence d'un médecin de famille est susceptible de renforcer la participation à un examen de contrôle. Par ailleurs, la mammographie est courante dans les cantons disposant d'un programme de dépistage du cancer du sein. Le dépistage du cancer de la prostate a progressé depuis 1997.

## Zusammenfassung

Die Formulierung gezielter und wirksamer gesundheitspolitischer Massnahmen setzt die Kenntnis des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und seiner soziodemografischen Determinanten voraus. Dieser Bericht stützt sich auf empirische Ergebnisse zur körperlichen und psychischen Gesundheit, zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, zum Gesundheitsverhalten sowie zu den Lebensumständen der Bevölkerung in den Kantonen der Romandie sowie im Tessin. Hauptdatenquelle ist die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002.

Der Gesundheitszustand variiert je nach Geschlecht und Alter und weniger nach Kantonen. So bestehen zwischen den lateinischen Kantonen nur geringe Differenzen. Frauen erwähnen öfter körperliche oder psychische Beschwerden als Männer, auch ist ihr subjektiver Gesundheitszustand schlechter. Körperliche Beschwerden, insbesondere nach Stürzen oder funktionelle Beeinträchtigungen, treten mit zunehmendem Alter häufiger auf, während psychische Probleme eher junge Menschen betreffen. Diese Differenzen gehen mit einem stärkeren Medikamentenkonsum bei den Frauen einher, während sich eine beeinträchtigte psychische Gesundheit vor allem unter den Jungen eher in vermehrtem Risikoverhalten oder in Schlafproblemen äussert.

Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, hier gemessen an den Arztkonsultationen, ist von Kanton zu Kanton ähnlich, dies obwohl die Ärztedichte und der Anteil der Spezialärztinnen bzw. -ärzte variiert. Es ist übrigens anzunehmen, dass letztere in gewissen Fällen auch die Hausarztrolle übernehmen. Der Medikamentenkonsum ist in der französischen Schweiz höher als in der Deutschschweiz. Dabei scheint es um die psychische Gesundheit der Menschen in der Romandie schlechter bestellt zu sein, insbesondere, was die Lebenskontrollüberzeugung, Einsamkeitsgefühle und Schlafstörungen betrifft. Die Inanspruchnahme von Leistungen der Alternativmedizin beeinflusst zwar die Anzahl Arztkonsultationen, hat aber keinen Einfluss auf die Hospitalisierungsrate und den Medikamentenkonsum.

Adipositas und vor allem Übergewicht ist unter den Männern und den Personen mit tiefem Bildungsniveau stärker vertreten und bringt ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislaufkrankheiten, Diabetes sowie einen zu hohen Cholesterinspiegel mit sich. Der Anteil der Personen, die nicht wissen, ob ihr Blutdruck, Cholesterinspiegel oder Blutzucker normal ist, verringert sich mit zunehmendem Alter, parallel dazu steigt der Anteil der kontrollierten Personen an. Für Personen mit einem Hausarzt oder einer Hausärztin ist die Wahrscheinlichkeit grösser, dass sie sich einer Kontrolle unterziehen. Schliesslich sei erwähnt, dass die Mammographie in Kantonen mit einem Brustkrebsfrüherkennungsprogramm geläufig ist. Daneben hat die Früherkennung von Prostatakrebs seit 1997 zugenommen.

## Riassunto

La formulazione di misure di salute pubblica mirate ed efficaci presuppone la conoscenza dello stato di salute della popolazione e dei suoi determinanti sociodemografici. Questo rapporto raggruppa una serie di risultati empirici, principalmente tratti dall'Indagine sulla salute in Svizzera del 2002, che riguardano la salute fisica e psichica, il ricorso ai servizi di cura, i comportamenti nei confronti della salute e dell'ambiente di vita della popolazione dei Cantoni romandi e del Cantone Ticino.

Lo stato di salute varia a dipendenza dell'età e del sesso, le differenze tra Cantoni latini rimangono poco marcate. La popolazione di sesso femminile è più frequentemente soggetta a disturbi fisici e psichici rispetto a quella di sesso maschile. I problemi fisici, in modo particolare le cadute e l'incapacità funzionale, come pure le ospedalizzazioni aumentano secondo l'età, mentre i disturbi psichici riguardano maggiormente le persone più giovani. Queste differenze vanno di pari passo con un consumo di farmaci più elevato nelle donne che negli uomini, mentre una salute psichica meno buona è legata, soprattutto nei giovani, alla presenza di comportamenti a rischio e all'esistenza di disturbi del sonno.

Il ricorso ai servizi di cura, all'occorrenza ai consulti medici, nei Cantoni latini risulta simile nonostante le differenze di densità medica e la diversa proporzione di medici specialisti, che, per di più, potrebbero sostituirsi ai medici di famiglia. Il consumo di farmaci è più elevato nella Svizzera romanda che nella Svizzera tedesca. Questa differenza va di pari passo con uno stato di salute psichica meno favorevole nella Svizzera romanda, soprattutto in rapporto con il sentimento di padronanza della vita o di solitudine e i disturbi del sonno. Il ricorso alle medicine alternative si traduce in un numero più elevato di consulti medici, ma non influenza il tasso di ospedalizzazione e il consumo di farmaci.

La prevalenza del sovrappeso, persino dell'obesità, è più elevata negli uomini e nelle persone poco istruite. Al sovrappeso viene associato un maggior rischio di sviluppare malattie cardiovascolari, ipercolesterolemia e diabete. La proporzione di persone che ignora se la propria tensione arteriosa, il proprio tasso di colesterolo o il proprio tasso di glucosio è nella norma diminuisce secondo l'età; allo stesso modo la proporzione di persone sottoposte a controlli aumenta. La presenza di un medico di famiglia dovrebbe aumentare la possibilità di sottoporsi a un esame di controllo. D'altra parte la mammografia è un esame di routine nei Cantoni che hanno adottato un programma di depistaggio del cancro al seno. A partire dal 1997, il depistaggio del cancro alla prostata ha registrato un incremento.

# 1. Introduction et méthode

*Astrid Stuckelberger, Philippe Wanner, Jean-Luc Heeb,  
Andrea Zumbrunn et Maik Roth*

Élément-clé de la politique et de la planification sanitaires, la connaissance des comportements et de l'état de santé de la population nécessite des données et des indicateurs fiables. Pour cette raison, les enquêtes de santé se sont multipliées. Elles portent soit sur l'ensemble des dimensions de la santé, soit sur des domaines spécifiques. De par la diversité des thèmes traités et son caractère représentatif de la population suisse, l'Enquête suisse sur la santé (ESS) constitue une source importante d'informations sanitaires. Elle aborde les domaines de la santé physique et psychique, du recours aux services de soins, des comportements en matière de santé et des conditions de vie, domaines qu'elle permet d'analyser à la lumière des principaux déterminants de la santé tels que le sexe, l'âge, le statut socioéconomique et l'environnement de vie.

A ce jour, l'ESS compte trois éditions, réalisées en 1992/93, 1997 et 2002. Au cœur de ce rapport se trouve l'enquête conduite en 2002, qui porte sur un échantillon de presque vingt mille personnes vivant dans un ménage privé en Suisse. La taille de l'échantillon permet une analyse à l'échelle de la Suisse, mais aussi au sein de plusieurs cantons.

L'intérêt d'une enquête de santé publique est de renseigner sur la perception de la santé de l'ensemble de la population dans une perspective sociodémographique et écologique. En ce sens, elle propose des informations distinctes des données collectées en milieu médical, permettant d'élargir le propos de la connaissance de l'état de santé de la population au moins à trois égards. Premièrement, l'enquête de santé publique fournit l'occasion d'aborder simultanément la maladie et la santé, car elle s'adresse aussi bien aux personnes qui ont fait appel au système sanitaire qu'à celles qui ne l'ont pas utilisé. Elle complète ainsi les différentes statistiques médicales, qui traitent des patients, en présentant un tableau général de l'état de santé, incluant à la fois des personnes en bonne et en mauvaise santé. Deuxièmement, l'enquête de santé publique repose sur les déclarations faites par les personnes interrogées. Elle s'attache ainsi à connaître la santé telle que la population la perçoit et non telle qu'elle serait définie au seul regard des catégories et diagnostics médicaux, propres aux professionnels de la santé. La prise en compte du point de vue de l'individu permet en particulier d'éclairer les pratiques et usages en matière de santé en dépassant un cadre strictement clinique. Troisièmement, en raison de la richesse des données qu'elle contient, l'enquête sur la santé met en rapport les indicateurs de santé avec des variables caractérisant les individus et leur environnement. De fait, elle constitue un instrument particulièrement adéquat pour mettre en évidence des facteurs associés à la santé et définir des groupes à risque.

## 1.1 Genèse du projet

Le présent rapport est le fruit d'une étroite collaboration entre plusieurs acteurs politiques et scientifiques engagés dans le domaine de la santé. L'initiative en revient au Dispositif intercantonal pour la prévention et la promotion de la santé (DiPPS), réunissant les cantons de Fribourg, de Genève, du Jura, de Neuchâtel, du Tessin, du Valais et de Vaud, qui a suggéré une analyse commune des données de la troisième édition de l'ESS réalisée par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Par le passé, les éditions de 1992/93 et 1997 ont fait l'objet de rapports distincts par canton (voir par exemple Weiss et al., 1996a; Weiss et al., 1996b; Weiss et al., 1996c; Frei, 1999; Département de la santé publique, 2000). Cette fois-ci, il s'agissait d'envisager une analyse commune des données cantonales dans une perspective comparative. Cet

objectif de comparaison pouvait être idéalement réalisé en intégrant les données de chaque canton à un rapport unique, garant de la mise en relation de résultats qui seraient autrement disséminés dans des documents différents tout en réalisant l'unité à la fois des thèmes abordés, des définitions et de la stratégie d'analyse.

Une première pierre a été posée le 10 décembre 2002 lors d'une réunion à laquelle ont participé, outre le DiPPS, l'Observatoire suisse de la santé (OBSAN) et la Section de la santé (GES) de l'OFS. Cette réunion a été l'occasion d'évoquer les différentes possibilités d'analyser et de mettre en valeur les données de l'ESS 2002. A la suite de cette réunion, des propositions d'analyse concrètes ont été élaborées, qui ont abouti à la conclusion d'un contrat entre l'OFS et la Conférence romande des affaires sanitaires et sociales (CRASS) en date du 11 décembre 2003. Par ce contrat, l'OBSAN s'engage à fournir une analyse scientifique des indicateurs de l'ESS 2002 et à assurer la direction du projet. Le mandant de cette analyse est la CRASS, dont dépend le DiPPS. Les analyses et la rédaction du rapport ont été confiées en grande partie à deux équipes de chercheurs, l'une appartenant à l'Institut de médecine sociale et préventive (IMSP) de l'Université de Genève et au Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (SFM) à Neuchâtel, l'autre à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) de l'Université de Lausanne. Les équipes de chercheurs ont bénéficié de l'appui de GES pour la mise à disposition des données et de la documentation d'enquête. Le DiPPS s'est chargé de l'élaboration des recommandations.

La réalisation de ce rapport a bénéficié, tout au long de son élaboration, de l'attention vigilante et critique d'un groupe de pilotage réunissant des membres du DiPPS et des cantons. Le rôle de ce groupe de pilotage a été de veiller à la préparation d'un rapport tenant compte des exigences fixées par le DiPPS, en particulier en ce qui concerne l'orientation et le contenu des analyses. Des réunions régulières ont été organisées pendant l'avancement des travaux. L'élaboration du rapport a débuté fin 2003 et s'est achevée à mi-2005. Enfin, des experts provenant des cantons et des milieux scientifiques ou statistiques, de la prévention et de la politique de la santé ont effectué une relecture critique du manuscrit. Leurs suggestions et propositions ont été largement intégrées dans le présent rapport.

Le groupe de pilotage était composé de membres des cantons dont les données ont été analysées, à savoir Henri Briant (VD), président, Fabienne Kern (VD), Jean-Christophe Lüthi (VS), Pius Meier (FR), Vlasta Mercier (VD), Nicolas Pétremand (JU), Jacqueline Quaglia (TI), Claude-François Robert (GE) et Lysiane Ummel Mariani (NE). Le secrétariat du groupe de pilotage était assuré par Alexia Fournier (DiPPS). La direction du projet à l'OBSAN appartenait à Jean-Luc Heeb, à Andrea Zumbrunn et à Maik Roth. Les équipes de chercheurs étaient composées de Brigitte Santos-Eggimann, Nicole Chavaz Cirilli et Julien Junod (IUMSP), d'Astrid Stuckelberger (IMSP) et de Philippe Wanner (SFM). Les experts ayant participé à la relecture du rapport sont Anne Bardet Blochet, Roland Calmonte, Jacques-Antoine Gauthier, Maryvonne Gognalons-Nicolet, Elisabeth Marty-Tschumi, Walter Weiss et Eric Zbinden.

## 1.2 But du rapport

La santé de la population évolue d'une part en raison des changements démographiques (vieillesse de la population, accroissement de la longévité, flux migratoires, baisse de la fécondité), d'autre part, en raison de changements comportementaux et sociopolitiques, liés notamment à l'évolution technologique et sociosanitaire. Or, un constat maintes fois établi par la recherche en sociologie de la santé ou en épidémiologie sociale indique que cette évolution n'affecte pas uniformément la population, mais se caractérise par des inégalités marquées en fonction de l'appartenance sociale. Par exemple, les différents groupes de population définis par le genre, l'âge, l'état civil, la catégorie socioprofessionnelle ou encore des critères géographiques

peuvent être soumis à des risques de santé variables (voir Maeder et al., 1999, Mielck, 2000). La réduction des inégalités sociales face à la santé constitue par ailleurs l'un des cinq axes de la stratégie « Santé 21 » de la Région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1999).

A l'échelle des cantons, les variations de l'état de santé de la population, des comportements préventifs ou à risque et de la consommation de soins peuvent être mises en relation avec trois séries de facteurs, à savoir:

- les politiques sanitaires cantonales, le fédéralisme accordant une responsabilité importante aux cantons dans la formulation des politiques sanitaires;
- les caractéristiques de la population, chaque canton présentant une structure sociodémographique particulière;
- des approches socioculturelles différentes de la santé, liées aux appartenances régionale et linguistique.

Analyser les différences cantonales de la santé conduit à s'interroger sur l'adéquation entre les politiques de santé et les caractéristiques de la population. Cette analyse fournit également la possibilité d'évaluer la capacité des politiques sanitaires en vigueur à répondre aux besoins spécifiques des populations concernées. Elle permet enfin d'identifier l'émergence de nouvelles situations cantonales ou régionales en matière de santé.

De fait, le présent rapport vise à informer les décideurs politiques et les professionnels de la santé sur les comportements et l'état de santé des populations de sept cantons des régions francophone et italophone de Suisse (Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel, Tessin, Valais et Vaud) dans une perspective comparative. Pour les différents indicateurs utilisés, les données cantonales sont comparées d'une part entre elles, d'autre part avec les observations du reste de la Suisse et de l'ensemble du pays. Ainsi, les caractéristiques des cantons latins peuvent être mises en évidence par rapport aux cantons germanophones.

Cet objectif d'information est complété, lorsque les données sont disponibles, par l'examen de l'évolution des indicateurs de santé dans le temps. Le recours aux trois éditions de l'ESS sur la santé permettra ce type d'approche spatio-temporelle.

### 1.3 Données

Ce rapport repose principalement sur les données de l'ESS 2002, avec, lorsque cela s'avérait envisageable et pertinent, des analyses comparatives utilisant les données des enquêtes de 1992/93 et de 1997. Ces enquêtes présentent l'inconvénient de ne pas chaque fois comporter des échantillons cantonaux dont la taille permet des analyses fiables par canton. Seuls les cantons de Fribourg, de Genève, du Valais et de Vaud disposent d'un tel échantillon en 1992/93 (voir tableau 1.2). En 1997, les cantons de Genève, du Tessin, du Valais et de Vaud bénéficient d'échantillons suffisamment grands. A plusieurs reprises, d'autres données ont été utilisées dans le cadre de ce rapport. C'est le cas du quatrième chapitre, qui repose en partie sur des données de l'Office fédéral de la statistique (OFS, 1999, 2002, 2003a) et de la Fédération des médecins suisses (FMH, 2004). Le recensement fédéral de la population de 2000 (voir OFS, 2004 pour une description du recensement) a en outre permis de calculer différents indices sociodémographiques à l'échelle des cantons. Ces indices sont commentés dans le deuxième chapitre. La statistique fiscale de l'administration fédérale des contributions, pour la période 1997/98 (AFC, 2004), a par ailleurs servi au calcul de quelques indices relatifs à la distribution du revenu des contribuables. Les données du chômage, également présentées dans le deuxième chapitre, sont pour leur part issues de la statistique du Secrétariat à l'Economie (SECO, 2004).

L'ESS 2002 s'est déroulée en quatre vagues de tailles semblables, échelonnées selon les saisons de l'année. L'échantillon provient d'un sondage aléatoire à deux

niveaux stratifié selon les cantons suisses. Dans un premier temps, on a sélectionné un ensemble de ménages privés sur la base de l'annuaire téléphonique électronique suisse. Dans un second temps, on a retenu une personne cible à interroger parmi les membres de chaque ménage âgés de 15 ans ou plus (OFS, 2003b). Afin de réaliser des analyses cantonales reposant sur un échantillon suffisant, les cantons avaient la possibilité d'accroître la taille de leur échantillon. Parmi les seize cantons ayant choisi cette option figurent les sept cantons analysés dans le présent rapport.

Pour l'ensemble de la Suisse, 19 706 personnes ont pris part à l'enquête, ce qui correspond à un taux de participation de 63,9% (calculé sur l'échantillon net de 30 824 personnes, soit après mise à l'écart de 2044 adresses invalides en raison d'adresses d'entreprises, de numéros de fax et de décès – tableau 1.1). Parmi les 36,1% de personnes n'ayant pas participé à l'enquête figurent:

- 7668 contacts (24,9% de l'échantillon net) chez qui on a enregistré une perte d'échantillon au niveau du ménage: refus de participer à l'enquête, 56,4% des cas (4325 cas); ménage ne pouvant être atteint, 20,7% des cas; problèmes de santé, 10,4%; problèmes de langue, 7,2%; autres raisons, 5,3%;
- 3450 contacts (11,2% de l'échantillon net), chez qui la perte d'échantillon se situe au niveau de la personne cible: refus, 63,8% des cas (2201 cas); personne cible ne pouvant être atteinte, 24,0%; problèmes de santé, 3,7%; problèmes de langue, 3,2%; autres raisons, 5,3%.

Finalement, 13 249 entretiens ont été réalisés en allemand (taux de participation de 65,5%), 4950 en français (61,1%) et 1507 en italien (60,4%). Aucun entretien n'a eu lieu dans une autre langue. Le taux de participation selon les différents cantons étudiés varie entre 58,1% à Genève et 66,2% à Neuchâtel. Il est également élevé dans le canton de Fribourg (63,7%), mais inférieur à la moyenne régionale dans les cantons de Vaud (60,6%), du Jura (60,0%), du Valais (59,4%) et du Tessin (58,8%). Le tableau 1.1 résume l'échantillonnage et les différents types de problèmes rencontrés.

	Effectifs	%
<b>Echantillon brut</b>	32 868	100.0
Adresse non valable	2044	6.2
<b>Echantillon net</b>	30 824	100.0
Pertes d'échantillon au niveau du ménage	7668	24.9
<i>dont refus</i>	4325	
<i>dont autres pertes (langue, maladie, etc.)</i>	3343	
Pertes d'échantillon au niveau de la personne cible	3450	11.2
<i>dont refus</i>	2201	
<i>dont autres pertes (langue, maladie, etc.)</i>	1249	
<b>Interviews réalisées</b>	19 706	63.9

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002

Plus de 900 ménages ou personnes n'ont pas pu participer à l'enquête pour des raisons de santé (maladie). Dans plus de 650 cas, des problèmes liés à la compréhension de la langue de l'entretien ont eu raison de la participation à l'enquête.

L'ESS 2002 a fait appel à trois modes de collecte des données, à savoir des entretiens téléphoniques assistés par ordinateur, des entretiens en face à face et des questionnaires écrits. Les données ont été collectées par l'institut IHA-GfK à Lausanne et à Lucerne. Les participants ont d'abord été contactés par téléphone. En règle générale, l'entretien, durant près de 40 minutes et portant sur environ 400 questions, a eu lieu au téléphone directement avec les personnes concernées (18 554 entretiens téléphoniques). Cependant, dans certains cas, l'entretien s'est déroulé en face à face (205; 1,0% du nombre total d'entretiens) ou avec une personne du voisinage immédiat de la personne cible (947; 4,8%). D'une part, des entretiens en face à face ont eu lieu avec les personnes âgées de 75 ans ou plus qui le souhaitaient; d'autre part, si la personne cible était durablement absente ou qu'elle éprouvait des difficultés à répondre elle-même, une personne de son entourage immédiat a répondu à sa place. Dans ce cas, certaines questions n'ont pas pu être posées.

Les 18 759 personnes interrogées directement par téléphone ou lors d'un entretien en face à face ont été invitées, à l'issue de l'interview, à remplir un questionnaire écrit transmis par voie postale. Le taux de participation à cette enquête complémentaire est de 86,0% (16 141 questionnaires écrits renvoyés et utilisables). Afin de garantir la qualité de l'enquête, l'OFS a régulièrement assisté à la collecte des données; des renseignements détaillés sur le déroulement de l'enquête se trouvent dans le rapport de l'institut IHA-GfK (2003).

Pour obtenir des résultats représentatifs, correspondant à la structure effective de la population, il est souhaitable de redresser les données de l'enquête afin de corriger des biais tels l'augmentation de la taille de certains échantillons cantonaux, la taille inégale des ménages ou encore les réponses manquantes. Les données présentées dans ce rapport sont ajustées selon plusieurs critères à la structure de la population âgée de 15 ans ou plus résidant en permanence en Suisse au 31 décembre 2001. Cette population de référence comprend les personnes vivant dans un ménage privé ou collectif. Elle exclut les étrangers au bénéfice d'un permis de séjour de courte durée (stagiaires, requérants d'asile, personnes sans autorisation de séjour, etc.) Le redressement des données est réalisé en attribuant un poids à chaque participant en fonction de plusieurs variables.

En ce qui concerne les données provenant des entretiens téléphoniques ou en face à face, les poids ont été déterminés en tenant compte de l'âge (réparti en six classes: de 15 à 24 ans, de 25 à 34 ans, de 35 à 44 ans, de 45 à 59 ans, de 60 à 69 ans et 70 ans ou plus), du sexe (masculin, féminin), de la nationalité (suisse, étranger) et de la strate (cantons distribués en 18 groupes; voir OFS, 2003c). Pour les données recueillies à l'aide du questionnaire écrit, on a en plus tenu compte du niveau de formation, de l'état subjectif de santé et du handicap de la vue.

## 1.4 Analyses

Les enquêtes sur la santé sont souvent complexes, ce qui implique de vouer une attention particulière à la méthode d'analyse des données (Lehtonen et Pahkinen, 1994, Korn et Graubard, 1999). De par son plan d'échantillonnage (tirage par strates et à deux niveaux) et en raison du redressement des données, l'ESS 2002 n'échappe pas à cette règle. Différentes techniques peuvent être utilisées pour traiter les données de manière adéquate. Dans le présent rapport, on a recouru aux chapitres 3.3, 5 et 6 à une méthode de ré-échantillonnage proposée par l'OFS (méthode Jackknife, voir Efron, 1999), tandis que la linéarisation de la variance (Stata Corporation, 2003) a été appliquée aux chapitres 3.1, 3.2 et 4. Dans le premier cas, les données ont été analysées à l'aide du logiciel SAS/STAT version 8 (SAS Institute, 1999), dans le

second à l'aide du logiciel STATA (Stata Corporation, 2003). L'usage de deux techniques d'analyse différentes a été dicté par des raisons d'équipement informatique. Cependant, le choix de la méthode ne semble pas influencer les résultats présentés. En effet, des comparaisons portant sur une sélection de variables n'ont montré que de très faibles variations.

L'OFS a proposé des indices synthétiques qui reposent sur les principales variables de l'enquête (OFS, 2003d). Cette étude recourt à la fois aux indices synthétiques et aux variables issues des questionnaires téléphonique et écrit. Pour chaque indice ou variable, on a comparé les réponses en fonction du canton ou de la région linguistique – francophone, germanophone ou italophone – en tenant compte de déterminants sociodémographiques tels le sexe et l'âge. Quatre classes d'âge ont été retenues: de 15 à 34 ans, de 35 à 49 ans, de 50 à 64 ans et 65 ans ou plus.

Les données analysées dans ce rapport sont en général présentées sous forme de proportions. Afin de tenir compte des variations de la structure sociodémographique selon les cantons – en termes de sexe, d'âge ou de niveau socioéconomique – des régressions logistiques ont été calculées de manière systématique (Cox et Snell, 1989; Hosmer et Lemeshow, 1989). Ces régressions permettent en particulier de vérifier si les proportions changent effectivement selon les cantons ou si les différences observées sont imputables à des variations cantonales de la structure sociodémographique. Les différences significatives selon les cantons une fois la structure sociodémographique prise en compte sont signalées dans le texte. Ces analyses sont enrichies, le cas échéant, par le croisement des indicateurs de santé entre eux – par exemple des nuisances sur le lieu de vie et des troubles du sommeil ou de l'activité physique et de l'état de santé.

Les proportions présentées dans les tableaux et les graphiques reposent toutes sur des effectifs supérieurs à 30 cas. Si les effectifs sont plus petits, les proportions figurent entre parenthèses dans les tableaux et sont représentées par des barres blanches dans les graphiques. Par ailleurs, en raison des effectifs disponibles, les variations de la structure sociodémographique n'ont le plus souvent pu être examinées qu'en relation avec le sexe et l'âge. Ainsi, les différences des proportions entre les cantons peuvent éventuellement s'expliquer par des facteurs qui ne sont pas inclus dans l'analyse.

## 1.5 Limites et biais

Bien que l'ESS 2002 porte sur près de 20 000 personnes, les possibilités d'analyse à l'échelle des cantons sont parfois limitées en raison de la taille des effectifs disponibles. Suivant le canton, l'effectif des personnes interrogées varie entre 650 (Jura) et 1529 (Tessin – tableau 1.2). Outre le Jura, le canton de Neuchâtel (696) présente un échantillon susceptible de poser des problèmes d'interprétation des résultats. De fait, certaines analyses ont porté sur des comparaisons entre les régions linguistiques plutôt qu'entre cantons, et il a parfois fallu renoncer à des analyses tenant compte des variations de la structure d'âge des populations cantonales, les effectifs selon les classes d'âge et le sexe étant peu élevés (tableau 1.3).

Tableau 1.2: Nombre total d'entretiens effectués selon l'enquête			
	ESS 2002	ESS 1997	ESS 1992/93
<b>Cantons romands</b>	5380	3850	4540
Fribourg	1005	354	1042
Vaud	1042	1012	1006
Valais	970	1053	1042
Neuchâtel	696	282	304
Genève	1017	1046	1036
Jura	650	103	110
<b>Tessin</b>	1529	1107	751
<b>Suisse alémanique</b>	12 797	8047	9997
<b>Ensemble de la Suisse</b>	19 706	13 004	15 288

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 1992/93, 1997 et 2002

Le taux de participation, quant à lui, peut varier selon les caractéristiques sociodémographiques. Par exemple, ce taux est, comme on vient de le voir, supérieur à la moyenne nationale en Suisse alémanique. Mais surtout, les personnes présentant les situations de vie les plus précaires sont vraisemblablement sous-représentées dans la présente enquête dans la mesure où elles sont plus difficiles à atteindre par téléphone. Cependant, le redressement destiné à établir la représentativité des données est susceptible d'améliorer la qualité des résultats concernant les indicateurs de santé si les réponses manquantes sont liées aux critères utilisés pour la pondération.

Par ailleurs, les critères de participation à l'enquête excluent les personnes vivant en ménage commun ou ne parlant ni le français, l'allemand ou l'italien. Fin 2000, 2,5% de la population résidente suisse vivait dans des ménages collectifs (hôpitaux, institutions, homes, maisons de retraites, prisons). Si les ménages collectifs accueillent des personnes dont la santé est fragile, nécessitant des soins et de l'aide, les résultats produits par les données de l'enquête peuvent être meilleurs que dans l'ensemble de la population. Il en va de même pour les populations migrantes, ne maîtrisant pas les langues utilisées dans l'ESS 2002, qui présentent des comportements à risque et un état de santé souvent moins favorables (Weiss, 2003; Chimienti et al., 2001).

Ces deux limitations, liées au taux et aux critères de participation, doivent être gardées en mémoire. Elles suggèrent en effet, comme pour toute enquête par sondage, une sous-estimation des problèmes de santé en raison d'une faible représentation des segments de la population les moins intégrés.

Une autre limite tient au fait que l'ESS repose sur les indications de la personne interrogée. En présence d'indicateurs autodéclarés, on ne peut exclure la présence d'un biais de désirabilité sociale incitant les répondants à adapter leur réponse à des normes et attentes sociales, en particulier lors de l'interview téléphonique et de l'entretien en face à face (Adams et al., 2005). D'autres incertitudes, par exemple en relation avec des erreurs, des oublis, l'exagération ou la minimisation d'un problème de santé et l'interprétation des questions, sont aussi possibles.

Tableau 1.3: Effectif de personnes interrogées selon l'âge et le sexe				
	15-34 ans	35-49 ans	50-64 ans	65 ans ou plus
<b>Hommes</b>				
<b>Cantons romands</b>	647	739	499	448
Fribourg	132	169	88	57
Vaud	122	133	111	96
Valais	117	124	93	89
Neuchâtel	89	81	60	59
Genève	117	126	83	93
Jura	70	106	64	54
<b>Tessin</b>	136	203	172	164
<b>Autres cantons</b>	1435	1901	1403	1162
<b>Ensemble de la Suisse</b>	2218	2843	2074	1774
<b>Femmes</b>				
<b>Cantons romands</b>	778	855	785	629
Fribourg	155	176	128	100
Vaud	132	160	173	115
Valais	142	167	123	115
Neuchâtel	101	88	107	111
Genève	149	166	163	120
Jura	99	98	91	68
<b>Tessin</b>	186	226	205	237
<b>Autres cantons</b>	1541	1888	1745	1722
<b>Ensemble de la Suisse</b>	2505	2969	2735	2588

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002

## 1.6 Organisation du rapport

Cinq chapitres composent le corps de ce rapport.

- Le chapitre 2 présente la situation sociodémographique des cantons romands et du Tessin.
- Le chapitre 3 analyse l'état de santé de la population selon trois axes: la santé subjective, la santé physique et la santé mentale, appréhendées selon différents indicateurs.
- Le chapitre 4 est consacré au recours aux services de santé, en tenant compte à la fois de l'offre sanitaire des cantons et de la demande, à savoir l'utilisation des services de santé par les personnes interrogées. Dans ce chapitre, il n'est pas seulement question de recours aux soins ambulatoires ou à la médecine parallèle, mais aussi de comportements en matière de prévention (dépistage) et d'usage de médicaments.
- Le chapitre 5 porte sur les comportements et traite de la pratique de l'activité physique, de l'alimentation et des comportements à risque (tabac, drogues illégales et alcool).
- Le chapitre 6 s'intéresse aux nuisances sur les lieux de vie et de travail.
- Le chapitre 7 contient, à titre de conclusion, une synthèse des principaux résultats obtenus dans cette étude.
- Le chapitre 8, enfin, présente des recommandations en relation avec les 21 buts de la santé pour tous de l'Organisation mondiale de la santé.

Les chapitres de résultats (2 à 6) présentent une structure commune. Ils commencent par un résumé des principaux résultats, se poursuivent par la présentation détaillée des analyses accompagnée de tableaux ou de graphiques et se terminent par les points forts dégagés par l'analyse. Pour le chapitre 3, cette structure est présente deux fois, d'abord pour la santé subjective et la santé physique, puis pour la santé psychique. Les chapitres centraux (3 à 5) comportent en outre des synthèses.

## 2. Caractéristiques sociodémographiques des cantons

*Astrid Stuckelberger et Philippe Wanner*

### 2.0 Résumé

Dans une perspective spatiale, l'analyse comparative de la santé ne peut s'effectuer qu'après la prise en compte des spécificités sociodémographiques, économiques et culturelles des cantons. Les structures sanitaires dépendent de la taille des cantons, tandis que la composition de leurs populations influence le recours aux services de soins et les comportements en matière de santé. Dans ce chapitre, les principales caractéristiques des cantons sont décrites et commentées à l'aide d'une série d'indicateurs, qui mettent en évidence les faits suivants:

- des schémas sociogéographiques traduisant une distinction entre cantons ruraux et cantons avant tout urbains;
- une population vieillissante en premier lieu au Tessin, mais également dans les cantons de Neuchâtel et du Jura; le canton de Fribourg se caractérise en revanche par une population jeune et une croissance démographique élevée;
- une proportion de la population étrangère fort élevée dans le canton de Genève (38%), soit plus de trois fois la proportion observée dans le canton du Jura (12%);
- des taux de chômage plutôt faibles dans les cantons du Valais et de Fribourg par rapport aux autres cantons romands;
- une structure socioprofessionnelle axée sur le tertiaire dans les cantons de Genève, du Tessin et de Vaud. Les emplois dans l'hôtellerie sont le plus répandus en Valais, tandis que dans les cantons du Jura et de Neuchâtel, les emplois se concentrent davantage dans les industries manufacturières;
- enfin, des différences relativement importantes en matière d'espérance de vie à la naissance selon les cantons, en particulier chez les hommes. Ces différences peuvent être mises en relation à la fois avec la structure sociodémographique des cantons et la présence de comportements à risque.

De nombreuses études ont mis en évidence l'influence des facteurs environnementaux, culturels et socioéconomiques sur la santé et les comportements en matière de santé (par exemple OFS, 2000). Ces facteurs doivent dès lors être inclus dans une analyse comparant des régions parfois très différentes quant à leur structure sociodémographique.

Le tableau en fin de chapitre recense différents indicateurs sociodémographiques, économiques, professionnels ou relatifs aux aspects culturels, résidentiels et sociosanitaires. Sans être exhaustifs, ces indicateurs constituent des données fondamentales qui montrent la diversité des situations cantonales. Ils sont pour la plupart issus du dernier recensement fédéral de la population de 2000. Bien que l'ESS 2002 ait eu lieu deux ans plus tard, ce qui se traduit par un léger décalage temporel, le recensement fournit une image précise de la structure sociodémographique des cantons étudiés en raison de son exhaustivité. Les indicateurs permettent d'intégrer les principales dimensions structurelles des cantons à l'interprétation des données de l'ESS 2002. Dans ce chapitre, l'attention porte d'une part sur les différences entre la Suisse latine<sup>1</sup> et l'ensemble du pays, d'autre part sur les spécificités des différents cantons latins.

<sup>1</sup> Dans ce rapport, la Suisse latine est définie comme regroupant les cantons de Fribourg, de Genève, du Jura, de Neuchâtel, du Valais, de Vaud et du Tessin. La Suisse romande comprend les mêmes cantons à l'exception du Tessin. La Suisse alémanique représente les 19 cantons ou demi-cantons n'appartenant pas à la Suisse latine. Cette classification a pour but de permettre une comparaison à l'échelle régionale.

## 2.1 Taille et structure par âge de la population des cantons

Les cantons latins sont de taille fort inégale. Le nombre d'habitants est compris entre environ 70 000 dans le canton du Jura et plus de 640 000 dans le canton de Vaud – soit un rapport de un à neuf – et s'accompagne de différences liées aux structures sociosanitaires. Ainsi, les cantons les plus peuplés bénéficient d'hôpitaux universitaires, tandis que l'offre de soins et le système de santé reposent avant tout sur des hôpitaux régionaux dans les cantons de plus petite taille.

Les caractéristiques géographiques et la distribution spatiale de la population sont très différentes selon les cantons. Dans le canton de Genève, la majorité de la population réside en milieu urbain. Au contraire, la population des cantons du Jura et de Fribourg habite essentiellement en milieu rural. Le canton du Valais est caractérisé par la présence de l'habitat de montagne, tandis que les cantons de Vaud et de Neuchâtel ont un profil résidentiel mixte.

Le taux de croissance de la population constitue une autre dimension faisant apparaître des différences cantonales importantes. Au cours de la décennie 1990–2000, le taux de croissance s'élevait à 12,7% dans le canton de Fribourg, soit un des taux cantonaux les plus élevés enregistrés en Suisse. Cette croissance est liée au fait que le canton de Fribourg bénéficie d'une fécondité élevée (en 1996, le nombre moyen d'enfants par femme y était de 1,72, contre 1,27 au Tessin – OFS, 1997) et d'un apport migratoire interne (en provenance du reste de la Suisse) important. Les cantons de Neuchâtel et du Jura se situent à l'autre extrémité, avec un taux de croissance décennal de 3%, expliqué par une émigration élevée de personnes en âge d'exercer une activité professionnelle pour le canton du Jura et par un apport migratoire limité durant la décennie 1990 pour le canton de Neuchâtel.

La structure d'âge de la population des cantons latins présente de fortes disparités, qui sont liées à des taux de natalité variables et à des flux migratoires dépendant de la classe d'âge. Ainsi, les cantons du Jura et de Fribourg comptent le plus de jeunes de moins de 20 ans. Ils y représentent un quart de la population, le taux de natalité étant relativement élevé dans les régions rurales. La proportion de jeunes est moindre au Tessin (19,8%) non seulement en raison du faible taux de natalité, mais aussi en raison de la forte présence de personnes à la retraite. La structure d'âge du Tessin est marquée par les flux migratoires de personnes âgées retournant chez elles au terme de leur carrière professionnelle ou arrivant de l'extérieur pour y passer leur retraite (Charton et Wanner, 1998). La proportion de la population âgée de 65 ans ou plus est la plus élevée dans les cantons du Tessin (17,8%), de Neuchâtel (16,9%) et du Jura (16,5%), tandis qu'elle est la plus basse dans celui de Fribourg (12,9%). Dans le canton du Jura, la part élevée des âgés<sup>2</sup> s'explique par l'émigration fréquente des jeunes adultes débutant une formation tertiaire ou une activité professionnelle.

Les spécificités spatiales et sociodémographiques des cantons ont des conséquences multiples sur les politiques de prise en charge, par exemple sur le maintien à domicile ou les réseaux de soins, et sur les comportements de santé (Höpflinger et Stuckelberger, 1999; Perrig-Chiello et Stähelin, 2004). Ces aspects doivent être gardés à l'esprit lors des analyses, car ils rendent en partie compte des différences cantonales et sont matière à réflexion pour les programmes de santé publique ou les campagnes de prévention.

<sup>2</sup> Pour alléger la formulation, le masculin sera utilisé comme terme générique pour désigner les hommes et femmes dans la suite de ce rapport.

## 2.2 Origine et environnement culturel

Les problèmes de santé des collectivités étrangères ont fait l'objet de nombreuses études (pour une revue de la littérature, voir Weiss, 2003). Les attitudes et les besoins en matière de santé de ces collectivités sont parfois éloignés de ceux qui prévalent dans la population d'accueil. L'émergence de risques spécifiques aux collectivités étrangères demande souvent des soins et des mesures adaptés à la condition des migrants. Par ailleurs des barrières culturelles et linguistiques peuvent rendre difficiles l'accès aux soins, et ce surtout pour les personnes dont la situation est précaire (requérants d'asile par exemple) ou irrégulière.

La proportion d'étrangers<sup>3</sup> varie selon les cantons latins entre 12,8% (Jura) et 38,1% (Genève). A cet égard, le canton de Genève bénéficie d'un important apport migratoire de l'étranger, qui lui permet de conserver une structure d'âge relativement jeune. En revanche, la proportion de personnes de nationalité étrangère est inférieure à la moyenne suisse dans les cantons du Jura, du Valais et de Fribourg. Au sein des populations migrantes, la répartition des étrangers selon le statut de séjour dépend également du canton. Ainsi, 8% des résidents des cantons de Vaud et de Genève ont un permis de séjour d'une durée d'une année au plus<sup>4</sup> contre moins de 4% dans le canton du Jura.

Une des nombreuses conséquences de la présence de collectivités étrangères a trait à la proportion variable de la population qui ne maîtrise pas la langue régionale – le français ou l'italien. Peu d'indications sont disponibles sur les connaissances linguistiques, souvent déterminantes pour la compréhension des messages préventifs. Toutefois, d'importantes différences existent entre cantons quant à la langue principale, c'est-à-dire la langue que la personne maîtrise le mieux. Dans le canton de Genève, 24% de la population mentionne comme langue principale une autre langue que le français contre 10% dans le canton du Jura.

L'appartenance à un groupe culturel, défini par exemple selon la langue vernaculaire, peut en outre influencer les comportements de santé. Ainsi, la présente étude mettra en évidence des schémas en matière de santé distincts selon la Suisse romande, le Tessin et la Suisse alémanique. Chaque région linguistique présente en effet ses propres spécificités concernant la prise de risques, la santé et la prévention – par exemple en relation avec la consommation d'alcool et la pratique d'activités physiques.

Dans ce contexte où l'appartenance culturelle joue un rôle important, la mobilité géographique entre les régions linguistiques peut influencer les comportements observés dans les cantons. Elle pourrait en effet contribuer à réduire les écarts régionaux, en particulier dans les cantons – tels le Tessin ou Genève – comptant une forte proportion de personnes originaires d'autres régions et dans les cantons plurilingues. Cependant, l'ESS 2002 ne renseignant pas sur la mobilité géographique, l'influence de la culture d'origine ne peut être mesurée. Il conviendra de garder à l'esprit l'effet de l'appartenance culturelle, notamment en ce qui concerne les cantons de Fribourg et du Valais qui comprennent deux régions linguistiques. Pour différents indicateurs, ces cantons peuvent se situer à mi-chemin entre les cantons francophones et la Suisse alémanique.

<sup>3</sup> Y compris les requérants d'asile, les personnes au bénéfice d'une autorisation provisoire de séjour (permis F), les diplomates ou fonctionnaires internationaux et les saisonniers.

<sup>4</sup> Ces taux ne tiennent pas compte des personnes en situation irrégulière.

### 2.3 Caractéristiques socioéconomiques et professionnelles

Le contexte économique des cantons latins varie fortement. Ainsi, en 2001, le taux de chômage annuel moyen est le plus élevé à Genève, suivi des cantons de Vaud, du Tessin, de Neuchâtel, du Valais et du Jura. Il est en revanche relativement faible, par rapport à la moyenne suisse, dans le canton de Fribourg. A ces chiffres sur le chômage s'ajoutent des disparités en matière de sécurité de l'emploi. Par exemple, les contrats à durée déterminée ou les emplois sur appel, en constante hausse dans les milieux urbains, peuvent non seulement intervenir sur les taux de chômage (Wanner, Stuckelberger et Gabadinho, 2003), mais aussi avoir un impact sur la santé de la population.

L'activité professionnelle en période de péri-retraite<sup>5</sup> est un indicateur intéressant du marché du travail et du rôle que les personnes dans la seconde moitié de vie se voient attribuer dans la société (Antille et al., 2003). La décennie 1990 a été marquée par des restructurations et des licenciements importants chez les quinquagénaires, pouvant avoir un impact sur leur santé. En Suisse romande et au Tessin, le taux d'activité des hommes de 50 à 64 ans est généralement inférieur à la moyenne suisse, reflétant une situation économique moins favorable qu'en Suisse alémanique. Il est particulièrement bas en Valais (80,0%) et au Tessin (75,8%). Par ailleurs, les cantons du Tessin (47,1%) et du Valais (53,2%) présentent le plus faible taux d'activité chez les femmes de 50 à 61 ans. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation, qu'il s'agisse, dans cette tranche d'âge, d'une conception plus traditionnelle des rôles masculins et féminins ou de faibles opportunités d'emploi pour les femmes, en particulier pour celles cherchant une activité à temps partiel. Un autre facteur peut être évoqué pour le Tessin, lié à l'immigration de couples en vue de la retraite. Dans le cas d'une migration familiale, la femme, en moyenne plus jeune que son mari<sup>6</sup>, peut encore appartenir aux âges de pré-retraite au moment de la migration. La migration pourrait alors conduire à une cessation anticipée de l'activité professionnelle chez la femme.

L'analyse des économies cantonales selon les branches d'activité peut en partie expliquer les variations du taux de chômage et du taux d'activité. Elle peut également rendre compte de la pénibilité du travail et de l'incidence de problèmes de santé liés à l'exercice de la profession. En effet, les risques pour la santé dépendent du statut professionnel et de la branche d'activité (Gubéran et Usel, 2001). Bien que l'on puisse distinguer autant de modèles que de cantons, les cantons du Jura et de Neuchâtel se caractérisent par une forte proportion de personnes employées dans les activités manufacturières, reflet du développement industriel de l'arc jurassien. En outre, le canton du Jura présente, avec celui de Fribourg, la proportion la plus élevée de personnes occupées dans l'agriculture. Le Valais se signale, quant à lui, par un nombre élevé d'emplois dans le secteur touristique, en particulier l'hôtellerie. Les cantons de Genève, de Vaud et du Tessin présentent une part élevée d'emplois dans le secteur tertiaire.

<sup>5</sup> Ce terme désigne la période s'articulant autour du moment de la retraite.

<sup>6</sup> Selon le recensement de la population de 2000, la femme est en moyenne 2,9 ans plus jeune que le mari (propres calculs).

## 2.4 Conditions générales de vie

Le rôle de l'environnement de vie sur la santé, en particulier des conditions de logement, a été maintes fois relevé (Höpflinger, 2004; Hussy, 2004). Ce rôle est plus affirmé chez les personnes âgées, plus sensibles que les jeunes à leur environnement immédiat. Par exemple, le fait d'être propriétaire de son logement est un facteur susceptible d'être associé à de meilleures conditions de vie. La proportion de ménages qui sont propriétaires du logement qu'ils occupent est la plus élevée dans les cantons du Valais et du Jura. La propriété du logement est moins fréquente dans les cantons urbains.

Par ailleurs, les rares indicateurs disponibles dans le recensement des bâtiments et logements de 2000 montrent que la proportion de logements<sup>7</sup> mal équipés (en l'occurrence sans cuisine) est plus élevée dans le Sud de la Suisse (au Tessin, voire en Valais) que dans les cantons urbains ou du Nord-Ouest. En revanche, les petits logements sont plus répandus dans les cantons à forte concentration urbaine, tels Genève et Vaud.

Les ressources financières des populations cantonales peuvent être estimées à l'aide des statistiques fiscales. Elles mettent en évidence d'une part une proportion élevée de gros contribuables (plus de 108 600 francs de revenu net en 1997/98) dans les cantons de Vaud et surtout de Genève, d'autre part une présence plus marquée qu'en moyenne suisse de petits contribuables dans l'ensemble des cantons latins, en particulier au Tessin et en Valais.

## 2.5 Vieillesse et mortalité

Les conditions de vie durant la vieillesse diffèrent selon les cantons, ce qui peut se traduire par des risques de maladie variables et une espérance de vie à la naissance inégale (OFS, 1996). Selon les tables de mortalité calculées par nos soins pour la période 1999–2002, l'espérance de vie chez les hommes est inférieure à la moyenne nationale (77,5 ans) dans les cantons du Jura (75,8), de Fribourg (76,1) et du Valais (76,1). Le canton de Genève bénéficie d'une espérance de vie masculine élevée (78,2).

Différents facteurs peuvent expliquer ces variations de la durée moyenne de vie. L'analyse de l'espérance de vie selon les causes de décès recensées durant la période 1989–1992 montre que la surmortalité dans les cantons du Jura, de Fribourg et du Valais est liée aux comportements en matière de santé (maladies cardiovasculaires, maladies consécutives à la consommation abusive d'alcool, etc.), lesquels caractérisent les générations 1910–1940 (Wanner et al., 1997; Schüller et Bopp, 1997). Le rôle prépondérant des comportements à risque sur l'espérance de vie est aussi signalé dans la littérature internationale (Valkonen, 2002).

Des données comparables sur les causes des variations de l'espérance de vie à l'échelle des cantons ne sont pas disponibles pour une période plus récente. Il serait cependant utile de vérifier si le taux de suicide élevé en ce début du 21<sup>e</sup> siècle peut entraîner une baisse de l'espérance de vie par rapport à la moyenne suisse. En revanche, selon les informations de l'ESS, la consommation d'alcool dans la population valaisanne ou jurassienne n'est pas significativement plus élevée que dans les autres cantons romands (voir chapitre 5). D'autres facteurs, telles les différences socioéconomiques, peuvent intervenir. L'examen de la mortalité selon les professions réalisé par Guberan et Usel (2000) suggère en effet que la proportion élevée d'emplois hautement qualifiés puisse rendre compte de la faible mortalité observée dans les cantons de Genève, voire de Vaud, chez les hommes. Dans ces deux cantons, un autre facteur peut agir sur la mortalité: la présence élevée d'étrangers est

<sup>7</sup> Le terme utilisé dans ce texte correspond à la notion d'«unité-logement» de l'OFS.

de nature à augmenter l'espérance de vie, une partie de ceux-ci rentrant dans leur pays d'origine en cas de maladie grave (Raymond et al., 1996).

Chez les femmes, les mêmes schémas régionaux s'observent. Les différences selon les cantons sont cependant moins prononcées, les comportements en matière de santé jouant un rôle secondaire. C'est en premier lieu la fréquence des cancers et des maladies cardiovasculaires qui sont à l'origine des différences intercantionales.

Associées aux variations de l'espérance de vie, les pratiques cantonales de prise en charge des personnes âgées et dépendantes se traduisent par une durée moyenne de vie passée hors institution après l'âge de 65 ans variant entre 15,3 ans (Fribourg) et 17,3 ans (Genève) chez les hommes. Cette durée est comprise entre 18,2 ans (Fribourg) et 19,5 ans (Genève) chez les femmes.

Le taux d'institutionnalisation des personnes âgées montre également de fortes variations selon les cantons. Il est plus élevé à Fribourg, où 9,2% des personnes de 65 ans ou plus vivent dans un ménage collectif, que dans les autres cantons latins. Cette situation est liée aux politiques cantonales de maintien à domicile. Ainsi, les cantons de Vaud (5,4%) et de Genève (6,5%), se caractérisant par un taux d'institutionnalisation bas, ont durant ces dernières années mis en place une série de mécanismes favorisant le maintien à domicile (DASS, 1999). Le canton du Jura (5,9%) profite lui aussi d'une politique de maintien à domicile, mais également d'une solidarité familiale et sociale liée au mode de vie rural. Cette solidarité entre membres de la famille ou entre voisins évite, au moins durant une certaine période, un placement en institution en cas de perte d'indépendance.

## 2.6 Points forts

- Les cantons latins présentent des structures sociodémographiques fort variées susceptibles d'agir sur les ressources et les besoins en matière de santé des habitants.
- Le vieillissement de la population est le plus élevé dans le canton du Tessin. Le canton de Fribourg se caractérise par la structure d'âge la plus jeune.
- Le taux de chômage est le moins élevé dans le canton de Fribourg et le plus élevé dans celui de Genève.
- Bien que faibles, les écarts d'espérance de vie à la naissance indiquent une surmortalité chez les hommes dans les cantons du Jura, de Fribourg et du Valais. Cette surmortalité perdure depuis plusieurs décennies.

Indicateurs sociodémographiques cantonaux										
	Suisse	Fribourg	Vaud	Valais	Neuchâtel	Genève	Jura	Tessin		
Population totale (au 5.12.2000)	7 288 010	241 706	640 657	272 399	167 949	413 673	68 224	306 846		
Taux de croissance 1990–2000 (%)	5.9	12.7	6.2	8.4	2.4	7.3	2.9	6.9		
Population vivant dans une zone urbaine (%)	67.7	36.5	72.6	53.2	71.2	98.6	16.6	82.4		
Population selon l'âge, 2000 (%)										
0–19 ans	22.9	25.6	23.3	24.4	22.8	21.8	25.0	19.8		
20–64 ans	61.8	61.5	61.8	60.6	60.3	63.8	58.4	62.3		
65–79 ans	11.3	9.4	10.8	11.5	12.3	10.6	12.1	13.0		
80 ans ou plus	4.1	3.5	4.1	3.6	4.6	3.8	4.5	4.8		
Rapport entre les âges, 2000 (%)										
0–19 / 20–64 <sup>8</sup>	37.0	41.7	37.8	40.2	37.8	34.2	42.8	31.8		
65+ / 20–64	18.2	15.4	17.5	19.0	20.4	16.6	20.7	20.9		
80+ / 65–79	36.4	36.6	38.3	31.1	37.6	36.3	37.1	37.0		
Répartition selon la nationalité, 2000 (%)										
Suisses	79.5	85.3	72.4	82.7	77.0	61.9	87.2	74.3		
Etrangers	20.5	14.7	27.6	17.3	23.0	38.1	12.8	25.7		
Statut de séjour ≤ 1 an (ensemble de la population)	6.0	5.3	8.0	5.4	5.9	8.6	3.6	6.2		
Niveau de formation achevé, 2000 (%)										
Aucune	4.7	4.7	4.3	4.4	4.4	4.0	5.1	2.4		
Primaire	28.1	33.6	28.2	36.0	30.3	27.1	37.5	36.0		
Secondaire	48.9	45.2	46.0	46.3	47.2	39.3	45.7	46.3		
Supérieure	18.3	16.5	21.6	13.3	18.1	29.6	11.8	15.4		
Taux de chômage (%) <sup>a)</sup>										
Moyenne annuelle 2001	1.7	1.3	2.7	2.1	2.1	4.0	2.0	2.6		
Novembre 2003	4.0	3.0	5.0	3.7	4.7	6.8	5.0	4.8		
Taux d'activité, 2000 (%) <sup>b)</sup>										
Hommes, 50–64 ans	84.6	83.9	83.1	80.0	83.0	81.0	82.3	75.8		
Femmes, 50–61 ans	65.7	62.3	63.5	53.2	65.6	66.2	59.3	47.1		

<sup>8</sup> Exemple de lecture: proportion de personnes âgées de 0 à 19 ans par rapport aux personnes de 20 à 64 ans.

	Suisse	Fribourg	Vaud	Valais	Neuchâtel	Genève	Jura	Tessin
<b>Position dans la profession, 2000 (%)</b>								
Dirigeant/e	2.9	2.1	2.4	1.6	2.0	2.8	1.6	2.2
Profession libérale	1.6	1.1	1.9	1.3	1.5	2.8	1.0	2.0
Agriculteur, indépendant, artisan	11.9	11.7	10.8	12.4	10.7	8.7	13.9	11.5
Cadre supérieur	10.7	9.7	13.7	7.5	10.9	19.5	7.3	11.7
Cadre intermédiaire	21.5	21.1	21.6	19.0	21.9	21.6	17.9	17.8
Employé/ée	25.4	23.8	24.6	24.7	23.5	23.0	22.7	27.2
Ouvrier/ère qualifié/ée	10.3	12.0	9.0	13.9	11.5	5.9	14.9	8.9
Ouvrier/ère non qualifié/ée	15.7	18.4	16.0	19.6	18.0	15.6	20.6	18.6
<b>Branche d'activité, pour les personnes actives, 2000 (%)</b>								
Agriculture, pêche	3.9	6.8	4.8	4.6	3.7	1.3	7.5	2.0
Extractions, manufacture, énergie	18.7	19.5	13.4	17.2	28.0	8.7	30.6	12.6
Construction	7.4	7.4	6.0	9.4	5.8	4.8	6.9	7.9
Commerce	16.6	17.3	17.9	17.4	14.7	14.3	13.7	17.3
Hôtellerie	5.4	4.5	5.1	10.0	4.0	5.8	3.8	7.6
Transports et communications	6.3	5.5	6.1	6.9	4.4	6.3	4.2	6.5
Finances	6.2	4.0	6.3	3.9	3.3	9.6	3.8	9.2
Immobilier, services	10.6	8.2	12.1	7.6	9.3	14.9	4.9	11.2
Administration	4.4	5.9	4.5	4.3	4.7	5.5	5.2	5.3
Enseignement	5.9	6.4	6.9	5.0	6.7	9.5	5.3	5.3
Santé	10.2	9.8	11.0	9.5	11.0	9.9	10.9	10.6
Autres services	4.4	4.8	5.9	4.3	4.4	9.5	3.3	4.6
<b>Langue principale, 2000 (%)</b>								
Allemand	63.7	29.2	4.7	28.4	4.1	3.9	4.4	8.3
Français	20.4	63.2	81.8	62.8	85.3	75.8	90.0	1.6
Italien	6.5	1.3	2.9	2.2	3.2	3.7	1.8	83.1
Autre	9.4	6.3	10.6	6.6	7.4	16.6	3.8	7.0

	Suisse	Fribourg	Vaud	Valais	Neuchâtel	Genève	Jura	Tessin
<b>Caractéristiques des logements, 2000 (%)</b>								
Ménages privés propriétaires du logement	34.6	41.8	28.3	61.4	26.6	15.8	51.5	36.5
Ménages vivant dans une unité-logement sans cuisine	3.4	4.7	4.3	6.4	3.8	4.3	3.4	10.8
Logement étroit <sup>d)</sup> (personnes vivant seules)	14.2	14.6	16.5	14.8	10.5	23.9	9.6	11.4
Logement étroit <sup>d)</sup> (couples sans enfant)	13.2	12.7	20.0	16.4	11.0	26.9	10.1	16.2
<b>Ménages privés selon le type, 2000 (%)</b>								
Personnes vivant seules	36.0	30.4	37.8	31.1	37.6	42.1	30.9	35.8
Couples sans enfant	27.3	25.7	25.8	25.7	27.4	22.4	27.3	23.5
Parents avec enfant(s)	28.8	35.5	28.0	34.5	27.6	26.1	33.4	30.6
Ménage monoparental	5.2	5.4	5.8	5.9	5.6	7.1	5.6	6.3
Autres types de ménages privés	2.7	3.0	2.6	2.8	1.9	2.2	2.8	3.8
<b>Ménages collectifs, 2000 (%)</b>								
Personnes de 65 ans ou plus vivant en ménage collectif	7.5	9.2	5.4	6.2	7.1	6.5	5.9	7.0
<b>Revenu, 1997 / 98 (%)</b>								
Contribuables au revenu net inférieur à 27 100 francs	11.3	13.9	11.4	14.5	13.9	11.8	16.1	15.5
Contribuables au revenu net supérieur à 108 600 francs	9.0	6.5	10.3	5.0	7.2	12.0	4.4	7.1
<b>Taux standardisé de suicide, 2001 (pour 100 000 habitants)<sup>d)</sup></b>								
Hommes	24.6	24.3	24.0	25.0	26.2	21.4	38.3	14.1
Femmes	9.0	6.5	8.7	7.6	15.6	12.1	3.1	3.7
<b>Espérance de vie à la naissance, 1999–2002 (années)</b>								
Hommes	77.3	76.1	77.4	76.1	76.7	78.2	75.8	77.5
Femmes	82.9	82.5	83.3	82.8	82.5	84.0	82.9	84.0
<b>Espérance de vie à 65 ans, 1999–2002 (années)</b>								
Hommes	17.2	16.3	17.3	16.8	17.0	18.1	16.8	17.2
Femmes	20.9	20.7	21.3	21.1	20.7	21.9	20.8	21.8
<b>Espérance de vie hors institution à 65 ans, 1999–2002 (années)</b>								
Hommes	16.3	15.3	16.7	16.0	16.1	17.3	16.1	16.4
Femmes	18.7	18.2	19.7	19.2	18.7	19.8	19.2	19.5

a) Pour ne pas alourdir le tableau, seules deux valeurs du chômage sont présentées. Il est à noter que les écarts, entre cantons sont restés les mêmes durant la période intermédiaire, en particulier durant le déroulement de l'enquête. b) Le taux d'activité correspond au rapport entre personnes actives (actifs occupés, quel que soit leur taux d'occupation, et personnes à la recherche d'un emploi) et population totale. c) Logement étroit: au maximum une pièce par personne. d) Standard européen. Données fournies par l'OBESAN.  
Source: OFS, recensement de la population 2000; pour le chômage: Seco, statistique du chômage; pour les revenus: AFC, statistique fiscale; pour les espérances de vie: propres calculs à partir de la statistique du mouvement naturel de la population et du recensement.

## 3. Etat de santé

### 3.0 Résumé santé subjective et physique

*Brigitte Santos-Eggimann, Nicole Chavaz Cirilli et Julien Junod*

Une très large majorité des participants à l'ESS 2002 estime jouir d'une bonne, voire d'une très bonne santé. Une personne sur sept porte un jugement réservé ou négatif sur sa santé. Cette proportion est restée stable depuis 1992/93. Elle ne diffère ni selon les régions linguistiques ni selon les cantons. Cependant, elle augmente en fonction de l'âge, concernant 27% des hommes et 30% des femmes âgés de 65 ans ou plus.

La prévalence de symptômes physiques est similaire dans les cantons latins. Durant les quatre semaines précédant l'enquête, une femme sur trois et un homme sur cinq en ont présenté un grand nombre. Les douleurs articulaires sont particulièrement fréquentes. Elles affectent près d'une personne sur cinq dans la tranche d'âge de 15 à 34 ans contre un tiers des hommes et la moitié des femmes âgés de 65 ans ou plus.

Une personne sur dix fait état d'une incapacité fonctionnelle d'un jour au moins au cours des quatre dernières semaines précédant l'enquête au Tessin. Cette proportion est légèrement plus élevée (13%) dans les cantons romands. La prévalence du handicap fonctionnel de plus d'un an est la même en 2002 qu'en 1997. Elle augmente selon l'âge sans qu'elle soit toutefois exceptionnelle chez les jeunes. En effet, une personne sur treize entre 15 et 34 ans déclare être affectée d'un tel handicap. A l'âge de 65 ans ou plus, un quart de la population mentionne une incapacité de longue durée, et ce en général pour des raisons physiques.

Parmi les facteurs de risque cardiovasculaire, l'hypertension artérielle, le diabète et l'excès de poids sont, contrairement à l'hypercholestérolémie, associés à une perception négative de la santé.

La prévalence-vie des diagnostics d'hypertension artérielle et de diabète est restée inchangée depuis 1997. Au plan suisse, une personne sur cinq mentionne un diagnostic d'hypertension artérielle et 14% de la population a été traitée pour ce motif au cours des douze mois précédant l'enquête. En ce qui concerne le diabète, 4% de la population indique un diagnostic et 3% a suivi un traitement durant l'année. Ces prévalences ne diffèrent ni selon les régions linguistiques ni selon les cantons latins.

La prévalence-vie du diagnostic d'hypercholestérolémie est légèrement plus élevée au Tessin (21%) qu'en Suisse romande (18%). Elle est supérieure à la prévalence du traitement au cours des douze derniers mois, qui reste en dessous de 8% dans l'ensemble des cantons latins.

L'obésité s'observe avec une même fréquence chez les deux sexes, affectant 8% de la population. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à présenter une surcharge pondérale. Dès l'âge de 19 ans, la surcharge pondérale ou l'obésité concerne près d'un homme sur deux et près d'une femme sur trois. La prévalence de l'excès de poids est inversement liée au niveau d'éducation. Par ailleurs, l'excès de poids est associé d'une part à une perception défavorable de la santé, d'autre part aux diagnostics d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie et de diabète.

Quelque 12% de la population rapporte avoir connu au moins un accident ayant motivé une consultation médicale durant les douze mois précédant l'enquête. Cette proportion est restée stable depuis 1992/93. Elle est plus élevée chez les hommes, mais la différence entre les sexes se réduit lorsque l'âge augmente et disparaît même chez les personnes de 65 ans ou plus. Chez les hommes, la proportion d'accidentés diminue selon l'âge, tandis qu'elle ne varie que peu chez les femmes.

Chez les personnes de 60 ans ou plus, les femmes sont plus souvent victimes de chutes que les hommes. Alors que dans l'ensemble de la population une personne

sur cinq déclare avoir fait une chute au cours des douze mois précédant l'enquête, cette proportion atteint 30% chez les femmes âgées de 75 ans ou plus.

### 3.1 Santé subjective

#### 3.1.1 Introduction

La santé est une notion complexe, intégrant de multiples dimensions physiques, psychiques et sociales, comme en témoigne la définition classique proposée par l'Organisation mondiale de la santé dans sa constitution en 1946 et jamais amendée depuis lors<sup>9</sup>. A la suite des premiers travaux de Karnofsky dans les années 1940 (Karnofsky et al., 1948), la recherche a développé des instruments de plus en plus complexes pour mesurer la santé. Les épidémiologues ont participé à cette entreprise afin de décrire la santé des populations par des moyens standardisés, mais aussi pour en suivre l'évolution au cours du temps et disposer de comparaisons interrégionales ou internationales.

Face à ces instruments souvent exigeants en temps d'administration, de multiples auteurs ont reconnu l'utilité et la pertinence d'une évaluation globale par l'individu de son état de santé au moyen d'une question très générale où la subjectivité se trouve non seulement dans l'appréciation, mais aussi dans la pondération de l'importance à donner aux différentes dimensions de la santé. Lorsqu'une personne répond à la question *Comment allez-vous?*, elle intègre en effet non seulement sa perception, influencée par exemple par ses expériences précédentes ou sa culture, mais aussi des éléments de santé physique, psychique et sociale dans des proportions dont elle garde la maîtrise et qui correspondent à ses propres valeurs. Dans la mesure où l'intérêt de préserver la santé d'une population est guidé par la recherche du bien-être des individus qui la composent, cette approche paraît à l'évidence particulièrement valide. Sa pertinence réside aussi dans la complémentarité qu'elle offre au jugement des professionnels de la santé, qui se fonde sur une palette de diagnostics et de pronostics. Par ailleurs, on a pu établir à l'aide de modèles prédictifs une association entre la manière dont une personne perçoit son état de santé et la mortalité (Sorensen, 1988; Miilunpalo et al., 1997; Bardage et al., 2001).

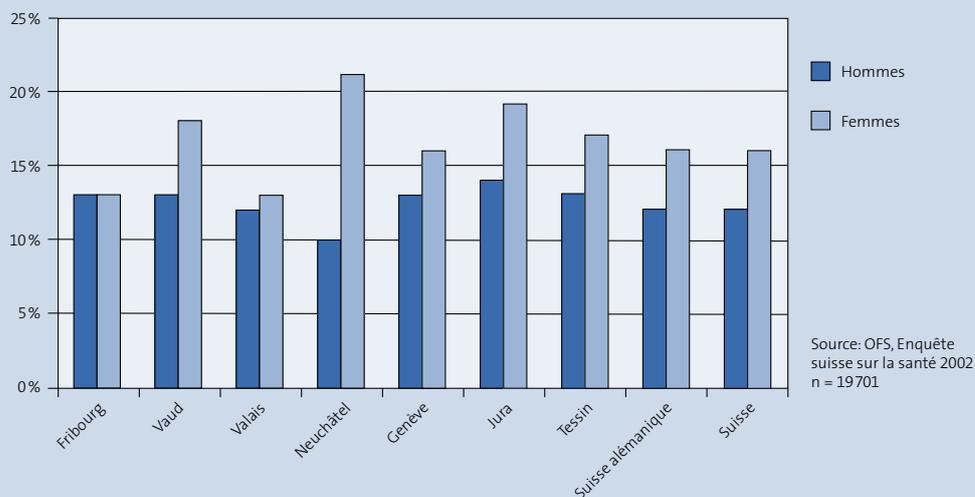
#### 3.1.2 Etat de santé subjectif

L'ESS commence par une appréciation de la santé subjective. La question *Comment allez-vous en ce moment?* s'accompagne des éventualités de réponse «très bien», «bien», «comme ci, comme ça (moyen)», «mal» et «très mal». Au plan suisse, six personnes sur sept répondent positivement. La proportion des personnes décrivant leur santé comme moyenne, mauvaise ou très mauvaise se situe à 14%. Elle est similaire dans les trois régions linguistiques et ne varie pas selon l'année de l'enquête.

L'état de santé perçu dépend clairement de l'âge. Dans les cantons romands et au Tessin, la proportion de personnes jugeant leur état de santé moyen à très mauvais passe de 7% chez les jeunes hommes à 27% chez les hommes âgés de 65 ans ou plus. Chez les femmes, les proportions correspondantes sont de 8% et 30%. Les femmes perçoivent en général plus souvent leur état de santé comme moyen à très mauvais (16% dans les cantons latins) que les hommes (13%). Cette différence reste significative lorsque l'on tient compte de la structure d'âge.

Le niveau de formation joue également un rôle. Dans les cantons romands et au Tessin, la proportion de personnes qui jugent leur état de santé moyen à très mauvais décroît de 19% chez les hommes sans formation ou ayant suivi la seule scolarité obligatoire à 7% chez ceux qui ont bénéficié d'une formation tertiaire. Chez les femmes, la proportion baisse de 22% à 10%.

<sup>9</sup> La santé est un état de complet bien-être, physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (OMS, 1946).

**Graphique 3.1.2: Proportion de personnes répondant «moyen», «mal» ou «très mal» à la question «Comment allez-vous en ce moment?» selon le sexe (2002)**

**Tableau 3.1.2: Proportion (% en ligne, 1997 et 2002) selon le sexe de personnes évaluant leur état de santé comme...**

	Hommes			Femmes		
	très bon	bon	moyen/mauvais/ très mauvais	très bon	bon	moyen/mauvais/ très mauvais
<b>1997</b>						
<b>Cantons romands</b>	31.9	56.0	12.1	29.1	51.5	19.4
Vaud	29.0	55.9	15.2	23.7	55.7	20.6
Valais	36.6	52.4	11.0	34.6	51.0	14.4
Genève	31.6	54.6	13.9	29.2	47.8	22.3
Tessin	20.0	63.0	17.0	12.2	66.7	21.1
Suisse alémanique	27.8	58.1	14.1	23.4	57.0	19.6
Ensemble de la Suisse	28.5	57.8	13.8	24.2	56.1	19.6
<b>2002</b>						
<b>Cantons romands</b>	29.7	57.5	12.8	27.7	56.1	16.3
Fribourg	28.3	58.4	13.4	27.2	59.7	13.2
Vaud	25.6	61.2	13.2	28.0	54.1	17.9
Valais	34.1	54.4	11.6	27.5	59.6	12.9
Neuchâtel	30.3	60.0	9.8	25.5	53.8	20.7
Genève	34.9	51.7	13.5	29.2	55.3	15.6
Jura	24.4	61.5	14.1	22.4	58.6	19.0
Tessin	16.4	70.5	13.2	9.8	72.8	17.4
Suisse alémanique	23.5	64.5	11.9	21.4	62.8	15.8
Ensemble de la Suisse	24.7	63.2	12.2	22.5	61.5	16.0

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 1997 et 2002, n = 13 000 (1997) et 19 701 (2002)

Chez les hommes, la perception de l'état de santé ne varie pas significativement selon les cantons latins. En revanche, les différences intercantionales sont significatives chez les femmes (graphique 3.1.2). Le canton de Neuchâtel se caractérise par le fait que plus d'une femme sur cinq déclare un état de santé moyen à très mauvais. A l'opposé, les femmes valaisannes ou fribourgeoises sont moins nombreuses à juger négativement leur état de santé, leur perception étant semblable à celle des hommes. Les variations intercantionales décelées chez les femmes ne s'expliquent pas par des différences de structure d'âge ou de niveau de formation.

Par ailleurs, le Tessin présente une moindre proportion de personnes, en particulier chez les femmes, qualifiant de très bonne leur santé que les cantons romands (tableau 3.1.2). La faible proportion de réponses très favorables au Tessin est cependant compensée par la fréquence élevée de répondants jugeant leur santé simplement bonne. Cette particularité s'observe également en 1997. Son interprétation est délicate, car les différences de langue sont toujours susceptibles d'induire une appréciation variable des catégories de réponses proposées.

## 3.2 Santé physique

### 3.2.1 Introduction

L'évaluation de l'état de santé physique dans l'ESS repose sur plusieurs approches complémentaires, dont sont issus les indicateurs de santé présentés dans ce chapitre. Une première approche porte sur les problèmes de santé perçus par les répondants durant une période définie (3.2.2). Ces problèmes ne reflètent cependant que partiellement l'état de santé, car certaines maladies, silencieuses, ne génèrent pas de symptômes et ne sont en conséquence pas déclarées dans l'enquête. En revanche, cette approche permet de cerner les perturbations de la santé qui ont un impact sur le bien-être, le nombre de symptômes mentionnés corrélant étroitement avec différents indicateurs sociaux, comportementaux et psychologiques traduisant une mauvaise santé (Foppa et al., 1995).

Une autre manière d'évaluer la santé de la population consiste à recenser les incapacités fonctionnelles, durables ou temporaires, que les répondants indiquent (3.2.3). Ici encore, l'approche de la santé est limitée, car de nombreuses personnes souffrent de problèmes demeurant sans impact sur leurs capacités fonctionnelles.

Ensuite, la fréquence de certains facteurs de risque associés au développement de maladies chroniques (3.2.4) présente un double intérêt, dans la mesure où ces facteurs mettent l'accent non seulement sur l'état de santé, mais également sur des possibilités de prévention.

Enfin, ce chapitre comprend une analyse de la fréquence des accidents (3.2.5), notamment lorsqu'ils ont motivé une consultation, qui peut être envisagée comme une mesure indirecte de l'impact des accidents sur la santé. Les chutes survenant chez les personnes âgées sont également étudiées (3.2.6).

Il importe de se souvenir que l'ESS porte sur des personnes non institutionnalisées. En conséquence, les résultats présentés ne reflètent qu'en partie l'état de santé de la population générale. Cela est surtout vrai pour les personnes âgées, dont une fraction non négligeable vit en établissement médico-social (EMS), précisément en raison d'un état de santé défavorable ou d'une perte d'autonomie fonctionnelle. Cet élément doit être pris en considération dans l'interprétation des différences régionales et cantonales. En effet, le taux d'institutionnalisation est susceptible d'être moins élevé dans les régions où les services de maintien à domicile sont fortement développés, ce qui pourrait alors se traduire par une participation plus importante des personnes dépendantes à l'enquête. Les cantons les mieux dotés en soins à domicile présenteraient ainsi une plus grande fréquence de problèmes de santé que les cantons où l'institutionnalisation serait plus courante.

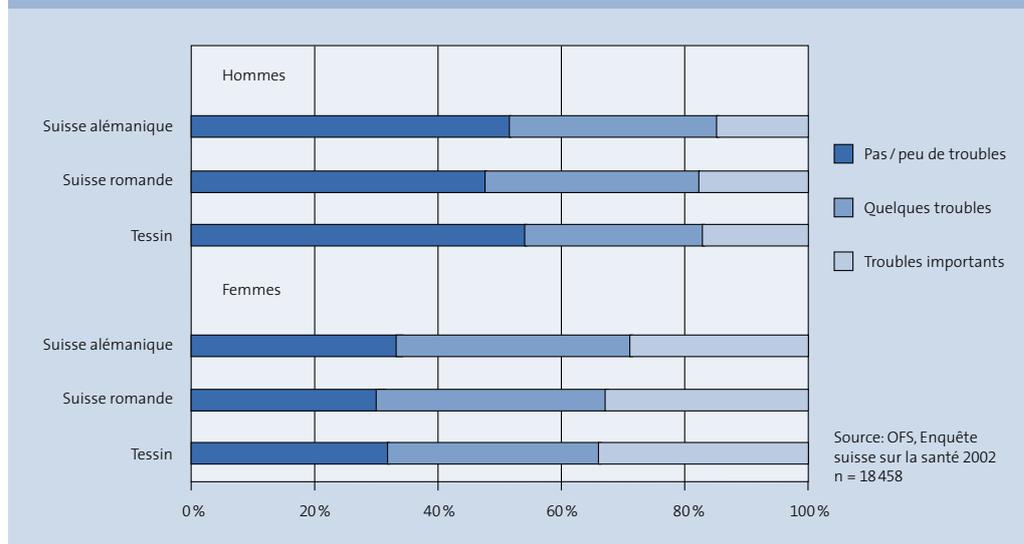
### 3.2.2 Prévalence de troubles physiques

Plusieurs questions portant sur des problèmes de santé ressentis au cours des quatre semaines précédant l'enquête figurent dans l'ESS 2002. Les symptômes et maux suivants ont été évoqués dans l'entretien: *maux de dos, sentiment de faiblesse, maux de ventre ou ballonnements, diarrhées ou constipation, insomnies, maux de tête, irrégularités cardiaques et douleurs ou sensation de pression dans la poitrine*. A chacune des questions, les répondants pouvaient répondre «pas du tout» (1 point), «un peu» (2 points) ou «beaucoup» (3 points). Pour évaluer l'importance des troubles physiques, ces questions ont ensuite été agrégées et forment l'indicateur de «symptômes physiques (sans la fièvre)» (OFS, 2003d)<sup>10</sup>. Cet indicateur permet de mettre en évidence la fréquence de problèmes de santé qui ne seraient pour l'essentiel pas dus à un état grippal passager ou à une pathologie infectieuse aiguë. En conséquence, les personnes ayant présenté un épisode de fièvre sur la période des quatre semaines précédant l'enquête ont été exclues.

En Suisse, 41% de la population ne mentionne aucun ou que peu de troubles physiques (indice inférieur à 10 points<sup>11</sup>). La proportion des personnes ayant souffert de quelques troubles (indice de 10 ou 11 points) s'élève à 36%, tandis que 23% de la population fait état de symptômes physiques importants (indice de 12 points ou plus). Ces proportions varient peu selon les régions autant chez les hommes que chez les femmes. Les différences selon les cantons latins ne sont pas significatives. En outre, les proportions sont restées stables au cours des dix dernières années.

L'intensité des troubles physiques ne dépend que modérément de l'âge. En revanche, les femmes évoquent plus de symptômes physiques que les hommes (graphique 3.2.2a). Près d'une femme sur trois dit souffrir de troubles physiques importants contre moins d'un homme sur cinq. Ce résultat se vérifie lorsque l'on tient compte de la structure d'âge.

Graphique 3.2.2a: Proportion de personnes ayant souffert de troubles physiques (sans fièvre) durant les quatre dernières semaines selon le sexe (2002)



<sup>10</sup> La valeur minimale de l'indice est de 8 points, sa valeur maximale de 24 points.

<sup>11</sup> Voir OFS (2003d).

### **Maux de dos, douleurs dans les membres ou les articulations**

Les symptômes physiques concernant des problèmes rhumatismaux, qu'il s'agisse de maux de dos ou de douleurs localisées dans les membres ou au niveau des articulations, sont particulièrement fréquents. Ces problèmes figurent parmi les premiers motifs de consultation médicales en Suisse (Hausser et al., 1990). Dans un contexte de vieillissement démographique, une augmentation de l'importance des symptômes rhumatologiques est à craindre.

Deux questions abordent les symptômes rhumatismaux: *Avez-vous souffert de mal de dos ou aux reins durant les quatre dernières semaines?* et *Avez-vous souffert de douleurs dans les membres ou les articulations durant les quatre dernières semaines?* Les personnes qui ont répondu soit «beaucoup» à l'une de ces deux questions, soit «un peu» à chacune des deux sont ici considérées comme souffrant de symptômes rhumatismaux.

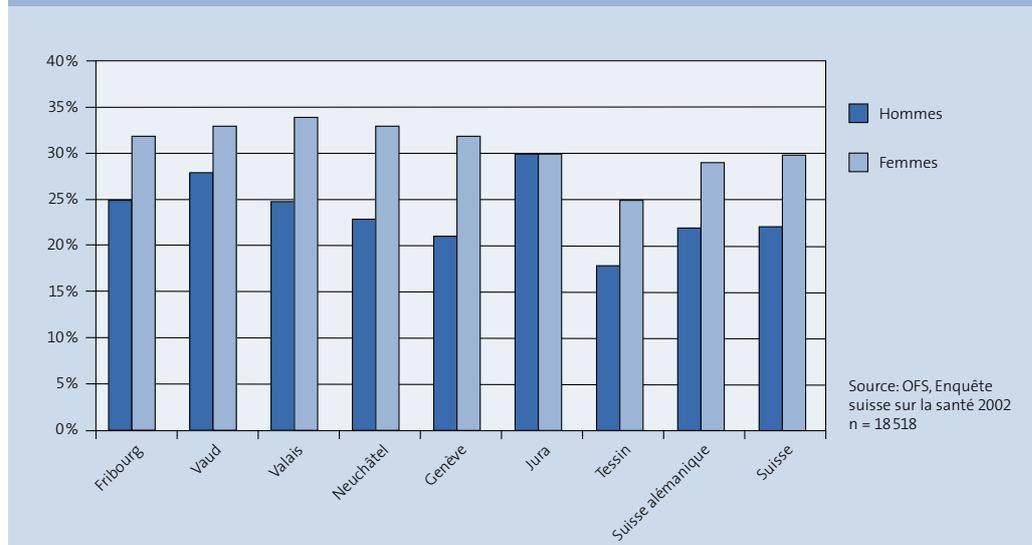
En Suisse, 26% des personnes n'ayant pas présenté de fièvre font état de symptômes rhumatismaux ressentis au cours des quatre semaines précédant l'enquête. Cette proportion est significativement plus élevée en Suisse romande (29%) qu'au Tessin (22%), la Suisse alémanique occupant une position intermédiaire (25%). En 1997, le Tessin ne se distinguait de la Suisse romande que par une prévalence légèrement plus faible (28% respectivement 30%). La prévalence en Suisse alémanique (27%) était proche de celle du Tessin.

De précédents travaux ont déjà mis en évidence une moindre fréquence des lombalgies dans la population tessinoise en comparaison avec les cantons de Vaud et de Fribourg (Santos-Eggimann et al., 2000). Cependant, lorsque des critères de sévérité étaient introduits, la réduction de cette différence révélait l'influence de facteurs culturels dans la réponse apportée à des questions généralement vagues portant sur la santé perçue. Ce genre d'influence ne peut être examiné à l'aide des données disponibles dans l'ESS.

Le sexe et l'âge sont des facteurs clairement associés aux symptômes rhumatismaux. Les femmes évoquent plus souvent des symptômes rhumatismaux que les hommes. Dans les cantons romands et au Tessin, la proportion de personnes souffrant de tels symptômes croît de 16% chez les hommes de 15 à 34 ans à 36% chez les hommes de 65 ans ou plus. Chez les femmes, les proportions correspondantes sont de 20% et de 49%. Cette différence subsiste lorsque l'on tient compte de la structure d'âge. En outre, la croissance de la prévalence des symptômes rhumatismaux selon l'âge est plus marquée chez les femmes que chez les hommes.

La prévalence des symptômes rhumatismaux varie de façon significative selon les cantons latins (graphique 3.2.2b). Les différences persistent si l'on tient compte de la structure d'âge, mais également du niveau de formation. Chez les femmes, la proportion de personnes souffrant de symptômes rhumatismaux est presque identique dans les cantons de Fribourg, de Genève, de Neuchâtel, du Valais et de Vaud. Les symptômes rhumatismaux concernent près du tiers des populations féminines cantonales. Ils sont un peu moins fréquents chez les femmes jurassiennes et surtout chez les Tessinoises qui sont, à raison d'une femme sur quatre, les moins touchées. Chez les hommes, le Tessin reste le canton caractérisé par la plus faible prévalence de symptômes rhumatismaux. Dans le canton du Jura, la population masculine présente une prévalence similaire à celle qui s'observe chez les femmes.

**Graphique 3.2.2b: Proportion de personnes ayant présenté des symptômes de maladies rhumatismales (sans fièvre) durant les quatre dernières semaines selon le sexe (2002)**



### 3.2.3 Incapacité fonctionnelle

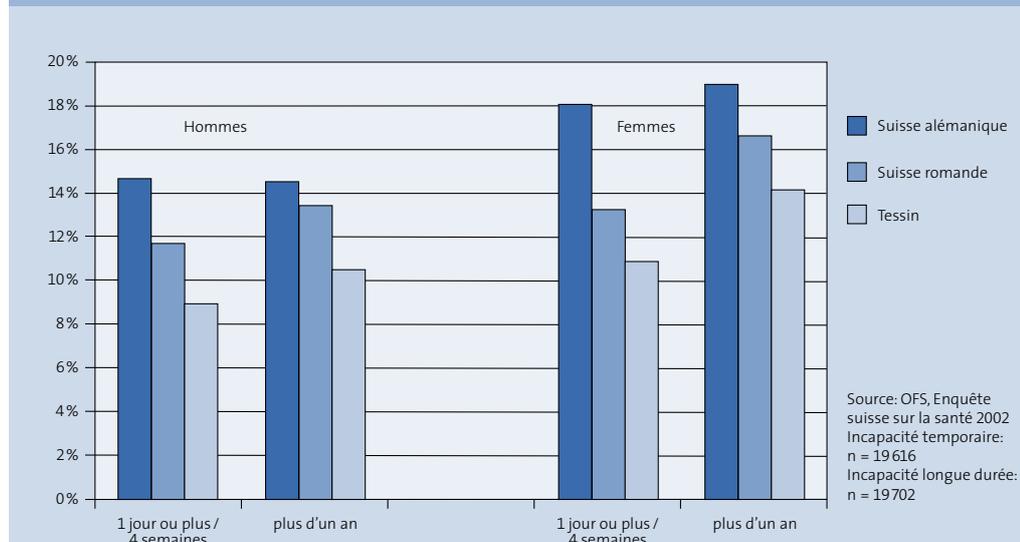
Les problèmes de santé peuvent se traduire par des réductions et des interruptions temporaires ou durables des activités courantes. La proportion de personnes déclarant une incapacité passagère ou installée depuis longtemps reflète ainsi à la fois l'état de santé de la population et l'impact actuel des problèmes de santé sur l'autonomie des individus.

En Suisse, la proportion de personnes affectées au cours des quatre semaines précédant l'enquête par un problème de santé qui les a empêchées d'exercer normalement leur activité durant un jour au moins s'élève à 15%. Parmi ces personnes, une sur sept – soit 2% de la population – déclare avoir été dans l'incapacité de maintenir ses activités pendant les quatre semaines entières. La nature de l'activité doit être comprise au sens large: il peut s'agir d'une activité rémunérée ou non, voire, plus simplement, des tâches accomplies pour le maintien de l'hygiène quotidienne et d'une vie autonome. Les problèmes de santé conduisant à l'incapacité fonctionnelle peuvent relever autant de la sphère physique que psychique. La prévalence de l'incapacité fonctionnelle rapportée pour un jour ou plus durant les quatre semaines précédant l'enquête est plus élevée en Suisse alémanique (16%) qu'au Tessin (10%), la Suisse romande occupant une position intermédiaire (13% – graphique 3.2.3). L'ordre des régions reste le même dans les trois ESS. En 1997, les prévalences étaient plus élevées dans chacune des trois régions qu'en 2002 (19% en Suisse alémanique, 14% au Tessin et 14% en Suisse romande), tandis qu'elles étaient inférieures en 1992/93 (respectivement 14%, 9% et 11%).

La prévalence de l'incapacité fonctionnelle ne varie pas significativement selon les cantons latins. De même, l'âge et le sexe n'exercent pas d'effet significatif en Suisse romande et au Tessin. La prévalence de l'incapacité fonctionnelle est cependant légèrement plus élevée en Suisse alémanique chez les femmes.

#### Incapacité fonctionnelle de longue durée

L'incapacité fonctionnelle de longue durée est abordée par une question générale portant sur l'existence de problèmes physiques ou psychiques restreignant l'accomplissement des activités de la vie quotidienne. La proportion de personnes ayant rencontré de tels problèmes durant les douze mois précédant l'enquête s'élève à 16% en Suisse. L'étiologie de l'incapacité fonctionnelle de longue durée révèle une composante physique dans 87% des cas chez les femmes et 91% des cas chez les

**Graphique 3.2.3: Proportion de personnes souffrant d'incapacité fonctionnelle selon le sexe (2002)**

hommes. Les causes psychiques concernent 22% des femmes et 18% des hommes affectés.

Autant chez les hommes que chez les femmes, la fréquence de l'incapacité fonctionnelle de longue durée varie peu selon les régions. Elle est restée comparable à la fréquence observée en 1997. Les variations intercantionales relatives à l'incapacité fonctionnelle de longue durée ne sont significatives ni dans la population masculine ni dans la population féminine.

En revanche, l'âge est clairement associé à l'incapacité fonctionnelle de longue durée. Dans les cantons romands et au Tessin, la proportion de personnes souffrant d'un handicap de longue durée croît de 7% chez les jeunes hommes à 23% chez les hommes âgés de 65 ans ou plus. Chez les femmes, les prévalences correspondantes passent de 8% à 26%. En général, les femmes sont un peu plus souvent touchées par un handicap de longue durée que les hommes, et ce même en contrôlant l'effet dû à la structure d'âge.

### 3.2.4 Prévalence de facteurs de risque

L'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et le diabète constituent des facteurs de risque majeurs pour les maladies cardiovasculaires et cérébro-vasculaires, comme l'ont démontré de nombreuses recherches depuis le lancement de l'étude de Framingham en 1948 (Kannel, 1990). Le contrôle de tels facteurs constitue une mesure efficace de prévention primaire et secondaire des maladies circulatoires, qui restent au premier rang des causes de décès en Suisse. L'ESS permet d'estimer la fréquence de ces trois facteurs à l'aide de la prévalence du diagnostic au cours de la vie, mais également de la proportion des personnes se déclarant sous traitement.

Depuis quelques années, le problème de l'obésité est devenu un enjeu important de santé publique dans les pays industrialisés. L'obésité constitue un facteur de risque en soi pour le diabète, mais prédispose également à une série de problèmes de santé comme les maladies cardiovasculaires ou l'arthrose. L'étude de ce quatrième facteur de risque se fonde sur la relation entre la taille et le poids selon les déclarations des participants à l'ESS.

La présence des facteurs de risque mentionnés dans ce chapitre est dans la plupart des cas associée à une perception défavorable de la santé. Les hommes auxquels un médecin ou une personne travaillant dans le domaine médical a indiqué que leur tension artérielle était élevée jugent plus souvent leur état de santé moyen, mauvais

ou très mauvais que les hommes qui n'ont pas été confrontés à un tel diagnostic. Il en va de même pour les femmes, chez qui l'effet est par ailleurs plus marqué que chez les hommes entre 35 et 64 ans. Cette relation subsiste si l'on prend en compte le niveau de formation.

De même, quel que soit le sexe, les personnes chez lesquelles un médecin a diagnostiqué un diabète mentionnent plus souvent un état de santé moyen à très mauvais, et ce également en tenant compte du niveau de formation. A partir de 50 ans<sup>12</sup>, le diabète influence davantage l'appréciation négative de la santé que le diagnostic d'hypertension. En effet, la proportion de personnes jugeant leur état de santé moyen à très mauvais est plus élevée chez les diabétiques que chez les hypertendus.

Enfin, chez les personnes de 35 ans ou plus<sup>13</sup>, l'obésité est elle aussi associée à une perception négative de la santé. Cet effet, indépendant de celui du niveau de formation, est plus marqué chez les femmes, qui présentent déjà une perception plus souvent négative de la santé en cas de simple surcharge pondérale.

Ainsi, parmi les facteurs de risque examinés, seule l'hypercholestérolémie ne semble pas être associée à une perception négative de la santé une fois la structure d'âge prise en compte.

### Hypertension artérielle

La proportion de personnes répondant positivement à la question *Un médecin ou quelqu'un travaillant dans le domaine médical vous a-t-il déjà dit que votre tension artérielle était élevée?* est de 21% en Suisse. Elle varie peu selon les régions linguistiques et reste similaire à la proportion observée en 1997. La proportion de personnes relevant un diagnostic d'hypertension ne diffère pas selon les cantons étudiés.

Le sexe n'exerce pas d'influence sur la prévalence-vie<sup>14</sup> du diagnostic d'hypertension. Cette observation s'écarte des résultats de l'enquête MONICA 1992/93, conduite dans la population des cantons de Vaud et de Fribourg âgée de 25 à 75 ans et dans laquelle la prévalence ponctuelle mesurée était de 17% chez les hommes et de 8% chez les femmes (Wietlisbach et al., 1997). En revanche, la prévalence-vie de l'hypertension artérielle augmente significativement selon l'âge dans les cantons latins (tableau 3.2.4a). Il peut s'agir d'une augmentation réelle de l'hypertension – également mise en évidence par l'étude MONICA –, mais aussi d'une plus longue durée d'exposition à un diagnostic d'hypertension artérielle pour les sujets âgés.

En Suisse, la proportion de personnes déclarant un traitement pour l'hypertension au cours des douze mois précédant l'enquête s'élève à 14%. Elle est similaire pour les deux sexes, mais significativement associée à l'âge.

Comme en 1992/93 et en 1997, la proportion de personnes traitées en raison de leur hypertension artérielle ne varie pas selon les régions en 2002. Elle s'élevait cependant à 13% en 1997 et à 10% en 1992/93. Les proportions selon les cantons ne diffèrent pas significativement en 2002.

<sup>12</sup> Les effectifs sont insuffisants pour tirer des conclusions chez les personnes moins âgées.

<sup>13</sup> A nouveau, les effectifs impliquent de ne pas considérer les personnes plus jeunes.

<sup>14</sup> La prévalence-vie d'un événement correspond au taux de personnes ayant vécu cet événement à un moment quelconque de leur vie.

Tableau 3.2.4a: Fréquence (%) des facteurs de risque selon le sexe et l'âge, cantons romands et Tessin (2002)								
	Hommes				Femmes			
	15–34 ans	35–49 ans	50–64 ans	65+ ans	15–34 ans	35–49 ans	50–64 ans	65+ ans
<b>Hypertension artérielle</b>								
Prévalence-vie	9.3	14.7	32.6	40.5	7.1	12.8	26.3	40.8
Traitement	(3.0)	8.4	22.6	34.3	(1.2)	4.4	18.6	38.1
<b>Hypercholestérolémie</b>								
Prévalence-vie	6.6	18.9	29.8	29.8	5.3	7.5	19.3	25.6
Traitement*	(0.9)	3.9	14.4	19.5	(0.3)	(0.7)	6.9	15.1
<b>Diabète</b>								
Prévalence-vie	(1.4)	(1.5)	8.6	11.9	(0.6)	(2.2)	4.7	10.0
Traitement	(1.2)	(0.8)	8.8	10.8	(0.2)	(0.8)	4.9	9.2

\* prise de remèdes au cours des sept derniers jours

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002; hypertension n = 6531 pour prévalence-vie et 5490 pour traitement; hypercholestérolémie n = 6441 pour prévalence-vie et 6897 pour traitement; diabète n = 6507 pour prévalence-vie et 5492 pour traitement

### Hypercholestérolémie

La proportion de personnes répondant positivement à la question *Un médecin ou quelqu'un travaillant dans le domaine médical vous a-t-il déjà dit que votre taux de cholestérol était trop élevé?* se situe, en Suisse, à 15% en 2002 contre 12% en 1997. Comme pour l'hypertension, la prévalence-vie d'un diagnostic d'hypercholestérolémie augmente en fonction de l'âge.

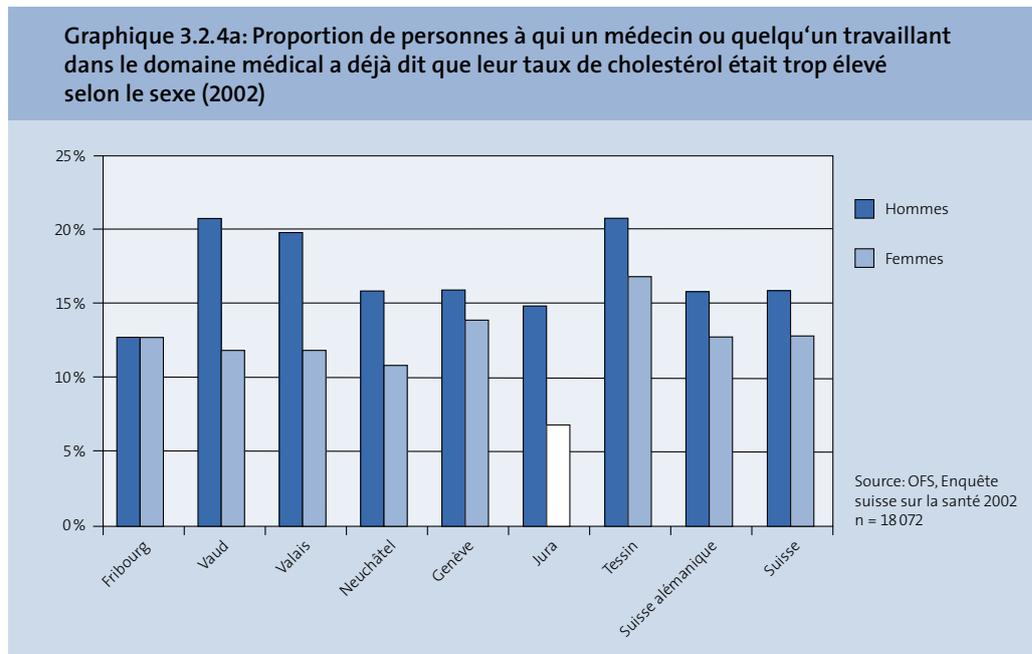
Les hommes mentionnent en outre significativement plus souvent un tel diagnostic une fois au cours de leur vie que les femmes. Dans les cantons latins, la prévalence-vie de l'hypercholestérolémie augmente plus rapidement selon l'âge chez les hommes que chez les femmes. Elle se stabilise à partir de 50 ans chez les premiers, alors que la progression continue chez les seconds (tableau 3.2.4a). Les prévalences-vie des deux sexes se rapprochent dans la dernière catégorie d'âge. L'écart entre hommes et femmes est ainsi surtout important entre 35 et 64 ans.

Les variations de la prévalence-vie de l'hypercholestérolémie selon le sexe et l'âge correspondent à celles de la prévalence ponctuelle qui ont été observées dans l'enquête MONICA. Cependant, cette prévalence ponctuelle, mesurée par prélèvement sanguin, est supérieure à la prévalence-vie fondée sur les déclarations des participants à l'ESS 2002. La différence est particulièrement marquée dans les premières catégories d'âge (Wietlisbach et al., 1997). Cet écart entre les deux enquêtes suggère une sous-évaluation de l'hypercholestérolémie, en particulier chez les jeunes adultes, dont les valeurs de cholestérol sont peut-être moins souvent contrôlées.

Des différences régionales se font jour (graphique 3.2.4a). Chez les hommes, la prévalence-vie d'un diagnostic d'hypercholestérolémie est moins élevée en Suisse alémanique (16%) qu'au Tessin (21%), la Suisse romande occupant une position intermédiaire (18%). Cependant, une partie de ces différences s'explique par des effets dus à l'âge. Après contrôle de la structure d'âge, la prévalence-vie devient similaire en Suisse romande et au Tessin, tandis qu'elle reste significativement plus faible en Suisse alémanique. Il convient cependant de considérer ces écarts avec prudence, car aucune différence significative n'apparaissait entre les trois régions linguistiques chez les hommes en 1997. Chez les femmes, le Tessin (17%) affiche une prévalence-vie plus élevée que la Suisse alémanique (13%) ou la Suisse romande (12%), différence qui subsiste quand on prend en compte la structure d'âge. En 1997, les Tessinoises (14%) se distinguaient déjà par une prévalence légèrement plus élevée

que celle des femmes alémaniques (10%), alors que les femmes romandes occupaient une position intermédiaire (12%).

La prévalence-vie d'un diagnostic d'hypercholestérolémie varie significativement selon les cantons latins. Dans la population masculine, ces variations ne sont cependant plus significatives si l'on tient compte de la structure d'âge. En revanche, elles subsistent chez les femmes, la prévalence de l'hypercholestérolémie étant la plus basse dans le canton du Jura et la plus élevée au Tessin.



La proportion de personnes déclarant avoir pris des remèdes pour abaisser leur taux de cholestérol durant les sept jours précédant l'enquête s'élève à 4% en Suisse. La prise de médicaments hypocholestérolémiants est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Elle augmente selon l'âge.

Comme en 1997, les hommes disent moins souvent prendre des hypocholestérolémiants en Suisse alémanique (4%) qu'au Tessin (8%) ou en Suisse romande (8%). Après prise en compte de la structure d'âge, la Suisse romande s'éloigne quelque peu des deux autres régions. Ces résultats sont similaires à ceux de la prévalence-vie d'un diagnostic d'hypercholestérolémie. La proportion de femmes indiquant avoir pris des remèdes contre le cholestérol est également moins élevée en Suisse alémanique (3%) qu'au Tessin (6%), la Suisse romande occupant une position intermédiaire (4%). Ces résultats correspondent à la situation observée en 1997. En contrôlant l'effet de l'âge, le Tessin se rapproche de la Suisse romande. L'écart avec la Suisse alémanique augmente.

La consommation d'hypocholestérolémiants ne varie pas de façon significative selon les cantons latins.

## Diabète

La proportion de personnes répondant positivement à la question *Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez le diabète?* s'élève à 4% en Suisse en 2002 comme en 1997. Cette proportion ne varie ni selon les régions linguistiques ni selon les cantons latins. Dans les cantons latins, le sexe n'exerce pas d'effet significatif contrairement à l'âge. La prévalence-vie d'un diagnostic de diabète y est de 6% chez les personnes âgées de 50 à 64 ans et elle atteint 11% chez celles de 65 ans ou plus.

La proportion de personnes qui déclarent avoir suivi un traitement pour diabète au cours des douze mois précédant l'enquête est de 3% en Suisse. Cette proportion ne varie pas selon les régions linguistiques ou les cantons étudiés. Au sein des cantons romands et du Tessin, seul l'âge exerce à nouveau une influence significative. 7% des personnes âgées de 50 à 64 ans mentionnent un traitement pour diabète contre 10% de celles de 65 ans ou plus. Paradoxalement, la proportion des personnes de 50 à 64 ans qui signalent un traitement pour diabète au cours des douze mois précédant l'enquête semble être supérieure à la proportion de personnes du même âge qui indiquent qu'un diagnostic de diabète a déjà été posé par un médecin au cours de leur vie. La raison de cette différence peut provenir du fait que la prévalence-vie a été abordée lors de l'entretien téléphonique, alors que la fréquence du traitement relève du questionnaire écrit. Comme ce dernier n'a pas été retourné par tous les participants interrogés, l'estimation de la fréquence du traitement ne porte que sur un sous-collectif des participants aux entretiens téléphoniques.

## Surcharge pondérale

La surcharge pondérale est un facteur de risque non seulement pour le développement de maladies cardiovasculaires, mais également pour le diabète, les affections rhumatismales ou d'autres pathologies. Elle est définie ici sur la base de l'indice de masse corporelle, qui lie la taille et le poids<sup>15</sup>. Cet indice constitue un prédicteur de la mortalité (Hu et al., 2004; Bigaard et al., 2003). Il reflète la masse grasse, notamment chez les personnes obèses, bien que sa relation avec la composition corporelle paraisse plus controversée chez ceux qui, sans être obèses, présentent une surcharge pondérale (Frankenfield et al., 2001). Conformément aux recommandations de l'OMS (WHO, 2000a), la surcharge pondérale est définie par une valeur supérieure ou égale à 25 selon cet indice, l'obésité étant caractérisée par une valeur supérieure ou égale à 30. A l'opposé, un indice de masse corporelle inférieur à 18.5 est considéré comme insuffisant et prédispose à une mortalité précoce. Les chiffres présentés dans ce rapport se limitent aux personnes âgées de 19 ans ou plus, auxquelles ces normes s'appliquent.

Les données de l'ESS montrent que l'appartenance aux catégories définies par l'indice de masse corporelle (poids insuffisant, normal, surcharge pondérale et obésité) est significativement influencée par le sexe. En effet, l'insuffisance pondérale est plus fréquente chez les femmes, tandis que les hommes sont plus souvent touchés par une surcharge pondérale. En Suisse, la proportion de personnes ayant une insuffisance pondérale s'élève à 1% chez les hommes contre 6% chez les femmes. Quelque 40% des hommes présentent une surcharge pondérale contre 23% des femmes, tandis que 8% des hommes et des femmes peuvent être qualifiés d'obèses. Il faut cependant relever qu'une valeur de l'indice de masse corporelle supérieure ou égale à 30 comme critère de définition de l'obésité peut être trop élevée pour les femmes. Des travaux ont en effet montré que, comparé à une mesure directe standard de la masse grasse, le seuil de l'obésité de l'indice de masse corporelle est associé à une sensibilité moindre chez les femmes que chez les hommes (Hortobagyi et al., 1994). Enfin, 51% des hommes et 63% des femmes présentent un poids normal.

<sup>15</sup> Indice de masse corporelle = poids [kg]/taille [m]<sup>2</sup>.

La proportion de personnes obèses selon l'indice de masse corporelle est inférieure à celle qui a été obtenue par mesure directe chez les Vaudois et Fribourgeois âgés de 25 à 75 ans dans le cadre de l'enquête MONICA en 1992/93. La prévalence ponctuelle de l'obésité y était de 15% pour les hommes et de 10% pour les femmes.

La valeur de l'indice de masse corporelle croît progressivement selon l'âge (tableau 3.2.4b). Dans la tranche d'âge de 19 à 34 ans, 32% des hommes présentent une surcharge pondérale ou sont obèses. Cette proportion s'élève à 58% chez les hommes de 65 ans ou plus. Pour les femmes, les proportions correspondantes passent de 17% à 43%.

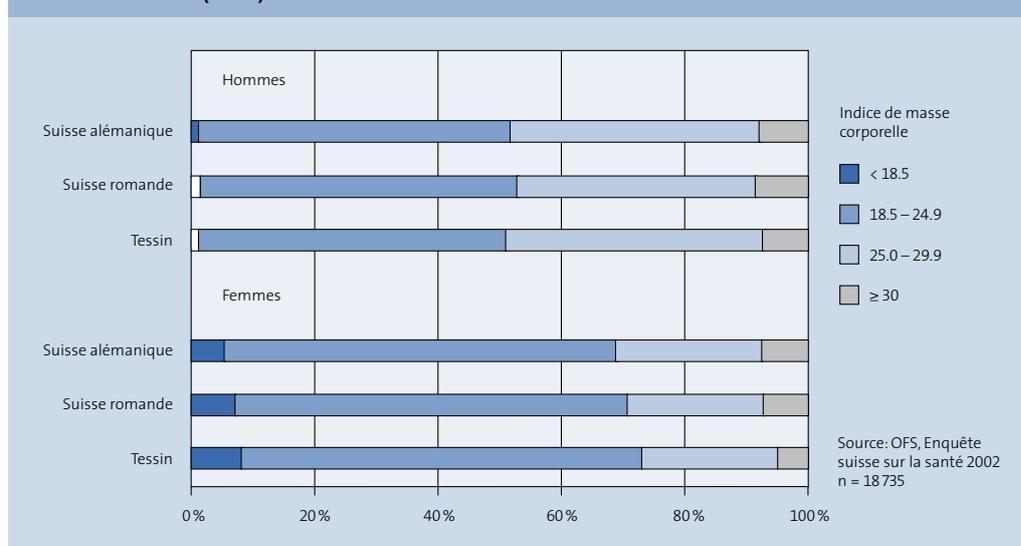
**Tableau 3.2.4b: Répartition (% en ligne) des catégories de l'indice de masse corporelle selon l'âge et le sexe, cantons romands et Tessin (2002)**

	Hommes				Femmes			
	< 18.5	18.5–24.9	25.0–29.9	≥ 30	< 18.5	18.5–24.9	25.0–29.9	≥ 30
19–34 ans	(2.2)	65.4	28.0	4.4	11.8	71.5	12.8	(3.9)
35–49 ans	(0.6)	50.7	39.7	9.0	6.8	68.3	18.5	6.4
50–64 ans	(1.1)	41.2	43.8	13.9	3.9	58.2	28.1	9.9
65 ans ou plus	(1.0)	41.0	48.3	9.7	5.3	51.8	33.0	9.9

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n = 6574

Dans la population masculine, les proportions ne varient pas significativement selon les régions. Elles restent stables durant les trois enquêtes. Chez les femmes, l'insuffisance pondérale est un peu plus fréquente au Tessin, tandis que la proportion de personnes obèses est un peu plus élevée en Suisse alémanique (graphique 3.2.4b). L'écart entre le Tessin et les deux autres régions augmente lorsque les effets de la structure d'âge et du niveau de formation sont contrôlés.

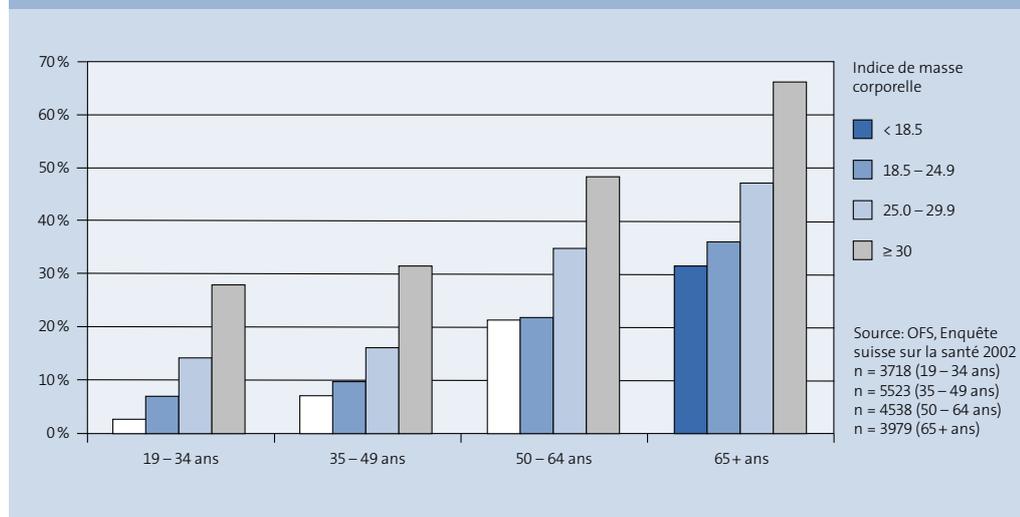
**Graphique 3.2.4b: Distribution (%) des catégories d'indice de masse corporelle selon le sexe (2002)**



En 1992/93 et en 1997, l'insuffisance pondérale était déjà plus élevée chez les Tessinoises que chez les femmes des autres régions, en particulier en Suisse alémanique. En outre, les proportions de femmes obèses semblaient être légèrement plus élevées en Suisse alémanique en 1992/93 et en 1997. Par ailleurs, autant chez les hommes que chez les femmes, les variations entre cantons latins ne sont pas significatives.

En 2002, la surcharge pondérale est significativement associée aux facteurs de risque cardiovasculaire présentés plus haut dans ce chapitre. La proportion de personnes qu'un médecin ou un professionnel de la santé a qualifiées d'hypertendues augmente significativement selon la valeur de l'indice de masse corporelle, et ce dans chaque catégorie d'âge (graphique 3.2.4c).

**Graphique 3.2.4c: Proportion de personnes à qui un médecin ou quelqu'un travaillant dans le domaine médical a déjà dit que leur tension artérielle était élevée selon l'âge et l'indice de masse corporelle, Suisse (2002)**



Chez les hommes, la prévalence-vie d'un diagnostic d'hypercholestérolémie croît également de façon statistiquement significative selon la valeur de l'indice de masse corporelle. Ce résultat se vérifie lorsque l'on tient compte de la structure d'âge et de la région linguistique. Cet accroissement se manifeste en premier lieu dans les catégories d'âge intermédiaires. Dans la population suisse âgée de 35 à 49 ans, la prévalence-vie d'un diagnostic d'hypercholestérolémie passe de 13% chez les personnes ayant un poids normal à 29% chez les personnes obèses. Cette prévalence s'élève à 24% pour un poids normal et à 37% en cas d'obésité dans la tranche d'âge de 50 à 64 ans. Toutefois, l'augmentation de la prévalence-vie d'un diagnostic d'hypercholestérolémie selon la valeur de l'indice de masse corporelle n'est pas significative chez les femmes si l'on tient compte de la structure d'âge.

Enfin, chez les personnes âgées de 50 ans ou plus, la prévalence-vie d'un diagnostic de diabète est positivement associée à la valeur de l'indice de masse corporelle<sup>16</sup>. Dans la tranche d'âge de 50 à 64 ans, elle passe en Suisse de 3% chez les personnes présentant un poids normal à 13% chez les personnes obèses. De même, chez les personnes de 65 ans ou plus, elle croît de 8% lorsque le poids est normal à 16% en cas d'obésité.

Au sein des régions et des cantons, la répartition de l'indice de masse corporelle dépend du niveau socioéconomique. Le niveau de formation est un facteur associé à la morphologie. Cette association est plus prononcée chez les femmes que chez les

<sup>16</sup> Les effectifs sont insuffisants pour tirer des conclusions chez les personnes de moins de 50 ans.

hommes (tableau 3.2.4c). Les personnes dont le niveau de formation est élevé sont moins sujettes à une surcharge pondérale ou à l'obésité. De plus, les femmes au bénéfice d'une formation élevée sont proportionnellement plus nombreuses à présenter une insuffisance pondérale. Bien que sensiblement atténuée, la relation entre la formation et la morphologie reste significative pour les deux sexes après contrôle des effets dus à l'âge, à la nationalité ou encore à la catégorie socioprofessionnelle.

	Hommes				Femmes			
	< 18.5	18.5–24.9	25.0–29.9	≥ 30	< 18.5	18.5–24.9	25.0–29.9	≥ 30
<b>Cantons romands</b>								
Sans formation, formation primaire	(1.6)	39.5	47.2	11.7	4.7	53.3	32.1	9.9
Degré secondaire	(1.2)	52.6	36.1	10.0	7.1	65.9	20.1	6.9
Degré tertiaire	(1.0)	56.1	37.1	5.8	11.4	72.5	10.6	(5.6)
<b>Tessin</b>								
Sans formation, formation primaire	(0.3)	45.1	42.0	(12.5)	(2.3)	58.2	32.2	(7.3)
Degré secondaire	(1.1)	51.6	40.3	(7.0)	9.5	67.7	18.0	(4.8)
Degré tertiaire	(2.2)	46.1	45.8	(5.9)	(14.5)	67.2	(15.8)	(2.6)
<b>Suisse alémanique</b>								
Sans formation, formation primaire	(2.5)	42.3	44.6	10.6	4.2	50.5	32.6	12.9
Degré secondaire	0.8	49.9	40.5	8.8	5.2	66.0	21.4	7.4
Degré tertiaire	(0.5)	56.4	37.4	5.7	7.8	74.4	15.2	(2.7)

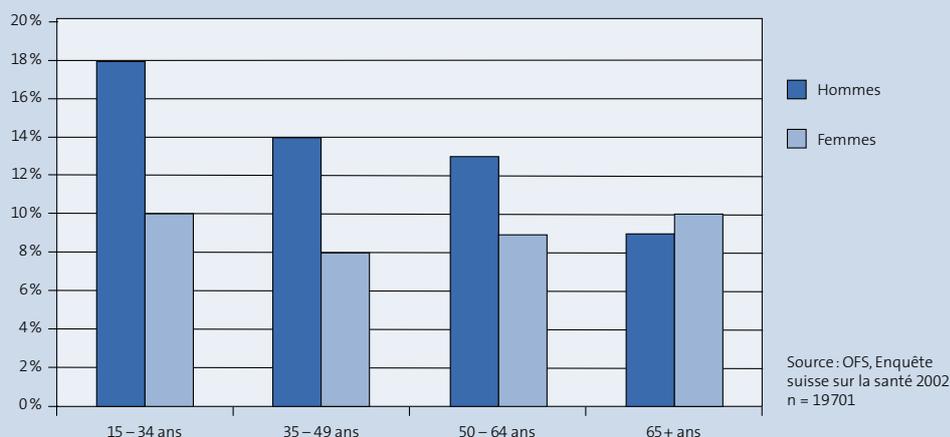
Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n = 18 711

### 3.2.5 Incidence des accidents

Outre les maladies, les accidents influencent l'état de santé de la population. En effet, ils constituent un facteur essentiel de perturbation de l'état de santé, notamment dans les premières classes d'âge. Parmi les personnes plus âgées, conjointement à de nombreux autres facteurs, les accidents restent une cause importante de morbidité et de perte d'autonomie fonctionnelle. La survenue, dans les douze mois précédant l'enquête, d'un ou de plusieurs accidents ayant entraîné une consultation médicale concerne 12% de la population suisse. Cette proportion reste la même chez les hommes comme chez les femmes et elle ne varie ni selon les trois régions linguistiques ni selon les cantons latins. De plus, elle demeure relativement stable au cours des trois enquêtes.

Chez les personnes de moins de 65 ans, les hommes mentionnent plus souvent avoir été victimes d'un accident que les femmes. Dans la population féminine, l'âge ne semble pas avoir d'incidence sur la survenue d'un accident, qui concerne 9% de chaque tranche d'âge. En revanche, les hommes jeunes font plus souvent état d'un accident. La proportion de victimes d'un accident est proche de 18% dans la tranche d'âge de 15 à 34 ans. Elle diminue selon l'âge pour s'établir au même niveau que chez les femmes à partir de 65 ans (graphique 3.2.5a).

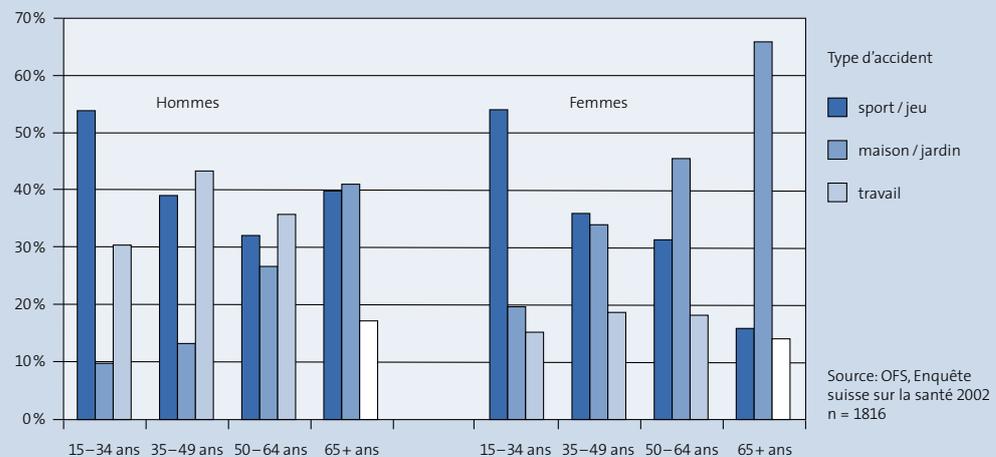
**Graphique 3.2.5a: Proportion de personnes rapportant un ou plusieurs accidents ayant motivé une consultation médicale au cours des douze derniers mois selon l'âge et le sexe, cantons romands et Tessin (2002)**



Au plan suisse, les accidents de sport et de jeu sont particulièrement répandus chez les hommes et les femmes âgés de 15 à 34 ans (graphique 3.2.5b). Cependant, si cette cause vient en tête chez les jeunes hommes et les jeunes femmes, les accidents de sport et de jeu frappent plus souvent la population masculine: la fréquence d'accidents (toutes causes confondues) y est le double de celle qui s'observe chez les femmes (voir graphique 3.2.5a). Les accidents de sport et de jeu tendent à diminuer selon l'âge pour les deux sexes, à l'exception des hommes de 65 ans ou plus. Les hommes sont plus souvent victimes d'accidents du travail que les femmes. En effet, 30% au moins des hommes accidentés de moins de 65 ans – contre près d'une femme sur cinq – mentionnent cette circonstance. La part des accidents survenant à la maison ou au jardin augmente régulièrement selon l'âge pour les deux sexes. Dans chaque classe d'âge, cette cause est plus souvent citée par les femmes que les hommes<sup>17</sup>.

<sup>17</sup> Les accidents de la route ne sont pas traités en raison du faible nombre de cas selon l'âge et le sexe.

**Graphique 3.2.5b: Proportion de personnes faisant état d'au moins un accident de sport / de jeu, à la maison / au jardin ou au travail parmi les personnes accidentées au cours des douze derniers mois selon le sexe et l'âge, Suisse (2002)**



### 3.2.6 Survenue de chutes chez les personnes de 60 ans ou plus

Les chutes chez les personnes âgées, traduisant souvent un état de fragilité, peuvent avoir d'importantes conséquences sur la santé. En Suisse, 20% des personnes âgées de 60 ans ou plus indiquent qu'elles ont chuté une ou plusieurs fois au cours des douze mois précédant l'enquête. Cette fréquence est semblable dans les trois régions linguistiques et les cantons latins. Dans ces derniers, la fréquence des chutes est la plus élevée chez les personnes âgées de 75 ans ou plus. Si 13% des hommes de 60 à 74 ans mentionnent une ou plusieurs chutes, cette proportion s'élève à 24% chez ceux de 75 ans ou plus. Les femmes sont plus souvent victimes de chutes que les hommes. La proportion de femmes de 60 à 74 ans ayant chuté (21%) est ainsi proche de la proportion observée chez les hommes de 75 ans ou plus, alors que près de 30% des femmes de cette dernière tranche d'âge déclarent être tombées.

### 3.2.7 Synthèse santé subjective et physique

L'analyse de l'ESS présentée dans les chapitres 3.1 et 3.2 permet avant tout d'observer que la plupart des indicateurs de santé globale et de santé physique ne sont que peu dépendants du contexte géographique. Les variations selon les cantons latins sont rarement significatives. Elles ne persistent qu'exceptionnellement si l'on tient compte des différences structurelles des populations sur le plan sociodémographique. Les différences selon les régions sont parfois significatives, mais elles restent faibles. L'analyse des indicateurs de santé confirme par ailleurs que les effets de l'âge et du sexe sont nettement plus marqués que ceux du canton ou de la région. Dès lors, l'intégration systématique de ces paramètres dans l'étude des contrastes entre des groupes définis sur la base de critères géographiques ou politiques est souhaitable.

Un premier constat porte sur la stabilité, au cours du temps, de la santé subjective et de la prévalence des troubles physiques ressentis au cours des quatre semaines précédant l'enquête. Six personnes sur sept déclarent être en bonne ou très bonne santé, alors que près d'un quart des répondants mentionnent des troubles physiques importants. Les jugements défavorables sur la santé en général et, plus spécifiquement, sur la santé physique, augmentent selon l'âge. Ces jugements sont plus souvent émis par les femmes que les hommes. Les jugements mitigés ou réellement négatifs sont exprimés avec une même fréquence dans les trois régions linguistiques. Au plan des cantons latins, les différences ne concernent que les femmes; les

Neuchâteloises s'expriment plus souvent de façon négative que les Valaisannes ou les Fribourgeoises.

Le canton du Tessin présente plusieurs particularités. Les douleurs du dos ou des articulations y occupent une moins grande place que dans les deux autres régions linguistiques. La réduction de l'activité au cours des quatre dernières semaines pour des raisons de santé y est également moins fréquente. En outre, le profil du Tessin est le plus favorable en ce qui concerne la prévalence-vie du diagnostic d'hypertension artérielle et la proportion de personnes en traitement pour ce motif (ce qui peut traduire soit une moindre fréquence de l'hypertension, soit une reconnaissance et un traitement moins systématiques qu'en d'autres lieux). En revanche, il n'y a pas de particularité tessinoise pour d'autres facteurs de risque cardiovasculaire comme l'hypercholestérolémie ou le diabète. Enfin, le Tessin se caractérise par une proportion plus élevée de femmes dont le poids est insuffisant.

Peu d'autres effets cantonaux apparaissent. Cependant, le canton du Jura présente d'une part aussi une fréquence relativement faible de plaintes relatives à des douleurs du dos ou des articulations, d'autre part un profil favorable en ce qui concerne la prévalence-vie d'un diagnostic d'hypercholestérolémie<sup>18</sup>.

Parmi les autres résultats intéressants, on relève que les femmes déclarent plus souvent un état de santé médiocre ou mauvais, de nombreux troubles physiques et une réduction récente de l'activité. En revanche, leur prévalence-vie de diagnostic d'hypertension artérielle est similaire à celle des hommes. Elles sont moins nombreuses à mentionner un diagnostic d'hypercholestérolémie, présentent moins souvent une surcharge pondérale et signalent moins d'accidents ayant motivé une consultation médicale au cours des douze derniers mois. En dépit de ce profil de risque favorable, la perception négative de la santé subjective dont témoignent plus souvent les femmes fait écho à une prévalence plus élevée de l'incapacité fonctionnelle de longue durée et à une plus forte fréquence des chutes dans la population de 60 ans ou plus.

Autant chez les hommes que les femmes, la confrontation des données de l'ESS 2002 concernant les facteurs de risque cardiovasculaire avec celles de l'enquête MONICA, où ces facteurs ont été directement mesurés, met en évidence une différence entre la prévalence-vie d'un diagnostic d'hypercholestérolémie déclaré par les répondants et la prévalence ponctuelle mesurée. Cette observation inciterait à étudier plus précisément dans quelle mesure les facteurs de risque sont périodiquement évalués, en particulier parmi les personnes jeunes et celles qui ne sont pas en contact régulier avec un médecin.

Enfin, les données des trois ESS suggèrent que l'obésité n'a pas augmenté entre 1992/93 et 2002 dans la population âgée de 19 ans ou plus. Cependant, en 2002, la surcharge pondérale, voire l'obésité, sont fréquentes notamment dans la population masculine. Une relation claire apparaît entre l'indice de masse corporelle et les trois facteurs de risque cardiovasculaire étudiés dans la section 3.2.4. En outre, les personnes peu formées courent un risque plus élevé de présenter un poids excessif.

<sup>18</sup> Il faut toutefois noter que l'échantillon de ce canton était de petite taille, ce qui pourrait expliquer sa position parfois extrême dans le classement des cantons étudiés.

### 3.2.8 Points forts santé subjective et physique

- La proportion de personnes portant un jugement mitigé ou négatif sur leur état de santé est très stable: elle est restée semblable au cours des trois enquêtes et elle ne varie pas selon les régions linguistiques et les cantons latins.
- La proportion de personnes mentionnant des troubles physiques au cours des quatre semaines précédant l'enquête ne diffère pas selon les cantons latins. Les femmes, jugeant leur santé moins favorablement que les hommes, présentent plus de troubles physiques et, dès 60 ans, une fréquence des chutes plus élevée que les hommes.
- La prévalence-vie du diagnostic d'hypertension artérielle est restée inchangée depuis 1997, alors que celle du diagnostic d'hypercholestérolémie a augmenté. La prévalence-vie du diagnostic de diabète est restée stable.
- Les hommes et les femmes ne se distinguent pas quant aux diagnostics d'hypertension artérielle et de diabète. Les hommes indiquent plus souvent que les femmes un diagnostic d'hypercholestérolémie.
- Tout en étant plus élevée dans la population masculine, la fréquence de la surcharge pondérale augmente selon l'âge. Dans la tranche d'âge de 65 ans ou plus, plus de la moitié des hommes et plus de quatre femmes sur dix présentent une surcharge pondérale ou de l'obésité.

Indicateurs de la santé physique									
	Suisse	Fribourg	Vaud	Valais	Neuchâtel	Genève	Jura	Tessin	
Personnes rapportant des troubles physiques au cours des quatre dernières semaines (% , n = 18 458, indicateur OFS symptoma)									
<b>Hommes</b>									
Aucun / peu de troubles	50.7	47.9	46.5	50.8	49.8	48.3	41.9	54.2	
Quelques troubles	33.6	36.7	34.9	32.0	30.8	35.6	34.0	29.1	
Troubles importants	15.7	15.4	18.5	17.2	19.3	16.1	24.2	16.7	
<b>Femmes</b>									
Aucun / peu de troubles	32.4	29.4	30.7	30.0	26.7	30.9	29.4	32.4	
Quelques troubles	37.7	38.5	36.5	38.6	37.6	35.9	38.8	33.7	
Troubles importants	30.0	32.1	32.8	31.5	35.7	33.3	31.8	33.9	
Personnes souffrant d'incapacité fonctionnelle au cours des quatre dernières semaines (% , n = 19 616, question t30.00)									
<b>Hommes</b>	13.7	11.1	11.0	14.6	9.4	12.5	10.9	8.9	
<b>Femmes</b>	16.6	13.1	13.4	13.2	11.3	13.4	16.6	10.9	
Personnes souffrant d'incapacité fonctionnelle depuis plus d'un an (% , n = 19 702, question t13.00)									
<b>Hommes</b>	14.1	15.9	12.2	15.7	11.3	13.4	14.4	10.6	
<b>Femmes</b>	18.2	16.0	15.4	16.5	18.8	17.5	19.5	14.2	
Prévalence-vie d'un diagnostic d'hypertension artérielle (% , n = 18 653, question t49.00)									
<b>Hommes</b>	20.5	19.5	22.5	22.2	17.0	16.0	23.7	22.0	
<b>Femmes</b>	21.3	17.3	19.4	15.9	23.1	20.2	21.9	18.8	

	Suisse	Fribourg	Vaud	Valais	Neuchâtel	Genève	Jura	Tessin
<b>Prévalence-vie d'un diagnostic d'hypercholestérolémie (%, n = 18072, question t50.00)</b>								
Hommes	16.5	13.5	21.2	20.1	15.7	16.2	15.6	21.2
Femmes	13.0	12.5	11.5	12.3	11.0	13.7	(6.9)	16.8
<b>Prévalence-vie d'un diagnostic de diabète (%, n = 18654, question t51.00)</b>								
Hommes	4.0	(4.2)	(4.5)	(3.9)	(4.2)	(4.6)	(4.4)	5.4
Femmes	3.6	(3.5)	(3.2)	(4.2)	(4.6)	(3.1)	(4.1)	4.4
<b>Distribution de l'indice de masse corporelle (%, n = 18735, variable OFS bmi)</b>								
<b>Hommes</b>								
Poids insuffisant	1.0	(0.8)	(1.8)	(0.9)	(1.3)	(0.8)	(1.0)	(1.1)
Poids normal	50.6	53.2	46.5	49.6	59.3	55.9	49.3	49.4
Surcharge pondérale	39.9	35.7	42.6	38.8	31.2	35.8	39.3	41.6
Obésité	8.5	10.3	9.2	10.7	(8.2)	7.5	10.4	7.8
<b>Femmes</b>								
Poids insuffisant	5.8	5.8	7.5	6.5	(5.3)	8.3	(4.5)	8.0
Poids normal	63.3	63.1	63.9	61.4	62.9	63.7	63.9	64.8
Surcharge pondérale	23.0	22.2	21.1	26.8	22.2	20.6	22.6	21.9
Obésité	7.9	8.9	7.5	5.3	9.6	7.4	9.0	5.3
<b>Personnes déclarant au moins un accident nécessitant une consultation médicale au cours des douze derniers mois (%, n = 15760, question s4)</b>								
Hommes	14.6	14.4	14.3	14.4	(13.4)	14.2	(10.2)	16.0
Femmes	9.7	12.2	10.7	8.9	11.0	8.1	(9.3)	7.5
<b>Personnes de 60 ans ou plus déclarant au moins une chute au cours des douze derniers mois (%, n = 5874, question t57.20)</b>								
Hommes	16.1	(14.5)	(18.3)	(15.1)	(18.1)	(17.3)	(19.6)	14.4
Femmes	23.1	26.8	24.0	22.7	31.8	23.4	(23.4)	22.0
Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002								

### 3.3 Santé psychique

*Astrid Stuckelberger et Philippe Wanner*

#### 3.3.0 Résumé santé psychique

La prévalence de troubles psychiques légers, similaire dans les cantons latins, traduit un meilleur état de santé psychique en 2002 qu'en 1997. L'indicateur d'équilibre psychique montre de faibles variations cantonales; en revanche, il suggère un équilibre psychique moins favorable chez les jeunes Neuchâtelois et Jurassiens. L'optimisme et les opinions concernant la vie en général laissent apparaître des contrastes marqués entre les cantons latins et la Suisse alémanique. Contrairement au Valais, la population des cantons de Neuchâtel et du Tessin fait état d'un sentiment de maîtrise de la vie moindre. Le sentiment de solitude, qui concerne en premier lieu les personnes âgées, est plus souvent mentionné dans les cantons du Valais, de Genève et du Tessin. Les prévalences cantonales des troubles du sommeil se différencient surtout chez les jeunes personnes. Dans cette tranche d'âge, les Genevois, les Vaudois, les Neuchâtelois et les Jurassiens en sont davantage affectés. Ce sous-chapitre met par ailleurs en évidence d'une part une amélioration générale de la santé psychique, contrastant avec les changements selon d'autres indicateurs, d'autre part la présence de groupes à risque, en particulier chez les jeunes.

La santé psychique constitue un des thèmes prioritaires de l'Organisation mondiale de la santé (WHO, 2001a). Bien qu'elle faisait défaut en Suisse jusqu'il y a peu (WHO, 2001b), une politique de la santé psychique se met aujourd'hui progressivement en place dans le cadre du Plan national suisse de santé (PNS, 2004). La formulation d'une telle politique est d'autant plus importante que la santé psychique de la population est un sujet de préoccupation grandissant. En effet, la publication «Monitoring de la santé psychique en Suisse» (Rüesch et Manzoni, 2003) montre non seulement une hausse constante du nombre des hospitalisations en établissement psychiatrique et des traitements ambulatoires psychiatriques ou psychothérapeutiques, mais également une forte progression des cas de rentes AI pour causes psychiques. Entre 1986 et 1998, le nombre de rentiers AI a progressé de plus de 50%, tandis que les cas de rentes pour causes psychiques ont doublé. Cette publication met aussi en évidence de fortes disparités régionales, les plus forts taux d'hospitalisation s'observant dans le canton de Zurich et dans le bassin lémanique. Les données sur la mortalité par suicide montrent en moyenne une diminution d'environ 10% des taux standardisés entre le milieu des années 1990 et le début des années 2000, mais une augmentation dans certains cantons. Cette augmentation est particulièrement forte chez les femmes neuchâteloises et les hommes genevois ou jurassiens<sup>19</sup>.

L'ESS 2002 suggère en outre que 6% des femmes et 3% des hommes en Suisse ont suivi un traitement pour des problèmes psychiques au cours des douze mois précédant l'enquête. Ces chiffres s'élèvent à 7% chez les femmes et 4% chez les hommes dans les cantons latins. Cependant, des travaux, émettant l'hypothèse qu'une personne sur deux serait touchée par un problème de santé psychique au cours de la vie, suggèrent que l'incidence des maladies psychiques puisse être sous-estimée (Ajdacic-Gross et Graf, 2004).

Dans un contexte caractérisé par des données encore lacunaires sur l'évaluation de l'état de santé psychique de la population (Rüesch et Manzoni, 2003), l'ESS constitue une source d'informations importante. A partir des données recueillies en 1997, elle a permis d'établir que la prévalence des problèmes de santé psychique varie selon les régions et qu'elle est particulièrement élevée au Tessin et en Suisse romande, où, par ailleurs, le sentiment de maîtrise de la vie est moindre. Dans l'ESS, les indications sur la santé psychique proviennent des déclarations des répondants et non de dia-

<sup>19</sup> Calculs à partir de la statistique des causes de décès (OFS, 2004).

gnostics cliniques. En raison de la stigmatisation de la maladie psychique, il est possible que les personnes interrogées ne déclarent pas certains troubles de santé psychique dont elles seraient affectées. L'utilisation de questions indirectes, par exemple sur la nervosité et l'humeur, permet cependant de réduire ces omissions. De plus, des études longitudinales ont établi que les données autodéclarées sont prédictives de la baisse de l'état de santé objectif (Stuckelberger, 2000; Meller et al., 1999; Idler, 1993; Idler et al., 1991).

L'ESS permet d'aborder la santé psychique dans les cantons latins selon quatre indicateurs: les troubles psychiques légers (3.3.1), l'équilibre psychique (3.3.2), les opinions concernant la vie (3.3.3) et le sentiment de maîtrise de la vie (3.3.4). Deux autres indicateurs sont également discutés: le sentiment de solitude (3.3.5) et la qualité du sommeil (3.3.6).

### 3.3.1 Prévalence de troubles psychiques légers

Une première évaluation de la santé psychique des populations cantonales prend en compte les réponses à différentes questions relatives à la présence de troubles psychiques légers. Un indicateur a été construit à partir de six questions portant sur le fait d'être déprimé ou de mauvaise humeur, l'absence de calme et d'équilibre, le fait d'être tendu, irritable ou nerveux, l'absence de force et d'énergie, la présence de problèmes pour dormir et la faiblesse générale (Rüesch et Manzoni, 2003).

En 2002, la prévalence des troubles psychiques légers est moins élevée dans chacune des trois régions linguistiques qu'en 1997. Environ un homme sur quatre et une femme sur trois déclarent souffrir d'un trouble psychique. Les différences selon les cantons présentes en 1997 se sont amoindries et ont même disparu entre les régions. Les troubles psychiques légers sont moins fréquents dans les cantons romands qu'en Suisse alémanique (tableau 3.3.1).

**Tableau 3.3.1: Proportion (%) de personnes souffrant d'au moins un trouble psychique léger selon le sexe (1997 et 2002)**

	1997		2002	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
<b>Cantons romands</b>	31.4	34.9	24.4	30.4
Fribourg	...	...	23.1	30.4
Vaud	32.6	37.9	25.7	29.6
Valais	30.7	34.5	25.5	30.2
Neuchâtel	...	...	24.4	30.4
Genève	31.1	32.6	21.8	31.1
Jura	...	...	29.4	34.0
<b>Tessin</b>	38.3	42.8	26.4	34.1
<b>Suisse alémanique</b>	33.1	36.8	29.0	33.9
<b>Ensemble de la Suisse</b>	32.9	36.6	27.8	33.0

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 1997 et 2002, n = 13 004 (1997) et 19 706 (2002)

A l'exception des Jurassiennes, la baisse de la prévalence des troubles psychiques légers entre 1997 et 2002 s'observe autant chez les hommes que les femmes dans l'ensemble des cantons latins. Elle est la plus prononcée au Tessin, où la prévalence des troubles physiques légers était sensiblement supérieure à la moyenne suisse en 1997.

### 3.3.2 Equilibre psychique

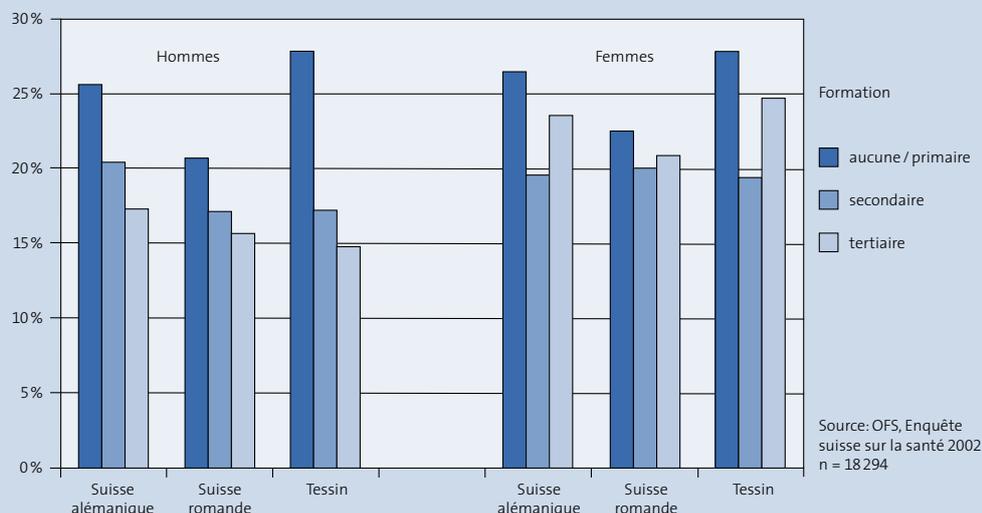
Ces résultats concordent avec ceux sur l'équilibre psychique autodéclaré, obtenus grâce à un indicateur regroupant quatre questions se référant à l'état perçu des répondants durant les sept jours précédant l'enquête: se sentir de mauvaise humeur, se sentir serein et calme, se sentir nerveux ou irritable et se sentir plein d'énergie (OFS, 2003d).

Quel que soit le canton, la majorité de la population déclare un bon équilibre psychique. En Suisse, 20% des hommes et 21% des femmes présentent un mauvais équilibre psychique en 2002, soit près d'un cinquième de moins qu'en 1997 (24% et 26%). Contrairement aux différences selon les cantons et l'âge, la proportion de personnes dont l'équilibre psychique est mauvais est significativement inférieure chez les hommes en Suisse romande (18%).

La prévalence d'un mauvais équilibre psychique varie en revanche selon le niveau de formation (graphique 3.3.2). L'influence du niveau de formation est plus prononcée chez les hommes que chez les femmes. Les signes d'un mauvais équilibre psychique sont plus fréquents chez les personnes de formation primaire ou sans formation, et ce autant chez les femmes que les hommes. Les femmes ayant une formation de niveau tertiaire déclarent un moins bon équilibre psychique que celles qui disposent d'une formation secondaire. Chez les hommes, la formation de niveau tertiaire s'accompagne au contraire d'un meilleur équilibre psychique. Ce contraste entre hommes et femmes pourrait s'expliquer en relation avec la formation tertiaire. En effet, la conciliation de la vie professionnelle et familiale est probablement plus difficile pour les femmes que pour les hommes, ce qui peut conduire à une certaine frustration. Les différences selon le niveau de formation, surtout chez les femmes, sont plus marquées en Suisse alémanique et au Tessin qu'en Suisse romande.

La population ayant un bas niveau de formation appartient aux groupes sociaux les plus exposés aux risques en matière de santé. Elle compte une proportion élevée de migrants qui proviennent pour une grande partie de l'Europe du Sud ou des

**Graphique 3.3.2: Proportion de personnes présentant des signes d'un mauvais équilibre psychique selon le sexe et la formation (2002)**



Balkans, la migration étant un facteur potentiel de détérioration de l'état de santé psychique (Weiss, 2003). Toutefois, le lien entre le niveau de formation et l'équilibre psychique garde sa validité si l'on prend en compte d'autres indicateurs sociodémographiques<sup>20</sup>.

Quelques spécificités cantonales liées à l'âge peuvent être évoquées. L'équilibre psychique est souvent moins bon dans les tranches d'âge où l'on fait face aux difficultés d'entrée sur le marché du travail (hommes) et où l'on mène de front vie professionnelle et tâches familiales (femmes). Ainsi, la proportion d'hommes et de femmes dont l'équilibre psychique est mauvais tend à diminuer à mesure que l'âge augmente. Cependant, les événements susceptibles d'entraîner un équilibre psychique défavorable selon l'âge se produisent, avec une intensité variable, en fonction de calendriers familiaux parfois différents. Ainsi, dans les cantons urbanisés et présentant une proportion élevée de personnes de confession protestante comme Genève, les mariages et l'arrivée du premier enfant sont plus tardifs (en 1996, les Genevoises étaient âgées en moyenne de 29,0 ans à la naissance de leur premier enfant, soit 1,7 an de plus que les Jurassiennes – OFS, 1997). De plus, les divorces ou séparations y sont les plus fréquents (toujours en 1996, l'indice de divortialité était de 49 divorces pour 100 couples dans le canton de Genève contre 31 dans celui du Jura). D'autres facteurs peuvent également être mentionnés pour expliquer les variations cantonales. Ils ont trait aux facteurs professionnels, en particulier à l'insécurité sur le marché du travail qui augmente en fonction de l'âge dans certains cantons latins. Ces facteurs pourraient expliquer une part de l'accroissement de la prévalence d'un mauvais équilibre psychique entre l'âge de 20 et 64 ans dans le canton de Genève.

Les différences significatives de l'équilibre psychique selon l'âge et le sexe s'observent presque exclusivement chez les jeunes personnes. Par rapport à la Suisse, la prévalence d'un mauvais équilibre psychique dans la tranche d'âge de 15 à 34 ans est significativement plus basse chez les Genevoises, les Valaisannes et les Genevois (voir tableau 3.3.2). Sans être significative – éventuellement en raison des effectifs restreints

Tableau 3.3.2: Proportion (%) de personnes déclarant un mauvais équilibre psychique selon le sexe et l'âge (2002)

	Hommes				Femmes			
	15–34 ans	35–49 ans	50–64 ans	65+ ans	15–34 ans	35–49 ans	50–64 ans	65+ ans
<b>Cantons romands</b>	19.2	21.6	14.9	8.7	22.7	24.8	18.4	14.0
Fribourg	23.7	16.9	7.9	4.3	21.2	19.1	20.7	17.9
Vaud	18.8	24.3	16.3	7.5	26.0	29.0	15.2	17.3
Valais	17.6	21.4	16.9	11.5	16.9	25.3	15.1	14.6
Neuchâtel	26.9	27.6	16.8	5.9	26.6	21.6	18.3	6.7
Genève	13.7	18.9	14.8	9.4	20.8	22.3	24.3	9.9
Jura	22.7	21.4	12.1	18.6	29.9	26.4	15.3	17.7
<b>Tessin</b>	19.8	24.7	17.4	12.4	27.1	27.1	15.8	16.6
<b>Suisse alémanique</b>	27.7	21.0	16.6	9.9	30.7	21.3	16.8	14.6
<b>Ensemble de la Suisse</b>	25.2	21.3	16.2	9.8	28.3	22.5	17.2	14.6

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n = 18 294

<sup>20</sup> A savoir le sexe, l'âge, le type de ménage, la nationalité ou la catégorie socioprofessionnelle.

à disposition –, elle est plus élevée chez les femmes de 15 à 24 ans dans le canton de Neuchâtel (41%) et chez les hommes de 25 à 34 ans dans le canton du Jura (39%).

Il convient encore d'examiner si l'équilibre psychique est lié à l'état de santé général, appréhendé par la question *Comment allez-vous en ce moment?* Un lien, bien que faible, s'observe chez les femmes: les cantons où la proportion de femmes déclarant un mauvais équilibre psychique est élevée sont en général ceux où les femmes mentionnent le plus souvent un mauvais état de santé général. Chez les hommes, la relation s'inverse. Dans le canton de Neuchâtel par exemple, l'état de santé général des hommes est bon (10% d'hommes en mauvaise santé), leur équilibre psychique plutôt mauvais (22%). Dans le canton de Genève, un mauvais état de santé général (13%) semble aller de pair avec un équilibre psychique plutôt favorable (15% d'hommes dont l'équilibre psychique est mauvais).

### 3.3.3 Opinion concernant la vie en général

En rapport avec les symptômes dépressifs, d'autres indicateurs font référence aux opinions sur la vie en général. L'indice de «conception positive de la vie» élaboré par l'OFS tient compte de plusieurs affirmations sur la vie auxquelles les personnes interrogées peuvent souscrire ou non (2003d). La proportion d'hommes déclarant une conception fortement positive de la vie est significativement moins élevée en Suisse romande (47%) qu'au Tessin (60%) ou en Suisse alémanique (63%). Il en va de même chez les femmes (respectivement 47%, 59% et 63%). Ces proportions sont inférieures à la moyenne suisse dans l'ensemble des cantons romands (tableau 3.3.3). Toutefois, elles sont les plus élevées dans les cantons bilingues du Valais et de Fribourg, ce qui suggère que des facteurs culturels ou linguistiques jouent un rôle.

Un examen séparé des affirmations de l'indice de «conception positive de la vie» révèle que le pessimisme est le plus prononcé chez les hommes en Suisse romande. Une seule affirmation, traduisant un certain fatalisme (*J'accepte ce que je ne peux pas changer dans ma vie*) est plus souvent retenue par les Tessinois que par les Romands. Pour les autres affirmations, les Tessinois se situent à mi-chemin entre l'optimisme alémanique et le pessimisme romand.

Tableau 3.3.3: Proportion (%) de personnes présentant une conception fortement positive de la vie selon le sexe (2002)

	Hommes	Femmes
<b>Cantons romands</b>	47.4	46.8
Fribourg	53.3	51.9
Vaud	44.4	46.7
Valais	50.8	52.1
Neuchâtel	47.2	36.6
Genève	47.1	45.5
Jura	43.1	42.6
<b>Tessin</b>	60.4	59.4
<b>Suisse alémanique</b>	63.2	62.6
<b>Ensemble de la Suisse</b>	59.4	58.5

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n = 19706

Chez les femmes, ce sont en particulier les perspectives d'avenir (*Mon avenir semble prometteur et Je suis satisfait/e de la façon dont mes projets se réalisent dans ma vie*) et la comparaison à autrui (*J'aime plus la vie que la plupart des gens*) qui sont perçues moins favorablement. En revanche, les opinions sur la vie au moment présent (*Je suis heureux/heureuse de vivre, Ma vie me paraît avoir un sens et Ma vie se passe comme il faut*) sont similaires selon les régions.

### 3.3.4 Sentiment de maîtrise de la vie

Le concept de sentiment de contrôle ou de maîtrise de la vie est corrélé à l'état de santé et présente une forte capacité prédictive à long terme. Les personnes dont le sentiment de maîtrise de la vie est élevé affichent en effet une meilleure santé, une plus grande satisfaction de vie et moins de symptômes dépressifs que celles qui ont un faible sentiment de maîtrise (Pearlin et al, 1981).

En Suisse, 22% des femmes et 20% des hommes déclarent un faible sentiment de maîtrise de la vie en 2002 contre respectivement 30% et 25% en 1997. Ces proportions sont significativement plus élevées dans les cantons romands (26% et 25%) et au Tessin (32% et 31%). Les disparités s'accroissent au sein des cantons latins: plus de 30% des hommes évoquent un faible sentiment de maîtrise de la vie dans les cantons de Neuchâtel, du Jura et du Tessin<sup>21</sup>, alors qu'on en compte 17% dans le canton du Valais<sup>22</sup>. Le Tessin et le Jura comptent une proportion élevée de femmes ayant un faible sentiment de maîtrise de la vie (30%), qui est significativement supérieure à la moyenne suisse et aux valeurs observées dans les cantons de Fribourg (22%) et de Vaud (24%). Le sentiment de maîtrise de la vie est l'indicateur de santé psychique qui présente les disparités les plus marquées selon les cantons et le seul indicateur pour lequel ces différences étaient importantes en 1997 déjà (OFS, 2000).

L'amélioration du sentiment de maîtrise de la vie à mesure que l'âge augmente est décrite dans de nombreuses études (voir par exemple Fiske, 1993). Quelle que soit la région linguistique, le sentiment de maîtrise augmente dès que les obligations professionnelles diminuent (graphique 3.3.4). Comme pour les indicateurs précédents, les différences cantonales s'observent d'abord chez les jeunes et diminuent après l'âge de 50 ans.

La proportion de personnes faisant état d'un faible sentiment de maîtrise de la vie est élevée dans les cantons du Tessin (hommes de 15 à 34 ans: 32%; hommes de 35 à 49 ans: 34%; femmes de 35 à 49 ans: 36%) et de Neuchâtel (hommes de 15 à 34 ans: 41%; hommes de 35 à 49 ans: 37%; femmes de 15 à 34 ans: 39%)<sup>23</sup>.

Quel que soit l'âge, les femmes présentent un sentiment de maîtrise de la vie plus faible que les hommes. Ce résultat s'observe dans toutes les régions. Il rappelle la perception souvent moins favorable de la santé chez les femmes que chez les hommes (voir section 3.1).

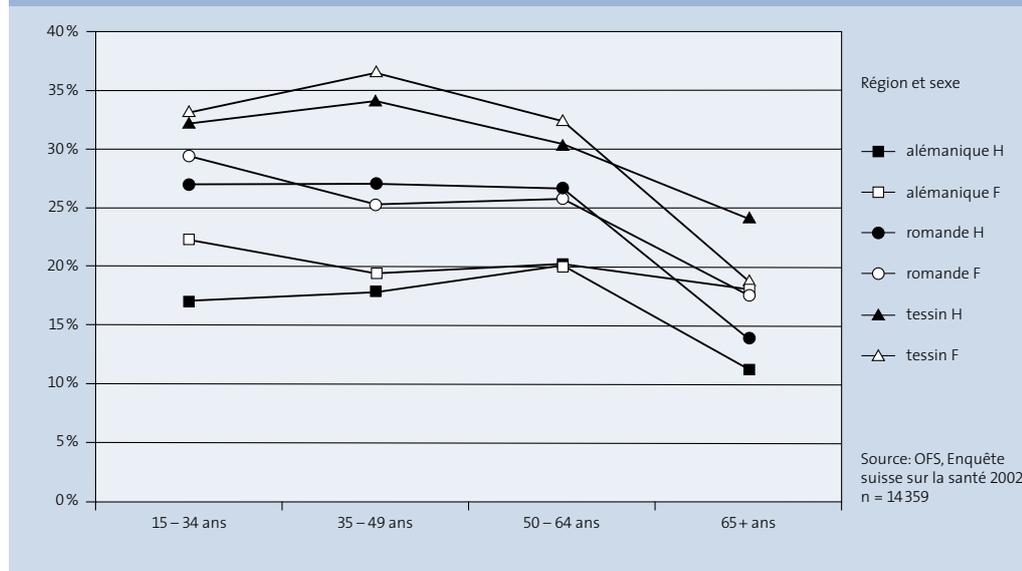
Les résultats obtenus ici s'accordent avec ceux de 1997, les hommes et les groupes les plus âgés jouissant alors déjà d'un meilleur sentiment de maîtrise de la vie. En outre les différences régionales du sentiment de maîtrise persistent, alors qu'elles diminuent pour d'autres indicateurs de la santé psychique.

<sup>21</sup> Proportions significativement supérieures à la moyenne suisse.

<sup>22</sup> Proportion non significativement inférieure à la moyenne suisse.

<sup>23</sup> Proportions significativement supérieures à la moyenne suisse.

**Graphique 3.3.4: Proportion de personnes ayant un faible sentiment de maîtrise de la vie selon le sexe et l'âge (2002)**



### 3.3.5 Prévalence du sentiment de solitude

Le sentiment de solitude est ressenti dans des situations de vulnérabilité, qu'il s'agisse de la présence de troubles sensoriels (atteintes de la vision ou de l'audition), du chômage ou de changements significatifs de la vie (veuvage ou décès d'un proche). Le milieu urbain est également un facteur d'isolement. Les comportements y sont plus individualisés, cependant que la protection de l'indépendance et du privé est valorisée au détriment des réseaux sociaux tels qu'ils existent en milieu rural. Dès lors, le sentiment de solitude constitue une dimension intéressante de la santé psychique, en particulier chez les personnes âgées (Rosenthal, 2004).

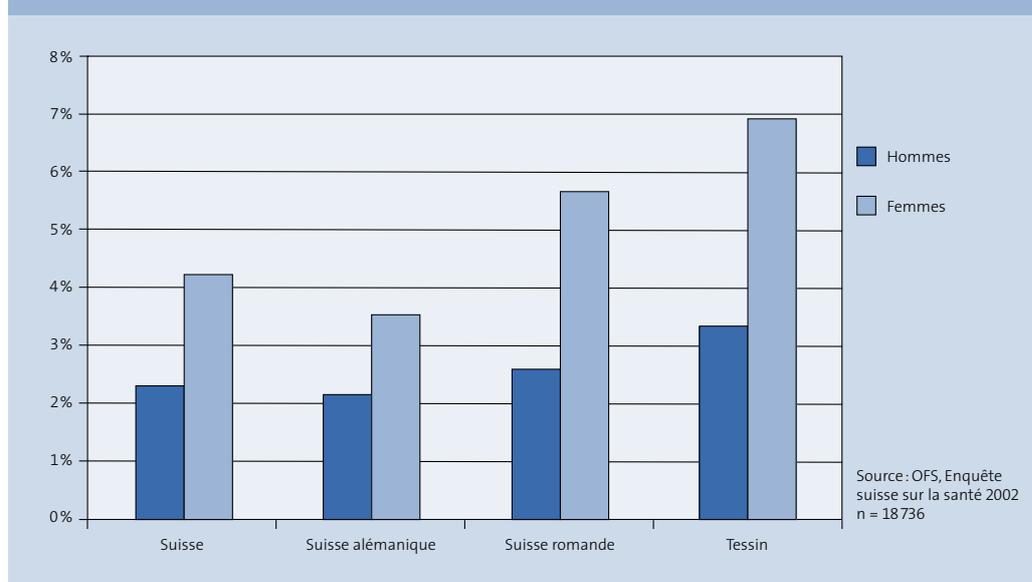
En Suisse, une minorité de la population déclare se sentir seule. Le sentiment de solitude, concernant 2% des hommes et 4% des femmes, semble être quelque peu moins fréquent qu'en 1997. Certaines variations selon l'âge et le sexe apparaissent autant au plan suisse qu'à l'échelle des régions et des cantons latins. Les femmes, surtout lorsqu'elles sont âgées, sont en effet plus nombreuses à se sentir seules.

Le sentiment de solitude est plus répandu en Suisse romande et au Tessin qu'en Suisse alémanique (graphique 3.3.5). Des écarts significatifs sont présents chez les femmes âgées de 50 à 64 ans (Tessin 11%, Suisse romande 6% et Suisse alémanique 4%) et celles de 65 ans ou plus (respectivement 8%, 10% et 5%).

Dans le canton de Genève, la proportion de femmes de 35 à 49 ans exprimant un sentiment de solitude est élevée (9%). Il en va de même des Tessinoises âgées de 50 à 64 ans (11%). Sans être cette fois significative, la proportion de femmes se sentant seules est aussi élevée chez les Valaisannes de 65 ans ou plus.

Le sentiment de solitude peut s'accompagner de regrets concernant l'absence de ressources sociales. Les informations disponibles à ce sujet sont cependant difficiles à interpréter en raison du faible effectif des personnes déclarant se sentir seules. On retiendra simplement que, pour l'ensemble de la Suisse, 30% des hommes et 47% des femmes se sentant seuls regrettent de ne pas avoir de ressources sociales. En Suisse romande, les femmes sont même plus de la moitié à exprimer ce regret (56%).

Graphique 3.3.5: Proportion de personnes déclarant se sentir seules selon le sexe (2002)



### 3.3.6 Prévalence de troubles du sommeil

Dernier indicateur de l'état de santé psychique examiné, les troubles du sommeil peuvent être passagers aussi bien que chroniques. Les troubles chroniques du sommeil sont connus pour déclencher des maladies sous-jacentes graves, le sommeil étant à la fois une condition d'un bon état de santé et un révélateur de problèmes psychiques. Pour cette raison, ils représentent un indicateur de la santé psychique fréquemment utilisé dans les enquêtes de santé (Hupkens, 1997).

Plus d'une personne sur cinq déclare des problèmes de sommeil en Suisse. Cette proportion varie selon l'âge et le sexe entre 23% et 53% (tableau 3.3.6a). Les personnes âgées de 65 ans ou plus sont les plus touchées par les troubles du sommeil, 35% des hommes et 53% des femmes en étant affectés. Les taux sont proches en Suisse romande (36% et 49%) et dans le canton du Tessin (38% et 54%).

Tableau 3.3.6a: Proportion (%) de personnes déclarant des troubles du sommeil durant les quatre dernières semaines selon le sexe et l'âge (2002)

	Hommes				Femmes			
	15–34 ans	35–49 ans	50–64 ans	65+ ans	15–34 ans	35–49 ans	50–64 ans	65+ ans
<b>Cantons romands</b>	31.6	33.4	30.8	36.3	37.8	35.5	45.4	51.2
Fribourg	24.8	33.5	26.8	35.8	34.0	31.6	40.9	57.0
Vaud	34.9	31.7	27.6	31.2	35.5	36.8	43.7	47.8
Valais	29.5	34.1	35.3	40.1	33.7	33.6	53.0	56.4
Neuchâtel	38.5	31.7	32.6	46.9	40.3	48.9	41.2	52.9
Genève	28.1	32.7	34.1	38.3	45.4	33.1	47.5	47.6
Jura	37.8	49.1	34.2	36.4	29.6	34.4	49.3	60.2
<b>Tessin</b>	27.0	30.7	34.0	38.2	26.9	36.1	50.1	54.0
<b>Suisse alémanique</b>	19.7	24.5	29.4	34.3	24.9	29.3	44.7	52.9
<b>Ensemble de la Suisse</b>	22.9	26.8	29.9	35.0	28.5	31.2	45.1	52.6

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n = 19 690.

Si les troubles du sommeil concernent une proportion similaire de l'ensemble de la population de chacun des cantons latins, des différences se font jour chez les jeunes personnes surtout. Ainsi, les hommes vaudois (35%), neuchâtelois (38%) et juras-siens (38%) âgés de 15 à 34 ans souffrent significativement plus souvent de troubles du sommeil en comparaison avec la Suisse. Dans le canton de Genève, les femmes de 15 à 34 ans sont concernées par de tels troubles au même titre que celles de 65 ans ou plus (45%). Les Neuchâteloises dans les tranches d'âge de 15 à 34 ans (40%) et de 35 à 49 ans (49%) sont aussi significativement plus touchées. Dans le canton de Genève, le bruit pourrait en partie expliquer les troubles du sommeil.

Dans les autres cantons latins, le schéma classique d'une augmentation des troubles du sommeil selon l'âge se vérifie. L'association entre l'âge et la prévalence des troubles du sommeil est plus forte chez les femmes que chez les hommes.

L'interprétation des troubles du sommeil chez les personnes de 65 ans ou plus – les plus concernées – n'est pas aisée en raison des faibles effectifs qui doivent être regroupés en une seule catégorie. Des catégories plus fines permettraient de tenir compte de la morbidité, qui augmente dans cette tranche d'âge, et des variations de la consommation de somnifères.

Parmi les indicateurs de santé psychique examinés, la prévalence de troubles du sommeil est la seule à croître selon l'âge, les autres prévalences diminuant au contraire. Cependant, les cas de dépression, mais aussi de suicide, augmentent selon l'âge (WHO, 1999). Dès lors, les troubles du sommeil pourraient y être liés. Pour le vérifier, une analyse croisée avec d'autres symptômes dépressifs est utile. Elle montre d'une part que les personnes ne déclarant pas de troubles du sommeil présentent relativement peu de troubles psychiques légers (sentiment de solitude, état dépressif ou tension). D'autre part, les personnes déclarant des troubles du sommeil présentent dans les cantons romands deux fois plus souvent des troubles psychiques (21% des hommes et 22% des femmes – tableau 3.3.6b). Les troubles du sommeil pourraient ainsi être des indicateurs d'états naissants de dépression.

**Tableau 3.3.6b: Proportion (%) de personnes déclarant différents troubles psychiques selon le sexe et le statut de sommeil (2002)**

	Hommes			Femmes		
	Suisse alémanique	Suisse romande	Tessin	Suisse alémanique	Suisse romande	Tessin
<b>Ne souffre pas de troubles du sommeil</b>						
Se sent seul/e	1.4	1.6	(2.7)	1.9	3.0	(5.3)
Se sent déprimé/e ou de mauvaise humeur	4.3	2.5	(4.6)	5.0	3.5	6.3
Se sent tendu/e, irritable ou nerveux/se	8.3	7.6	9.0	8.6	7.3	10.7
Déclare au moins un des trois troubles	10.9	8.5	11.2	11.5	8.9	13.4
<b>Souffre de troubles du sommeil</b>						
Se sent seul/e	4.3	4.5	(4.6)	6.3	9.5	9.2
Se sent déprimé/e ou de mauvaise humeur	8.4	9.8	(8.9)	10.6	12.8	11.9
Se sent tendu/e, irritable ou nerveux/se	15.5	17.9	(14.8)	14.2	16.8	14.0
Déclare au moins un des trois troubles	19.6	21.0	17.2	19.2	21.7	18.2

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n = 18 622

Une autre difficulté d'analyse concerne l'état de co-morbidité chez les personnes âgées souffrant de troubles psychiques. Les études nationales sur les personnes âgées ont montré que la consommation de médicaments augmente considérablement selon l'âge. L'enquête à domicile EIGER, conduite dans le canton de Berne, montre que 23% des hommes et 17% des femmes de 75 ans ou plus consomment plus de cinq médicaments différents (Stuck et al., 1995). Or, les effets biochimiques négatifs des croisements de médicaments sont associés à une série de problèmes, dont la perte de sommeil (Stuckelberger, 1999).

Finalement, les troubles du sommeil et la consommation de somnifères ne sont pas liés à l'échelle des cantons latins (tableau 3.3.6c). Les Jurassiens, déclarant fréquemment des troubles du sommeil, sont ainsi de faibles consommateurs de somnifères. Les Fribourgeois sont, pour leur part, peu concernés par les troubles du sommeil et l'usage de somnifères. Chez les femmes, consommant plus souvent des somnifères que les hommes, le lien ne se vérifie pas non plus.

**Tableau 3.3.6c: Proportion (%) de personnes déclarant des troubles du sommeil et proportion de personnes consommant au moins une fois par semaine des somnifères selon le sexe (2002)**

	Troubles du sommeil		Somnifères	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
<b>Cantons romands</b>	32.7	41.2	3.7	7.1
Fribourg	29.3	38.2	(1.2)	4.8
Vaud	31.8	40.1	(3.9)	7.6
Valais	33.6	41.2	(4.1)	7.4
Neuchâtel	36.9	45.4	(3.5)	7.3
Genève	32.5	42.9	(4.8)	7.2
Jura	40.9	40.2	(0.2)	7.6
<b>Tessin</b>	32.0	40.5	5.3	7.5
<b>Suisse alémanique</b>	25.6	36.6	2.2	4.7
<b>Ensemble de la Suisse</b>	27.5	38.0	2.7	5.4

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n = 19 697

### 3.3.7 Synthèse santé psychique

Ce sous-chapitre comporte différents résultats intéressants. Le premier concerne une meilleure santé psychique déclarée en 2002 qu'en 1997. Cette amélioration s'observe dans les trois régions linguistiques. Elle contraste avec l'augmentation des traitements psychiatriques et des rentes AI attribuées pour des motifs psychiques (Rüesch et Manzoni, 2003).

Deux explications peuvent être envisagées pour cette divergence. La première a trait à la consommation de nouveaux anti-dépresseurs efficaces, prescrits parfois par le médecin généraliste pour de courtes périodes. Cette hypothèse doit encore être examinée, aucune donnée n'étant disponible à l'heure actuelle sur la consommation d'anti-dépresseurs récemment mis sur le marché. La seconde explication concerne les personnes présentant les situations les plus précaires, qui sont susceptibles d'être sous-représentées dans l'ESS. Il est envisageable, bien que cela doive être vérifié, que l'accroissement des traitements psychiatriques et du nombre de rentes AI pour motifs psychiques concerne une population qui échappe aux enquêtes de santé.

La Suisse romande et le Tessin présentent une situation moins favorable que la Suisse alémanique. Les différences régionales observées en 1997 se sont toutefois atténuées et ne concernent désormais plus l'ensemble des indicateurs de la santé psychique examinés, mais uniquement le sentiment de maîtrise de la vie, le sentiment de solitude chez les femmes et les troubles du sommeil. Il n'en reste pas moins vrai que la santé psychique en Suisse latine comporte des aspects plus préoccupants tel un faible sentiment de maîtrise de la vie. Ce résultat pourrait en partie refléter des différences socioculturelles.

Au-delà de ces différences entre régions linguistiques, ce sont surtout les disparités au sein de la Suisse latine qui doivent être relevées. L'hétérogénéité du niveau de santé psychique peut être mise en relation avec la structure sociodémographique des cantons, en particulier les caractéristiques familiales (structure des ménages, proportion de personnes vivant seules) et les spécificités socioéconomiques (taux de chômage, taux d'activité). Cependant, d'autres facteurs, distincts des effets structurels, jouent un rôle. Ainsi, certains groupes de jeunes personnes, surtout dans les cantons de Neuchâtel et du Tessin, ont un profil atypique selon différents indicateurs. Bien que ces résultats doivent être considérés avec prudence en raison des effectifs disponibles, ils semblent indiquer l'existence de populations «à risque» qui mériteraient une attention particulière au cours des années à venir. Des études approfondies de la population des jeunes adultes et de son contexte socioculturel potentiellement pathogène pourraient confirmer les résultats observés. Ces derniers sont d'ailleurs cohérents avec ceux de l'enquête SMASH, qui montre un accroissement des problèmes dans le domaine de la santé psychique chez les adolescents (Narring et al., 2003).

Les hommes et les femmes se différencient selon l'ensemble des indicateurs examinés. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à mentionner une mauvaise santé psychique, un faible sentiment de maîtrise de la vie, des troubles du sommeil, un sentiment de solitude et, dans ce dernier cas, également un manque de ressources sociales. Ces résultats sont en accord avec la recherche sur la santé psychique, selon laquelle la prévalence des troubles psychiques est plus élevée chez les femmes, bien que les hommes soient plus exposés au risque de suicide (WHO, 1999).

### 3.3.8 Points forts santé psychique

- La santé psychique autodéclarée est meilleure en 2002 qu'en 1997 dans tous les cantons latins; les disparités régionales observées en 1997 se sont atténuées.
- L'amélioration la plus marquée de la santé psychique autodéclarée a eu lieu dans le canton du Tessin.
- La majorité des indicateurs examinés montrent que la santé psychique est meilleure chez les personnes âgées que chez les jeunes. Les jeunes Neuchâtelois et, en partie, Tessinois, dont la santé psychique est moins bonne que celle de leurs pairs d'autres cantons latins, semblent en particulier compter des groupes à risque.
- Les troubles du sommeil paraissent préoccupants chez les Neuchâtelois et les Genevoises âgés de 15 à 34 ans, dont environ un quart déclare de tels troubles. Compte tenu de l'importance du lien entre sommeil et santé psychique, ces résultats mériteraient une investigation complémentaire.
- Comparées aux hommes, les femmes présentent une prévalence accrue de troubles psychiques.

Indicateurs de la santé psychique									
	Suisse	Fribourg	Vaud	Valais	Neuchâtel	Genève	Jura	Tessin	
<b>Personnes souffrant d'au moins un problème de santé psychique léger</b> (%, n = 18 294, questions t27.01, t27.02, t27.03, t27.08, t29.01 et t29.04)									
Hommes	27.8	23.1	25.7	25.5	24.4	21.8	29.4	26.4	
Femmes	33.0	30.4	29.6	30.2	30.4	31.1	30.4	34.1	
<b>Personnes présentant les signes d'un mauvais équilibre psychique</b> (%, n = 18 294, questions t27.01, t27.02, t27.03 et t27.08)									
Hommes	19.8	16.7	18.4	17.5	22.4	14.9	19.6	19.3	
Femmes	21.5	20.0	22.6	18.7	19.2	20.3	23.9	22.4	
<b>Personnes déclarant un faible sentiment de maîtrise de la vie</b> (%, n = 14 359, question s2)									
Hommes	19.6	27.2	24.6	17.3	35.3	24.7	30.1	31.1	
Femmes	22.1	21.9	24.1	26.3	28.0	28.1	31.6	31.6	
<b>Personnes déclarant se sentir seules</b> (%, n = 18 736, question t25.00)									
Hommes	2.3	(2.6)	(2.6)	(3.0)	(2.1)	(2.6)	(3.0)	(3.4)	
Femmes	4.2	5.1	(4.9)	5.1	(7.1)	6.9	(5.4)	6.9	
<b>Personnes déclarant des troubles du sommeil</b> (%, n = 19 690, question t29.04)									
Hommes	27.5	29.3	31.8	33.6	36.9	32.5	40.9	32.0	
Femmes	38.0	38.2	40.1	41.2	45.4	42.9	40.2	40.5	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002

## 4. Indicateurs sociosanitaires: recours aux services de santé

*Brigitte Santos-Eggimann, Nicole Chavaz Cirilli et Julien Junod*

### 4.0 Résumé

Au cours des douze mois qui ont précédé l'enquête, trois personnes sur quatre ont consulté au moins une fois un médecin. Malgré les variations géographiques de la densité médicale, cette proportion est la même dans les trois régions linguistiques et dans les cantons latins. Elle n'a pas changé au cours des dix dernières années. Alors que, chez les jeunes adultes, les hommes déclarent moins souvent avoir consulté que les femmes, les deux sexes présentent une même fréquence de recours chez les personnes âgées de 65 ans ou plus. En Suisse romande et au Tessin, la proportion de personnes qui indiquent avoir un médecin de famille est la plus basse dans les cantons de Genève, de Vaud et de Fribourg. Les femmes tessinoises indiquent le moins souvent avoir consulté un gynécologue durant l'année écoulée, tandis que la proportion la plus élevée s'observe chez les Genevoises. En outre, alors que la distribution du nombre de visites médicales ne varie ni selon les régions ni selon les cantons latins chez les hommes, elle diffère chez les femmes. A nouveau, les Tessinoises mentionnent le nombre de consultations le plus bas.

En Suisse, une personne sur cinq a recouru durant les douze mois précédant l'enquête aux médecines parallèles recensées dans l'ESS; cette proportion s'applique également aux cantons latins, qui ne se distinguent pas les uns des autres. De plus, 7% des Romands et 4% des Tessinois ont consulté un chiropraticien. Les adeptes des médecines parallèles mentionnent un nombre plus élevé de consultations médicales, et ce même si l'on prend en considération la structure d'âge et l'état de santé subjectif. En revanche, le taux d'hospitalisation est indépendant du recours aux médecines parallèles. Autant dans les régions que dans les cantons latins, 12% de la population a connu au moins une hospitalisation durant les douze derniers mois.

Un quart des hommes et un tiers des femmes ont consommé des médicaments au cours des sept jours précédant l'enquête. La consommation est plus élevée en Suisse romande qu'en Suisse alémanique pour les deux sexes. Elle ne varie pas selon cantons romands.

L'âge est associé au contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire. La prise de la tension artérielle et les contrôles du cholestérol ou du glucose sanguin sont moins fréquents chez les jeunes adultes. Chez ces derniers, la tension artérielle est plus souvent mesurée chez les femmes, et ce en dépit du risque particulier qui caractérise les hommes.

La proportion de femmes de 50 à 69 ans, cible des programmes de dépistage mis en place dans les cantons de Genève, du Valais et de Vaud, qui ont bénéficié d'une mammographie est élevée dans ces cantons et suggère un couverture pratiquement complète dans cette catégorie d'âge. Les autres cantons romands présentent des taux quelque peu inférieurs, tandis que le Tessin se situe nettement en retrait. Un peu moins d'une femme sur deux âgée de 20 ans ou plus mentionne un dépistage du cancer du col utérin durant les douze derniers mois dans les cantons latins. Le recours à cet examen dépend de l'âge, sa fréquence baissant fortement à l'âge de 65 ans ou plus. Il est davantage le fait de femmes dont le niveau de formation est élevé. Dans la tranche d'âge de 40 à 69 ans, moins d'un homme sur quatre déclare avoir subi un dépistage du cancer de la prostate au cours des douze derniers mois. Quant à la protection solaire, son usage est très répandu dans la population féminine, mais moins souvent relevé par les hommes en Suisse romande et, surtout, au Tessin.

Enfin, bien que la vaccination contre la grippe soit plus fréquente en 2002 qu'en 1997, elle n'est mentionnée que par la moitié des personnes âgées de 65 ans ou plus dans les cantons latins. L'âge n'influence pas le recours au vaccin chez les femmes. En revanche, la proportion d'hommes vaccinés augmente en fonction de l'âge. Deux tiers des hommes de 75 ans ou plus déclarent avoir été vaccinés durant l'année écoulée.

La relation entre la santé et le recours aux services de santé est complexe dans la mesure où ces deux domaines peuvent s'influencer mutuellement. Une population en mauvaise santé disposant d'un système de soins efficace utilisera – pour de bonnes raisons – intensivement les services à disposition. Dès lors, le recours aux soins traduira la fréquence de certains problèmes de santé. Par ailleurs, en cas de maladie ou d'accident, un libre accès à des soins efficaces permettra le retour à un meilleur état de santé.

En pratique cependant, de nombreux facteurs agissent sur cette relation. Les services de santé disponibles sont parfois d'une efficacité contestée, leur usage n'est pas systématiquement guidé par le besoin de soins et les personnes qui gagneraient à en bénéficier en raison de leur état de santé n'y accèdent pas toujours sans difficulté. Des éventuelles barrières rencontrées, certaines sont triviales, comme l'insuffisance de l'offre locale ou encore le coût des prestations. D'autres le sont moins, comme le manque de connaissances relatives à la santé, aux facteurs de risque et aux manifestations de la maladie ou des aspects culturels et sociaux venant moduler la perception de ce qu'est un état de santé problématique ou un soin acceptable.

Dans ce chapitre, une première partie est consacrée à un bref aperçu de l'offre sanitaire des régions et des cantons (4.1), établi à partir d'informations issues d'autres sources que l'ESS. Le recours aux services de santé est ensuite étudié sur la base des données de cette enquête selon de multiples aspects: les consultations médicales ambulatoires (4.2) et de médecines parallèles (4.3), la consommation de médicaments (4.4), les prestations de dépistage et de prévention (4.5), les hospitalisations (4.6), les opérations subies (4.7) et les aides et soins à domicile (4.8). Une dernière section est consacrée à l'assurance-maladie (4.9).

## 4.1 Offre sanitaire des régions et des cantons

L'organisation et la disponibilité des services de santé sont des facteurs déterminants quant au recours aux soins. En Suisse, la responsabilité de l'organisation des services de santé incombe essentiellement aux cantons, qui décident du nombre et de la configuration de leurs structures sanitaires en fonction de leurs besoins. Cette situation est susceptible de générer des disparités entre les cantons quant à l'accès aux soins aigus et chroniques dispensés au domicile, ambulatoirement ou en milieu hospitalier.

Les statistiques nationales permettant de comparer les activités de soins et les dotations cantonales ou régionales en ressources sanitaires sont pour la plupart récentes et leur interprétation doit rester prudente en raison des problèmes posés par la variété des définitions locales relatives aux services de santé et à leurs prestations. Ces problèmes ne sont actuellement pas tous résolus et la validité de sources de données telle la statistique médicale des hôpitaux reste incomplètement documentée.

C'est à la lumière des ressources disponibles dans les secteurs de la médecine ambulatoire, des soins hospitaliers et de l'aide aux personnes chroniquement dépendantes que le niveau de recours de la population de chaque canton peut être interprété. Cette introduction, sans être une analyse approfondie de l'offre sanitaire des cantons, présente quelques indicateurs des dotations locales. Cependant, il convient de garder à l'esprit que d'autres facteurs – culturels, économiques ou sociaux – sont susceptibles d'influencer l'utilisation des services de santé.

Les principaux indicateurs de dotation et de recours produits par les statistiques des Offices fédéraux et de la Fédération des médecins suisses sont résumés dans un tableau synoptique figurant en fin de section 4.1 et commentés ci-après.

#### 4.1.1 Dotation en ressources ambulatoires

##### Médecins en pratique privée

La densité médicale varie fortement selon les régions linguistiques et les cantons. La Suisse romande connaît une densité de médecins installés en pratique privée<sup>24</sup> nettement plus élevée (231 médecins pour 100 000 habitants en 2001) que la Suisse alémanique (184) ou le Tessin (191). Dans les cantons romands, cette densité présente également de fortes différences. En termes relatifs, le canton de Genève est ainsi doté de plus du double de médecins (330) que les cantons de Fribourg (143) ou du Jura (145). Dans tous les cantons latins, mais également en Suisse alémanique, la densité médicale a augmenté de 1992 à 2001 (voir Annuaire statistique de la Suisse de 1995 à 2003).

Non seulement la densité, mais également la structure de la démographie médicale diffère selon les cantons et les régions, bien que la densité de médecins généralistes<sup>25</sup> soit relativement homogène (graphique 4.1.1a). Elle varie, en 2001, entre 50 (Fribourg) et 79 (Vaud) médecins généralistes pour 100 000 habitants; Genève (69) se situe à cet égard dans la moyenne des cantons latins (70), qui est elle-même proche de la moyenne suisse (67) (OFS, 2003a).

Par contraste, la densité de médecins non généralistes est très hétérogène. Elle est trois fois plus élevée à Genève (260 médecins non généralistes pour 100 000 habitants) que dans le Jura (86). Il faut encore remarquer qu'un large écart sépare les cantons de Genève et de Vaud, ce dernier occupant le deuxième rang des cantons latins avec 163 médecins non généralistes pour 100 000 habitants.

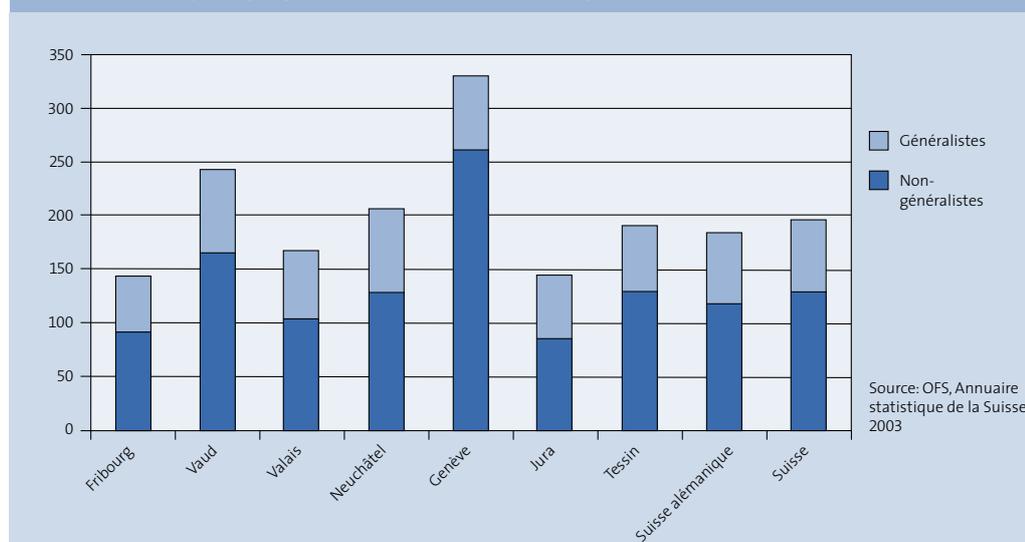
Il résulte de ces disparités que le ratio entre médecins non généralistes et médecins généralistes varie sensiblement au plan géographique. Ce ratio s'élève à 2,3 pour les cantons romands, alors qu'il s'établit à 1,8 en Suisse alémanique. Il est particulièrement élevé dans le canton de Genève, mais relativement uniforme parmi les autres cantons étudiés. Le canton du Jura se caractérise cependant par une valeur basse (1,4), nettement inférieure à celle de la Suisse (1,9). Enfin, ce ratio a connu dans le canton de Genève une régression marquée entre 1992 et 2001, passant de 4,5 à 3,8.

Les deux cantons – Vaud et Genève – qui connaissent à la fois la plus forte densité médicale et le ratio le plus élevé entre médecins non généralistes et médecins généralistes comprennent chacun un centre urbain de plus de 200 000 habitants. Ces cantons disposent d'une faculté de médecine et d'un hôpital universitaire fonctionnant comme centre de référence au niveau régional tant pour le traitement des patients que pour la formation des médecins. En outre, ces deux cantons accueillent un nombre considérable de travailleurs frontaliers, dont on peut supposer qu'ils recourent également aux prestations disponibles à proximité de leur lieu de travail. Or, les frontaliers ne figurent pas dans la statistique de la population résidente. En conséquence, la densité médicale de cantons tels que Vaud ou Genève peut donner

<sup>24</sup> La densité médicale indiquée ici est définie par le nombre de médecins en pratique privée en 2001 (OFS, Annuaire statistique de la Suisse 2003, tableau T14.2.2.2) rapporté à la population résidente en Suisse à mi-août 2001. Le nombre de médecins a été communiqué à l'OFS par la FMH qui définit comme médecins en pratique privée «les médecins exerçant une activité en pratique privée sous une forme quelconque, à savoir des médecins traitant des patients sous leur propre responsabilité, ainsi que des médecins exerçant une activité en milieu hospitalier, dont les honoraires proviennent entièrement ou partiellement d'une clientèle privée».

<sup>25</sup> Selon les renseignements de l'OFS, le nombre de médecins généralistes a été transmis par la FMH comme correspondant aux médecins porteurs d'un titre FMH en médecine générale ou sans titre FMH (voir tableau T14.2.2.2). Il faut en déduire que les médecins spécialisés en médecine interne (ou d'autres disciplines) sont exclus du nombre des généralistes, bien que leur pratique puisse relever pour certains d'entre eux avant tout de la médecine générale. Ils sont donc classés ici comme médecins non généralistes.

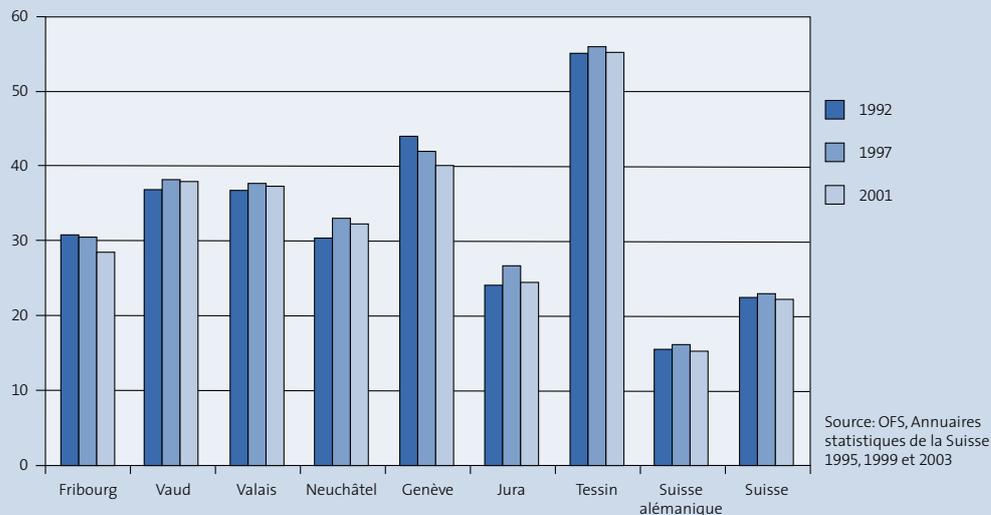
**Graphique 4.1.1a: Densité de médecins généralistes et de médecins non généralistes installés en pratique privée (nombre de médecins par 100 000 habitants, 2001)**



un reflet biaisé de la disponibilité réelle des ressources pour la population résidente. Il convient aussi de relever que les statistiques mentionnées ne tiennent pas compte du taux d'activité des médecins, vraisemblablement influencé par le sexe, la pratique d'une activité professionnelle à temps partiel étant en général plus fréquente dans la population féminine. Or, la structure démographique du corps médical varie au sein des cantons latins, les cantons de Genève et de Vaud se caractérisant par la plus grande proportion de femmes parmi les médecins en pratique privée recensés par la Fédération des médecins suisses en 2002 (respectivement 31% et 26%). A l'opposé, le canton du Jura ne compte que 16% de femmes dans son corps médical en pratique privée et celui du Valais 17% (FMH, 2004).

### Pharmacies

La dotation en pharmacies – à l'exclusion des pharmacies d'hôpitaux – est fort élevée dans le canton du Tessin (55 pharmacies pour 100 000 habitants en 2001), basse (16) en Suisse alémanique et intermédiaire (36) en Suisse romande (graphique 4.1.1b) (OFS, 2003a). Il faut cependant rappeler que dans la plupart des cantons alémaniques, la distribution de médicaments passe également par les médecins (propharmacie). De même, ce mode de faire est en partie présent dans les cantons de Fribourg, du Jura et du Valais. En revanche, les médecins des autres cantons latins sont essentiellement prescripteurs et non dispensateurs de médicaments. Au plan suisse, la densité de pharmacies dans les cantons pratiquant la propharmacie est de 10 pour 100 000 habitants, alors qu'elle s'élève à 27 pour 100 000 habitants dans ceux qui ne l'ont pas adoptée ou alors de manière limitée seulement (Société suisse de pharmacie, 2004). Dans les cantons romands, la plus forte densité est relevée à Genève (40), mais les chiffres vaudois (37) et valaisans (38) sont proches.

**Graphique 4.1.1b: Densité de pharmacies (sans pharmacies d'hôpitaux, nombre de pharmacies par 100 000 habitants, 1992, 1997 et 2002)**

#### 4.1.2 Dotation en ressources hospitalières

Les différences interrégionales ou intercantionales en matière de dotation hospitalière sont nettement moins prononcées que celles qui s'observent dans le secteur ambulatoire. Au niveau des régions, la statistique des établissements hospitaliers 2002 (OFS, 2002) met en évidence une dotation globale en lits d'hospitalisation (hôpitaux de soins généraux et cliniques spécialisées selon la typologie de l'OFS)<sup>26</sup> similaire en Suisse romande (6,0 lits pour 1000 habitants) et en Suisse alémanique (5,8). Le Tessin se démarque de la moyenne Suisse par une dotation plus élevée (7,1). Dans les cantons romands, elle est la plus haute à Genève (6,8 lits); elle n'est inférieure à 6 lits pour 1000 habitants que dans les cantons de Fribourg (4,2) et du Valais (5,5).

Ces chiffres de dotation doivent être interprétés avec prudence car certains établissements, bien qu'ils aient une vocation intercantonale, voient leurs lits attribués à un seul canton. Ainsi, les lits des hôpitaux du Chablais (Vaud et Valais) et d'Estavayer-le-Lac (Vaud et Fribourg) sont comptabilisés dans le canton de Vaud. Par ailleurs, le taux de lits de cliniques spécialisées du canton du Valais prend en considération la présence de la clinique de réadaptation de la SUVA. En outre, il est possible qu'une certaine confusion dans la classification des lits et des séjours (soins généraux versus soins chroniques) entraîne une imprécision dans les estimations cantonales.

L'hospitalisation des patients a en général lieu dans leur canton de domicile. Cependant, certains équipements (hôpitaux universitaires ou spécialisés) n'étant disponibles que dans un nombre limité de cantons, les patients peuvent être appelés à se déplacer dans un autre canton. La mesure du recours aux soins hospitaliers doit ainsi prendre en considération l'ensemble des hospitalisations de la population d'un canton quel que soit le lieu de l'hôpital fréquenté en Suisse. Le nombre de jours d'hospitalisation de la population d'une région<sup>27</sup> rapporté à la population de cette même région est similaire en Suisse romande, où l'on compte 1896 jours d'hospitalisation pour 1000 habitants en 2002, et en Suisse alémanique (1811). En revanche, les Tessinois font un usage plus marqué de l'hôpital (2223). Cette valeur est proche de celles des cantons de Genève (2208) et du Jura (2166). Le canton de Fribourg se caractérise par un recours moindre (1629), les autres cantons romands

<sup>26</sup> Nombre de lits en 2002, selon le tableau standard D1, rapporté à la population résidente à la mi-2002 selon le tableau standard K2.

<sup>27</sup> Selon le tableau standard H3.

se situant tous entre 1769 et 1993 jours d'hospitalisation pour 1000 habitants. La valeur relativement basse caractérisant le canton de Fribourg reflète un plus faible recours aux cliniques spécialisées. Toutefois, ce canton se place également en fin de liste des cantons étudiés en ce qui concerne les journées en hôpital de soins généraux.

A nouveau, ces statistiques doivent être nuancées par le fait que certaines hospitalisations, particulièrement celles de courte durée (semi-hospitalisations), peuvent faire l'objet d'une comptabilisation variable selon les cantons en raison de l'absence de définitions unifiées des cas, ce qui peut rendre difficiles les comparaisons inter-cantoniales.

#### 4.1.3 Dotation en ressources d'aide et soins aux malades chroniques

Le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques invalidantes qui en résulte ont conduit les cantons à expliciter leur politique médico-sociale et à développer les structures de prise en charge en milieu d'hébergement médicalisé (établissements médico-sociaux) ou à domicile (programmes d'aides et de soins à domicile). L'équilibre entre ces deux formes de prise en charge varie localement.

##### Etablissements de santé non hospitaliers

La statistique des établissements de santé non hospitaliers 2002 (OFS, 2002)<sup>28</sup> montre une dotation en lits d'établissements pour personnes âgées et malades chroniques<sup>29</sup> en Suisse alémanique (12,6 lits pour 1000 habitants) et au Tessin (12,6) supérieure d'un quart à celle de la Suisse romande (9,0). Dans les cantons romands, la dotation neuchâteloise est élevée (12,7). En revanche, les cantons de Genève, de Vaud et du Valais ne comptent qu'entre 7,9 et 8,5 lits pour 1000 habitants.

Bien que ces lits ne soient pas uniquement occupés par des personnes âgées, ces dernières constituent une très large proportion de leurs bénéficiaires. Il est donc pertinent de rapporter le volume des lits disponibles à la population cantonale âgée de 65 ans ou plus. La dotation mesurée par cette méthode est alors la plus élevée dans le canton de Fribourg (8,1 lits pour 100 habitants âgés de 65 ans ou plus), suivi de celui de Neuchâtel (7,3). A l'autre extrême, elle se situe entre 5,4 et 5,7 lits pour 100 habitants âgés de 65 ans ou plus dans les cantons de Genève, du Valais, de Vaud et du Jura. Le Tessin occupe une position intermédiaire (6,9).

Enfin, le rapport entre le nombre de personnes hébergées dans les établissements pour personnes âgées ou malades chroniques et la population résidente de chaque canton<sup>30</sup> au 31.12.2001 reflète fidèlement la dotation en lits. Cependant, certains équipements ou facteurs géographiques peuvent être responsables de déplacements d'un canton à l'autre. Il est dès lors délicat d'interpréter ces valeurs en termes de taux d'institutionnalisation pour la population résidente d'un canton donné, car les personnes hébergées peuvent avoir renoncé au domicile privé qu'elles avaient dans leur canton d'origine.

Toujours selon la même source, les dotations cantonales en lits d'institutions pour handicapés ou autres institutions sont aussi variables<sup>31</sup>. Les cantons de Vaud et de Fribourg viennent en tête avec respectivement 4,2 et 4,1 lits pour 1000 habitants en 2002, alors que le canton de Genève ne dispose que de 2,0 lits pour 1000 habitants

<sup>28</sup> Les lits C pour patients chroniques situés dans divers hôpitaux ne figurent pas dans cette statistique des établissements de santé non hospitaliers, mais dans la statistique des établissements hospitaliers de l'OFS. Il peut en résulter une sous-estimation du nombre de lits pour personnes âgées et malades chroniques dans certains cantons.

<sup>29</sup> Selon le tableau standard D2.

<sup>30</sup> Selon le tableau standard F3bis.

<sup>31</sup> Selon le tableau standard D2.

et celui de Neuchâtel de 2,1 lits pour 1000 habitants. Le taux de personnes vivant en institution à la fin de l'année 2002 se situe entre 2,1 habitants sur 1000 dans le canton de Genève et 3,5 habitants sur 1000 dans le canton, voisin, de Vaud<sup>32</sup>.

### Organisations d'aide et de soins à domicile

Dans la mesure où il exclut les structures de droit privé à but lucratif, le recensement des organisations d'aide et de soins à domicile de l'Office fédéral des assurances sociales n'est pas exhaustif (OFAS, 2003). Selon cette statistique, ces organisations sont nettement plus nombreuses en Suisse alémanique qu'en Suisse romande ou au Tessin. Cela reflète la mise en place d'un modèle souvent centralisé et coordonné de l'aide et des soins à domicile dans les cantons romands, tandis qu'un modèle local, voire sectorialisé (séparation des prestations d'aide et des prestations de soins) prédomine en Suisse alémanique.

En termes d'emploi, la dotation<sup>33</sup> est nettement plus élevée en Suisse romande (2,1 équivalents plein-temps pour 1000 habitants, toutes professions et fonctions confondues) qu'en Suisse alémanique (1,2) ou au Tessin (1,2). Les dotations cantonales en ressources humaines consenties au secteur du maintien à domicile sont inversement liées à la dotation en lits d'établissements pour personnes âgées et malades chroniques. Ainsi, elles sont élevées dans les cantons du Jura (3,4) et de Genève (2,9), tandis qu'elles sont basses dans les cantons de Fribourg (1,2) et de Neuchâtel (1,4). Toutefois, les cantons de Vaud (2,2) et du Valais (1,6), dont le niveau d'hébergement médico-social est peu élevé, n'occupent qu'une place intermédiaire, voire basse en matière de dotation des services d'aide et de soins à domicile.

Les différences de dotation en personnel dédié à l'aide et aux soins à domicile se traduisent par un niveau de recours contrasté au plan régional<sup>34</sup>. La Suisse romande compte ainsi 36,6 clients pour 1000 habitants, la Suisse alémanique 26,9 et le Tessin 24,8.

Le nombre de clients varie également selon les cantons latins. En dépit de sa faible dotation en personnel d'aide et de soins à domicile, le Valais arrive en tête avec 49,7 clients pour 1000 habitants. La structure de sa clientèle est cependant particulière. Ce canton est en effet le seul, toujours parmi les cantons latins, dont les prestations des organisations d'aide et de soins à domicile ne s'adressent pas majoritairement à des clients de 65 ans ou plus<sup>35</sup> (44% des prestations enregistrées en 2002), alors que la proportion des clients âgés dépasse 70% dans les cantons de Neuchâtel, de Genève, de Vaud et du Tessin. Il est vraisemblable que l'aide et les soins fournis aux personnes âgées exigent davantage de ressources humaines en intensité et en durée que ceux qui sont dispensés à de jeunes clients. Le Jura se caractérise également par un niveau élevé de recours aux services d'aide et de soins à domicile (48,2 clients pour 1000 habitants), suivi par les cantons de Vaud (35,4) et de Genève (33,1).

<sup>32</sup> Selon le tableau standard F3bis.

<sup>33</sup> Selon le tableau 5.3.

<sup>34</sup> Selon le tableau 10.5.1. dont les chiffres ont été rapportés à la population résidente à mi-année 2002.

<sup>35</sup> Selon le tableau 10.5.1.

Tableau synoptique des indicateurs de dotation et de recours										
	Suisse	Fribourg	Vaud	Valais	Neuchâtel	Genève	Jura	Tessin		
Nombre de médecins généralistes en pratique privée pour 100 000 habitants, 2001 <sup>a)</sup>	67.4	50.4	79.2	64.6	77.1	69.3	59.4	61.7		
Nombre de médecins non généralistes en pratique privée pour 100 000 habitants, 2001 <sup>a)</sup>	128.6	92.5	163.5	103.2	128.8	260.4	85.5	128.9		
Ratio de médecins non généralistes/généralistes, 2001 <sup>a)</sup>	1.9	1.8	2.1	1.6	1.7	3.8	1.4	2.1		
Proportion de femmes parmi les médecins en pratique privée (%), 2002 <sup>b)</sup>	22.9	21.2	26.4	17.1	23.8	31.3	15.8	17.6		
Nombre de dentistes en cabinet privé pour 100 000 habitants, 2001 <sup>c)</sup>	47.5	34.5	51.2	36.8	45.8	62.2	24.6	55.9		
Nombre de pharmacies (sans les pharmacies d'hôpitaux) pour 100 000 habitants, 2002 <sup>d)</sup>	2.3	2.8	3.7	3.8	3.3	4.0	2.6	5.5		
Nombre de lits d'hospitalisation dans les hôpitaux de soins généraux pour 1000 habitants, 2002 <sup>e)</sup>	3.6	3.2	4.4	2.7	4.0	3.8	3.9	5.2		
Nombre de lits d'hospitalisation dans les cliniques spécialisées pour 1000 habitants, 2002 <sup>e)</sup>	2.2	0.9	1.9	2.8	2.0	3.0	2.6	1.9		
Nombre de journées d'hospitalisation et de cas de semi-hospitalisation dans les hôpitaux de soins généraux et cliniques spécialisées selon la provenance du patient pour 1000 habitants, 2002 <sup>f)</sup>	1850	1629	1769	1820	1993	2208	2166	2223		
Nombre de lits en institutions pour handicapés ou autres institutions (sans les établissements pour personnes âgées et/ou malades chroniques) pour 1000 habitants, 2002 <sup>g)</sup>	3.6	4.1	4.2	2.5	2.1	2.0	2.7	3.5		
Nombre d'emplois (EPT) dans les institutions pour handicapés ou autres institutions (sans les établissements pour personnes âgées et/ou malades chroniques) pour 1000 habitants, 2002 <sup>h)</sup>	3.3	4.9	3.7	1.9	2.2	2.7	3.0	3.0		

	Suisse	Fribourg	Vaud	Valais	Neuchâtel	Genève	Jura	Tessin
Nombre de personnes hébergées en institutions pour handicapés ou autres institutions (sans les établissements pour personnes âgées et/ou malades chroniques) au 31.12.2002 pour 1000 habitants <sup>1)</sup>	3.3	3.4	3.5	2.5	2.5	2.1	3.1	2.2
Nombre de lits d'établissements pour personnes âgées et/ou malades chroniques pour 1000 habitants, 2002 <sup>8)</sup>	11.7	10.5	8.5	8.2	12.7	7.9	9.3	12.6
Nombre de lits d'établissements pour personnes âgées et/ou malades chroniques pour 100 habitants âgés de 65 ans ou plus, 2002 <sup>1)</sup>	7.5	8.1	5.6	5.5	7.3	5.4	5.7	6.9
Nombre d'emplois (EPT) dans les établissements pour personnes âgées et/ou malades chroniques pour 1000 habitants, 2002 <sup>h)</sup>	8.2	9.3	7.8	6.2	11.0	7.0	7.3	9.4
Nombre de personnes hébergées en établissement pour personnes âgées et/ou malades chroniques au 31.12.2002 pour 1000 habitants <sup>1)</sup>	11.2	10.1	8.2	7.8	12.3	7.8	9.5	12.2
Nombre d'emplois (EPT) dans le secteur de l'aide et des soins à domicile pour 1000 habitants, 2002 <sup>k)</sup>	1.4	1.2	2.2	1.6	1.4	2.9	3.4	1.2
Nombre de clients d'organisations d'aide et de soins à domicile pour 1000 habitants, 2002 <sup>l)</sup>	26.9	32.0	35.4	49.7	30.1	33.1	48.2	24.8
Proportion des prestations d'aide et soins à domicile en faveur de clients âgés de 65 ans ou plus (%), 2002 <sup>m)</sup>	71.5	68.7	71.5	44.2	76.5	72.2	67.5	72.5

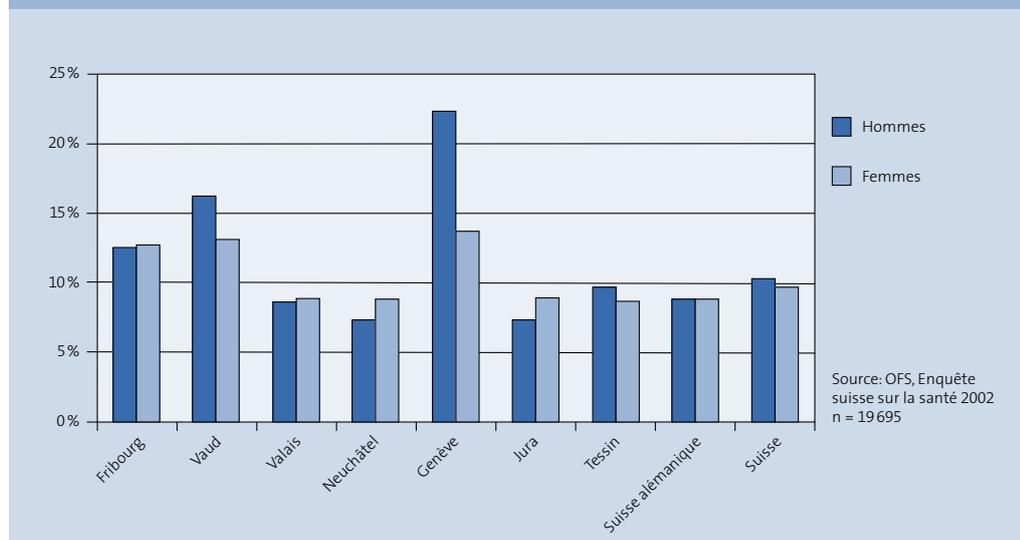
a) Annuaire statistique de la Suisse 2003, tableaux T1.4.2.2.2 et T1.2.2.5.  
 b) FMH, statistique médicale 2002.  
 c) Annuaire statistique de la Suisse 2003, tableaux T1.4.2.2.2 corrigé selon les informations reçues de l'OFSS conformément aux statistiques de la Société suisse d'odontostomatologie et T 1.2.2.5.  
 d) Société suisse de pharmacie, Statistique 2002 (communication de l'Obsan, février 2004).  
 e) OFS, Statistique des hôpitaux et des établissements de santé non hospitaliers 2002, tableaux standard D1 et K2 (annexe).  
 f) OFS, Statistique des hôpitaux et des établissements de santé non hospitaliers 2002, tableaux standard H3 et K2 (annexe).  
 g) OFS, Statistique des hôpitaux et des établissements de santé non hospitaliers 2002, tableau standard D2.  
 h) OFS, Statistique des hôpitaux et des établissements de santé non hospitaliers 2002, tableaux standard C1 et K2 (annexe).  
 i) OFS, Statistique des hôpitaux et des établissements de santé non hospitaliers 2002, tableau standard F3.  
 j) OFS, Statistique des hôpitaux et des établissements de santé non hospitaliers 2002, tableau standard D2 et OFS, Annuaire statistique de la Suisse 2004, tableau T1.2.2.5.  
 k) OFAS, Statistique de l'aide et des soins à domicile 2002, tableau 5.3.  
 l) OFAS, Statistique de l'aide et des soins à domicile 2002, tableau 105.1 et OFS, Statistique des hôpitaux et des établissements de santé non hospitaliers 2002, tableau standard K2 (annexe).  
 m) OFAS, Statistique de l'aide et des soins à domicile 2002, tableau 105.1.

## 4.2 Médecine ambulatoire

### 4.2.1 Identification d'un médecin de famille

En Suisse, la proportion de personnes sans médecin de famille, c'est-à-dire qui déclarent n'avoir aucun médecin chez qui se rendre en cas de problème de santé, est de 10%. Cette proportion est plus élevée en Suisse romande (13%) qu'au Tessin (9%) ou en Suisse alémanique (9%). Cet écart est le même qu'en 1997. Il subsiste si l'on tient compte de la structure d'âge, qui est clairement associée à la mention d'un médecin de famille. Dans les cantons romands et au Tessin, la proportion de personnes sans médecin de famille diminue de 18% chez les personnes de 15 à 34 ans à 6% chez celles de 65 ans ou plus.

**Graphique 4.2.1: Proportion de personnes déclarant ne pas avoir de médecin de famille selon le sexe (2002)**



Pour les deux sexes, la proportion de la population sans médecin de famille varie significativement selon les cantons latins (graphique 4.2.1). Dans les cantons du Tessin, de Neuchâtel, du Valais et du Jura, moins de 9% des femmes n'ont pas de médecin de famille, tandis que cette proportion s'élève à 13% dans les cantons de Fribourg ou de Vaud et à 14% dans le canton de Genève. Ces différences ne sont pas dues à la structure d'âge. En 1997, les cantons de Genève (15%) et de Vaud (15%) présentaient déjà des proportions plus élevées que les cantons du Valais (10%) et du Tessin (8%).

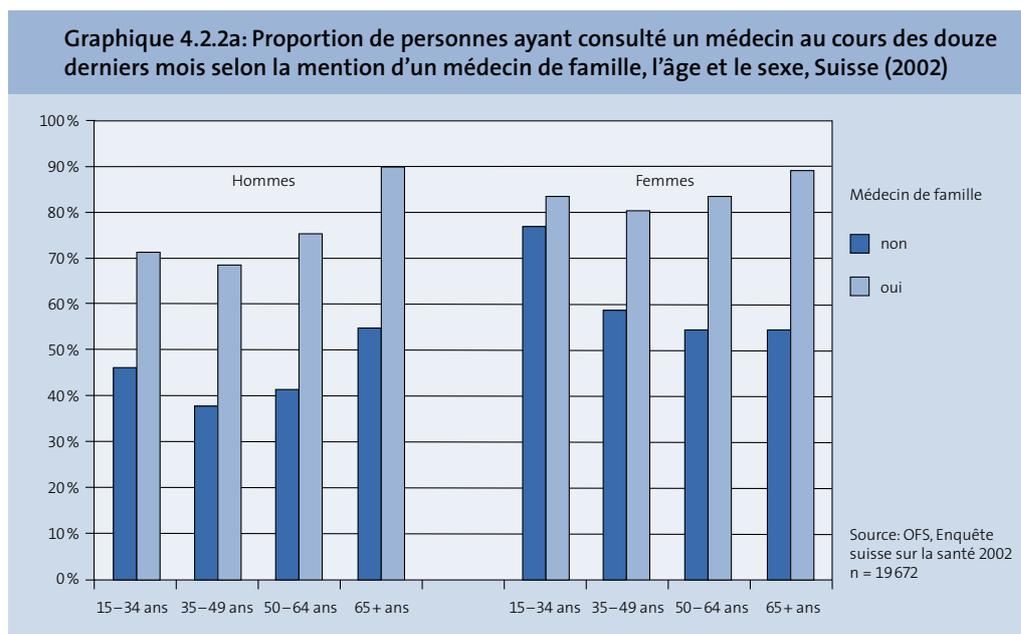
Chez les hommes, les variations selon les cantons sont plus prononcées. Presque un quart des hommes genevois déclarent ne pas avoir de médecin de famille. Le canton de Vaud se caractérise également par une proportion élevée d'hommes sans médecin de famille. Ces variations se confirment lorsque l'on prend en compte la structure d'âge, bien que cet ajustement ait pour effet d'une part d'accroître l'écart entre le Tessin et le Valais, d'autre part de réduire la différence entre le canton de Fribourg et le Tessin. En 1997, la proportion d'hommes sans médecin de famille était plus élevée dans les cantons de Genève (25%) et de Vaud (20%) qu'en Valais (12%) et au Tessin (12%).

### 4.2.2 Recours aux consultations médicales

Une large majorité des Suisses (71%) et des Suissesses (82%) ont consulté un médecin au cours des douze mois précédant l'enquête. Pour les deux sexes, ces proportions ne varient ni selon les régions linguistiques ni selon les cantons latins. Elles sont en outre comparables aux proportions observées en 1997 et en 1992/93.

Dans les cantons latins, l'âge exerce un effet sur le fait d'avoir consulté un médecin en relation avec le sexe. Alors que la proportion d'hommes ayant consulté un médecin croît selon l'âge, cette proportion est assez stable chez les femmes (graphique 4.2.2a). Avant 65 ans, les femmes consultent plus souvent un médecin que les hommes, ce qui pourrait s'expliquer par les consultations pour des motifs gynécologiques et obstétricaux.

Quelle que soit la classe d'âge, les hommes et les femmes qui ont un médecin de famille recourent plus fréquemment aux consultations médicales que ceux qui déclarent ne pas en avoir. Ce constat se vérifie dans les cantons latins, sauf chez les femmes de 15 à 34 ans.



### Nombre de consultations médicales

La distribution du nombre de consultations médicales au cours des douze mois précédant l'enquête se caractérise d'une part par une proportion élevée de la population consultant peu, d'autre part par un cercle restreint de personnes déclarant, au contraire, un recours fréquent. Dans ces circonstances, il semble judicieux, plutôt que d'étudier le nombre moyen de consultations, de regrouper ces dernières en six catégories correspondant à une, deux, trois, quatre, cinq à onze<sup>36</sup> et douze consultations ou plus<sup>37</sup>.

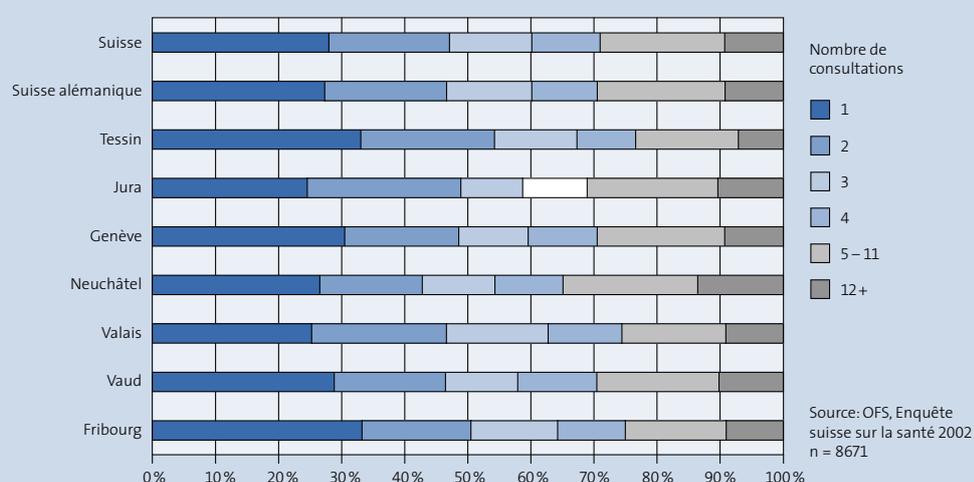
En Suisse, parmi les personnes qui ont consulté un médecin, 30% indiquent une seule consultation, 20% deux consultations, 13% trois consultations, 10% quatre consultations, 17% de cinq à onze consultations et 9% douze consultations ou plus. En 1997, la question relative au nombre global de consultations n'était posée qu'aux hommes sans médecin de famille, ce qui ne permet pas d'établir de comparaison temporelle. En règle générale, les femmes ayant consulté rapportent un plus grand nombre de visites que les hommes. L'âge est clairement associé au nombre de consultations. Alors que, pour les deux sexes, le nombre de consultations est semblable chez les personnes de 15 à 34 ans et de 35 à 49 ans, il augmente par la suite selon la tranche d'âge.

<sup>36</sup> Soit en moyenne plus d'une consultation par trimestre, mais moins d'une par mois.

<sup>37</sup> Soit en moyenne au moins une consultation par mois.

Dans la population masculine, la distribution du nombre de consultations médicales ne change ni selon les régions ni selon les cantons latins. Un tiers des hommes ayant consulté un médecin mentionnent une consultation, 22% deux consultations, 13% trois consultations, 10% quatre consultations, 15% de cinq à onze consultations et 8% douze consultations ou plus. Chez les femmes ayant consulté, les Tessinoises font état de moins de visites médicales que les femmes des deux autres régions linguistiques. Cet effet de la région tend à s'accroître lorsque l'on prend en compte la structure d'âge, les variations intercantionales restant significatives (graphique 4.2.2b). Les femmes qui ont consulté un médecin dans les cantons du Tessin et de Fribourg rapportent le nombre le plus bas de visites. Elles sont suivies des femmes des cantons de Genève, du Valais, de Vaud et du Jura, au comportement similaire, et des Neuchâteloises, qui déclarent le nombre de consultations le plus élevé.

Graphique 4.2.2b: Distribution (%) du nombre de consultations médicales au cours des douze derniers mois chez les femmes (2002)

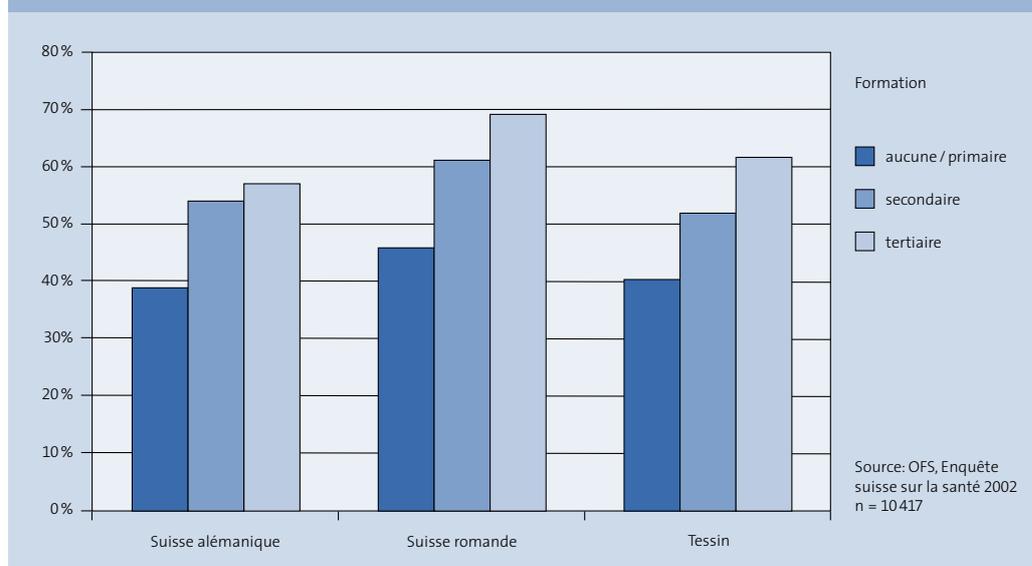


### Consultations chez le gynécologue

En Suisse, la moitié des femmes âgées de 15 ans ou plus (52%) ont consulté un gynécologue au cours des douze mois précédant l'enquête. Cette proportion est de 57% chez les Romandes, de 50% chez les Alémaniques et de 49% chez les Tessinoises. En 1997, les Romandes étaient également plus nombreuses à se rendre chez le gynécologue que les femmes des deux autres régions linguistiques. Les visites chez le gynécologue sont étroitement liées à l'âge. Dans les cantons latins, près de 61% des femmes dans les tranches d'âge inférieures à 65 ans ont consulté un gynécologue, tandis que cette proportion baisse à 33% chez les femmes de 65 ans ou plus. L'écart entre les régions est quelque peu atténué si l'on tient compte de la structure d'âge.

Il existe également une différence significative selon les cantons latins, la proportion de femmes qui se sont rendues chez le gynécologue étant la plus basse (49%) au Tessin et la plus élevée à Genève (63%).

Autant dans les régions que les cantons latins, les femmes consultent d'autant plus fréquemment un gynécologue que leur niveau de formation est élevé (graphique 4.2.2c). Les écarts observés entre les cantons ne disparaissent pas si l'on tient compte de la structure d'âge et de la formation.

**Graphique 4.2.2c: Proportion de femmes ayant consulté un gynécologue selon la formation (2002)**

### 4.3 Médecines parallèles et complémentaires

D'une enquête à l'autre, les questions relatives au recours aux médecines parallèles ou complémentaires ont fait l'objet de remaniements qui se sont traduits par des modifications de l'éventail des thérapies abordées et de l'énoncé de certaines questions. Dès lors, les possibilités d'étudier l'évolution du recours à ces pratiques sont limitées.

#### 4.3.1 Chiropratique

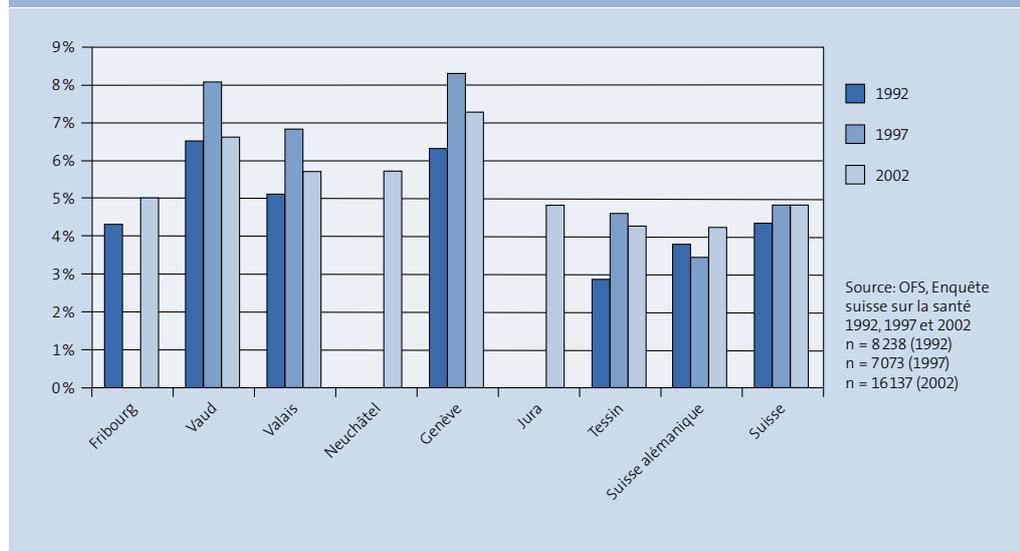
Dans le cadre de l'assurance-maladie (LAMal), les chiropraticiens ont un statut particulier qui leur était déjà reconnu du temps de la LAMA. Le catalogue des prestations à charge de l'assurance de base prévoit en effet le remboursement de prestations effectuées sous leur seule responsabilité pour trois catégories professionnelles: les médecins, les sages-femmes et les chiropraticiens. La question suivante, présente dans les trois ESS, se rapporte à la consultation de chiropraticiens: *Combien de fois, au cours de ces douze derniers mois, avez-vous consulté l'une des personnes suivantes pour des problèmes de santé? ... un chiropraticien*. Cependant, cette question recèle une ambiguïté dans la mesure où le nombre indiqué par les répondants peut se rapporter autant aux épisodes de soins qu'aux séances. Elle est en conséquence analysée ici uniquement pour estimer la proportion de la population mentionnant un recours au chiropraticien, quels qu'en soient l'intensité et le caractère éventuellement répétitif.

En Suisse, 5% de la population déclare avoir consulté au moins une fois un chiropraticien au cours des douze mois précédant l'enquête. Cette proportion, qui ne dépend ni du sexe ni de l'âge, est significativement plus élevée en Suisse romande (7%) qu'en Suisse alémanique (4%) ou au Tessin (4%). Des différences significatives apparaissent selon les cantons latins (graphique 4.3.1<sup>38</sup>). Quelle que soit l'année de l'enquête, la proportion de personnes ayant consulté un chiropraticien est plus élevée dans les cantons de Genève et de Vaud qu'au Tessin.

Le niveau de formation explique en partie les variations de la proportion de personnes utilisant les services d'un chiropraticien selon les cantons. En effet, 9% des personnes disposant d'une formation tertiaire recourent à la chiropraxie contre 5%

<sup>38</sup> Les données cantonales de 1992/93 et de 1997, incomplètes, sont présentées lorsque cela est possible.

**Graphique 4.3.1: Proportion de personnes déclarant au moins une consultation chez le chiropraticien au cours des douze derniers mois (1992, 1997 et 2002)**



des personnes sans formation ou ayant suivi la seule scolarité obligatoire. Les différences entre cantons persistent après contrôle du niveau de formation.

#### 4.3.2 Médecines parallèles

L'ESS recense de nombreuses autres formes de médecines parallèles. En 2002, neuf questions portaient sur le recours à des thérapies au cours des douze mois précédant l'enquête. Ces thérapies sont l'acupuncture, l'homéopathie, la naturopathie (thérapie utilisant les plantes), la médecine traditionnelle chinoise (sans acupuncture), la médecine anthroposophique, la thérapie neurale, les thérapies manuelles ou la chiropraxie, le shiatsu ou la réflexologie, enfin le training autogène ou l'hypnose. Le graphique 4.3.2a montre d'abord les proportions de personnes, par région linguistique et sexe, qui ont bénéficié de l'une au moins de ces thérapies. Il présente ensuite la proportion de la population déclarant avoir suivi au moins l'une des trois thérapies suivantes: acupuncture, homéopathie ou naturopathie. Ces thérapies ont la particularité d'être remboursées dans le cadre de l'assurance-maladie de base en 2002 et ce depuis 1998, pour autant qu'elles soient pratiquées par un médecin certifié<sup>39</sup>. Les questions qui s'y rapportent figurent en outre de façon presque identique dans les enquêtes de 1997 et de 2002<sup>40</sup>. Par contraste, le graphique 4.3.2a inclut également le recours à l'une au moins des deux thérapies de médecine parallèle, présentes dans les enquêtes de 1997 et de 2002, dont l'assurance-maladie de base ne couvre pas les frais, à savoir le shiatsu ou la réflexologie et le training autogène ou l'hypnose.

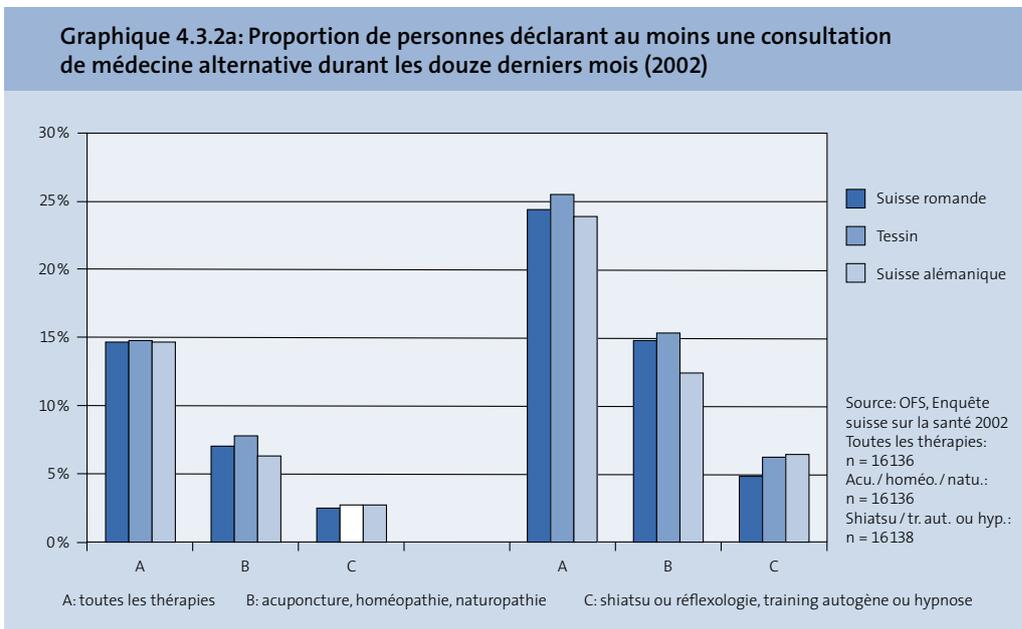
En Suisse, une personne sur cinq (20%) a recouru à une thérapie de médecine parallèle durant les douze mois précédant l'enquête. Cette proportion est plus élevée chez les femmes (24%) que chez les hommes (15%), sans que des différences selon les régions linguistiques ou les cantons latins n'apparaissent.

En revanche, le type de médecine parallèle mentionnée varie selon les régions, et ce plus particulièrement dans la population féminine. L'acupuncture, l'homéopathie et la naturopathie sont plus souvent évoquées par les Romandes et les Tessinoises

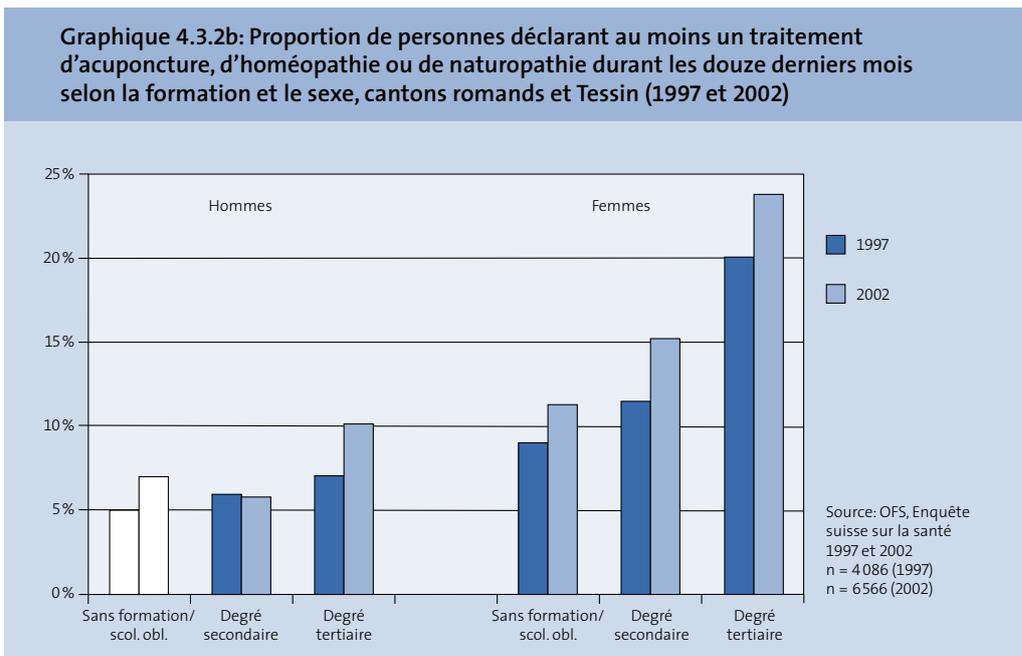
<sup>39</sup> La phytothérapie est remboursée, mais n'est pas mentionnée comme telle dans l'ESS, qui précise en revanche qu'il faut comprendre la naturopathie comme «thérapie utilisant les plantes». La naturopathie se substitue ici à la phytothérapie au sens strict.

<sup>40</sup> Les autres pratiques couvertes par l'assurance-maladie de base en 2002 sont la médecine traditionnelle chinoise, la médecine anthroposophique et la thérapie neurale, pour lesquelles aucune question n'a été posée dans les enquêtes de 1992/93 et de 1997.

que les Alémaniques. En revanche, les femmes romandes signalent un peu moins souvent le shiatsu ou la réflexologie et le training autogène ou l'hypnose que les femmes tessinoises ou alémaniques.



L'âge exerce une influence sur le recours aux médecines parallèles autant chez les hommes que chez les femmes. La proportion des personnes ayant bénéficié d'une thérapie de médecine parallèle est la plus élevée dans la tranche d'âge de 35 à 49 ans (22%). Elle diminue ensuite progressivement selon l'âge, s'établissant à 15% chez les personnes de 65 ans ou plus.

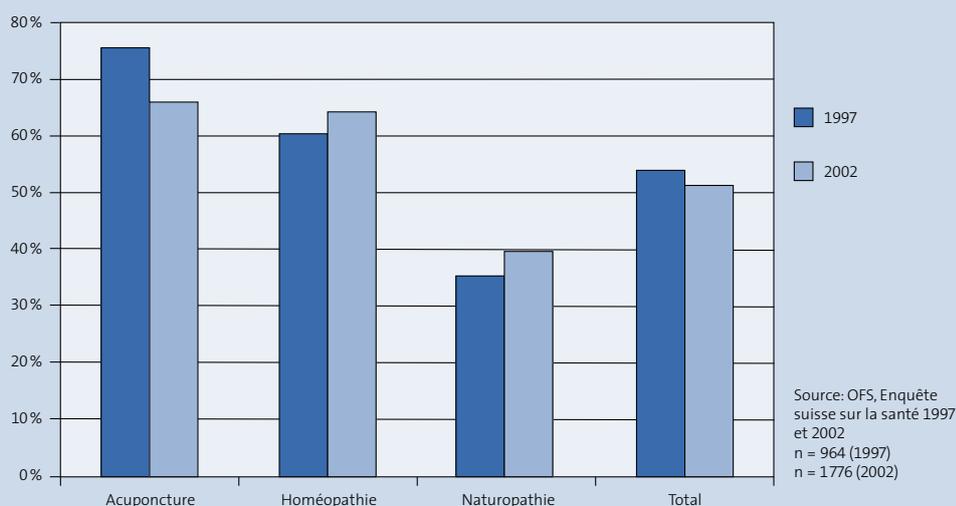


Dans les cantons latins, la proportion de personnes qui mentionnent un traitement d'acupuncture, d'homéopathie ou de naturopathie augmente selon le niveau de formation autant chez les hommes que chez les femmes en 2002 et, pour ces dernières, également en 1997 (graphique 4.3.2b). Cet effet persiste lorsque l'on tient compte de la structure d'âge et du sexe. Par ailleurs, quel que soit le niveau de formation, les proportions observées chez les hommes sont moins élevées que chez les femmes.

Enfin, la proportion de femmes ayant recouru en 2002 à l'une au moins des trois médecines parallèles couvertes par l'assurance-maladie est quelque peu plus élevée qu'en 1997. Cette évolution va dans le sens inverse de celle décrite pour le recours aux chiropraticiens. Elle ne saurait a priori être entièrement attribuable à la modification intervenue dans l'application de la LAMal, car le recours à des médecines parallèles non couvertes tels le shiatsu ou la réflexologie et le training autogène ou l'hypnose a augmenté dans une proportion similaire.

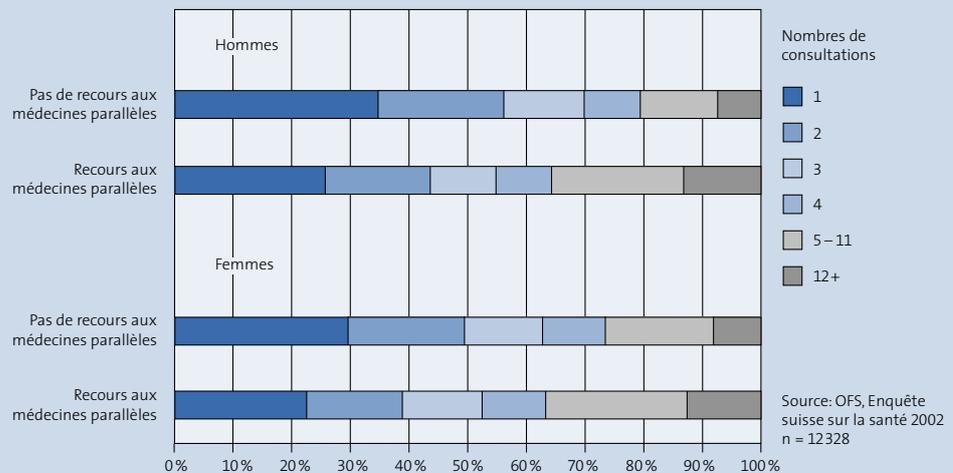
Les personnes déclarant avoir eu recours à l'acupuncture, à l'homéopathie ou à la naturopathie se sont exprimées sur la profession de leur thérapeute. Il s'agit d'un médecin diplômé dans la plupart des cas pour l'acupuncture ou l'homéopathie et dans quatre cas sur dix pour la naturopathie (graphique 4.3.2c).

**Graphique 4.3.2c: Proportion de personnes déclarant avoir eu recours à l'acupuncture, l'homéopathie ou la naturopathie dont le thérapeute était un médecin diplômé, Suisse (1997 et 2002)**



Ces traitements ont été effectués par des médecins dans des proportions semblables en 1997 et en 2002. Leur prise en charge officielle par l'assurance-maladie de base ne semble pas avoir provoqué d'augmentation massive du recours. En revanche, au vu de la forte implication des médecins dans l'acupuncture et l'homéopathie, une partie des prestations de médecines parallèles est actuellement couverte par l'assurance-maladie de base.

Le nombre de consultations médicales durant les douze mois précédant l'enquête est plus élevé chez les personnes qui, durant ce même laps de temps, ont recouru aux médecines parallèles (graphique 4.3.2d). Cet effet est légèrement plus marqué chez les hommes et il subsiste après la prise en considération de la structure d'âge et de la santé subjective.

**Graphique 4.3.2d: Distribution (%) du nombre de consultations médicales au cours des douze derniers mois selon le recours aux médecines parallèles et le sexe, Suisse (2002)**

Seules figurent dans ce graphique les personnes ayant recouru à la fois aux consultations médicales et aux médecines parallèles en 2002

#### 4.4 Consommation de médicaments

En 2002, les questions sur la consommation de médicaments portent sur les remèdes contre l'hypertension ou pour le cœur, les somnifères, les médicaments contre les rhumatismes ou les douleurs, les calmants et tranquillisants, les médicaments contre l'asthme ou encore les remèdes contre le cholestérol. Il peut s'agir de médicaments homéopathiques ou non.

L'analyse de la consommation de médicaments fait appel à un indice additif qui correspond à la somme des huit genres de remèdes précités que le répondant indique avoir pris au moins une fois au cours des sept jours précédant l'enquête. L'indice s'échelonne de 0 à 8. La consommation de trois médicaments ou plus forme une catégorie unique, peu de personnes prenant un nombre élevé de remèdes différents. Les analyses ne portent pas sur le Tessin, car la formulation en italien de la question relative à la prise de médicaments antihypertenseurs était incorrecte jusqu'au 31 octobre 2002 (IHA-GfK, 2003)<sup>41</sup>.

En Suisse, 75% des hommes et 66% des femmes n'ont consommé aucun des huit genres de médicaments durant les sept jours précédant l'enquête. Quelque 15% des hommes et 19% des femmes ont pris un seul médicament, 6% des hommes et 9% des femmes en ont pris deux et 4% des hommes et 6% des femmes trois ou plus. L'âge exerce un effet marqué et progressif sur la consommation de médicaments (tableau 4.4). Cet effet réduit quelque peu l'écart entre les hommes et les femmes.

Autant chez les hommes que chez les femmes, la consommation de médicaments est plus élevée en Suisse romande qu'en Suisse alémanique (graphique 4.4). Ces différences sont accentuées, particulièrement chez les femmes, si l'on tient compte de la structure d'âge.

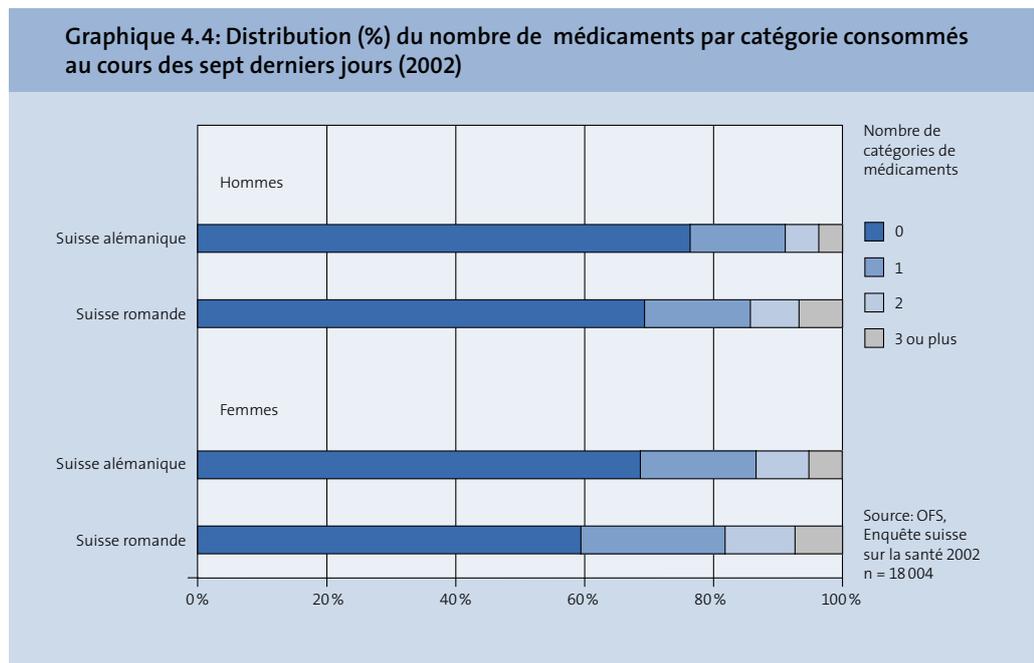
Chez les femmes romandes, la consommation médicamenteuse ne varie pas selon les cantons. Les différences intercantionales sont faibles chez les hommes et imputables à des différences de structure d'âge.

<sup>41</sup> Par ailleurs, la question relative à la prise de remèdes contre le cholestérol est formulée différemment en 1997 et en 2002, ce qui interdit une comparaison temporelle de la consommation.

**Tableau 4.4: Répartition (% en ligne) du nombre de médicaments par catégorie consommés au cours des sept derniers jours selon le sexe et l'âge, Suisse romande (2002)**

	Hommes				Femmes			
	0	1	2	3 ou plus	0	1	2	3 ou plus
15–34 ans	85.3	11.8	(2.1)	(0.8)	71.7	22.0	5.7	(0.6)
35–49 ans	74.0	17.6	4.3	(4.1)	67.1	21.8	7.9	3.3
50–64 ans	59.5	21.6	10.0	9.0	53.7	21.8	14.8	9.7
65 ans ou plus	37.7	19.1	22.0	21.2	32.6	25.7	19.4	22.4

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n = 5343



## 4.5 Dépistage et prévention

La correction des facteurs de risque évoqués dans la section 3.2.4 passe par leur détection et la mise en place de comportements favorables chez les personnes concernées. Les questions relatives aux contrôles permettent d'estimer la proportion de la population qui accède aux tests de dépistage de l'hypertension artérielle, de l'hypercholestérolémie et du diabète. L'analyse de ces questions est complétée par un regard sur les proportions de personnes qui ignorent si leur tension artérielle, leur taux de cholestérol et leur taux de glucose sont normaux ou non (tableau 4.5.1). Par ailleurs, l'attention porte sur le recours au dépistage du cancer du sein par mammographie, au dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis vaginal, à l'examen préventif de la prostate, à la prévention des cancers cutanés et au vaccin contre la grippe.

### 4.5.1 Dépistage de l'hypertension artérielle

En Suisse, 78% de la population a bénéficié d'un contrôle de la tension artérielle au cours des douze mois précédant l'enquête. Ce contrôle est plus fréquent chez les femmes (83%) que chez les hommes (73%). Après contrôle de la structure d'âge, les différences selon les régions linguistiques disparaissent chez les hommes. Chez les femmes, les différences restent significatives, bien qu'elles diminuent. Comme peu de personnes ont indiqué la date de leur dernier contrôle de l'hypertension dans les enquêtes de 1992/93 et de 1997, la comparaison temporelle ne peut être réalisée.

Afin de pouvoir comparer le contrôle de la tension artérielle, de l'hypercholestérolémie et de la glycémie dans une même population, l'analyse s'applique aux personnes âgées de 25 à 79 ans. L'âge exerce un effet, plus marqué chez les hommes que chez les femmes, sur le contrôle de la tension artérielle. Dans les cantons latins, la proportion des hommes dont la tension artérielle a été contrôlée augmente régulièrement selon l'âge, passant de 61% entre 25 et 34 ans à 93% entre 65 et 79 ans. Chez les femmes, en revanche, les contrôles sont plus répandus dans la tranche d'âge de 25 à 34 ans (81%) que celle de 35 à 49 ans (76%). Ils gagnent ensuite en importance selon l'âge et concernent 91% des femmes entre 65 et 79 ans.

Les femmes déclarent plus souvent que les hommes un contrôle de leur tension, bien que la proportion de personnes contrôlées soit similaire chez les deux sexes dès l'âge de 50 ans. A l'exception du canton de Neuchâtel, l'écart entre les sexes est statistiquement significatif dans tous les cantons latins.

La proportion de femmes dont la tension artérielle a été contrôlée ne varie pas significativement selon les cantons latins. En revanche, les différences sont significatives dans la population masculine et se renforcent si l'on tient compte de la structure d'âge. Ainsi, 64% des hommes ont bénéficié d'un contrôle dans le canton du Jura contre 79% dans le canton de Neuchâtel.

Par ailleurs, 5% des Suisses ignorent si leur tension artérielle est normale ou trop élevée. Cette proportion est inférieure à celle des personnes qui n'ont pas bénéficié d'un contrôle de ce facteur de risque durant les douze mois précédant l'enquête. La proportion des hommes et des femmes ignorant si leur tension artérielle est normale ou non se situe au-dessous de 10% dans toutes les tranches d'âge. Elle diminue selon l'âge pour passer de 9% chez les jeunes hommes à 2% chez les hommes de 65 ans ou plus. Chez les femmes, les proportions correspondantes sont de 6% et de 2%. A l'exception de la dernière catégorie d'âge, la proportion de femmes ignorant si leur tension artérielle est normale ou non est significativement moins élevée que chez les hommes. Les proportions ne diffèrent pas selon les régions linguistiques et les cantons latins.

**Tableau 4.5.1: Proportion (%) de personnes déclarant avoir subi un contrôle de la tension artérielle, de la cholestérolémie ou du diabète selon le sexe et l'âge, cantons romands et Tessin (2002)**

	Hommes				Femmes			
	15–34 ans	35–49 ans	50–64 ans	65+ ans	15–34 ans	35–49 ans	50–64 ans	65+ ans
<b>Hypertension artérielle</b>								
Contrôle douze derniers mois*	61.2	66.6	80.9	93.4	81.1	76.1	83.7	91.1
Ignore sa tension	10.1	7.2	(4.3)	(1.0)	6.2	4.9	3.6	(2.4)
<b>Hypercholestérolémie</b>								
Contrôle douze derniers mois*	32.4	47.1	69.4	82.7	46.7	49.4	65.3	75.9
Ignore sa cholestérolémie	23.4	17.5	12.2	4.4	20.1	14.0	12.3	8.8
<b>Diabète</b>								
Contrôle douze derniers mois*	36.5	45.6	68.1	82.6	50.2	46.8	63.5	75.6
Ignore sa glycémie	22.3	15.1	9.4	5.7	16.9	15.6	8.8	9.3

\* première et dernière catégorie d'âge restreinte respectivement à 25–34 ans et à 65–79 ans

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002; hypertension: n = 5706 pour contrôle douze derniers mois et 6552 pour «ne sais pas»; hypercholestérolémie: n = 5547 pour contrôle douze derniers mois et 6549 pour «ne sais pas»; diabète: n = 5465 pour contrôle douze derniers mois et 6553 pour «ne sais pas»

#### 4.5.2 Dépistage de l'hypercholestérolémie

En Suisse, 16% de la population ignore si un contrôle de son taux de cholestérol a été effectué au cours des douze mois qui ont précédé l'enquête. De nombreux répondants n'ont pu se prononcer en Suisse alémanique et, pour l'ensemble du pays, dans les tranches d'âge de moins de 25 ans et de 80 ans ou plus, ce qui incite à porter l'attention exclusivement sur la population des cantons latins âgée de 25 à 79 ans.<sup>42</sup>

Dans les cantons latins, la proportion de la population de 25 à 79 ans dont le taux de cholestérol a été contrôlé augmente selon l'âge, passant de 40% chez les personnes de 25 à 34 ans à 79% chez celles de 65 à 79 ans. Ces proportions sont semblables chez les hommes et les femmes.

La proportion de personnes contrôlées varie significativement selon les cantons latins. Les contrôles de la cholestérolémie sont le plus répandus au Tessin (61%) et le moins pratiqués dans le canton de Fribourg (51%). Si l'on prend en compte la structure d'âge, les écarts subsistent mais diminuent – surtout entre les cantons de Fribourg, du Jura et de Neuchâtel.

Par ailleurs, 18% des Suisses ignorent si leur taux de cholestérol est normal ou trop élevé. Cette proportion varie selon le sexe et la région linguistique. Elle est la plus basse chez les hommes tessinois (13%) et la plus élevée chez les hommes alémaniques (21%). Elle est voisine de la moyenne nationale en Suisse romande (17%). Ces différences subsistent si l'on tient compte de la structure d'âge, bien que les profils du Tessin et de la Suisse romande se rapprochent. Chez les femmes, 15% des Tessinoises et des Romandes ne savent pas si leur taux de cholestérol est normal ou non contre 18% des Alémaniques. A nouveau, l'écart subsiste lorsque l'on prend en considération la structure d'âge.

La proportion de personnes ignorant si leur taux de cholestérol est normal ou non ne varie ni selon le sexe ni selon les cantons latins. Elle diminue cependant selon l'âge, passant de 22% chez les personnes de 25 à 34 ans à 7% chez celles de 65 à 79 ans.

<sup>42</sup> Dans cette population, 9% des données sont manquantes contre 19% en 1997 et 33% en 1992/93, ce qui exclut toute comparaison temporelle.

### 4.5.3 Dépistage du diabète

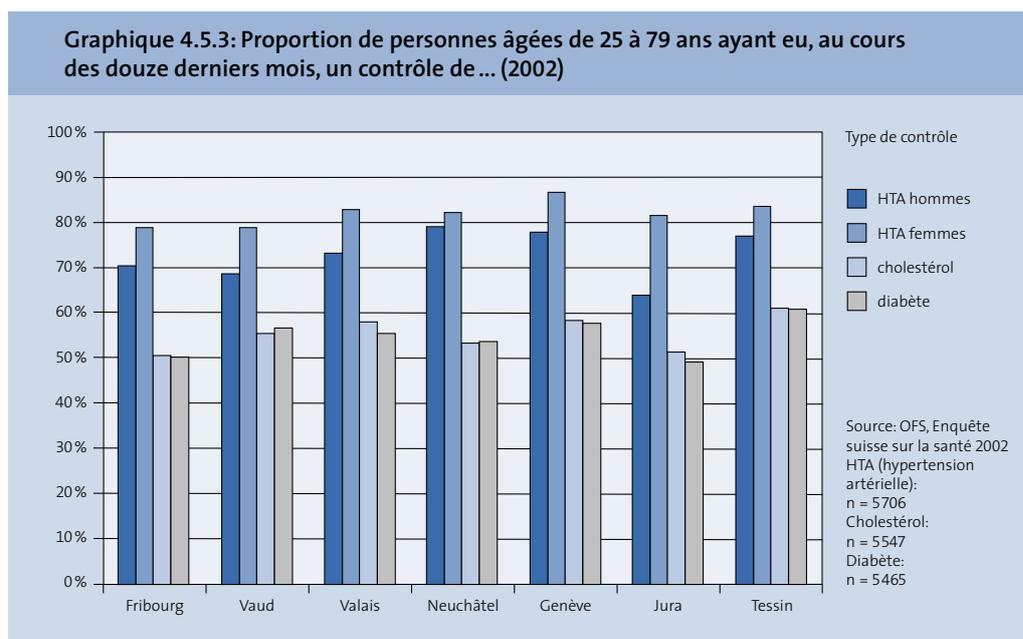
En Suisse, 17% des personnes déclarent ne pas savoir si leur taux de glucose a été contrôlé au cours des douze mois précédant l'enquête. Comme pour le taux de cholestérol, les réponses manquantes rendent délicate l'analyse de la population alémanique et de certaines tranches d'âge. L'étude porte à nouveau sur la population des cantons latins entre 25 et 79 ans<sup>43</sup>.

La proportion de cette population qui déclare un contrôle du taux de glucose progresse selon l'âge, mais ne dépend pas du sexe. Elle passe de 44% dans la tranche d'âge de 25 à 34 ans à 78% dans celle de 65 à 79 ans.

Le contrôle de la glycémie varie significativement selon les cantons latins (graphique 4.5.3). La proportion de personnes contrôlées la plus élevée s'observe au Tessin (61%), la plus faible dans le canton du Jura (49%). Ces écarts subsistent si l'on tient compte de la structure d'âge. Cependant, les différences se réduisent d'une part entre les cantons de Fribourg et de Neuchâtel, d'autre part entre les cantons du Valais, de Vaud et de Genève.

En Suisse, 14% de la population ignore si son taux de glucose est normal ou trop élevé. Cette proportion ne varie ni selon les régions linguistiques ni selon les cantons latins. Dans ces derniers, elle diminue selon l'âge. Alors que 20% des personnes de 25 à 34 ans ignorent si leur glycémie est normale, cette proportion est de 8% dans la tranche d'âge de 65 à 79 ans. Le sexe n'exerce pas d'effet significatif.

Graphique 4.5.3: Proportion de personnes âgées de 25 à 79 ans ayant eu, au cours des douze derniers mois, un contrôle de... (2002)



### 4.5.4 Mammographie

Au cours des douze mois précédant l'enquête, 14% des femmes âgées de 20 ans ou plus résidant en Suisse ont subi une mammographie. Cette proportion est plus élevée en Suisse romande (22%) qu'au Tessin (15%) et en Suisse alémanique (11%).

La proportion de femmes de 20 ans ou plus qui ont bénéficié d'une mammographie est plus élevée en 2002 qu'en 1997 en Suisse romande (14% en 1997) et en Suisse alémanique (7%), tandis qu'elle est restée stable au Tessin (15%)<sup>44</sup>.

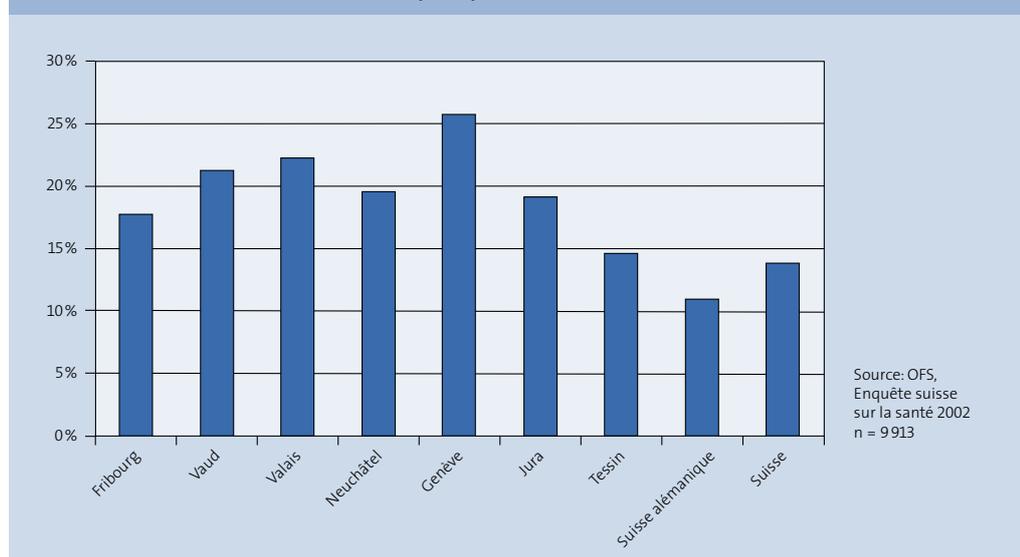
<sup>43</sup> Dans cette population, 11% des données manquent contre 23% en 1997.

<sup>44</sup> Pour assurer la cohérence entre les enquêtes de 1997 et de 2002, présentant des questions quelque peu différentes, les femmes qui indiquaient en 1997 qu'aucun médecin n'avait examiné leurs seins sont considérées comme n'ayant subi aucune mammographie au cours des douze mois précédant l'enquête. Cependant, seules 7 femmes parmi les 601 qui ont déclaré une mammographie en 1997 n'ont pas indiqué d'examen du sein.

Les cantons latins diffèrent significativement, surtout en raison de l'écart entre le Tessin et les autres cantons, en particulier Genève dont la proportion de femmes ayant subi une mammographie est la plus élevée (graphique 4.5.4). Cet écart s'accroît encore après contrôle des différences de structure d'âge<sup>45</sup>.

Outre le canton du Tessin, dont les taux de mammographie sont presque les mêmes en 1997 et en 2002, trois cantons romands disposaient de données suffisantes pour examiner d'éventuels changements du recours à la mammographie. En Valais, les taux ont plus que doublé entre 1997 (9%) et 2002 (22%). Les cantons de Genève (15% et 26%) et, dans une moindre mesure, de Vaud (18% et 21%) présentent également une augmentation. Ces changements doivent être vus en relation avec la mise sur pied, en 1999, de programmes de dépistage du cancer du sein dans les cantons de Genève, de Vaud et du Valais. Dans le canton de Vaud, un programme pilote est en place depuis 1993, ce qui pourrait expliquer la présence de taux plus élevés en 1997 déjà.

**Graphique 4.5.4: Proportion de femmes ayant subi une mammographie au cours des douze derniers mois (2002)**



Dans les cantons latins, la proportion de femmes de 20 ans ou plus qui ont subi une mammographie s'élève de 13% dans la tranche d'âge de 35 à 49 ans à 46% dans la tranche d'âge de 50 à 64 ans. Elle baisse à 25% chez les femmes de 65 ans ou plus. En considérant la tranche d'âge de 50 à 69 ans, à savoir la cible des programmes de dépistage, et en restreignant l'analyse aux cantons de Genève, de Vaud et du Valais où de tels programmes existent, la proportion de femmes ayant bénéficié d'une mammographie durant les douze mois précédant l'enquête atteint 50%. Si l'on suppose une distribution uniforme des mammographies durant l'année, une telle proportion répond aux objectifs des programmes de dépistage. En effet, en admettant que des mammographies annuelles soient peu probables, l'ensemble des femmes de 50 à 69 ans auraient été mammographiées dans un intervalle de deux ans. Par ailleurs, 23% des femmes ont évoqué la participation à un programme de dépistage comme motif de la mammographie, 70% l'ordre d'un médecin et 7% leur propre initiative. La prévalence d'une mammographie durant les douze mois précédant l'enquête chez les femmes de 50 à 69 ans domiciliées dans les cantons romands sans programme de dépistage – Fribourg, Jura et Neuchâtel – s'élève à 43%.

<sup>45</sup> Les effectifs restreints ne permettent pas de mener des analyses simultanément selon l'âge et les cantons.

#### 4.5.5 Dépistage du cancer du col utérin

En Suisse, 49% des femmes de 20 ans ou plus déclarent un test de dépistage du cancer du col utérin au cours des douze mois précédant l'enquête. Ces proportions varient peu selon les régions linguistiques, s'établissant à 46% en Suisse romande ou au Tessin et à 50% en Suisse alémanique. L'écart entre la Suisse alémanique et les deux régions latines est quelque peu amplifié si l'on prend en compte la structure d'âge. En revanche, ces proportions ne varient pas selon les cantons latins.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus dépend de l'âge. Dans les cantons latins, 46% des femmes de 20 à 34 ans et 53% des femmes de 35 à 64 déclarent en avoir bénéficié. Dans la tranche d'âge de 65 ans ou plus, la proportion est de 28%.

A l'instar des consultations gynécologiques, le dépistage du cancer du col de l'utérus est plus souvent mentionné par les femmes qui disposent d'un niveau de formation élevé. La proportion de femmes déclarant un dépistage est respectivement de 36%, 48% et 57% selon que la formation est de niveau primaire, secondaire ou tertiaire. Ces écarts s'atténuent toutefois si l'on tient compte de la structure d'âge.

#### 4.5.6 Examen de la prostate à titre préventif

Les hommes de 40 ans ou plus ont été interrogés sur un éventuel examen de la prostate à titre préventif. Il peut s'agir d'un test biologique ou d'un examen clinique. La proportion d'hommes ignorant s'ils ont eu un tel examen durant les douze mois précédant l'enquête est élevée dans la tranche d'âge de 70 ans ou plus. Les analyses portent dès lors sur la population masculine âgée de 40 à 69 ans<sup>46</sup>.

En Suisse, 23% des hommes de 40 à 69 ans déclarent avoir subi un examen préventif de la prostate au cours des douze mois précédant l'enquête. Cette proportion ne varie ni selon les régions linguistiques ni selon les cantons latins. Elle était plus basse en 1997 et, à cette époque, un écart se dessinait entre les régions. Quelque 13% des Tessinois âgés de 40 à 69 ans avaient alors mentionné un examen préventif de la prostate contre 19% des Suisses alémaniques, la Suisse romande occupant une position intermédiaire (15%)<sup>47</sup>.

Dans les cantons latins, l'examen de la prostate à titre préventif dépend de l'âge. Il concerne 13% des hommes âgés de 40 à 54 ans et 35% dans la tranche de 55 à 69 ans.

#### 4.5.7 Protection solaire et examen de la peau

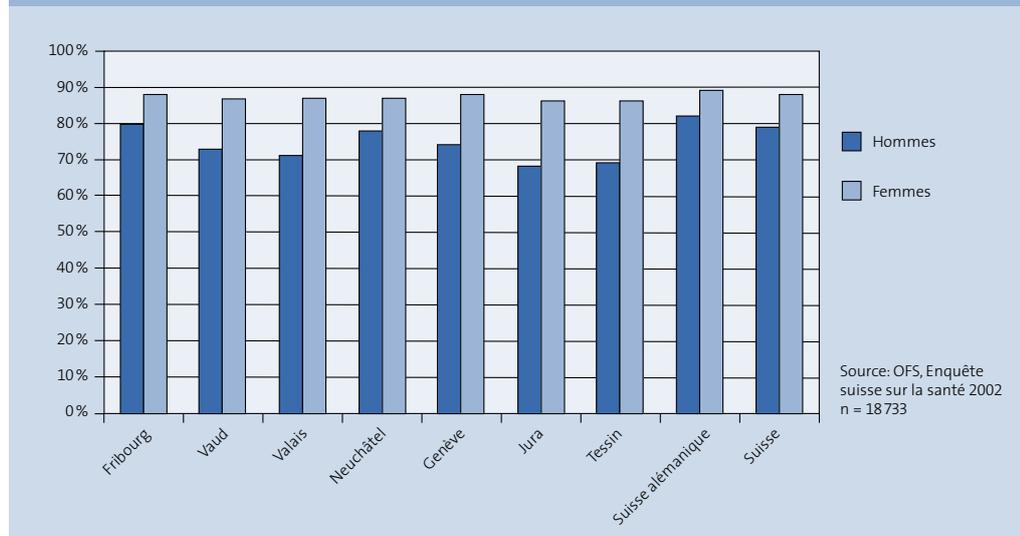
La proportion de personnes répondant positivement à la question *Vous protégez-vous des rayons du soleil?* s'élève à 84% en Suisse. Les femmes affirment se protéger plus souvent du soleil que les hommes. En Suisse alémanique, la proportion de personnes déclarant se protéger du soleil diminue selon l'âge, alors qu'elle reste constante dans les cantons latins. La proportion d'hommes qui indiquent se protéger du soleil est significativement plus élevée en Suisse alémanique (82%) qu'au Tessin (69%), la Suisse romande occupant une position intermédiaire (74%). En tenant compte de la structure d'âge, l'écart entre le Tessin et la Suisse romande s'atténue. Les proportions sont similaires à celles de 1997. Cependant, la Suisse romande (70%) comptait en 1997 une proportion d'hommes se protégeant du soleil proche de celle du Tessin (69%). Chez les femmes, les proportions sont semblables selon les régions linguistiques et l'époque (88%).

Le niveau de formation est clairement associé à l'usage de la protection solaire. Dans les cantons latins, la proportion de personnes déclarant se protéger du soleil croît de 65 % chez les hommes sans formation ou ayant suivi la seule scolarité obligatoire à 79% chez ceux au bénéfice d'une formation tertiaire. Chez les femmes, elle augmente de 83% à 94%.

<sup>46</sup> Dans cette population, 9% des données manquent.

<sup>47</sup> L'écart entre les régions est à considérer avec prudence en raison du faible effectif des Tessinois ayant rapporté un tel examen en 1997 (26 personnes).

**Graphique 4.5.7: Proportion de personnes répondant «oui» à la question «Vous protégez-vous des rayons du soleil?» selon le sexe (2002)**



Contrairement aux femmes, la proportion des hommes qui se protègent du soleil varie significativement selon les cantons latins (graphique 4.5.7). Ces variations ne sont pas dues à la structure d'âge ou au niveau de formation.

La proportion de personnes dont un médecin a examiné la peau ou les grains de beauté au cours des douze mois précédant l'enquête s'élève, en Suisse, à 9%. Elle est similaire pour les deux sexes. En Suisse romande (11%), ce genre d'examen concerne une proportion plus importante de la population qu'en Suisse alémanique (8%), le Tessin occupant une position intermédiaire (9%). Ces écarts subsistent après prise en compte de la structure d'âge. En 1997 déjà, la Suisse romande (9%) se distinguait des deux autres régions linguistiques (6% chacune) par une proportion plus élevée. Dans les trois régions linguistiques, la proportion de personnes qui ont fait contrôler leur peau a augmenté de 2% à 3% entre 1997 et 2002.

Dans les cantons latins, la proportion de personnes rapportant un examen de la peau ou des grains de beauté par un médecin reste stable jusqu'à 65 ans, concernant environ 10% de la population, et s'élève à 15% dans la tranche d'âge de 65 ans ou plus.

Il existe une différence significative selon les cantons étudiés, qui subsiste si l'on tient compte de la structure d'âge. Alors que le contrôle de la peau est également répandu dans les cantons de Fribourg, de Vaud, du Jura et du Tessin, où 10% des personnes ont été contrôlées, il est quelque peu moins pratiqué en Valais (8%) et le plus souvent dans les cantons de Genève (16%) et de Neuchâtel (15%).

#### 4.5.8 Vaccin contre la grippe

La question du vaccin contre la grippe figure dans les questionnaires écrits. La date à laquelle ces derniers ont été remplis n'est malheureusement pas disponible. Il est dès lors difficile de déterminer si la date du vaccin indiquée par les répondants est comprise dans les douze mois qui précèdent le jour où le questionnaire a été rempli. Pour pallier ce problème, le vaccin est supposé avoir eu lieu dans les douze derniers mois lorsqu'il remonte à onze mois ou moins avant la date de l'entretien téléphonique<sup>48</sup>.

En Suisse, seules 47% des personnes de 65 ans ou plus ont été vaccinées contre la grippe au cours des douze mois précédant l'enquête écrite. En Suisse alémanique,

<sup>48</sup> L'OFS (communication personnelle) estime que les questionnaires sont pour la plupart retournés, et donc remplis, dans le mois qui suit l'entretien téléphonique.

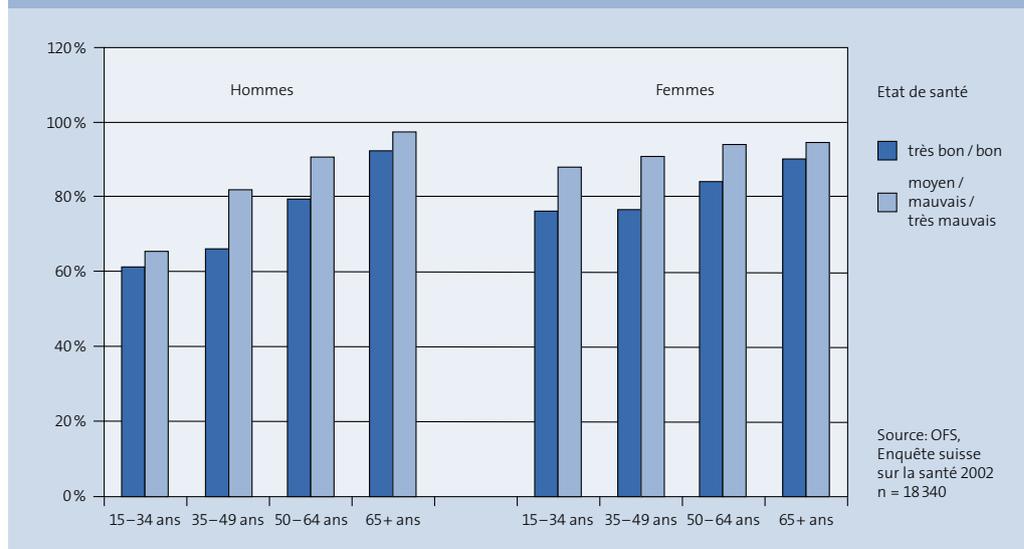
cette proportion est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. La vaccination contre la grippe est relevée par 49% des femmes et ne varie pas de façon significative selon les régions linguistiques. Chez les hommes de 65 ans ou plus, en revanche, la vaccination est plus répandue en Suisse romande (55%) qu'au Tessin (46%) et en Suisse alémanique (41%). Ces écarts subsistent si l'on tient compte de la structure d'âge, bien qu'ils diminuent entre le Tessin et la Suisse alémanique. En 1997 déjà, les hommes de 65 ans ou plus étaient plus fréquemment vaccinés contre la grippe en Suisse romande (41%) qu'au Tessin (31%) et en Suisse alémanique (28%). Dans les trois régions, les proportions d'hommes vaccinés étaient de 13% à 15% plus basses qu'en 2002. Toujours en 1997, il existait un écart entre les régions linguistiques chez les femmes de 65 ans ou plus. La proportion de femmes vaccinées était de 27% au Tessin et de 30% en Suisse alémanique contre 45% en Suisse romande. Tant au Tessin qu'en Suisse alémanique, la vaccination était moins souvent pratiquée en 1997 qu'en 2002.

En Suisse romande et au Tessin, il n'existe pas de différences significatives selon les cantons. De même, chez les femmes, les tranches d'âge de 65 à 74 ans et de 75 ans ou plus ne diffèrent pas significativement. Chez les hommes, en revanche, la vaccination est plus courante dès 75 ans (66%) qu'entre 65 et 74 ans (46%).

#### 4.5.9 Facteurs associés aux examens de dépistage

Les analyses présentées jusqu'ici se sont attachées à décrire la participation à des examens de dépistage à la lumière des caractéristiques sociodémographiques de la population. Il est cependant intéressant d'étendre l'étude à d'autres facteurs. En effet, il convient de se demander si les personnes percevant leur santé comme médiocre, déclarant avoir un médecin de famille ou se tournant vers les médecines parallèles se distinguent par un recours particulier aux examens préventifs. Cette question est examinée à l'aide d'une sélection d'actes préventifs<sup>49</sup>, à savoir le contrôle de la tension artérielle, la mammographie et le dépistage du cancer du col utérin ou du cancer de la prostate.

Graphique 4.5.9a: Proportion de personnes ayant eu un contrôle de la tension artérielle au cours des douze derniers mois selon la santé subjective, l'âge et le sexe, Suisse (2002)



<sup>49</sup> Cette sélection a été définie en fonction de la qualité des données disponibles. Le contrôle du cholestérol ou du diabète, par exemple, présente trop de valeurs manquantes pour faire l'objet d'une telle analyse.

### Santé subjective et recours aux examens de dépistage

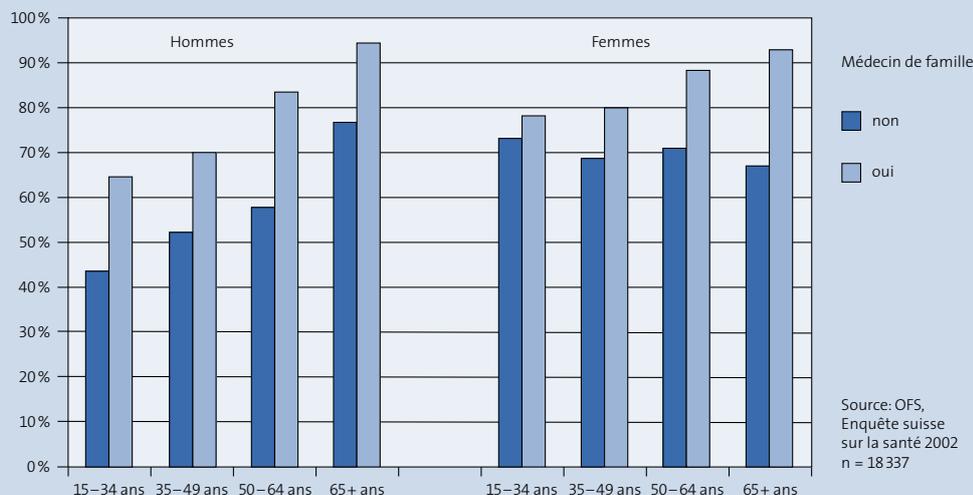
Les personnes jugeant leur santé moyenne, mauvaise ou très mauvaise ont plus souvent mentionné un contrôle de leur tension artérielle au cours des douze mois précédant l'enquête que celles dont la santé perçue est bonne, voire très bonne (graphique 4.5.9a). Ce constat se vérifie dans toutes les catégories d'âge chez les femmes, tandis que cette relation n'est significative qu'à partir de la tranche d'âge de 35 à 49 ans chez les hommes.

Les femmes romandes entre 50 et 64 ans dont la perception de la santé est négative ont plus souvent indiqué avoir subi une mammographie au cours des douze mois précédant l'enquête (61% contre 45% chez les femmes jugeant favorablement leur santé). En revanche, le recours à la mammographie n'est pas lié à l'état de santé perçue dans les autres tranches d'âge ou dans les deux autres régions linguistiques. Il en va de même pour le dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des douze derniers mois avant l'enquête chez les femmes âgées de 20 ans ou plus, une fois la structure d'âge prise en compte. Chez les hommes de 40 à 69 ans, l'examen de la prostate à titre préventif au cours des douze mois précédant l'enquête ne présente pas de lien avec l'état de santé perçue.

### Présence d'un médecin de famille et recours aux examens de dépistage

A l'exception des femmes âgées entre 15 et 34 ans, les personnes qui ont un médecin de famille ont plus souvent déclaré un contrôle de leur tension artérielle au cours des douze mois précédant l'enquête que celles qui n'en ont pas. Chez les femmes, cet écart augmente selon l'âge. Les personnes qui disposent d'un médecin de famille indiquent dans une proportion similaire qu'elles ont, au cours des douze mois précédant l'enquête, effectué un contrôle de la tension artérielle (graphique 4.5.9b) ou consulté un médecin (graphique 4.2.2a). En revanche, chez les personnes de 35 ans ou plus sans médecin de famille, le contrôle de la tension artérielle est plus fréquent que le recours aux consultations médicales. Certaines personnes ont pu faire mesurer leur tension à la pharmacie ou par une infirmière de soins à domicile; elles ont aussi pu la contrôler elles-mêmes.

Graphique 4.5.9b: Proportion de personnes ayant eu un contrôle de la tension artérielle au cours des douze derniers mois selon la mention d'un médecin de famille, l'âge et le sexe, Suisse (2002)



Au plan suisse, les femmes âgées de 50 à 64 ans sont les seules dont les effectifs permettent d'analyser le lien entre la présence d'un médecin de famille et le recours à la mammographie au cours des douze mois avant l'enquête. Dans cette tranche d'âge, la mammographie est plus répandue chez les femmes qui ont un médecin de famille (31% contre 20% en l'absence d'un médecin de famille). En Suisse romande, cependant, la présence d'un médecin de famille n'influence pas le recours à la mammographie<sup>50</sup>. Les femmes déclarant avoir un médecin de famille ont plus souvent indiqué un examen de dépistage du cancer du col utérin au cours des douze mois précédant l'enquête tant entre 20 et 49 ans (58% contre 49%) qu'entre 50 et 64 ans (54% contre 42%). La relation persiste si l'on prend en compte le niveau de formation. Pour les femmes plus âgées, le dépistage du cancer du col utérin ne dépend pas de la présence d'un médecin de famille. Quant aux hommes entre 40 et 69 ans, l'examen de la prostate à titre préventif durant les douze mois précédant l'enquête est plus fréquent chez ceux qui disposent d'un médecin de famille (25% contre 11%).

### **Recours aux médecines parallèles et aux examens de dépistage**

Le recours aux médecines parallèles au cours des douze mois qui précèdent l'enquête est positivement associé au contrôle de la tension artérielle autant dans la population masculine (80% contre 73% en l'absence de recours) que féminine (91% contre 85%). Cette relation n'est pas due à la structure d'âge.

Les femmes de 50 à 64 ans (34% contre 28%) et, dans une moindre mesure, de 35 à 49 ans (11% contre 8%) qui ont recouru aux médecines parallèles ont plus souvent subi une mammographie. Dans les autres tranches d'âge, aucune influence du recours aux médecines parallèles n'apparaît. L'examen de dépistage du cancer du col utérin est également plus fréquent en cas de recours aux médecines parallèles chez les femmes de 20 à 64 ans (62% contre 54%). Cette relation subsiste si l'on tient compte du niveau de formation. A partir de 65 ans, le recours aux médecines parallèles n'exerce plus d'effet sur le dépistage du cancer du col utérin. Le recours aux médecines parallèles n'influence pas non plus l'examen de la prostate à titre préventif chez les hommes de 40 à 69 ans.

L'observation de certaines mesures préventives se trouve ainsi renforcée chez les personnes recourant aux médecines parallèles, en particulier chez les femmes relativement jeunes. Les données à disposition ne permettent cependant pas d'analyser les raisons de ce phénomène, qui pourrait traduire un plus grand intérêt pour la santé et les soins, mais aussi de plus fréquents contacts avec des services de santé qui favoriseraient l'accès aux prestations de prévention. Cette seconde hypothèse serait en accord avec le nombre plus élevé de consultations médicales constatées chez les personnes recourant aux médecines parallèles (voir graphique 4.3.2d).

<sup>50</sup> Les effectifs pour le Tessin ne sont pas suffisants pour tirer des conclusions.

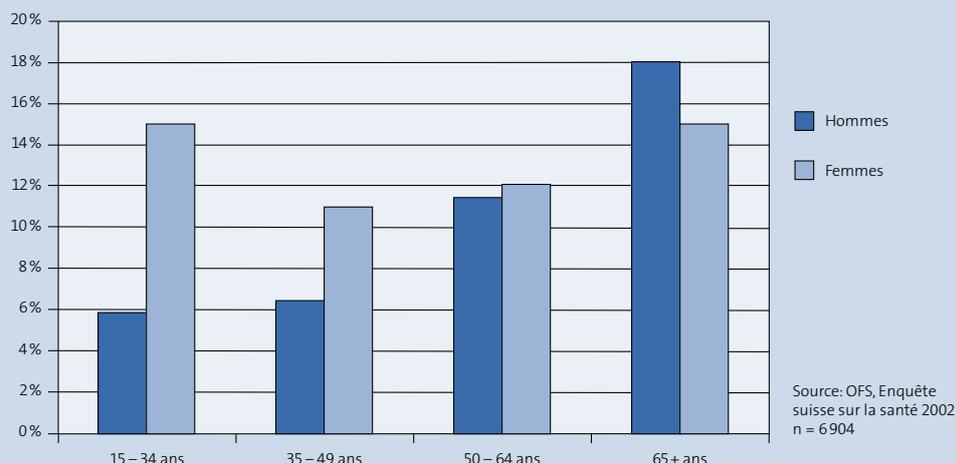
## 4.6 Hospitalisations

La proportion de personnes qui ont passé au moins un jour à l'hôpital ou en clinique spécialisée – cures non comprises – au cours des douze mois précédant l'enquête se situe, en Suisse, à 12%. Cette proportion est similaire dans les trois enquêtes.

La proportion de femmes hospitalisées au moins une fois durant les douze mois passés ne varie pas selon les régions linguistiques. Chez les hommes, cette proportion est quelque peu plus élevée en Suisse alémanique (11%) qu'au Tessin ou en Suisse romande (9% dans les deux cas). Cette modeste différence suggère d'être prudent. D'une part, le Tessin (12%) et la Suisse alémanique (11%) présentaient en 1997 un profil similaire, d'autre part, les proportions selon les régions étaient pareilles en 1992/93. Autant chez les hommes que chez les femmes, la proportion de personnes hospitalisées ne varie pas selon les cantons latins.

Dans les cantons romands et au Tessin, l'âge exerce un effet sur la probabilité d'hospitalisation, qui varie selon le sexe (graphique 4.6). Chez les hommes, la probabilité augmente selon l'âge, tandis qu'elle est la plus basse dans les tranches d'âge intermédiaires chez les femmes. Les proportions de femmes jeunes qui se sont rendues à l'hôpital pourraient en partie s'expliquer par les hospitalisations liées à la grossesse et à l'accouchement.

Graphique 4.6: Proportion de personnes ayant séjourné à l'hôpital au moins une fois au cours des douze derniers mois selon l'âge et le sexe, cantons romands et Tessin (2002)



## 4.7 Opérations

Une série de questions concernant les opérations subies par les répondants, à un moment quelconque de leur vie, figure dans les trois enquêtes. Les résultats présentés ne portent cependant que sur l'ESS 2002 en raison de changements méthodologiques intervenus à chaque étape<sup>51</sup>, compromettant la possibilité de suivre l'évolution au cours des dix dernières années.

Parmi les sept interventions évoquées, quatre concernent l'entier de la population cible de l'enquête. Il s'agit de l'opération des amygdales (tonsillectomie), de l'ablation de l'appendice (appendicectomie), des interventions sur la cheville et des interventions sur le genou. Il peut s'agir par exemple d'interventions exploratoires,

<sup>51</sup> Les questions relatives aux opérations subies étaient intégrées au questionnaire écrit en 1992/93 et à l'entretien téléphonique en 1997 et en 2002. En outre, en 1997, aucune valeur manquante n'a été relevée pour cette série de questions, ce qui suppose une imputation sur laquelle nous ne disposons d'aucun détail. Enfin, en 2002, ces questions n'ont pas été posées lors des entretiens réalisés avec une personne de l'entourage immédiat de la personne cible.

ligamentaires, prothétiques ou articulaires. La fréquence de ces quatre catégories d'interventions figure dans le tableau 4.7.

En Suisse, 29% des personnes âgées de 15 ans ou plus ont été opérées des amygdales. Cette proportion varie légèrement selon les régions, s'élevant à 27% en Suisse romande. Autant chez les hommes que chez les femmes, la fréquence de la tonsillectomie augmente en fonction de l'âge. Cette observation pourrait traduire une plus longue exposition des aînés au risque de tonsillectomie du seul fait de leur âge. Cependant, la durée de l'exposition ne devrait jouer qu'un rôle secondaire, car les interventions de ce type se pratiquent le plus souvent durant l'enfance. Plus vraisemblablement, l'évolution selon l'âge reflète une retenue croissante au cours de la seconde moitié du 20<sup>e</sup> siècle au sujet de l'indication de la tonsillectomie. Chez les personnes âgées de 15 à 34 ans, 17% des hommes et 21% des femmes ont subi cette intervention, alors que ces proportions dépassent 30% dans les tranches d'âge supérieures. Par ailleurs, la fréquence de la tonsillectomie augmente selon le niveau de formation pour les deux sexes. Toujours autant chez les hommes que chez les femmes, la tonsillectomie est plus courante dans les cantons de Vaud et du Tessin que dans les autres cantons latins. Ces différences intercantionales restent significatives si l'on tient compte de l'âge ou du sexe. Les cantons de Vaud et du Tessin présentent alors un profil qui se rapproche de celui de la Suisse alémanique.

**Tableau 4.7: Proportion (%) selon le sexe de personnes ayant subi une opération ... (2002)**

	Amygdales	Appendice	Cheville	Genou
<b>Hommes</b>				
Fribourg	24.3	22.6	10.6	15.8
Vaud	29.5	21.2	(4.6)	13.2
Valais	25.0	22.9	(5.9)	10.5
Neuchâtel	24.6	23.7	(6.0)	11.2
Genève	23.5	18.5	(5.4)	11.6
Jura	25.0	16.7	(6.2)	19.5
Tessin	30.2	20.0	4.2	9.9
Suisse alémanique	29.0	14.7	5.8	14.6
Suisse	28.4	16.4	5.8	14.0
<b>Femmes</b>				
Fribourg	25.7	30.6	6.4	8.6
Vaud	31.6	30.1	(3.9)	9.3
Valais	25.7	30.7	(3.1)	5.8
Neuchâtel	26.0	38.4	(2.5)	8.1
Genève	25.7	26.2	(3.0)	7.2
Jura	22.3	22.1	(3.3)	9.1
Tessin	30.5	32.4	(2.0)	7.7
Suisse alémanique	31.2	22.9	5.1	9.7
Suisse	30.2	25.1	4.6	9.2

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002; amygdales n = 18 693, appendice n = 18 429, cheville n = 18 755 et genou n = 18 756

Un Suisse sur cinq (21%) rapporte avoir subi une appendicectomie. La fréquence de cette intervention est supérieure chez les femmes, chez qui le diagnostic d'appendicite est sans doute plus difficile à poser en raison de symptômes dont il est parfois difficile de distinguer l'origine digestive ou gynécologique. La fréquence de l'appendicectomie croît selon l'âge, mais elle ne dépend pas du niveau de formation. L'appendicectomie est mentionnée par moins d'un Alémanique sur cinq contre plus d'un Romand ou d'un Tessinois sur quatre. Le canton du Jura se caractérise par une fréquence de l'appendicectomie très basse pour les deux sexes. Le canton de Neuchâtel présente une fréquence élevée, en particulier chez les femmes.

Les femmes (5%) indiquent un peu moins souvent avoir subi une opération de la cheville que les hommes (6%). Ce constat peut être mis en relation avec la fréquence moins élevée des accidents, notamment de sport, dans la population féminine (voir section 3.2.5). En Suisse alémanique et en Suisse romande (5% chacune), la fréquence de l'opération de la cheville est plus élevée qu'au Tessin (3%). L'effet de la région et les variations intercantionales persistent après contrôle des facteurs démographiques.

Enfin, les interventions sur le genou sont plus souvent mentionnées que les opérations de la cheville. 11% des Suisses relèvent une telle intervention, qui est plus fréquente chez les hommes dans toutes les catégories d'âge à l'exception de celle de 65 ans ou plus, où les taux masculin et féminin sont pareils. La relation entre l'âge et les opérations du genou dépend du sexe. Chez les hommes, la fréquence de cette intervention est presque deux fois plus élevée entre 35 et 49 ans qu'entre 15 et 34 ans. Elle reste stable au-delà. Chez les femmes, la fréquence croît de manière régulière en fonction de l'âge. Par ailleurs, la fréquence de l'opération du genou chez les femmes ne varie ni selon les régions linguistiques ou les cantons latins, ni selon le niveau de formation. En revanche, l'effet de la formation est significatif chez les hommes. Dans les cantons latins, la proportion d'hommes relevant une opération du genou est de 6% en cas de formation primaire ou d'absence de formation et de 15% respectivement 13% en cas de formation secondaire ou tertiaire.

D'autres interventions chirurgicales concernent avant tout les personnes âgées. Il s'agit des opérations de la hanche – plus précisément de la chirurgie prothétique – et de la cataracte, pour lesquelles les analyses ne portent que sur la population de 60 ans ou plus.

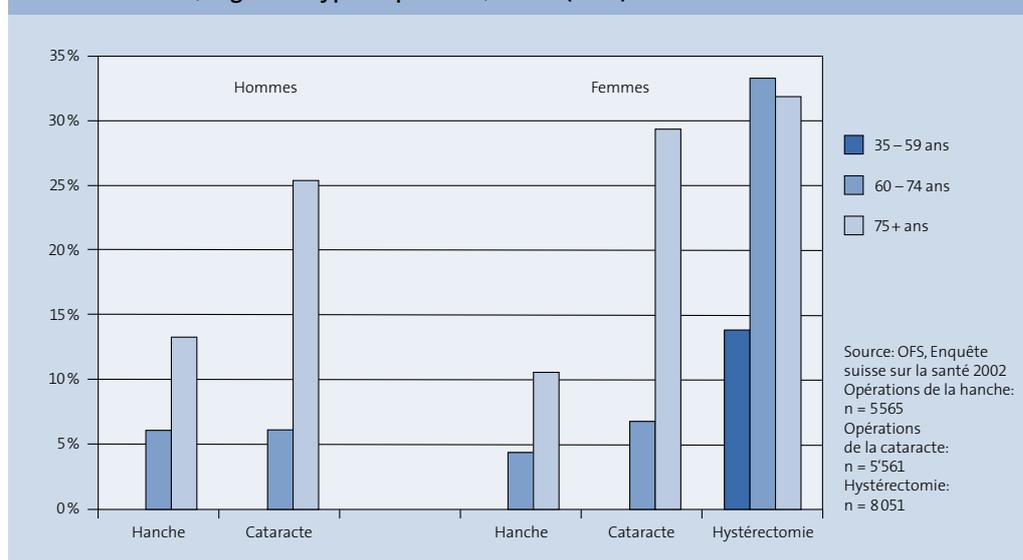
En Suisse, la proportion de personnes opérées passe de 5% dans la tranche d'âge de 60 à 74 ans à 12% dans la tranche d'âge de 75 ans ou plus pour la chirurgie de la hanche. Pour la chirurgie de la cataracte, l'augmentation est encore plus marquée. Les proportions correspondantes sont de 7% et de 28%. Les différences entre hommes et femmes ne sont significatives ni pour l'opération de la hanche ni pour celle de la cataracte (graphique 4.7). Le niveau de formation n'influence pas davantage les proportions de personnes opérées. En revanche, l'opération de la hanche est plus pratiquée en Suisse alémanique (8%) qu'en Suisse romande ou au Tessin (5% dans les deux cas). Il en va de même pour la chirurgie de la cataracte (14% contre 11% dans les deux cas)<sup>52</sup>.

Enfin, l'hystérectomie – ablation de la matrice – a été analysée pour les femmes âgées de 35 ans ou plus. En Suisse, plus d'une femme sur cinq (22%) a subi cette opération. Elle est plus de deux fois moins fréquente chez les femmes entre 35 et 59 ans que dans les tranches d'âge supérieures. Les femmes disposant d'une formation tertiaire (13%) se soumettent moins souvent à l'hystérectomie que les femmes ayant suivi la scolarité obligatoire ou sans formation (26%). Les différences entre les régions et les cantons latins sont significatives et persistent si l'on prend en compte la structure d'âge et le statut socioéconomique. L'hystérectomie est plus fréquente

<sup>52</sup> Les effectifs restreints ne permettent pas de comparer les cantons latins.

en Suisse alémanique (24%) qu'au Tessin (18%) ou en Suisse romande (17%). Dans les cantons latins, elle s'observe le plus souvent chez les Fribourgeoises (26%) et le plus rarement chez les Genevoises (13%).

**Graphique 4.7: Proportion de personnes ayant subi une opération selon le sexe, l'âge et le type d'opération, Suisse (2002)**



#### 4.8 Aide informelle

En Suisse, 7% des hommes et 17% des femmes âgés de 60 ans ou plus déclarent avoir reçu de l'aide de parents, de connaissances ou de voisins (par exemple une aide pour les commissions, pour les soins ou pour apporter à manger) au cours des douze mois précédant l'enquête pour des raisons de santé. L'écart entre les sexes peut être compris à la lumière de la formulation de la question et de la nature des tâches effectuées par les hommes et par les femmes. En supposant que l'épouse s'occupe habituellement des commissions, des repas et du ménage, un homme de 60 ans ou plus n'indiquera pas nécessairement recevoir une aide pour ces tâches, même si son état de santé ne lui permettrait pas de les assumer. La proportion d'hommes déclarant bénéficier d'une aide informelle est plus élevée chez ceux qui vivent seuls que chez ceux qui sont en ménage, alors que ce n'est pas le cas des femmes, ce qui va dans le sens de l'hypothèse. De plus, les proportions d'hommes et de femmes seuls âgés de 60 à 74 ans qui ont reçu une aide informelle sont identiques. En revanche, dans la catégorie d'âge supérieure, les femmes seules ont plus souvent bénéficié d'aide que les hommes seuls. La différence de structure d'âge entre les hommes et les femmes de 75 ans ou plus pourrait expliquer ces résultats, les femmes de cette catégorie d'âge, non plafonnée, étant en moyenne plus âgées que les hommes. Cette observation peut aussi refléter une plus grande fragilité des femmes âgées, qui perçoivent leur santé comme plus détériorée que les hommes et chutent plus souvent qu'eux.

La proportion d'hommes ayant bénéficié d'une aide informelle passe de 5% entre 60 et 74 ans à 11% à partir 75 ans. Chez les femmes, les proportions correspondantes sont de 11% et de 29%.

Autant chez les hommes que les femmes, ces proportions ne varient pas selon les régions. Dans les cantons latins, les hommes âgés ayant reçu une aide informelle sont trop peu nombreux en vue d'une analyse. Chez les femmes, les différences intercantionales ne sont pas significatives.

## 4.9 Assurance-maladie

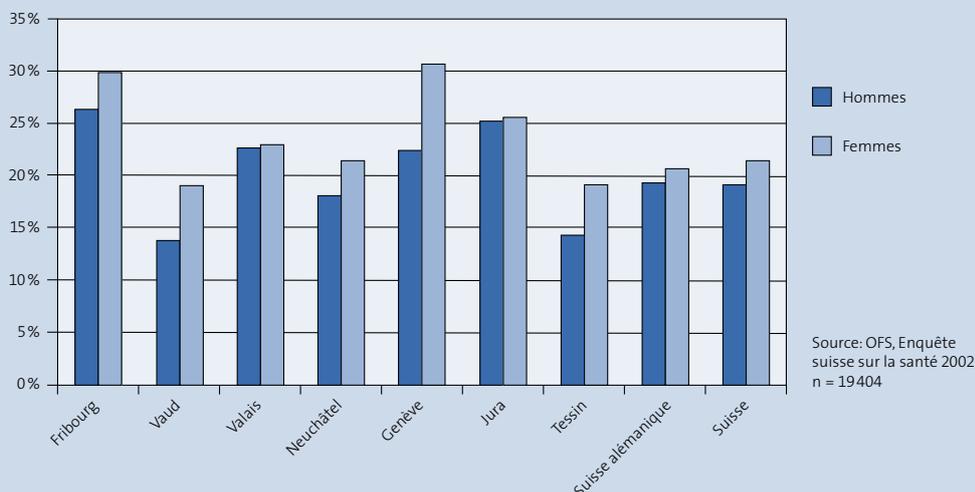
L'assurance-maladie étant obligatoire en Suisse, les principales différences de statut se rapportent au type de contrat (qui peut restreindre le choix du médecin ou récompenser le faible niveau de recours aux soins), au montant de la franchise choisie, à l'existence de contrats d'assurances complémentaires privées (étendant les prestations remboursées ou garantissant le choix du médecin en milieu hospitalier) et au niveau de la prime payée (qui peut être réduite par l'octroi de subsides décidés par les cantons). Les résultats présentés ici visent essentiellement à fournir un bref aperçu des données de l'ESS 2002 et ne prétendent pas constituer une analyse détaillée de l'assurance-maladie en Suisse.

En 2002, 89% des Suisses ont contracté une assurance-maladie de base standard et 6% une assurance de type bonus, HMO ou modèle médecin de famille, tandis que 5% ne se sont pas prononcés sur cette question. La proportion de personnes recevant une subvention pour les primes d'assurance est indépendante du type de contrat. C'est le cas de 20% des personnes couvertes par un contrat standard et de 21% de celles qui ont conclu un contrat particulier.

Les personnes âgées de 50 à 64 ans sont celles qui touchent le moins souvent une aide (12% des hommes et 13% des femmes). Les proportions relevées chez les personnes de 65 ans ou plus ne sont que légèrement supérieures (17% et 18%). Dans les tranches d'âge inférieures, plus de 20% des hommes et plus de 25% des femmes déclarent recevoir une subvention. La perception de subventions est associée au niveau de formation. Dans la population masculine, les proportions diminuent de 25% en cas de formation primaire à 11% en cas de formation tertiaire. Les proportions correspondantes sont de 27% et 15% dans la population féminine.

Les régions se différencient autant chez les hommes que chez les femmes. En Suisse romande, près d'une femme sur quatre reçoit une subvention pour le paiement de son assurance-maladie contre une sur cinq au Tessin ou en Suisse alémanique. Chez les hommes, les proportions observées en Suisse romande (20%) et en Suisse alémanique (19%) sont proches. Elles sont plus élevées qu'au Tessin (14%). Les différences intercantoniales sont également significatives (graphique 4.9). En Suisse romande, le canton de Vaud se caractérise par la proportion la plus basse de personnes touchant une subvention et le canton de Fribourg par la proportion la plus élevée. Cependant, la proportion de femmes bénéficiant d'une subvention est la plus haute dans le canton de Genève.

**Graphique 4.9: Proportion de personnes bénéficiant d'une participation au paiement des primes d'assurance-maladie selon le sexe (2002)**



## 4.10 Synthèse

Les données de l'ESS 2002 montrent d'abord que le recours aux consultations médicales ne reflète pas les fortes disparités régionales et cantonales caractérisant la densité de médecins en pratique privée. En particulier, une même proportion de la population – plus de trois quarts – a consulté un médecin au cours des douze mois précédant l'enquête dans les trois régions linguistiques et dans les cantons latins. La distribution du nombre de consultations chez les hommes qui ont eu recours au médecin ne varie ni selon les régions ni selon les cantons latins. Chez les femmes, les Tessinoises consultent moins souvent que les femmes romandes ou alémaniques, bien que le classement des cantons latins selon la fréquence du recours au médecin ne suive pas celui de la densité médicale. Si la forte densité médicale de la Suisse romande ne se traduit pas par un recours plus élevé, les consultations gynécologiques durant les douze mois précédant l'enquête sont plus fréquentes en Suisse romande qu'en Suisse alémanique ou au Tessin. Dans les cantons latins, les femmes se sont rendues le plus souvent chez le gynécologue à Genève.

Neuf Suisses sur dix déclarent avoir un médecin de famille. Ceux qui n'en ont pas sont plus nombreux à n'avoir pas consulté récemment. On relève la situation particulière du canton de Genève, où la densité médicale est particulièrement élevée et où une proportion considérable des répondants signalent ne pas avoir de médecin de famille. Cette relation s'observe autant chez les Suisses que chez les étrangers. La densité de médecins généralistes dans le canton de Genève ne diffère pas de celle des autres cantons latins, tandis que celle des médecins non généralistes y est nettement plus élevée; il est dès lors possible que certaines personnes choisissent de s'adresser directement aux spécialistes lorsqu'elles sont confrontées à un problème de santé.

Le recours à l'une au moins des formes de médecine parallèle qui figurent dans l'ESS 2002<sup>53</sup> est le fait d'une personne sur cinq en Suisse. La région linguistique et le canton de résidence – parmi les cantons latins – n'influencent pas cette proportion. En revanche, ils déterminent en partie le genre de thérapie mentionné. Les facteurs connus pour influencer le recours aux médecines parallèles – sexe féminin, niveau de formation élevé et âge moyen – voient leur effet confirmé dans l'ESS 2002. Le recours à la chiropraxie, qui était une pratique déjà reconnue dans le cadre de la LAMA, est légèrement plus fréquent en Suisse romande, en particulier dans les cantons de Genève et de Vaud, que dans les deux autres régions linguistiques. Il est également influencé par le niveau de formation, mais est similaire pour les hommes et les femmes.

La consommation de médicaments n'a pas pu être analysée pour le canton du Tessin, ce qui est regrettable au regard de la densité de pharmacies particulièrement élevée dans ce canton. Pour les autres cantons suisses, un tiers des femmes et un quart des hommes déclarent avoir pris au moins un médicament durant la semaine précédant l'enquête. La consommation de médicaments est plus élevée en Suisse romande qu'en Suisse alémanique, mais il n'existe pas de différences selon les cantons romands.

En matière de dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire, les observations diffèrent en ce qui concerne la mesure de la tension artérielle, sur laquelle les participants à l'ESS 2002 se sont assez systématiquement exprimés, et les contrôles de la cholestérolémie et de la glycémie, pour lesquels de nombreuses personnes n'ont pas répondu. Pour ces deux derniers facteurs, la mesure a lieu en laboratoire; certaines personnes ignorent probablement la nature de l'analyse effectuée à partir d'échantillons de leur sang. La mesure de la tension artérielle est plus souvent mentionnée par les femmes, ce qui résulte peut-être d'une pratique habituelle de contrôle lors des visites gynécologiques. Elle est également plus fréquente chez les

<sup>53</sup> Impliquant l'intervention d'un thérapeute, selon la formulation du questionnaire.

personnes âgées, qui sont plus souvent en contact avec un médecin, et cela surtout dans la population masculine. Ainsi, la probabilité de ne pas bénéficier d'une mesure de la tension artérielle est la plus élevée chez les jeunes hommes. Elle varie selon les cantons, la proportion d'hommes dont la tension n'a pas été contrôlée étant élevée dans le canton du Jura. Les contrôles de la cholestérolémie et de la glycémie durant les douze derniers mois sont moins systématiques que celui de la tension artérielle, et leur fréquence varie selon les cantons latins. Ils sont tous deux un peu plus souvent pratiqués au Tessin que dans les cantons de Fribourg et du Jura. La fréquence du contrôle de la cholestérolémie et de la glycémie ne dépend pas du sexe, mais elle augmente avec l'âge.

Chez les femmes, le dépistage du cancer porte d'abord sur le cancer du sein. Les données de l'ESS 2002 montrent que la pratique de la mammographie est plus fréquente en Suisse romande qu'en Suisse alémanique. Elle est également plus courante qu'au Tessin, où la proportion observée en 1997 n'a pas évolué. En revanche, elle a plus que doublé dans le canton du Valais entre 1997 et 2002. Elle a également considérablement augmenté dans le canton de Genève et a continué à croître dans le canton de Vaud. Ces trois cantons ont tous mis en place un programme de dépistage systématique par mammographie sur une base bisannuelle destiné aux femmes de 50 à 69 ans. L'augmentation de la fréquence correspond à ce développement de l'offre. Actuellement, dans les cantons romands, près d'une femme sur deux dans la classe d'âge visée par les campagnes de prévention indique avoir subi une mammographie au cours des douze derniers mois, ce qui pourrait indiquer une couverture presque complète. L'autre forme de dépistage efficace des cancers féminins se rapporte au col de l'utérus, dont le frottis périodique est recommandé dès l'âge des premiers rapports sexuels. Près d'une femme sur deux âgée de 20 ans ou plus déclare avoir subi cet examen dans les douze derniers mois. Les variations régionales sont faibles et les différences selon les cantons latins inexistantes. En revanche, deux effets dignes d'attention ont été relevés dans les données de l'ESS 2002. Le premier est en relation avec l'âge, la probabilité d'un frottis de col étant moindre avant l'âge de 35 ans et après 65 ans, tandis que le second a trait à l'influence du niveau de formation, les femmes bénéficiant d'une formation élevée citant plus fréquemment ce dépistage. La relation entre le niveau de formation et la fréquence du dépistage du cancer du col utérin reflète le fait que les femmes les moins formées consultent également moins souvent un gynécologue. Le cancer de la prostate semble avoir fait l'objet d'un dépistage dans les douze derniers mois chez un peu moins d'un quart des hommes âgés entre 40 et 69 ans, et ce dans chacune des régions linguistiques et chacun des cantons latins. La fréquence de ce dépistage augmente en fonction de l'âge. Dans toutes les régions, il est mentionné plus souvent en 2002 qu'en 1997.

Parmi les interventions préventives, la vaccination contre la grippe des personnes âgées de 65 ans ou plus est en augmentation dans chacune des régions linguistiques depuis 1997. Sa fréquence est la plus élevée en Suisse romande, où 46 % des hommes entre 65 et 74 ans et 66% des hommes âgés de 75 ou plus ont été vaccinés durant les douze derniers mois. Chez les femmes, la fréquence est indépendante de l'âge et se situe à 53%. Les cantons latins ne diffèrent pas entre eux, et la vaccination y est relevée avec une même fréquence pour les deux sexes.

La dotation en lits d'hospitalisation varie selon les régions et les cantons. En particulier, le canton du Tessin connaît une dotation élevée, et parmi les cantons romands, cette dernière est plus forte dans celui de Genève que dans les cantons du Valais ou de Fribourg. Malgré ces différences, le fait d'avoir été hospitalisé au moins une fois durant les douze derniers mois varie peu selon les régions linguistiques, et aucune différence n'est relevée selon les cantons latins. En revanche, les effets connus du sexe et de l'âge apparaissent dans ces données: les femmes sont plus souvent hospitalisées que les hommes, principalement dans la classe d'âge caractérisée par la grossesse et l'accouchement, et les taux masculins augmentent plus fortement selon l'âge que

ne le font les taux féminins. Des différences selon le sexe, l'âge et les régions linguistiques se manifestent quant à la fréquence des opérations subies au cours de la vie. En particulier, il convient de relever l'effet du niveau de formation sur la probabilité de subir certaines interventions chirurgicales dans les cantons latins. Ainsi, les personnes dont le niveau de formation est le moins élevé ont une probabilité moindre, compte tenu de l'âge et du sexe, de rapporter une tonsillectomie ou une opération du genou, mais une plus grande probabilité d'avoir subi une hystérectomie.

Les données statistiques montrent des disparités cantonales d'équipement et d'activité tant dans le secteur de l'hébergement que dans celui de l'aide et des soins à domicile. Des cantons tels le Jura, le Valais, Genève ou Vaud disposent de plus de ressources dans le domaine du maintien à domicile, alors que les cantons de Fribourg, de Neuchâtel ou du Tessin sont dotés de davantage de lits médico-sociaux. En outre, les statistiques d'activité peuvent couvrir des réalités diverses: la forte proportion de jeunes clients des organisations d'aide et de soins à domicile observée en Valais contraste avec la clientèle majoritairement âgée de ces organisations dans d'autres cantons romands. Cependant, les données de l'ESS 2002 concernant le recours aux services médico-sociaux sont difficilement interprétables en raison de petits effectifs de personnes concernées par ce type de soins, de la formulation parfois imparfaite des questions, mais aussi du fait de l'exclusion des personnes institutionnalisées.

#### 4.11 Points forts

- Bien que les coûts de la santé aient augmenté dans la dernière décennie, la proportion de personnes hospitalisées au moins une fois dans l'année et celle des personnes ayant consulté un médecin sont restées stables depuis 1992/93.
- Par ailleurs, pour la plupart des indicateurs de la consommation de soins, les cantons latins se situent au même niveau que la Suisse alémanique, voire connaissent un taux de recours inférieur. Une exception concerne la consommation de médicaments, qui est plus élevée en Suisse romande qu'en Suisse alémanique.
- Le canton de Genève compte une proportion non négligeable d'hommes sans médecin de famille. Ce canton présente par ailleurs une densité particulièrement élevée de médecins spécialistes, alors que sa densité de médecins généralistes est proche de la moyenne suisse. Cette situation est susceptible de favoriser un faible degré de coordination des soins.
- De nombreuses personnes ignorent si leur taux de cholestérol ou de glucose sanguin est normal, ce qui n'est pas le cas de la tension artérielle dont la mesure est plus visible. La discussion des résultats des tests de laboratoire devrait être systématique pour les facteurs de risque cardiovasculaire, car ces derniers sont modifiables.
- Les personnes recourant aux médecines parallèles ne se distinguent pas systématiquement des autres en ce qui concerne l'hospitalisation et la prise de médicaments, qui résultent généralement d'une prescription. En revanche, elles se rendent plus souvent chez le médecin et, pour plusieurs aspects de la prévention, se soumettent davantage aux contrôles de santé.
- Les femmes qui ont suivi la seule scolarité obligatoire ont moins souvent consulté un gynécologue ou rapporté un frottis du col utérin dans l'année que celles disposant d'une formation supérieure. En revanche, elles sont plus nombreuses à avoir subi une hystérectomie.

Indicateurs du recours aux services de santé										
	Suisse	Fribourg	Vaud	Valais	Neuchâtel	Genève	Jura	Tessin		
Personnes déclarant ne pas avoir de médecin de famille (%, n = 19 695, question t31.00)										
Hommes	10.3	12.5	16.2	8.7	(7.4)	22.4	(7.4)	9.7		
Femmes	9.7	12.7	13.1	8.9	8.8	13.7	8.9	8.7		
Personnes déclarant avoir consulté un médecin au cours des douze derniers mois (%, n = 19 682, question t31.10)										
Hommes	71.3	63.5	71.3	73.4	73.2	71.8	69.5	72.2		
Femmes	82.1	82.5	83.6	82.2	86.5	82.3	79.1	81.9		
Femmes déclarant avoir consulté un gynécologue au cours des douze derniers mois (%, n = 10 431, questions t31.10 et t31.40)	52.0	53.1	57.5	51.4	56.9	62.7	59.1	48.9		
Personnes ayant eu recours à une consultation au moins auprès d'un chiropraticien au cours des douze derniers mois (%, n = 16 137, question s6)										
Hommes	4.4	(2.7)	(6.2)	(8.0)	(5.0)	(5.5)	(6.2)	(4.3)		
Femmes	5.3	7.2	7.0	8.2	(6.4)	8.7	(3.6)	(4.3)		
Personnes ayant eu recours à une consultation de médecine parallèle (chiropraxie exclue) au moins au cours des douze derniers mois (%, n = 16 136, questions s7.10 à s7.90)										
Hommes	14.7	14.6	14.8	16.8	16.6	12.7	13.6	14.9		
Femmes	24.0	27.0	26.5	23.6	21.0	22.0	23.4	25.4		
Personnes ayant eu recours à une consultation d'acupuncture, d'homéopathie ou de naturopathie au moins au cours des douze derniers mois (%, n = 16 136, questions s7.10, s7.20 et s7.30)										
Hommes	6.6	(4.9)	(6.6)	(7.8)	(10.1)	(7.3)	(6.1)	7.8		
Femmes	13.2	14.8	17.4	13.9	11.6	12.8	14.4	15.4		

	Suisse	Fribourg	Vaud	Valais	Neuchâtel	Genève	Jura	Tessin
<b>Distribution du nombre de catégories de médicaments consommés au cours des sept derniers jours</b> (%, n = 18 004, questions t40.00, t40.10, t40.20, t40.30, t40.40, t40.50, t40.60, t40.80 et t40.90)								
<b>Hommes</b>								
Aucune	74.5*	76.3	69.7	67.9	66.1	66.6	68.3	**
Une	15.4*	14.0	14.6	16.8	21.4	19.1	18.8	**
Deux	5.8*	5.8	8.4	8.6	(7.8)	6.6	(5.7)	**
Trois et plus	4.2*	(3.9)	7.4	6.7	(4.7)	7.7	(7.2)	**
<b>Femmes</b>								
Aucune	66.1*	61.6	59.9	61.6	55.2	58.5	57.0	**
Une	19.4*	23.3	22.4	21.3	23.8	22.6	23.2	**
Deux	8.9*	8.3	10.6	10.5	11.4	12.2	10.6	**
Trois et plus	5.6*	6.9	7.1	6.6	9.7	6.6	9.3	**
* Suisse (sans le Tessin) ** pas de valeurs pour le Tessin en raison d'une mauvaise traduction de la question relative aux médicaments contre l'hypertension								
<b>Personnes de 25 à 79 ans déclarant avoir eu un contrôle de leur tension artérielle au cours des douze derniers mois</b> (%, n = 18 344, questions t49.20 et t49.21)								
Hommes	72.8*	70.3	68.5	73.3	79.2	77.9	64.0	76.9
Femmes	82.6*	78.8	78.9	82.9	82.2	86.5	81.7	83.3
* au niveau suisse, il n'y a pas de restriction sur l'âge: les proportions se rapportent à l'ensemble de la population suisse de 15 ans ou plus								
<b>Personnes de 25 à 79 ans déclarant avoir eu un contrôle de leur taux de cholestérol au cours des douze derniers mois</b> (%, n = 5547, questions t50.20 et t50.21)								
Hommes	**	47.1	54.6	57.8	50.7	59.1	47.3	56.9
Femmes	**	53.5	56.7	58.2	55.5	58.0	55.7	64.9

	Suisse	Fribourg	Vaud	Valais	Neuchâtel	Genève	Jura	Tessin
Personnes de 25 à 79 ans déclarant avoir eu un contrôle de leur taux de glucose au cours des douze derniers mois (%, n = 5465, questions t51.30 et t51.31)								
Hommes	**	43.9	56.1	57.4	50.7	59.2	45.8	57.2
Femmes	**	55.9	57.6	54.0	56.1	56.4	52.8	64.0
** pas de valeurs en raison du nombre trop élevé de données manquantes en Suisse alémanique								
Femmes de 20 ans ou plus déclarant avoir subi une mammographie au cours des douze derniers mois (%, n = 9913, questions t54.12, t54.13, t54.14, t54.15, t54.20, t54.21 et t54.22)	13.8	17.7	21.2	22.1	19.5	25.6	19.0	14.6
Femmes de 20 ans ou plus déclarant avoir eu un frottis vaginal au cours des douze derniers mois (%, n = 9838, questions t54.00, t54.01 et t54.02)	48.6	47.4	46.4	45.7	40.1	48.6	41.8	46.4
Hommes de 40 à 69 ans déclarant avoir eu un examen de la prostate à titre préventif au cours des douze derniers mois (%, n = 4041, questions t53.00, t53.10 et t53.11)	23.5	17.1	20.8	23.1	14.8	29.2	22.1	21.5
Personnes de 65 ans ou plus déclarant avoir été vaccinées contre la grippe au cours des douze derniers mois (%, n = 3428, questions s16 et s16.1)								
Hommes	44.8	(532)	55.9	48.0	(52.1)	60.2	(40.8)	46.0
Femmes	48.9	51.5	61.0	49.7	54.0	47.8	48.7	50.8
Personnes déclarant avoir été hospitalisées au moins un jour au cours des douze derniers mois (%, n = 19 697, question t32.00)								
Hommes	10.7	10.4	8.1	10.6	(6.1)	10.4	(7.1)	9.5
Femmes	13.0	16.4	12.7	13.6	11.7	13.4	12.6	12.6
Personnes de 60 ans ou plus ayant subi une opération de la cataracte (%, n = 5561, question t42.00)								
Hommes	11.2	(18.5)	(10.0)	(9.5)	(8.0)	(8.5)	(8.0)	(7.7)
Femmes	14.3	(8.7)	(10.7)	(8.0)	(11.7)	(16.1)	(11.6)	13.8

	Suisse	Fribourg	Vaud	Valais	Neuchâtel	Genève	Jura	Tessin
<b>Personnes de 60 ans ou plus ayant subi une opération de la hanche (%, n = 5564, question t42.00)</b>								
Hommes	8.1	(7.2)	(6.0)	(10.5)	(0.8)	(7.8)	(5.7)	(6.0)
Femmes	6.5	(4.7)	(6.1)	(4.6)	(4.7)	(2.4)	(2.1)	(4.4)
<b>Femmes de 35 ans ou plus ayant subi une ablation de la matrice (%, n = 8051, question t42.00)</b>	21.8	26.0	15.2	19.5	16.5	12.8	19.2	18.5
<b>Personnes ayant contracté une assurance de base non standard, de type Bonus, HMO ou modèle médecin de famille (%, n = 18 935, question t34.00)</b>								
Hommes	6.0	(1.9)	(1.7)	(1.0)	(1.2)	(4.1)	(0.4)	(1.7)
Femmes	5.6	(1.8)	(2.0)	(1.2)	(1.2)	(2.7)	(0.9)	(1.3)
<b>Personnes ayant contracté une assurance de base non standard, de type Bonus, HMO ou modèle médecin de famille (%, n = 18 935, question t34.00)</b>								
Hommes	19.2	26.4	13.8	22.7	18.1	22.4	25.3	14.3
Femmes	21.5	29.9	19.0	22.9	21.4	30.7	25.6	19.1

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002

## 5. Comportements de santé et facteurs de risque

*Astrid Stuckelberger et Philippe Wanner*

### 5.0 Résumé

Trois séries de comportements sont analysés dans ce chapitre: la pratique de l'exercice physique, l'alimentation et la consommation de substances pouvant nuire à la santé. Durant les loisirs, les Romands pratiquent moins souvent une activité physique que les Alémaniques. Les trajets jusqu'au lieu de travail ou d'études ne permettent pas aux Romands de combler ce déficit d'activité physique. Dans les cantons latins, les Fribourgeoises et les Fribourgeois arrivent en tête pour la pratique hebdomadaire d'une activité physique, tandis qu'elle est la moins répandue chez les Tessinoises et les Jurassiens. L'attention accordée à l'alimentation est moins prononcée chez les Romands que chez les Tessinois et les Alémaniques. Les femmes consomment plus souvent du tabac en Suisse romande qu'en Suisse alémanique, son usage étant moins développé chez les hommes dans le canton du Tessin. La consommation de drogues illégales est préoccupante en particulier chez les jeunes Genevois et Neuchâtelois. La consommation d'alcool est la plus élevée chez les Romands et surtout chez les Tessinois. Ces résultats suggèrent une fréquence plus élevée des comportements susceptibles d'avoir des conséquences négatives sur la santé dans les cantons latins qu'en Suisse alémanique.

Dès le milieu du 20<sup>e</sup> siècle, les études épidémiologiques ont montré que l'incidence de diverses maladies dépendait de comportements à risque tel le tabagisme (voir Doll et Peto, 1981). Les travaux de recherche ont établi de nombreux facteurs de risque associés au comportement individuel. En particulier, un mode de vie sans tabac, à la consommation d'alcool modérée, non sédentaire et sans comportement violent s'accompagne d'une réduction du risque de nombreuses maladies et causes de décès (WHO, 2002).

Le comportement individuel est susceptible de modifier rapidement l'état de santé, par exemple en cas de comportements entraînant un accident. Mais c'est aussi et surtout sur le long terme qu'un comportement inadéquat est susceptible d'influencer négativement la santé. Pour cette raison, les comportements actuels constituent des indicateurs anticipés de l'état de santé futur de la population. Agir par des politiques de prévention sur les comportements quotidiens de la population est alors un moyen efficace pour réduire la morbidité et la mortalité dans les décennies à venir.

En général, les variations géographiques des comportements à risque sont importantes (OFS, 2000). Les données de l'ESS 2002 permettent de vérifier la présence de ces schémas régionaux pour la période récente. Ce chapitre porte en premier lieu sur la pratique d'une activité physique durant les loisirs (5.1), l'alimentation (5.2), en distinguant le comportement alimentaire et l'attention qui lui est portée, et les comportements néfastes pour la santé (consommation de tabac, de drogues illégales et d'alcool, 5.3). Dans la section 5.4, la relation entre ces trois dimensions est examinée afin de définir des groupes présentant des profils de risque homogènes.

## 5.1 Activité physique

### 5.1.1 Activité physique hebdomadaire durant les loisirs

Les activités physiques déploient des effets bénéfiques autant sur le bien-être physiologique que psychologique (OMS, 2003; DHHS, 1996). La pratique régulière d'une activité physique durant les loisirs est un facteur de protection pour les maladies cardiovasculaires, le cancer du colon, le diabète, l'ostéoporose, la fracture de la hanche, la maladie mentale ou l'obésité. Elle renforce les muscles et les os, améliore la confiance en soi et favorise l'autonomie chez les personnes âgées tout en contribuant à l'intégration sociale. Les personnes qui font des exercices physiques modérés ou énergiques au moins une fois par semaine présentent un taux de mortalité inférieur à celui des personnes peu ou non actives.

L'activité physique est révélatrice de l'attention qu'une personne porte à sa santé, puisqu'elle est corrélée avec d'autres indicateurs liés au comportement alimentaire ou tabagique (voir section 5.4). Par ailleurs, l'Office fédéral du sport<sup>54</sup> recommande la pratique d'une activité physique journalière d'au moins une demi-heure durant les activités quotidiennes ou la pratique d'un sport d'intensité modérée. L'ESS permet de mettre en évidence quelques différences régionales intéressantes concernant cette dimension de la santé.

En Suisse, plus de deux hommes sur trois et près de trois femmes sur cinq déclarent pratiquer une activité physique hebdomadaire durant leurs loisirs en 2002. Ces proportions sont semblables à l'année 1992/93, mais un peu plus élevées chez les femmes qu'en 1997 (59% contre 55%). Comme en 1997, les proportions sont significativement plus basses en Suisse romande et surtout au Tessin qu'en Suisse alémanique (OFS, 2000). En Suisse romande, 61% des hommes et 48% des femmes pratiquent une activité physique hebdomadaire. Les proportions correspondantes sont de 58% et 41% au Tessin contre 70% et 64% en Suisse alémanique. Dans les cantons latins, les proportions varient entre 55% (Jura) et 66% (Fribourg) chez les hommes. Les écarts sont encore plus marqués chez les femmes, les proportions étant comprises entre 41% (Tessin) et 55% (Fribourg). La structure d'âge de la population, en particulier le fait que les jeunes sont mieux représentés dans le canton de Fribourg qu'au Tessin, ne rend qu'en partie compte des différences relevées chez les femmes. En effet, les Tessinoises sont moins nombreuses à pratiquer une activité physique hebdomadaire que les Fribourgeoises dans toutes les tranches d'âge.

Dans l'ensemble des cantons latins, l'activité physique est plus courante chez les hommes que les femmes. Cette différence est importante dans les cantons du Tessin (58% des hommes pratiquant une activité physique hebdomadaire contre 41% des femmes), de Vaud (58% contre 47%) et de Fribourg (66% contre 55%). Elle est le moins marquée dans le canton du Jura (55% contre 49% – tableau 5.1.1a). En revanche, aucune différence significative selon les cantons ne s'observe en ce qui concerne la proportion de personnes exerçant une activité physique intensive, c'est-à-dire au moins trois fois par semaine.

En général, la pratique de l'activité physique durant les loisirs diminue selon l'âge. Les Fribourgeoises, les Valaisans et les Neuchâtelois sont cependant plus nombreux à exercer une activité physique entre 50 et 64 ans qu'entre 35 et 49 ans (tableau 5.1.1b). La proportion d'hommes pratiquant une activité physique est significativement inférieure à la moyenne suisse dans le canton du Tessin pour la tranche d'âge de 35 ans ou plus, de Vaud et de Neuchâtel pour celle de 35 à 49 ans et du Jura pour celle de 15 à 49 ans. Chez les femmes, les Tessinoises, les Genevoises et les Valaisannes présentent, quelle que soit la tranche d'âge, des proportions significativement plus basses que la moyenne suisse. Les Jurassiennes de 50 ans ou plus, les Neuchâteloises de moins de 35 ans ou à partir de 50 ans, les Vaudoises de 35 à 64 ans et les Fribourgeoises de 35 à 49 ans pratiquent aussi significativement moins souvent une activité physique.

<sup>54</sup> Voir site internet [www.hepa.ch](http://www.hepa.ch)

**Tableau 5.1.1a: Proportion (% en ligne) de personnes pratiquant une activité physique durant les loisirs selon le sexe et la fréquence de la pratique (2002)**

	Hommes			Femmes		
	Aucune	1-2 fois/semaine	≥ 3 fois/semaine	Aucune	1-2 fois/semaine	≥ 3 fois/semaine
<b>Cantons romands</b>	38.8	34.1	27.1	51.7	30.3	18.1
Fribourg	33.5	37.4	29.1	44.9	34.8	20.3
Vaud	41.8	33.0	25.2	53.5	29.7	16.8
Valais	35.2	35.4	29.5	50.1	32.3	17.5
Neuchâtel	40.7	28.0	31.3	54.8	30.0	15.2
Genève	37.6	36.7	25.8	52.5	27.2	20.3
Jura	44.8	28.3	26.9	50.7	33.0	16.4
<b>Tessin</b>	42.0	29.1	29.0	59.1	21.3	19.6
<b>Suisse alémanique</b>	29.5	38.5	32.0	36.0	37.9	26.1
<b>Ensemble de la Suisse</b>	32.2	37.1	30.7	41.0	35.2	23.8

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n = 18 654

**Tableau 5.1.1b: Proportion (%) de personnes pratiquant au moins une fois par semaine une activité sportive durant les loisirs selon le sexe et l'âge (2002)**

	Hommes				Femmes			
	15-34 ans	35-49 ans	50-64 ans	65+ ans	15-34 ans	35-49 ans	50-64 ans	65+ ans
<b>Cantons romands</b>	73.8	57.3	55.8	45.7	59.2	51.0	45.8	27.6
Fribourg	74.7	68.7	58.4	40.1	68.5	51.7	56.9	30.2
Vaud	75.8	52.9	52.2	36.5	61.5	47.1	40.9	29.6
Valais	77.4	57.7	65.2	46.2	59.2	53.6	47.0	27.4
Neuchâtel	68.7	50.6	63.2	42.3	52.6	58.6	41.7	25.0
Genève	71.9	58.9	52.2	61.9	54.0	51.4	49.3	26.1
Jura	62.2	55.5	52.1	44.3	62.0	54.9	45.5	19.0
<b>Tessin</b>	77.8	56.6	48.7	43.3	54.4	43.6	38.6	23.0
<b>Suisse alémanique</b>	82.4	70.1	62.9	57.5	76.1	68.0	66.0	41.6
<b>Ensemble de la Suisse</b>	80.0	66.6	61.0	54.6	70.6	62.5	59.9	38.3

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n = 18 654

La pratique de l'activité physique est particulièrement peu courante dans certains groupes de femmes. C'est le cas des Neuchâteloises de 15 à 34 ans, dont près de la moitié ne déclare aucun exercice physique hebdomadaire, résultat qu'il convient de mettre en rapport avec les spécificités de santé de ce groupe (voir sous-chapitre 3.3). C'est aussi le cas des Tessinoises, en particulier celles en milieu de vie, à la fois moins intégrées au plan professionnel et ayant moins d'enfants en comparaison avec les autres cantons. La faible pratique d'une activité physique durant les loisirs constitue une troisième dimension des spécificités des femmes tessinoises.

Deux aspects de la promotion de la santé par le sport pourraient expliquer les différences entre la Suisse latine et la Suisse alémanique: pour les jeunes, les cours d'activité physique, obligatoires durant la scolarité et l'apprentissage, semblent s'accompagner d'une forte pratique sportive durant les loisirs, pratique qui diminue rapidement à l'entrée dans l'âge adulte. La fidélisation des jeunes à une activité sportive au moment où ceux-ci quittent le système scolaire est d'autant plus importante qu'ils se trouvent à un âge où des habitudes néfastes pour la santé se mettent en place. Selon l'enquête SMASH (Narring et al., 2003), les raisons les plus souvent invoquées par les jeunes de 16 à 20 ans pour justifier l'absence de pratique sportive sont le manque de temps et l'absence de motivation. Cette enquête relève la nécessité d'une politique d'incitation et de soutien d'activités en groupe qui ne sont pas centrées sur la performance. En l'état, cette incitation pourrait être plus marquée en Suisse alémanique qu'au Tessin, où l'appartenance à des associations sportives est, selon les données d'une autre enquête<sup>55</sup>, significativement moins répandue. Aussi, le nombre de clubs et d'associations sportives, leur localisation et les coûts pour les usagers sont des indicateurs qu'il convient d'inclure dans la problématique.

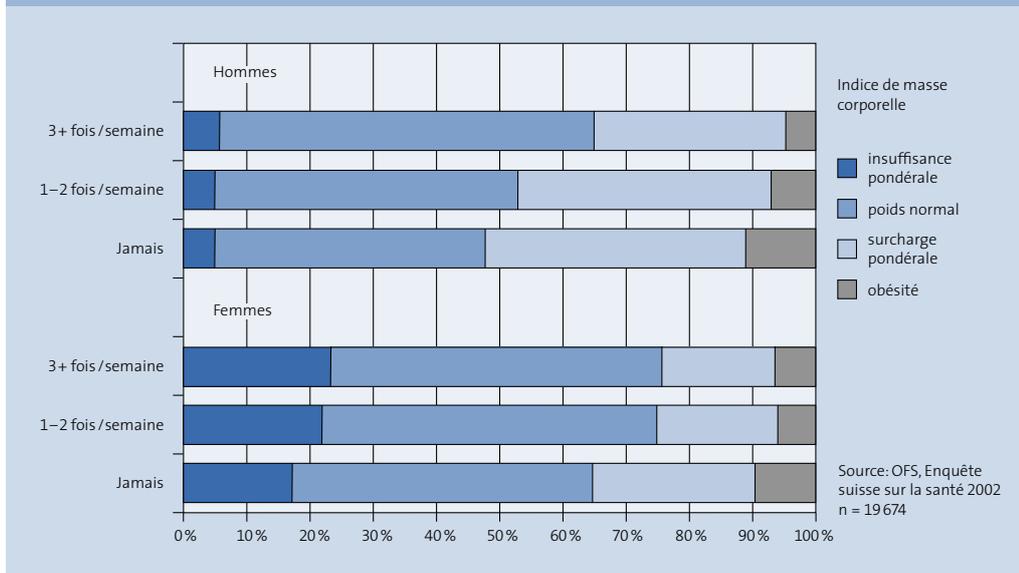
Chez les adultes, la diminution de la pratique de l'activité physique coïncide avec l'accroissement des responsabilités familiales et professionnelles. A un âge plus avancé, la sédentarité gagne du terrain, alors que la pratique de l'activité physique prend une importance croissante quant au maintien de la santé (WHO, 1996). Il conviendrait de réfléchir à des mesures rendant le sport non seulement attractif à l'âge adulte, mais aussi conciliable avec les activités familiales et les horaires de travail. A ce sujet, il importerait de déterminer pourquoi les femmes concilient plus fréquemment le sport avec d'autres activités en Suisse alémanique qu'en Suisse romande et au Tessin. Ces différences peuvent certes être mises en relation avec des approches spécifiques de la gestion du temps et une sensibilité variable aux bienfaits de l'activité physique, en particulier en plein air. Cependant, de tels déterminants culturels n'expliquent certainement pas l'ensemble des différences.

Différents facteurs socioéconomiques influencent la pratique de l'exercice physique (Zimmermann-Sloutskis et Martin-Diener, 2003). Le niveau de formation peut jouer un rôle, tout comme le type d'activité professionnelle exercée, qui traduit en partie la pénibilité du travail. Pour certaines professions des secteurs primaire ou secondaire, l'activité physique déployée au travail peut compenser, du moins en partie, l'exercice d'une activité sportive durant les loisirs. En outre, le lieu de domicile (type de canton, régions urbaine ou rurale) peut se traduire par des possibilités différentes de pratiquer un sport en groupe, les associations sportives étant plus nombreuses dans les villes que dans les régions rurales. Enfin, des facteurs culturels peuvent rendre compte de certaines différences cantonales.

Une des mesures-clés permettant de mettre en évidence un lien entre la pratique de l'exercice physique et la santé est l'indice de masse corporelle (voir section 3.2.4). La pratique d'une activité physique réduit en effet le risque d'obésité autant chez les adultes (Di Pietro, 1999) que chez les enfants (Steinbeck, 2001). En Suisse, la proportion de femmes et d'hommes obèses ou ayant une surcharge pondérale est plus élevée en cas d'absence d'activité physique (graphique 5.1.1). Cependant, l'insuffisance

<sup>55</sup> Panel suisse des ménages (Tillmann et al., 2001), propres calculs.

**Graphique 5.1.1: Distribution de l'indice de masse corporelle selon le sexe et la fréquence de l'activité physique, Suisse (2002)**



pondérale est plus fréquente chez les personnes pratiquant une activité physique, surtout si cette pratique a lieu au moins trois fois par semaine. Chez les femmes, une activité physique modérée, pratiquée une ou deux fois par semaine, semble accroître les chances de présenter un poids normal, tandis que chez les hommes, ces chances sont d'autant plus élevées que l'activité physique est fréquente. Des résultats similaires s'observent dans chaque région linguistique.

La pratique de l'activité physique est associée à la tension artérielle, au diabète et au taux de cholestérol (tableau 5.1.1c). Ces trois risques se rencontrent moins souvent chez les femmes et les hommes qui pratiquent une activité physique hebdomadaire.

**Tableau 5.1.1c: Proportion (%) de personnes présentant du diabète ou un taux de cholestérol élevé selon le sexe et la fréquence de l'activité physique (2002)**

	Hommes			Femmes		
	Jamais	1–2 fois par semaine	Au moins 3 fois par semaine	Jamais	1–2 fois par semaine	Au moins 3 fois par semaine
<b>Tension artérielle</b>						
Suisse romande	24.5	15.4	19.8	23.9	13.6	15.1
Tessin	27.8	16.1	19.6	23.3	14.5	8.8
Suisse alémanique	22.6	20.2	18.9	28.5	18.4	18.6
Ensemble de la Suisse	23.4	19.0	19.1	26.7	17.2	17.6
<b>Diabète</b>						
Suisse romande	5.8	2.6	4.6	4.6	2.6	2.2
Tessin	(9.0)	(1.3)	(3.7)	(4.8)	(3.7)	(3.3)
Suisse alémanique	5.9	2.4	3.3	4.8	3.0	2.6
Ensemble de la Suisse	6.0	2.4	3.6	4.7	2.9	2.6
<b>Taux de cholestérol</b>						
Suisse romande	21.0	17.3	15.1	14.3	9.3	9.8
Tessin	28.8	(14.3)	16.6	17.6	17.4	(13.9)
Suisse alémanique	18.6	14.2	14.8	15.7	11.4	12.2
Ensemble de la Suisse	19.9	14.9	14.9	15.4	11.1	11.8

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n = 18550 (tension artérielle), 18551 (diabète) et 17974 (cholestérol)

### 5.1.2 Activité physique liée aux trajets quotidiens

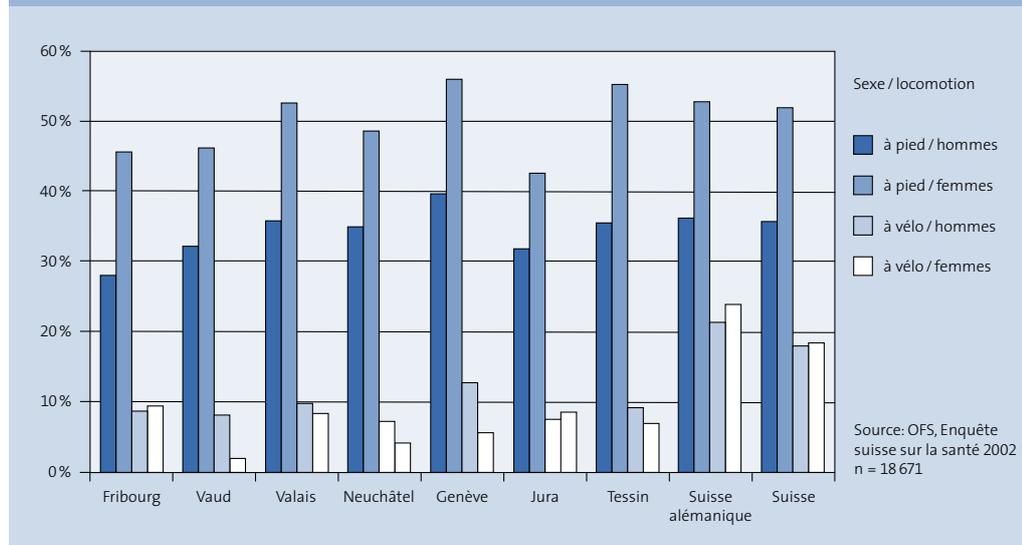
D'autres indicateurs du mouvement corporel figurent dans l'ESS. C'est le cas de l'activité physique durant les trajets quotidiens, qu'ils soient professionnels, scolaires ou en relation avec l'activité domestique et les loisirs. Il convient de noter que la durée des trajets, courte ou longue, n'est pas prise en compte<sup>56</sup>.

Si aucune différence significative selon les régions ne s'observe en rapport avec les trajets à pied, qui concernent environ 36% des hommes contre 52% des femmes, l'utilisation du vélo est significativement moins répandue chez les Romands (9% contre 5%) et les Tessinois (9% contre 7%) que chez les Alémaniques (21% contre 24%). Les Romands et les Tessinois, qui recourent significativement plus souvent à la voiture, sont aussi moins nombreux à faire appel aux transports publics – qui impliquent en principe un trajet à pied pour y accéder. Dans les cantons latins, les Jurassiens, les Fribourgeois voire les Vaudois se déplacent le moins souvent à pied (graphique 5.1.2).

La mobilité jusqu'au lieu de travail ou d'études ne permet pas aux Romands et aux Tessinois de combler leur moindre pratique de l'activité physique par rapport à la Suisse alémanique. En effet, aucune substitution n'apparaît entre l'activité physique liée aux trajets quotidiens et l'activité physique pratiquée durant les loisirs. Au contraire, chez les femmes, on observe que c'est plutôt dans les cantons comptant une proportion élevée de sportives durant les loisirs que l'utilisation du vélo pour se rendre au travail est le plus important.

<sup>56</sup> L'ESS ne fournit pas d'information à ce propos.

**Graphique 5.1.2: Proportion de personnes se rendant à pied ou à vélo à leur lieu de travail, de commissions ou de loisirs selon le sexe (2002)**



### 5.1.3 Opinion concernant la pratique de l'activité physique

La pratique de l'activité physique, moins répandue dans les cantons latins qu'en Suisse alémanique, est en adéquation avec les différences de perception régionales. Ainsi, 46% des hommes et 53% des femmes romands jugent leur activité physique insuffisante, alors que les proportions correspondantes sont de 35% et 37% en Suisse alémanique ou de 33% et de 37% au Tessin. En Suisse romande, ce sont les hommes valaisans ou fribourgeois et les femmes genevoises qui évoquent le plus souvent une activité physique insuffisante (tableau 5.1.3). L'insuffisance perçue est en premier lieu le fait des hommes (52%) et des femmes (54%) qui ne pratiquent pas d'activité physique hebdomadaire. Elle est la plus basse chez les hommes (16%) et les femmes (20%) qui s'adonnent au moins trois fois par semaine à une activité physique.

**Tableau 5.1.3: Proportion (%) de personnes non satisfaites de leur activité physique selon le sexe (2002)**

	Hommes	Femmes
<b>Cantons romands</b>	46.2	53.3
Fribourg	35.3	42.2
Vaud	52.4	51.7
Valais	34.3	50.2
Neuchâtel	47.0	55.8
Genève	49.3	62.2
Jura	51.4	53.5
<b>Tessin</b>	32.6	37.1
<b>Suisse alémanique</b>	34.6	37.0
<b>Ensemble de la Suisse</b>	37.3	41.2

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n = 18 531



## 5.2 Alimentation

De même que la pratique de l'activité physique, le comportement alimentaire agit sur la santé à court et à long terme (OMS, 2002). Une mauvaise alimentation, associée par exemple aux maladies cardiovasculaires, au diabète et au développement de certains cancers, peut augmenter le risque de morbidité et de mortalité (Osborne, 1997). En outre, la malnutrition et les excès alimentaires peuvent conduire à l'obésité, qui engendre un risque majeur de maladies chroniques graves. La prévention et le traitement de l'obésité, concernant désormais chaque âge et l'ensemble des classes sociales, sont devenus une priorité de santé publique dans les pays occidentaux et même à l'échelle mondiale. L'obésité est aujourd'hui considérée comme une maladie chronique et une épidémie mondiale (OMS, 2003). Les données les plus complètes disponibles sur la prévalence de l'obésité en Europe sont issues de l'étude MONICA (Wietlisbach et al., 1997). Elles montrent que la prévalence de l'obésité a progressé d'environ 10% à 40% dans la plupart des pays européens au cours des dix dernières années. Une telle augmentation n'est cependant pas observée dans l'ESS (voir section 3.2.4).

Dans ce contexte, les comportements alimentaires représentent un domaine d'étude essentiel de l'évaluation de la santé de la population. Vérifier dans quelle mesure le régime alimentaire habituel est bénéfique ou non à la santé n'est cependant pas toujours aisé, car les réponses recueillies peuvent avant tout refléter l'alimentation au moment où a lieu l'enquête. Par ailleurs, il peut être difficile pour la personne interrogée de se souvenir des aliments consommés et de leur quantité. Dès lors, les questions de l'ESS fournissent des informations générales sur l'attention accordée à l'alimentation et les comportements alimentaires.

### 5.2.1 Attention accordée à l'alimentation

En Suisse, la majorité des hommes (62%) et des femmes (76%) déclarent faire attention à leur alimentation. La différence entre les proportions des hommes et des femmes est significative. Les proportions, proches de celles de 1997 (OFS, 2000), augmentent régulièrement selon l'âge. Entre 15 et 34 ans, 55% des hommes accordent une attention à leur alimentation contre 66% à l'âge de 65 ans ou plus. Chez les femmes, les proportions varient entre 68% dans la tranche d'âge de 15 à 34 ans et 82% dans celle de 50 à 64 ans.

L'attention accordée à l'alimentation dépend de la région linguistique. Cependant, contrairement à l'activité physique qui montre une forte opposition entre la Suisse latine et la Suisse alémanique, l'attention accordée à l'alimentation rapproche les Tessinois des Suisses alémaniques. Quelque 70% des Tessinois et 77% des Tessinoises font en effet attention à leur alimentation contre 49% des Romands et 60% des Romandes, tandis que les proportions correspondantes sont de 65% et 82% en Suisse alémanique (tableau 5.2.1a). Ces différences ne s'expliquent ni par la structure d'âge ni par les catégories socioprofessionnelles. Par rapport à 1997, les Romandes sont en outre un peu moins nombreuses à faire attention à leur alimentation (60% contre 63%), la proportion restant inchangée chez les Romands. L'attention accordée à l'alimentation ne varie pas significativement selon les cantons latins.

Les liens de causalité entre l'attention accordée à l'alimentation et la surcharge pondérale sont complexes, puisque l'attention peut contribuer au maintien d'un poids normal, mais également être la conséquence d'une surcharge pondérale qui exige un contrôle de l'alimentation. Pour l'ensemble de la Suisse, les hommes présentant un poids normal sont les plus attentifs à leur alimentation (tableau 5.2.1b). Les femmes ayant une insuffisance pondérale montrent une plus faible attention à l'alimentation que les autres groupes (poids normal, surcharge pondérale ou obésité). Dans tous les cas, il n'y a pas de lien étroit entre ces deux indicateurs, les différences étant faibles d'un groupe à l'autre.

**Tableau 5.2.1a: Proportion (%) de personnes accordant une attention à leur alimentation selon le sexe (2002)**

	Hommes	Femmes
<b>Cantons romands</b>	49.4	60.1
Fribourg	46.7	61.5
Vaud	48.0	58.1
Valais	46.4	60.3
Neuchâtel	50.0	63.6
Genève	56.1	59.9
Jura	43.1	64.7
<b>Tessin</b>	69.8	76.7
<b>Suisse alémanique</b>	65.1	81.7
<b>Ensemble de la Suisse</b>	61.6	76.0

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n = 19 691

Accorder de l'attention à l'alimentation n'est pas nécessairement un indicateur d'une alimentation équilibrée. Si l'attention indique une prise de conscience de l'importance d'une alimentation adéquate, elle peut s'accompagner, dans les faits, d'un régime alimentaire peu approprié. Par ailleurs, des personnes vivant dans un environnement social ou familial où une nourriture saine va de soi peuvent ne pas accorder d'attention particulière à l'alimentation. Il s'agit dès lors d'examiner le comportement alimentaire.

**Tableau 5.2.1b: Proportion (%) de personnes faisant attention à leur alimentation selon l'indice de masse corporelle (BMI) et le sexe (2002)**

	Hommes				Femmes			
	Insuffisance pondérale (BMI < 18.5)	Poids normal (18.5 ≤ BMI < 25)	Surcharge pondérale (25 ≤ BMI < 30)	Obésité (BMI ≥ 30)	Insuffisance pondérale (BMI < 18.5)	Poids normal (18.5 ≤ BMI < 25)	Surcharge pondérale (25 ≤ BMI < 30)	Obésité (BMI ≥ 30)
<b>Cantons romands</b>	43.3	50.1	49.8	48.7	53.7	60.9	62.8	66.3
Fribourg	(35.5)	48.9	43.1	(53.1)	55.3	63.6	66.3	(54.3)
Vaud	(41.3)	47.0	50.4	(47.9)	44.8	60.1	64.8	(64.9)
Valais	(32.9)	47.6	47.3	(45.6)	59.3	60.7	60.4	(61.8)
Neuchâtel	(87.2)	47.5	48.6	(49.7)	61.3	58.2	70.6	(82.7)
Genève	(43.3)	59.1	56.0	(49.5)	56.8	61.9	55.3	69.9
Jura	(32.6)	43.0	43.7	(46.1)	64.1	62.3	70.9	(63.8)
<b>Tessin</b>	(38.8)	67.8	75.4	75.8	77.2	78.4	74.0	69.9
<b>Suisse alémanique</b>	56.8	67.1	64.7	60.8	79.2	83.0	81.2	81.4
<b>Ensemble de la Suisse</b>	52.6	63.1	61.8	58.3	72.4	77.3	76.4	77.4

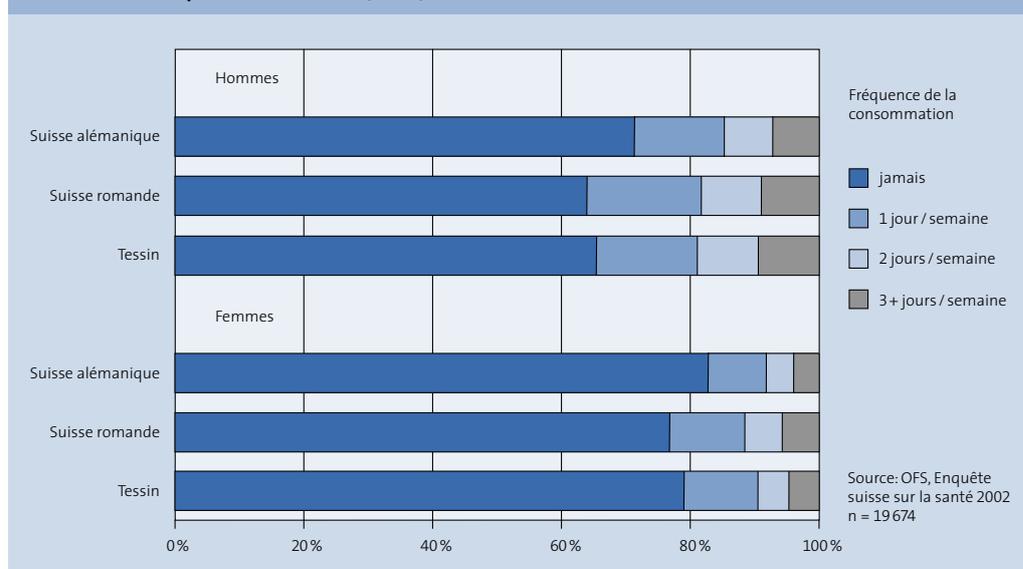
Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n = 19 457

### 5.2.2 Comportement alimentaire

Différents indicateurs du comportement alimentaire sont disponibles dans l'ESS. Une première série porte sur la fréquence de la consommation de différents aliments tels les fruits, les jus de fruits ou de légumes, les produits laitiers et la viande. Ces indicateurs ne sont cependant pas toujours pertinents pour mettre en évidence des spécificités géographiques du comportement alimentaire, la proportion de consommateurs quotidiens étant la plupart du temps similaire dans les cantons latins et en Suisse. Une seconde série d'indicateurs, qui est analysée ici, a trait aux comportements pouvant se révéler néfastes pour la santé, en l'occurrence des repas pris dans un snack-bar ou dans la rue.

Les différences selon les régions linguistiques ne sont pas significatives pour l'ensemble de la population suisse (graphique 5.2.2). En revanche, la fréquentation des snack-bars varie significativement chez les jeunes entre 15 et 34 ans<sup>57</sup>, les premiers concernés par une alimentation rapide. Elle est plus courante en Suisse romande et au Tessin qu'en Suisse alémanique (tableau 5.2.2). Dans le canton de Genève, quelque 67% des hommes et 60% des femmes âgés de 15 à 34 ans mangent au moins une fois par semaine dans un snack-bar ou dans la rue. Ces proportions sont également élevées dans les cantons de Vaud (55% et 46%) et de Neuchâtel, en particulier chez les hommes (59%, et 30%). Elles sont en revanche plus basses dans les cantons du Valais (39% et 27%) et du Jura (46% et 26%). Les différences semblent liées au caractère urbain ou rural des cantons, les occasions de manger rapidement étant plus nombreuses dans les villes. Des facteurs tels les horaires de travail, la présence d'un restaurant d'entreprise ou la distance entre le lieu de domicile et le lieu de travail jouent certainement aussi un rôle. Bien que les résultats portent sur de faibles effectifs, la consommation dans des snack-bars ou dans la rue est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Autant chez les femmes que chez les hommes, la proportion de consommateurs réguliers, se rendant au moins trois fois par semaine dans un snack-bar, est la plus élevée dans le canton de Genève, de Vaud et du Tessin.

Graphique 5.2.2: Proportion de personnes mangeant dans un snack-bar ou dans la rue selon la fréquence et le sexe (2002)



<sup>57</sup> Le test porte sur la proportion de personnes mangeant au moins une fois par semaine dans un snack-bar.

**Tableau 5.2.2: Proportion (% en ligne) de personnes âgées de 15 à 34 ans mangeant dans un snack-bar selon la fréquence de la consommation et le sexe (2002)**

	Hommes				Femmes			
	Jamais	Occasionnel- lement	1-2 fois/semaine	≥ 3 fois/semaine	Jamais	Occasionnel- lement	1-2 fois/semaine	≥ 3 fois/semaine
<b>Cantons romands</b>	24.8	20.8	33.0	21.4	34.2	25.9	23.3	16.5
Fribourg	24.1	26.8	32.7	(16.4)	43.0	24.7	24.0	(8.4)
Vaud	23.9	(21.1)	28.4	(26.6)	29.1	25.1	24.5	(21.3)
Valais	37.5	23.4	29.8	(9.3)	45.1	27.8	(19.2)	(7.9)
Neuchâtel	(27.5)	(13.1)	37.4	(22.0)	38.6	30.9	(17.8)	(12.7)
Genève	(14.7)	(18.3)	41.7	25.4	26.0	23.6	27.0	23.3
Jura	(32.9)	(20.9)	(26.8)	(19.5)	41.9	31.7	(18.3)	(8.1)
<b>Tessin</b>	24.7	(15.6)	34.7	25.0	36.7	19.2	21.6	22.6
<b>Suisse alémanique</b>	25.0	28.5	31.6	14.9	37.8	29.5	23.8	8.9
<b>Ensemble de la Suisse</b>	24.9	26.1	32.1	16.9	36.8	28.1	23.5	11.5

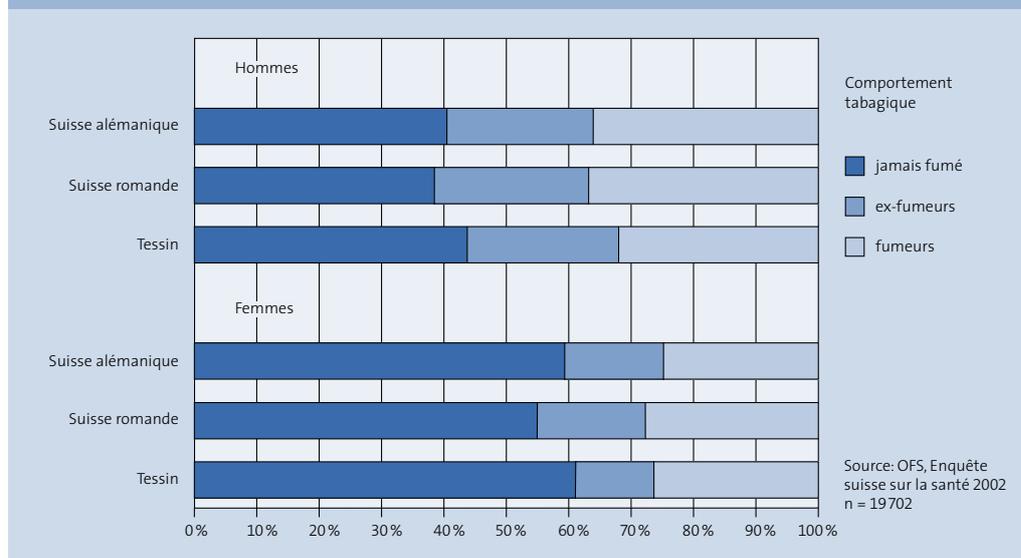
Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n = 4713

## 5.3 Consommation de tabac, de drogues illégales et d'alcool

### 5.3.1 Tabac

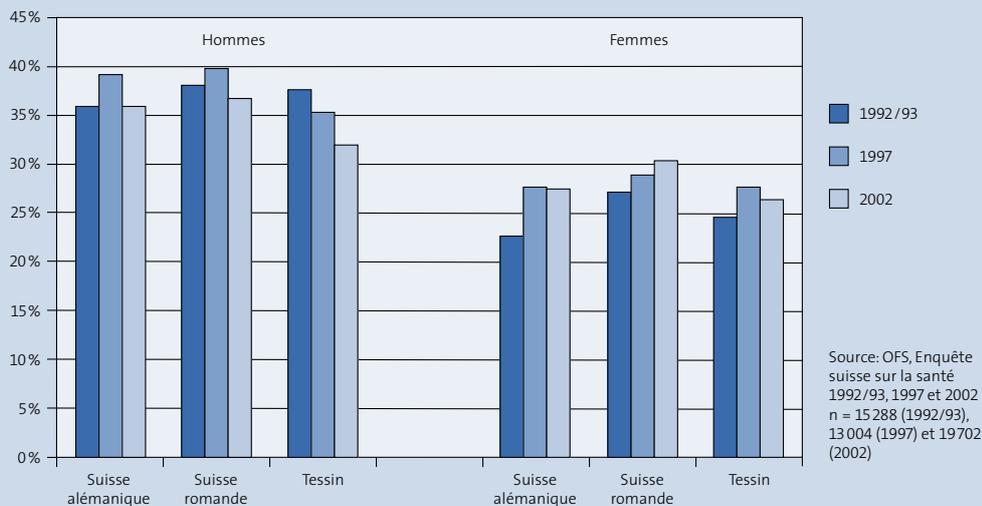
Quelque 36% des hommes et 26% des femmes déclarent consommer du tabac en Suisse. Il y a significativement plus de fumeuses chez les femmes romandes (28%) et moins de fumeurs chez les hommes tessinois (32%). Ces variations s'expliquent par la proportion de personnes n'ayant jamais fumé. La proportion des anciens fumeurs est en effet la même dans les trois régions linguistiques, à l'exception des Tessinoises qui sont moins nombreuses à avoir cessé de fumer (graphique 5.3.1a). Dès lors, les différences régionales sont avant tout dues au taux variable d'entrée dans le groupe des consommateurs de tabac plutôt qu'au taux de sortie.

Graphique 5.3.1a: Répartition (%) de la population selon le comportement tabagique et le sexe (2002)



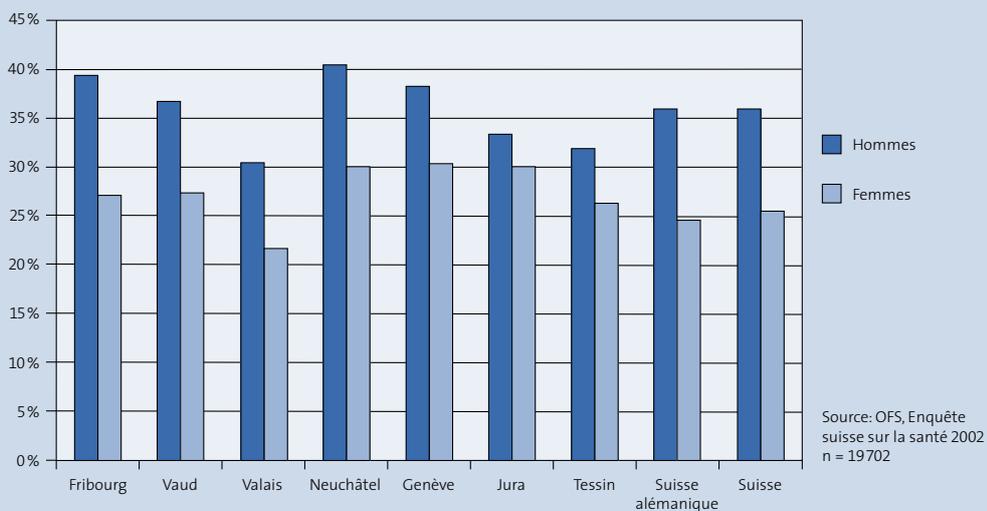
Les schémas régionaux observés en 2002 diffèrent de ceux qui prévalaient une quinzaine d'années auparavant. En 1986, la proportion d'hommes qui fumaient était la plus élevée au Tessin (Fahrenkrug et Müller, 1989). Elle y a fortement diminué ces dix dernières années selon les ESS de 1992/93 et de 1997 (graphique 5.3.1b). Dans les deux autres régions linguistiques, la proportion de fumeurs a quelque peu diminué entre 1997 et 2002. Chez les femmes, la consommation de tabac a plus augmenté en Suisse romande et en Suisse alémanique qu'au Tessin.

**Graphique 5.3.1b: Proportion de consommateurs de tabac selon le sexe (1992/93, 1997 et 2002)**



Les différences selon les cantons latins sont marquées (graphique 5.3.1c), puisque la proportion d’hommes consommant du tabac passe de 30% en Valais à 40% dans le canton de Neuchâtel. Les cantons de Fribourg (39%) et de Genève (38%) comptent aussi de nombreux fumeurs, tandis que le Tessin (32%) est proche du Valais. Chez les femmes, la consommation de tabac est la moins répandue en Valais (22%), contrairement aux cantons de Genève (30%) et du Jura (30%). Dans tous les cantons latins, les hommes fument plus souvent que les femmes, bien que l’écart entre les sexes soit moins prononcé qu’en Suisse alémanique, excepté dans le canton bilingue de Fribourg. Dans les cantons du Jura et du Tessin, les proportions de fumeuses et de fumeurs sont proches.

**Graphique 5.3.1c: Proportion de consommateurs de tabac selon le sexe (2002)**



La consommation de tabac varie selon l'âge, partiellement en raison d'effets de cohorte, le comportement des générations successives et les stratégies de l'industrie du tabac se modifiant progressivement (Farrelly et al., 2003). Dans ce contexte, il est intéressant d'examiner la proportion de consommateurs par tranche d'âge, afin de mettre en évidence des habitudes néfastes pour la santé qui seraient prises par les plus jeunes. La consommation de tabac diminue en général selon l'âge. Cependant, chez les Jurassiennes, la proportion de fumeuses est significativement plus basse entre 15 et 34 ans qu'entre 35 et 49 ans (tableau 5.3.1). Dans le canton de Neuchâtel, où les jeunes présentent plus souvent une mauvaise santé psychique (voir sous-chapitre 3.3), les hommes et les femmes entre 15 et 34 ans sont plus nombreux à fumer que dans les autres cantons latins. Bien que les effectifs disponibles soient restreints, on peut émettre l'hypothèse de comportements différenciés des jeunes générations en matière de consommation de tabac.

Tableau 5.3.1: Proportion (%) de personnes consommant du tabac selon le sexe et l'âge (2002)

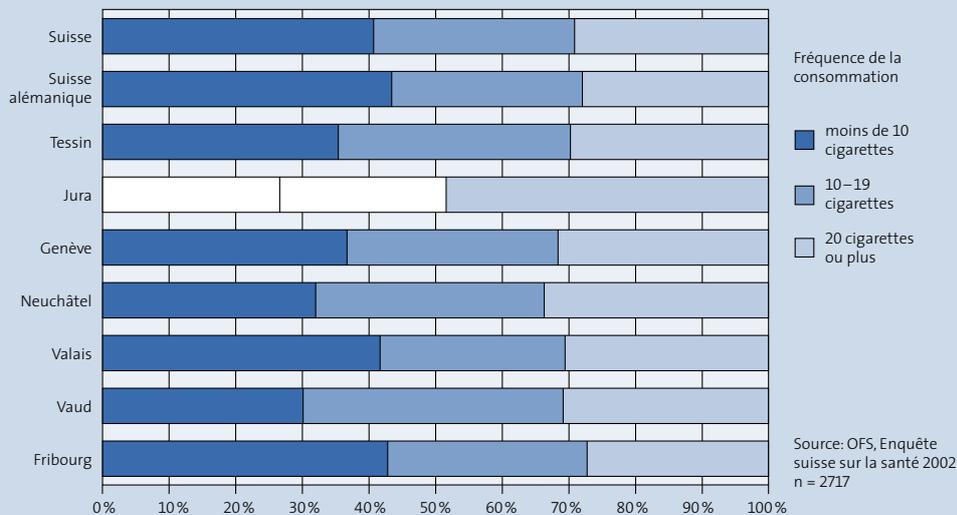
	Hommes				Femmes			
	15–34 ans	35–49 ans	50–64 ans	65+ ans	15–34 ans	35–49 ans	50–64 ans	65+ ans
<b>Cantons romands</b>	43.0	42.2	32.2	18.6	33.4	34.5	24.3	10.4
Fribourg	40.6	44.0	39.1	(19.7)	32.5	33.7	21.0	(9.7)
Vaud	44.3	43.1	28.4	(21.9)	32.9	36.3	(22.9)	(10.6)
Valais	39.6	34.2	(23.5)	(12.8)	28.7	22.4	20.2	(9.3)
Neuchâtel	48.6	41.4	(45.0)	(11.8)	41.0	40.6	25.9	(9.7)
Genève	42.9	45.6	36.8	(19.2)	35.2	37.2	29.1	(11.9)
Jura	(37.8)	38.1	(29.3)	(18.6)	30.4	47.2	(25.9)	(8.2)
<b>Tessin</b>	33.0	39.9	28.4	23.4	28.4	34.6	26.4	14.1
<b>Suisse alémanique</b>	41.0	39.0	34.7	21.4	31.8	31.7	22.1	9.4
<b>Ensemble de la Suisse</b>	41.2	39.8	33.9	20.9	32.1	32.6	22.9	9.8

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n = 19 702

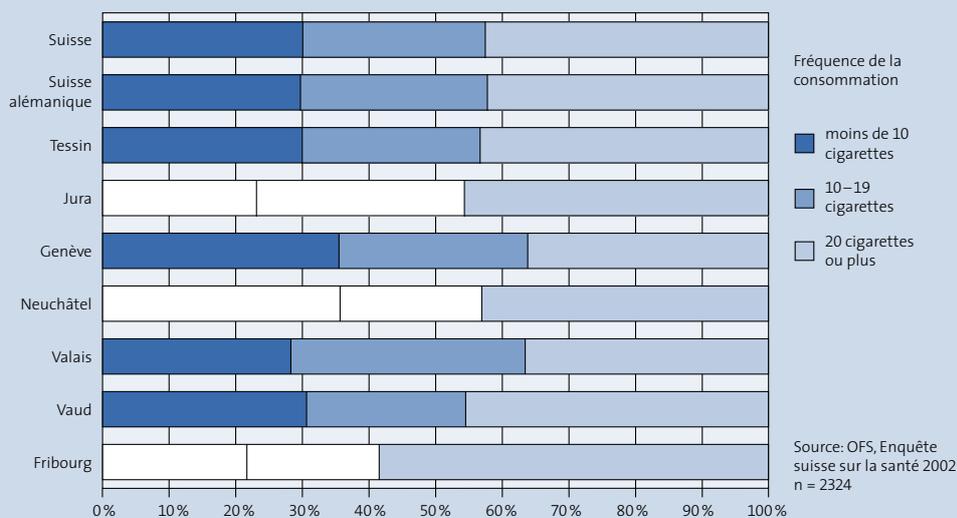
La quantité de cigarettes consommées chaque jour varie selon les cantons latins (graphiques 5.3.1d et 5.3.1e). Chez les hommes, la proportion de gros consommateurs (59%, en moyenne 20 cigarettes ou plus par jour) est la plus élevée dans le canton de Fribourg, où elle est significativement supérieure à la moyenne suisse (43%). La proportion de fumeurs occasionnels (moins de dix cigarettes par jour) est significativement plus basse chez les Jurassiens et les Neuchâtelois. La proportion de femmes consommant en moyenne 20 cigarettes ou plus par jour ne dépasse pas 30% dans les cantons latins, à l'exception du Jura qui en compte significativement plus (48%). Quelque 60% des femmes jurassiennes entre 35 et 64 ans qui consomment du tabac fument 20 cigarettes ou plus par jour.

Les effectifs disponibles ne permettent pas de mettre en évidence des comportements cantonaux spécifiques concernant le type de produit consommé (cigarette, cigare, cigarillo ou pipe). Cependant, la proportion de fumeurs de cigares est significativement moins élevée chez les Tessinois (3%) et les Romands (5%) que chez les Alémaniques (7%).

**Graphique 5.3.1d: Répartition des consommateurs de cigarettes selon la consommation journalière, femmes (2002)**



**Graphique 5.3.1e: Répartition des consommateurs de cigarettes selon la consommation journalière, hommes (2002)**



### 5.3.2 Drogues illégales

La consommation de drogues illégales est appréhendée grâce à deux questions portant l'une sur la consommation actuelle, l'autre sur la consommation au cours de la vie. La problématique des drogues illégales concerne en premier lieu les jeunes personnes chez qui se recrutent les principaux consommateurs, bien que les tranches d'âge plus avancées puissent aussi être touchées progressivement. Pour cette raison, l'analyse se limite aux personnes âgées de 15 à 34 ans.

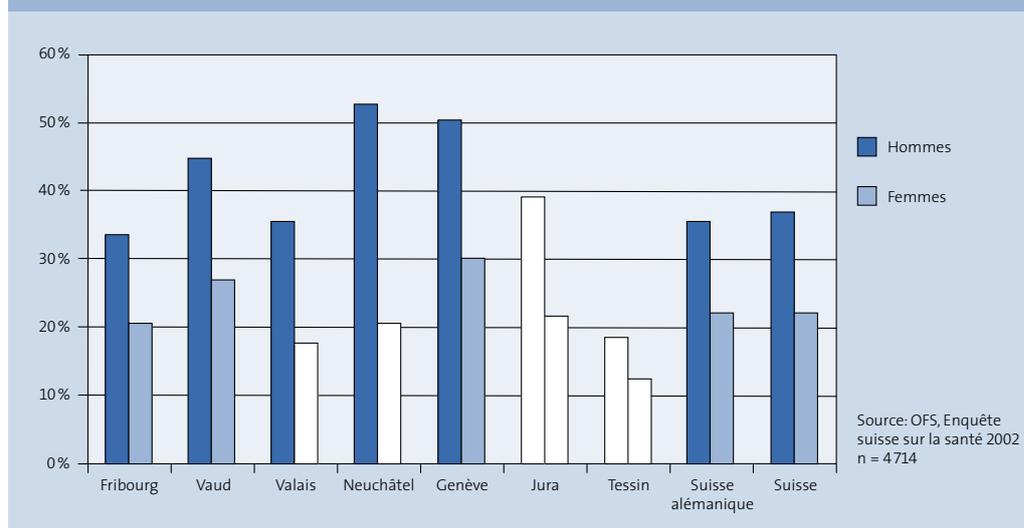
En Suisse, quelque 37% des hommes et 22% des femmes de 15 à 34 ans ont indiqué en 2002 avoir consommé au moins une fois dans leur vie des drogues illégales. Ces proportions étaient similaires en 1997. Selon la substance consommée, les proportions s'élèvent à 36% chez les hommes et 22% chez les femmes pour le haschich et la marijuana, à 1% et 0,4% pour l'héroïne, à 4% et 2% pour la cocaïne et à 3% et

2% pour l'ecstasy. En raison des effectifs disponibles pour les drogues autres que le haschich ou la marijuana, l'analyse ne distingue pas les substances consommées. Les résultats reflètent ainsi avant tout la consommation de haschich et de marijuana.

La consommation de drogues illégales au cours de la vie est un peu plus élevée en Suisse romande (hommes 44%, significatif; femmes 24%, non significatif – graphique 5.3.2). Elle est significativement plus basse au Tessin (18% et 13%). Dans les cantons latins, l'écart se dessine entre d'une part Genève (50% et 30%) et Neuchâtel (53% et 20%), d'autre part le Tessin (18% et 13%), Fribourg (33% et 21%) et le Valais (35% et 18%). Les cantons de Vaud et du Jura occupent une position intermédiaire. Dans le canton de Neuchâtel, la proportion élevée de jeunes ayant consommé des drogues illégales doit à nouveau être vue en relation avec une moins bonne santé psychique et une forte consommation de tabac. La situation dans le canton de Genève, sans lien avec les indicateurs de santé psychique ou d'autres comportements à risque, pourrait au contraire être due aux spécificités urbaines, par exemple un accès plus facile aux drogues. Chez les jeunes Tessinoises et surtout les jeunes Tessinois, la faible consommation de drogues illégales au cours de la vie va de pair avec une basse proportion de fumeurs (voir tableau 5.3.1). Quelques hypothèses peuvent être avancées, à commencer par une moindre diffusion des drogues illégales. Des facteurs préventifs pourraient également intervenir, la proportion de fumeurs chez les hommes ayant diminué au Tessin. Le canton a en effet mis en place un programme de prévention durant la période de l'enquête<sup>58</sup>. Enfin, en raison de la sensibilité du sujet, la déclaration de la consommation de drogues illégales n'est peut-être pas systématique et sujette à des variations culturelles.

Les différences entre les cantons latins ne sont qu'en partie confirmées si l'on considère les seuls consommateurs actuels. Les écarts se réduisent, mais leur validation est délicate en raison des effectifs réduits restant à disposition.

**Graphique 5.3.2: Proportion de personnes âgées de 15 à 34 ans ayant consommé au moins une fois dans leur vie une substance illégale (haschich, héroïne, cocaïne, ecstasy) selon le sexe (2002)**



<sup>58</sup> Piano cantonale degli interventi nel campo delle tossicomanie 2001-2004. Voir [www.ti.ch/DSS/temi/tossicomanie](http://www.ti.ch/DSS/temi/tossicomanie)

### 5.3.3 Alcool

L'attention porte sur la consommation abusive d'alcool, les habitudes de consommation et la consommation d'alcool des jeunes personnes. L'intérêt de ce dernier aspect ne réside pas uniquement dans l'étude de la relation entre la consommation d'alcool et l'état de santé à plus long terme, mais aussi dans les conséquences immédiates de la consommation (par exemple accidents de la route et violence), occasionnant une surmortalité chez les jeunes adultes (OFS, 1997).

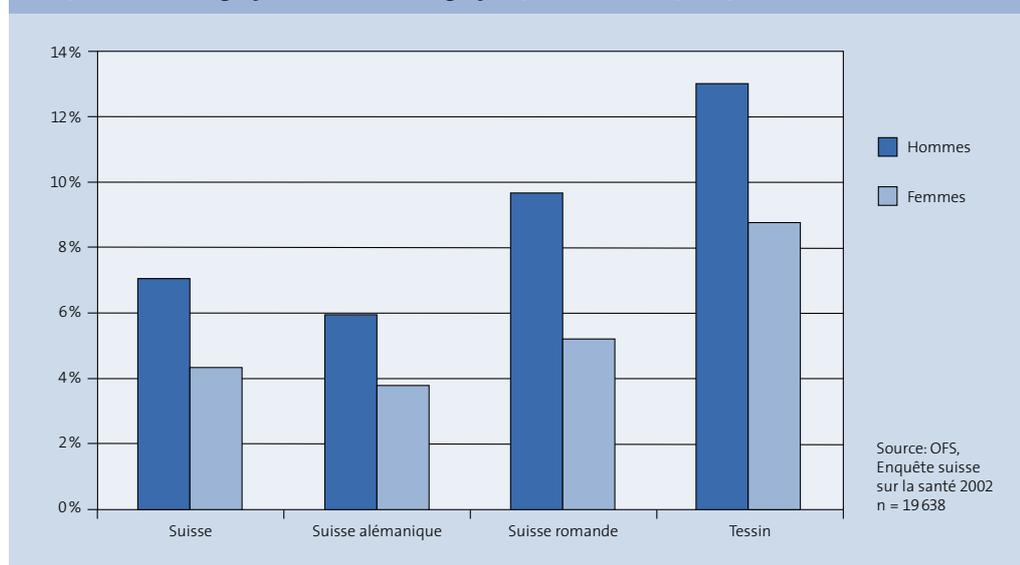
#### Quantité d'alcool consommée

Les gros consommateurs de boissons alcooliques sont définis comme ayant une consommation quotidienne moyenne supérieure ou égale à 40 grammes d'alcool pur pour les hommes et 20 grammes pour les femmes<sup>59</sup>. Les consommateurs à risque consomment en moyenne journalière au moins 60 grammes d'alcool pur pour les hommes et 40 grammes pour les femmes (OFS, 2000).

En Suisse, quelque 7% des hommes et 4% des femmes consomment en moyenne 40 respectivement 20 grammes ou plus d'alcool pur par jour. Près de 3% des hommes et plus de 1% des femmes présentent une consommation à risque. La proportion de gros consommateurs est significativement plus élevée au Tessin (hommes 13% et femmes 9%) et en Suisse romande (10% et 5%) qu'en Suisse alémanique (graphique 5.3.3a). Quant aux consommatrices à risque, la proportion est de 1% en Suisse romande et de 2% au Tessin. Les proportions correspondantes chez les hommes s'élèvent à 4% et 5%. Ces proportions sont significativement plus élevées qu'en Suisse alémanique à l'exception des femmes romandes (graphique 5.3.3b).

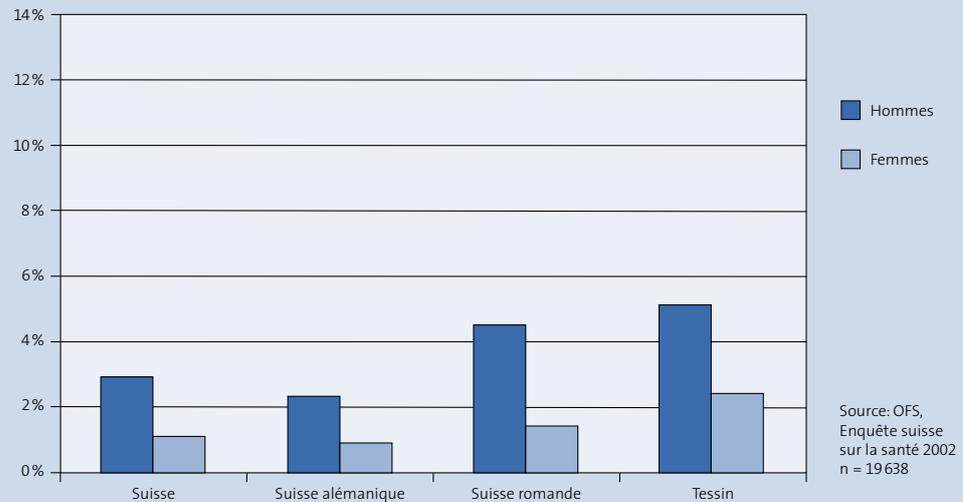
Au sein des cantons romands, la proportion de gros consommateurs est la plus élevée chez les Vaudois et les Valaisans (11%). Chez les femmes, il s'agit des Vaudoises (7%) et des Jurassiennes (6%).

Graphique 5.3.3a: Proportion de personnes ayant une consommation élevée d'alcool (hommes  $\geq$  40 gr./jour, femmes  $\geq$  20 gr./jour) selon le sexe (2002)



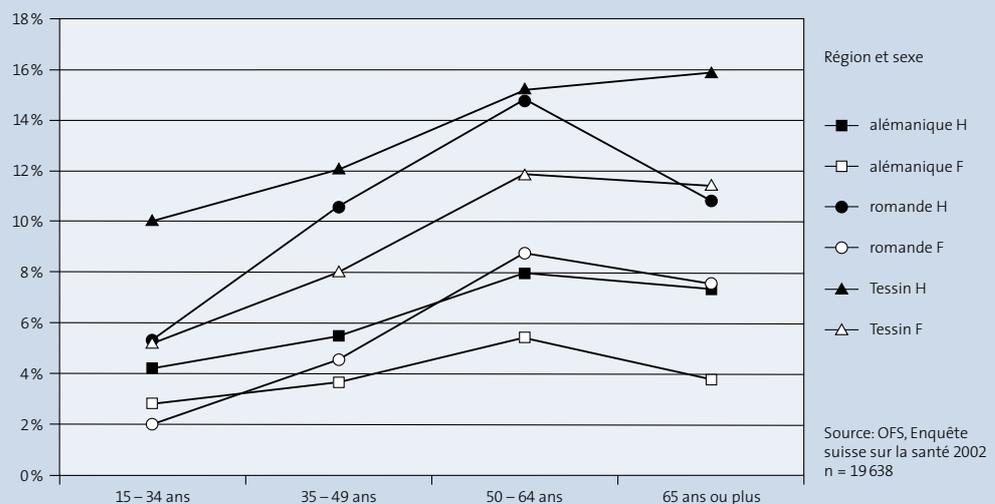
<sup>59</sup> Dix grammes d'alcool pur correspondent environ à un verre de vin ou de bière tel qu'il serait servi dans un établissement public. La consommation d'alcool prend en compte le vin, la bière, le cidre et les spiritueux.

**Graphique 5.3.3b: Proportion de personnes ayant une consommation d'alcool à risque (hommes ≥ 60 gr./jour, femmes ≥ 40 gr./jour) selon le sexe (2002)**



En raison du nombre restreint de gros consommateurs et de consommatrices à risque dans l'échantillon, il est difficile d'examiner l'effet de l'âge. Toutefois, dans chaque tranche d'âge et chaque région linguistique – exception faite du Tessin à partir de 50 ans –, la proportion de gros consommateurs est plus élevée chez les hommes que les femmes. Elle augmente en outre selon l'âge. La consommation est significativement plus élevée dans presque toutes les tranches d'âge au Tessin et chez les personnes de 50 ans ou plus en Suisse romande. Chez les Tessinoises de 50 ans ou plus, une femme sur huit consomme en moyenne plus de 20 grammes d'alcool pur par jour (graphique 5.3.3c).

**Graphique 5.3.3c: Proportion de personnes présentant une grosse consommation d'alcool (hommes ≥ 40 gr./jour, femmes ≥ 20 gr./jour) selon le sexe et l'âge (2002)**

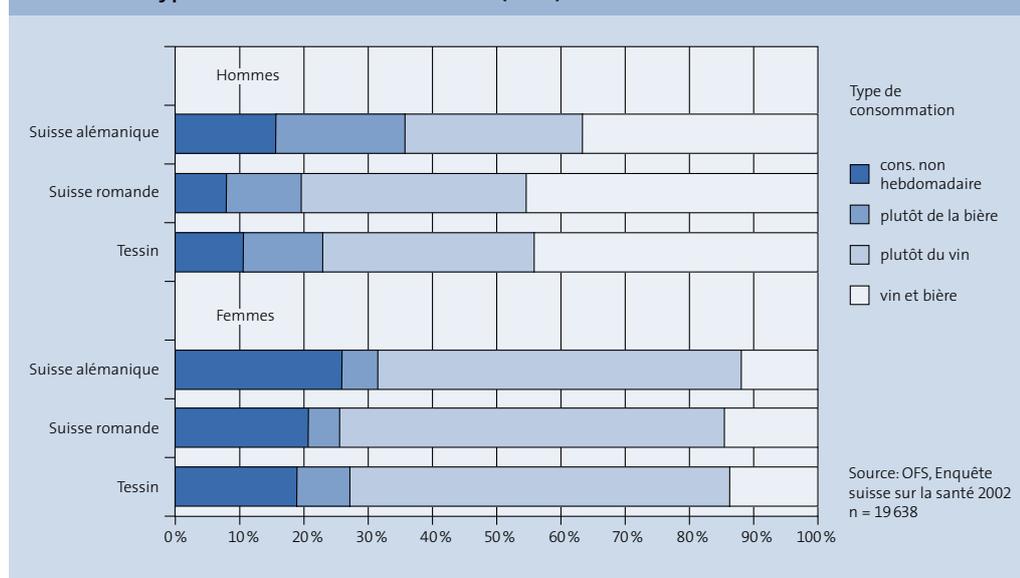


### Habitudes de consommation

La consommation régulière d'alcool, c'est-à-dire au moins une fois par semaine, concerne deux hommes sur trois et deux femmes sur cinq en Suisse. Les différences selon les régions linguistiques et les cantons latins ne sont pas significatives. Cependant, les femmes tessinoises – pourtant les plus nombreuses à consommer plus de 20 grammes d'alcool pur par jour – et valaisannes semblent un peu moins souvent boire de l'alcool qu'en moyenne suisse. La situation tessinoise s'explique par une polarisation plus marquée entre les femmes ne consommant pas d'alcool et celles dont la consommation est susceptible de nuire à leur santé.

Quatre modèles de consommation peuvent être distingués dans la population suisse. Ils se caractérisent selon la fréquence de la consommation de vin et de bière. Ces modèles sont (1) consommation hebdomadaire de vin et de bière, (2) consommation hebdomadaire de vin, (3) consommation hebdomadaire de bière et (4) absence de consommation hebdomadaire de vin et de bière. Cette typologie met en évidence une consommation de vin plus fréquente en Suisse romande et au Tessin qu'en Suisse alémanique (graphique 5.3.3d). Les hommes alémaniques sont plus nombreux à consommer hebdomadairement de la bière.

Graphique 5.3.3d: Proportion de personnes consommant des boissons alcoolisées selon le type de consommation et le sexe (2002)



### L'alcool chez les jeunes

Les effectifs disponibles rendent difficiles l'analyse des différences intercantionales chez les jeunes. Moins souvent gros consommateurs, les jeunes entre 15 et 24 ans<sup>60</sup> s'écartent du comportement de leurs aînés. Cependant, 58% des hommes et 33% des femmes entre 15 et 24 ans consomment hebdomadairement de l'alcool en Suisse. Cette proportion est significativement plus basse dans le canton du Tessin chez les jeunes hommes (41%).

<sup>60</sup> Ce groupe d'âge a été jugé plus pertinent que celui de 15 à 34 ans pour la problématique considérée.

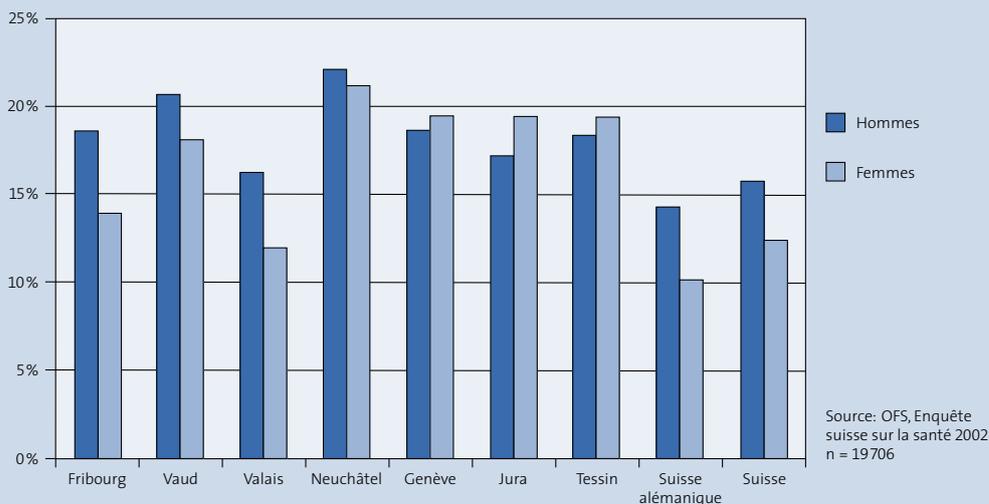
## 5.4 Synthèse

Les spécificités géographiques des comportements en matière de santé sont assez marquées. En ce qui concerne la pratique de l'activité physique, le comportement alimentaire ou la consommation de produits susceptibles de nuire à la santé, les Tessinois et plus encore les Romands présentent des comportements moins favorables à la santé que les Suisses alémaniques. Tessinois et Romands pratiquent moins souvent une activité physique durant les loisirs, les trajets quotidiens à pied ou à vélo pour se rendre au travail ne permettant pas de combler ce déficit. Les Romands accordent en outre moins d'attention à l'alimentation, bien que cela ne signifie pas nécessairement une alimentation déséquilibrée. Dans les cantons urbains romands, la consommation de repas dans les snack-bars ou dans la rue est plus répandue chez les jeunes. Si la consommation de tabac ne varie que peu selon les régions linguistiques, la consommation d'alcool est plus importante dans les cantons romands et – excepté chez les jeunes – surtout au Tessin.

Au terme de ce chapitre, il s'agit encore de s'interroger sur le cumul de comportements à risque, à savoir l'absence d'exercice physique durant les loisirs, la consommation de tabac et la consommation abusive d'alcool (au moins 40 g/jour d'alcool pur pour les hommes et 20 g/jour pour les femmes). Pour l'ensemble de la Suisse, 45% des hommes et 44% des femmes ne présentent aucun de ces trois comportements à risque, tandis que 16% des hommes et 12% des femmes en déclarent deux ou trois (graphique 5.4). Le cumul des comportements à risque est significativement plus fréquent en Suisse latine qu'en Suisse alémanique: 19% des hommes romands et 18% des Tessinois cumulent deux ou trois risques contre 14% des Alémaniques. Chez les femmes, les proportions correspondantes s'élèvent à 17% et 19% contre 10%.

Le cumul des comportements à risque est significativement plus fréquent dans les cantons de Vaud, de Neuchâtel, du Tessin et, pour les femmes uniquement, de Genève et du Jura qu'en moyenne suisse. Dans les cantons de Genève, du Jura et du Tessin, le cumul s'observe plus souvent chez les femmes que chez les hommes.

**Graphique 5.4: Proportion de personnes présentant au moins deux comportements à risque selon le sexe (2002)**



Les comportements à risque exercent une influence sur l'état de santé. Le tableau 5.4 présente les proportions de personnes déclarant un état de santé mauvais ou très mauvais et un mauvais équilibre psychique selon les régions linguistiques. Ces proportions augmentent en présence de comportements à risque. Les comportements à

risque permettent de rendre compte des différences selon les régions linguistiques, qui ne sont alors plus significatives.

Cette même relation est encore plus prononcée chez les jeunes de 15 à 34 ans. En Suisse, 21% des jeunes hommes et 25% des jeunes femmes ne présentant aucun comportement à risque se déclarent en mauvaise santé psychique. Ces proportions sont de 40% et 36% chez les jeunes personnes qui présentent deux ou trois comportements à risque.

**Tableau 5.4: Proportion (%) de personnes déclarant un mauvais état de santé selon le sexe et le nombre de comportements à risque (2002)**

	Hommes			Femmes		
	Aucun risque	1 risque	2 risques ou plus	Aucun risque	1 risque	2 risques ou plus
<b>Mauvais ou très mauvais état de santé subjective</b>						
Ensemble de la Suisse	10.0	13.6	15.1	11.5	20.0	18.6
Cantons alémaniques	10.1	12.8	15.4	11.6	19.9	19.3
Cantons romands	9.3	15.6	13.8	10.3	20.4	17.7
Tessin	9.9	14.4	18.9	15.1	19.1	17.3
<b>Mauvais équilibre psychique</b>						
Ensemble de la Suisse	17.5	20.1	24.9	18.2	23.1	26.8
Cantons alémaniques	18.5	20.8	25.9	18.8	23.5	26.9
Cantons romands	14.3	17.8	23.5	16.0	21.9	27.4
Tessin	16.9	21.1	19.8	18.7	24.1	23.1

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n = 19 706.

## 5.5 Points forts

- De fortes différences régionales, généralement au détriment des cantons latins, s'observent en matière de comportements à risque.
- Indépendamment de l'âge, la pratique sportive est moins fréquente dans les cantons latins qu'en Suisse alémanique.
- L'attention accordée à l'alimentation est plus faible chez les Romands que chez les Tessinois ou les Alémaniques. Cela ne signifie cependant pas forcément une moins bonne alimentation.
- Alors que la consommation de tabac varie peu selon les régions linguistiques, la proportion de gros consommateurs et consommatrices d'alcool est plus élevée au Tessin.
- Les femmes ont souvent un comportement de santé plus favorable que les hommes.
- Toutes les tranches d'âge présentent des comportements néfastes pour la santé. Les personnes de 50 ans ou plus sont cependant les premières concernées par une consommation d'alcool élevée.

Indicateurs des comportements de santé et des facteurs de risque										
	Suisse	Fribourg	Vaud	Valais	Neuchâtel	Genève	Jura	Tessin		
Personnes pratiquant une activité physique au moins trois fois par semaine (% , n = 18 654, questions t44.00 et t44.01)										
Hommes	30.7	29.1	25.2	29.5	31.3	25.8	26.9	29.0		
Femmes	23.8	20.3	16.8	17.5	15.2	20.3	16.4	19.6		
Personnes se rendant à pied sur leur lieu de travail (% , n = 18 671, q. t44.20)										
Hommes	35.7	28.0	32.2	35.8	35.0	39.7	31.8	35.6		
Femmes	52.0	45.7	46.3	52.6	48.7	56.0	42.6	55.2		
Personnes se rendant à vélo sur leur lieu de travail (% , n = 18 671, q. t44.20)										
Hommes	18.1	8.9	8.2	10.0	(7.2)	12.9	(7.7)	9.2		
Femmes	18.5	9.4	(2.0)	8.3	(4.3)	5.6	(8.7)	7.1		
Personnes non satisfaites de leur activité physique (% , n = 18 531, q. t44.40)										
Hommes	37.3	35.3	52.4	34.3	47.0	49.3	51.4	32.6		
Femmes	41.2	42.2	51.7	50.2	55.8	62.2	53.5	37.1		
Personnes accordant de l'attention à leur alimentation (% , n = 19 691, question t43.00)										
Hommes	61.6	46.7	48.0	46.4	50.0	56.1	43.1	69.8		
Femmes	76.0	61.5	58.1	60.3	63.6	59.9	64.7	76.7		
Personnes consommant du tabac (% , n = 19 699, question t46.00)										
Hommes	36.0	39.4	36.7	30.5	40.4	38.3	33.4	31.9		
Femmes	25.5	27.1	27.4	21.8	30.1	30.5	30.1	26.3		
Personnes de 15 à 34 ans ayant consommé des drogues illégales au cours de leur vie (% , n = 15 324, question t47.00)										
Hommes	40.1	33.5	44.6	35.5	52.8	50.5	(38.8)	(18.5)		
Femmes	22.9	20.6	26.9	(17.6)	(20.5)	30.1	(21.6)	(12.7)		
Personnes ayant une consommation d'alcool d'au moins 20 gr./jour (femmes) resp. 40 gr./jour (hommes) (% , n = 15 279, questions t45.00-t45.55)										
Hommes	7.1	9.3	11.0	10.6	(8.3)	8.2	(7.3)	13.1		
Femmes	4.4	(3.5)	6.5	(2.3)	(5.4)	5.8	(6.4)	8.8		

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002

## 6. Conditions de logement et de travail

*Astrid Stuckelberger et Philippe Wanner*

### 6.0 Résumé

L'environnement de vie intervient sur les pathologies physiques et psychiques. A cet égard, les deux dimensions des conditions de logement et des conditions de travail jouent un rôle certain. Les nuisances sur le lieu de logement sont plus courantes dans le canton de Genève que celui du Jura, les autres cantons latins occupant une position intermédiaire. Dans un canton urbain comme Genève, le bruit de la circulation routière et du voisinage est souvent ressenti comme une nuisance. Dans les cantons de Genève, de Vaud et de Neuchâtel, le sentiment d'insécurité est plus masqué, ce qui se traduit par une proportion élevée de personnes pensant qu'elles pourraient être victimes d'un cambriolage au cours de l'année à venir.

Les conditions de travail révèlent des disparités entre la Suisse latine et la Suisse alémanique qui peuvent être mises en rapport avec la situation du marché du travail. La crainte de perdre son emploi est forte dans les cantons où le taux de chômage est élevé (Genève, Jura et Tessin), tandis que les personnes insatisfaites de leur travail se rencontrent plus souvent en Suisse latine qu'en Suisse alémanique. L'état de santé est par ailleurs lié à la satisfaction professionnelle.

Ce chapitre examine d'abord les nuisances sur le lieu de vie puis la satisfaction professionnelle. Les prévalences sont mises en relation avec différents indicateurs de la santé.

### 6.1 Nuisances sur le lieu de vie

Le bruit constitue un facteur de morbidité (WHO, 2000b). Si les lésions du système auditif provoquées par le bruit de la circulation routière sont très rares en Suisse, des troubles du sommeil ou de la communication et des effets cardiovasculaires, physiologiques ou psychiques peuvent se manifester (OFEFP, 2002).

Trois indicateurs de nuisances sonores sont utilisés: la déclaration de nuisances sonores, quelles qu'elles soient, la déclaration de nuisances de la circulation routière et la déclaration de nuisances du voisinage. Un premier survol de ces indicateurs montre que les Romands souffrent un peu plus souvent de nuisances que le reste de la Suisse, ce qui pourrait signifier que le seuil de tolérance au bruit est plus bas ou que les personnes interrogées sont effectivement plus exposées au bruit en Suisse romande. Les nuisances de la circulation routière affectent 23% des hommes et 24% des femmes en Suisse. Ces chiffres sont de 17% et 18% pour les nuisances du voisinage (tableau 6.1a).

Les nuisances sonores sur le lieu de vie varient selon les cantons latins. Leur présence semble liée au degré d'urbanisation. Les Genevois sont les plus touchés par une forme de nuisance au moins (64% des hommes et 71% des femmes). La proximité de routes, entraînant des nuisances de la circulation (29% et 35%), et les conditions de logement en milieu urbain, qui s'accompagnent de nuisances du voisinage (26% et 31%), en sont les premiers responsables<sup>61</sup>. Dans le canton du Tessin, la proportion de personnes souffrant de nuisances de la circulation (28% pour les deux sexes) est significativement supérieure à la moyenne suisse. En revanche, dans le canton du Jura, les nuisances routières sont significativement moins souvent mentionnées (17% des hommes et 14% des femmes). Les Valaisannes (13%) souffrent significativement

<sup>61</sup> Tous les indicateurs genevois diffèrent significativement de la moyenne suisse.

**Tableau 6.1a: Proportion de personnes déclarant des nuisances sur le lieu de vie selon le type de nuisance et le sexe (2002)**

	Au moins une nuisance		Bruit de la circulation		Bruit du voisinage	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
	%	%	%	%	%	%
<b>Cantons romands</b>	55.1	55.6	24.6	25.5	19.9	21.9
Fribourg	51.2	49.3	21.2	20.8	20.4	15.5
Vaud	53.5	50.6	25.8	24.1	19.4	22.1
Valais	49.2	51.3	20.7	22.3	14.6	13.2
Neuchâtel	55.5	51.5	23.3	21.2	16.2	19.7
Genève	64.1	70.6	28.8	35.1	25.7	31.2
Jura	48.5	50.6	17.0	14.4	15.2	18.9
<b>Tessin</b>	55.5	56.0	27.9	28.2	19.7	19.7
<b>Suisse alémanique</b>	51.8	51.3	22.1	23.7	16.6	17.0
<b>Ensemble de la Suisse</b>	52.8	52.6	22.9	24.3	17.5	18.4

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n = 19 691

moins souvent de nuisances du voisinage. Les différences entre hommes et femmes demeurent peu marquées.

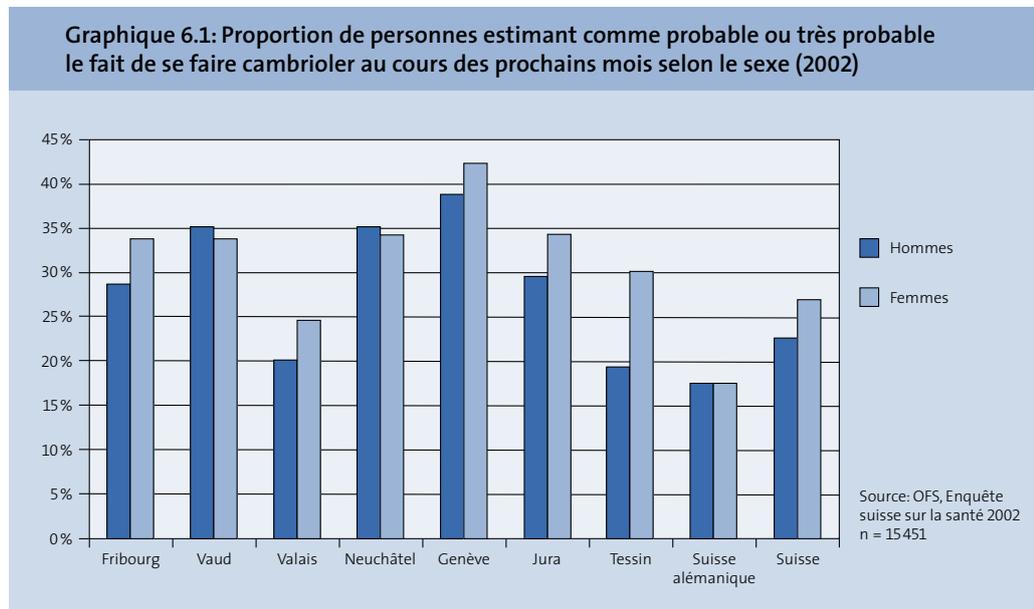
En raison de l'importance des nuisances sonores dues à la circulation et au voisinage, il convient de s'interroger sur leur lien avec les troubles du sommeil. Le tableau 6.1b présente, pour l'ensemble de la Suisse, la proportion de personnes déclarant des troubles du sommeil selon qu'elles souffrent ou non du bruit. Les astérisques signalent les différences significatives entre les proportions de personnes déclarant ou non des nuisances sur leur lieu de vie. En général, les hommes et les femmes sont plus nombreux à déclarer des troubles du sommeil lorsqu'ils sont touchés par le bruit. L'association est le plus souvent significative chez les femmes et les jeunes personnes de 15 à 34 ans.

Un indicateur permet d'aborder l'insécurité sur le lieu de vie, comprise comme la probabilité autodéclarée de se faire cambrioler au cours de l'année à venir (graphique 6.1). Cette probabilité est significativement plus élevée en Suisse romande qu'en moyenne suisse. Ce résultat peut être mis en relation avec d'autres indicateurs de la santé psychique (sentiment de maîtrise de la vie, confiance en soi), en particulier chez les hommes vaudois, genevois, jurassiens et neuchâtelois et chez les femmes vaudoises, genevoises et jurassiennes.

**Tableau 6.1b: Proportion (%) de personnes souffrant de troubles du sommeil selon le sexe, l'âge et les nuisances déclarées (2002)**

	Hommes			Femmes		
	Souffre de la nuisance	Ne souffre pas de la nuisance		Souffre de la nuisance	Ne souffre pas de la nuisance	
<b>Bruit de la circulation</b>						
15-34 ans	21.5	31.7	*	26.1	35.4	*
35-49 ans	26.6	29.8		29.2	40.9	*
50-64 ans	30.3	32.8		43.6	49.7	*
65 ans ou plus	35.6	35.1		53.1	57.0	
<b>Bruit du voisinage</b>						
15-34 ans	22.1	30.1	*	26.7	34.1	*
35-49 ans	25.6	36.1	*	30.1	40.2	*
50-64 ans	30.7	32.4		43.4	53.3	*
65 ans ou plus	35.0	37.5		53.9	55.6	
<b>Au moins une nuisance</b>						
15-34 ans	18.1	28.8	*	23.0	33.0	*
35-49 ans	24.4	30.2	*	26.6	36.9	*
50-64 ans	28.0	33.4	*	40.6	49.0	*
65 ans ou plus	34.7	36.0		51.4	56.7	*

\* différence significative  
 Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n = 15180



## 6.2 Conditions de travail

Le questionnaire écrit de l'ESS 2002 a permis de recueillir des informations sur la présence de douze nuisances sur le lieu de travail (bruit du trafic; bruit des machines; bruit des collègues; poussière, suie ou saleté; climatisation; température trop haute ou trop basse; courants d'air; exposition à des substances chimiques, vapeurs, odeurs ou gaz d'échappement; aucune lumière du jour; éclairage défavorable; humidité et fumée de tabac). Comme ces renseignements n'ont été demandés qu'aux personnes exerçant une activité professionnelle, les effectifs disponibles sont réduits et surtout représentatifs des classes d'âge intermédiaires.

En Suisse, 82% des hommes et 75% des femmes exerçant une activité professionnelle mentionnent au moins une nuisance sur leur lieu de travail. Les nuisances les plus souvent citées sont la température sur le lieu de travail (36% des hommes et 32% des femmes), le bruit des machines (32% et 12%), la poussière, la suie ou la saleté (25% et 9%) et les courants d'air (25% et 19%).

La majorité des personnes exerçant une activité professionnelle se déclarent satisfaites ou très satisfaites de leur travail. En Suisse, seuls 16% des hommes et 15% des femmes ne sont que moyennement satisfaits ou peu satisfaits. L'insatisfaction professionnelle est plus marquée en Suisse romande (21% et 22%) et au Tessin (18% et 16%<sup>62</sup>) qu'en Suisse alémanique (14% et 11%). Ces résultats peuvent être liés au chômage et aux tensions sur le marché du travail, plus courants en Suisse latine, qui sont susceptibles d'entraîner une mobilité professionnelle réduite, partant une satisfaction moindre liée au travail actuel. En effet, la satisfaction est la plus faible dans les cantons où le taux de chômage est élevé, tandis que les cantons à faible taux de chômage tel Fribourg comptent le moins de personnes insatisfaites (tableau 6.2a).

**Tableau 6.2a: Indicateurs du marché du travail selon le sexe (proportions en %, 2002)**

	Hommes				Femmes			
	Faible satisfaction	Craint de perdre son emploi	Envisage de chercher un nouveau poste	Pas d'attente particulière concernant le travail	Faible satisfaction	Craint de perdre son emploi	Envisage de chercher un nouveau poste	Pas d'attente particulière concernant le travail
<b>Cantons romands</b>	21.4	13.4	26.7	35.7	22.3	14.1	25.9	37.9
Fribourg	12.7	10.6	22.6	30.6	14.5	11.6	17.6	33.1
Vaud	24.1	14.3	29.5	33.1	26.5	14.1	27.5	41.3
Valais	21.7	12.1	26.4	35.3	15.1	17.8	21.9	31.6
Neuchâtel	20.5	10.6	29.0	36.9	24.4	16.6	27.6	48.2
Genève	23.5	15.2	25.4	41.2	23.7	12.1	27.4	36.2
Jura	22.6	17.2	22.0	46.3	21.9	15.7	23.2	35.7
<b>Tessin</b>	17.6	19.1	27.9	35.6	16.0	20.9	24.2	32.9
<b>Suisse alémanique</b>	14.0	10.7	20.0	21.8	11.7	8.6	19.4	17.9
<b>Ensemble de la Suisse</b>	15.9	10.5	20.4	25.5	14.7	9.3	19.6	23.6

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002; satisfaction au travail n = 9085, crainte de perdre son emploi n = 8916, recherche d'un emploi n = 8317 et pas d'attente particulière concernant le travail n = 7798.

<sup>62</sup> Différences significatives pour la Suisse romande, mais non pour le Tessin.

Les différences régionales sont les mêmes quant à la crainte de perdre l'emploi actuel. Cette crainte est importante chez les hommes dans les cantons du Tessin ou du Jura et chez les femmes dans ceux du Valais ou de Neuchâtel<sup>63</sup>. Par ailleurs, la possibilité de chercher un autre poste si la situation n'évolue pas sous peu est significativement plus souvent envisagée en Suisse latine qu'en Suisse alémanique, suivant en cela les variations cantonales du taux de chômage. Les différences selon les régions linguistiques et les cantons sont en outre marquées pour l'affirmation *Comme employé(e), on ne peut vraiment pas s'attendre à beaucoup*, une proportion élevée de personnes y souscrivant dans les cantons latins.

**Tableau 6.2b: Proportion (%) de personnes se déclarant en mauvais état de santé selon le sexe et le degré de satisfaction professionnelle (2002)**

	Hommes		Femmes	
	Pas / peu satisfait	Satisfait	Pas / peu satisfait	Satisfait
<b>Mauvais état de santé subjective</b>				
Ensemble de la Suisse	11.5	8.6	13.7	10.3
Cantons alémaniques	13.2	8.7	12.7	10.4
Cantons romands	8.0	8.1	15.2	10.3
Tessin	11.2	8.6	12.9	10.4
<b>Mauvais équilibre psychique</b>				
Ensemble de la Suisse	33.9	17.6	36.6	20.3
Cantons alémaniques	35.2	18.7	36.6	21.1
Cantons romands	31.1	14.3	36.3	17.4
Tessin	35.7	14.7	39.8	22.5

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n = 9085

La situation plutôt défavorable observée sur le marché du travail en Suisse romande et au Tessin s'accompagne d'une moindre satisfaction concernant l'activité professionnelle. Cette situation est susceptible d'intervenir sur la santé psychique, le degré de satisfaction professionnelle permettant de prédire l'équilibre psychique (tableau 6.2b). Chez les personnes exerçant une activité professionnelle, quelque 18% des hommes et 20% des femmes déclarent un faible équilibre psychique lorsqu'ils sont satisfaits de leur travail. Ces proportions sont presque doubles en cas d'insatisfaction professionnelle. La relation entre l'équilibre psychique et le degré de satisfaction professionnelle est significative.

<sup>63</sup> Différences non significatives chez les femmes.

### 6.3 Points forts

- Les nuisances liées au bruit sont plus fortes en milieu urbain, ce qui est de nature à provoquer des problèmes de santé. Dans les cantons latins, la population genevoise est la plus exposée aux nuisances sonores.
- En revanche, une faible proportion de personnes déclare des nuisances sur le lieu de vie dans les cantons du Valais et du Jura, où l'urbanisation est moindre.
- Les craintes quant à l'avenir professionnel sont plus répandues dans la population active des cantons latins que de Suisse alémanique. C'est avant tout dans les cantons où le taux de chômage est élevé que la satisfaction professionnelle est la moins bonne.
- La satisfaction professionnelle et l'état de santé sont liés.

Indicateurs des nuisances										
	Suisse	Fribourg	Vaud	Valais	Neuchâtel	Genève	Jura	Tessin		
Personnes déclarant au moins une nuisance sur le lieu de vie (%, n = 15 185, question s33)										
Hommes	52.8	51.2	53.5	49.2	55.5	64.1	48.5	55.0		
Femmes	52.6	49.3	50.6	51.3	51.5	70.6	50.6	56.0		
Personnes déclarant le bruit de la circulation comme nuisance sur le lieu de vie (%, n = 15 185, question s33)										
Hommes	22.9	21.2	25.8	20.7	23.3	28.8	17.0	27.9		
Femmes	24.3	20.8	24.1	22.3	21.2	35.1	14.4	28.2		
Personnes déclarant le bruit du voisinage comme nuisance sur le lieu de vie (%, n = 15185, question s33)										
Hommes	17.5	20.4	19.4	14.6	16.2	25.7	15.2	19.7		
Femmes	18.4	15.5	22.1	13.2	19.7	31.2	18.9	19.7		
Personnes estimant probable le fait de se faire cambrioler au cours des prochains mois (%, n = 15 185, question s35)										
Hommes	22.7	27.7	31.4	23.9	43.3	34.1	32.3	17.8		
Femmes	27.0	31.1	34.2	27.6	32.0	34.7	34.5	32.1		
Personnes déclarant une faible satisfaction professionnelle (%, n = 9195, question s30)										
Hommes	15.9	12.7	24.1	21.7	20.5	23.5	22.6	17.6		
Femmes	14.7	14.5	26.5	15.1	24.4	23.7	21.9	16.0		
Personnes craignant de perdre leur emploi (%, n = 9195, question s31)										
Hommes	11.7	(10.6)	14.3	(12.1)	(10.6)	(15.2)	(17.2)	10.5		
Femmes	10.5	(11.6)	14.1	15.1	(16.6)	12.1	(15.7)	9.3		

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002



## 7. Conclusion

*Astrid Stuckelberger et Philippe Wanner*

Ce chapitre présente une synthèse des résultats du rapport en accordant une importance particulière aux différences régionales et cantonales. Les spécificités des cantons latins sont discutées selon les six axes suivants: 1) liens entre structure de la population et état de santé; 2) état de santé physique et psychique; 3) facteurs de risque et dépistage; 4) densité des services de santé; 5) comportements influençant la santé; 6) facteurs environnementaux.

### 1. Liens entre structure de la population et état de santé

Les variations de l'état et des comportements de santé doivent être mises en relation avec la composition et les caractéristiques sociodémographiques des populations des cantons latins. Le canton de Genève présente une population urbaine, souvent active mais aussi exposée au risque de chômage, une forte proportion d'étrangers, des logements petits, une faible proportion de propriétaires et une espérance de vie élevée (chapitre 2). A l'autre extrême, le canton du Jura se caractérise par une population rurale en majorité propriétaire de son logement, une proportion d'étrangers moindre, des logements spacieux et une espérance de vie inférieure à la moyenne suisse. Le canton du Valais compte le plus de propriétaires de logement et, après le Tessin, le moins de femmes exerçant une activité professionnelle. La proportion de personnes de 65 ans ou plus est la plus élevée au Tessin. Au contraire, dans le canton de Fribourg, qui connaît un taux de chômage bas, les classes d'âge intermédiaire et jeune sont davantage représentées. La structure d'âge du canton de Vaud est similaire à celle du canton de Fribourg. La proportion de personnes âgées vivant dans un ménage collectif est plus élevée dans le second que dans le premier. Le canton de Neuchâtel compte lui aussi une forte proportion de personnes âgées en ménage collectif; ses habitants sont peu souvent propriétaires de leur logement. Les cantons de Neuchâtel et du Jura se signalent par une proportion élevée d'emplois dans le secteur secondaire et une espérance de vie plus basse. Cette observation est en accord avec la corrélation décelée entre l'espérance de vie et la nature de l'activité professionnelle (Marmott et Wilkinson, 1999).

Ces différences structurelles s'accompagnent de profils parfois contrastés selon les cantons, surtout quant à l'état de santé perçu, aux comportements de santé ou à la distribution et à l'utilisation des services de santé. L'ajustement des politiques de santé à la situation structurelle des cantons peut dès lors accroître l'efficacité des mesures prises. L'analyse sociodémographique des cantons latins suggère que les actions de santé publique vouent une attention particulière à des sous-groupes de la population: les jeunes dans les cantons de Fribourg, de Neuchâtel et du Jura, les personnes âgées au Tessin et les populations étrangères ou vivant dans des logements précaires à Genève par exemple. A cet ajustement s'ajoute, à l'évidence, l'inclusion dans les politiques sanitaires de spécificités cantonales qui ne sont pas de nature structurelle. Ces spécificités sont synthétisées ci-après.

### 2. Etat de santé physique et psychique

La majorité de la population de Suisse latine se déclare en bonne santé. Les principaux indicateurs de santé physique et psychique sont stables, voire meilleurs qu'en 1992/93 et en 1997. Les différences sont plus prononcées selon le sexe et l'âge que selon les cantons ou les régions.

### Santé subjective

Six personnes sur sept se disent en bonne ou en très bonne santé en Suisse en 2002 (section 3.1.2). En Suisse latine, les différences de perception de la santé selon le sexe sont le plus marquées dans le canton de Neuchâtel. Une femme sur cinq y juge sa santé moyenne ou mauvaise (20,7%) contre un homme sur dix (9,8%). Les femmes déclarent davantage de maladies physiques, de troubles chroniques et de dépressions, elles consomment plus de médicaments et se rendent plus souvent chez le médecin. Par contre, le comportement préventif des hommes est souvent moins favorable que celui des femmes, en particulier en rapport avec le dépistage de l'hypertension artérielle (chapitre 4) et la consommation de tabac (chapitre 5). Ce résultat rappelle l'importance de politiques de prévention et de promotion de la santé spécifiques à chaque sexe (Stuckelberger, 2002, 2003).

### Troubles physiques

Des symptômes physiques importants sont relevés chez près d'une personne sur quatre en Suisse (23%). A nouveau, les femmes sont plus touchées que les hommes (section 3.2.2). La population des cantons latins présente en général plus de troubles physiques, mais moins d'incapacités fonctionnelles que la population alémanique, et ce autant chez les hommes que chez les femmes.

### Symptômes rhumatismaux

En Suisse, plus d'une personne sur quatre (26%) indique des symptômes rhumatismaux durant les quatre dernières semaines précédant l'enquête (section 3.2.2). Cette proportion est la plus basse au Tessin; elle est plus élevée en Suisse romande qu'en Suisse alémanique. Les écarts entre régions linguistiques sont plus marqués qu'en 1997. Les symptômes rhumatismaux affectent surtout les femmes dans les cantons de Fribourg, de Vaud, du Valais, de Neuchâtel et de Genève (environ un tiers d'entre elles). Les hommes en sont le plus souvent touchés – à proportion égale avec les femmes – dans le canton du Jura, qui présente une part élevée d'emplois masculins nécessitant des dépenses physiques (industrie manufacturière, agriculture; chapitre 2).

### Incapacité fonctionnelle

Une personne sur dix (10%) mentionne une incapacité fonctionnelle d'au moins un jour durant les quatre semaines précédant l'enquête au Tessin (section 3.2.3). Cette proportion est plus élevée (13%) dans les cantons romands et surtout en Suisse alémanique (16%). Contrairement aux symptômes rhumatismaux, la prévalence du handicap fonctionnel de plus d'un an est la même qu'en 1997. Sans être exceptionnel chez les jeunes – concernant 7% des hommes et 8% des femmes entre 15 et 34 ans –, le handicap fonctionnel affecte 23% des hommes et 26% des femmes de 65 ans ou plus. Les différences régionales reflètent en partie les politiques cantonales en matière de maintien à domicile, plus soutenues en Suisse romande qu'en Suisse centrale ou orientale (Guilley, 2005). Les causes des incapacités fonctionnelles déclarées sont le plus souvent physiques. Dans un cas sur cinq, il s'agit de causes psychiques.

### Surcharge pondérale

Selon l'indice de masse corporelle, 8% de la population suisse est obèse, tandis que 23% des femmes et 40% des hommes présentent une surcharge pondérale. En dépit de l'augmentation des cas de surcharge pondérale et d'obésité dans les pays industrialisés durant la dernière décennie, l'ESS ne montre pas d'accroissement significatif entre 1992/93 et 2002. Les taux de surcharge pondérale et d'obésité sont plus élevés en Suisse alémanique qu'en Suisse latine. L'insuffisance pondérale est la plus répandue chez les Tessinoises (section 3.2.4). Bien qu'une «épidémie» de surcharge pondérale ou d'obésité paraisse peu probable selon l'indice de masse

corporelle, il convient de rester attentif à d'autres indicateurs classiques de l'obésité, telle l'hypercholestérolémie, qui sont eux en augmentation. Par ailleurs, l'analyse de l'indice de masse corporelle présentée dans ce rapport porte sur des adultes de 19 ans ou plus. Des données recueillies auprès d'enfants et d'adolescents indiquent au contraire un accroissement de la prévalence de la surcharge pondérale en Suisse (Woringer et Schütz, 2003).

### Accidents et chutes

Durant l'année précédant l'enquête, 12% de la population suisse a été victime d'un accident ayant entraîné une consultation médicale (section 3.2.5). Cette proportion est la même en 1992/93 et en 1997. Les hommes sont plus touchés que les femmes, mais cette différence s'estompe avec l'âge pour disparaître chez les personnes de 65 ans ou plus. La proportion de victimes est stable selon l'âge chez les femmes, tandis qu'elle diminue chez les hommes.

Chez les hommes, les jeunes sont en premier lieu victimes d'accidents de sport et de jeu, les catégories plus âgées, en particulier entre 35 à 49 ans, d'accidents de travail. Les accidents domestiques dominent chez les femmes. Leur part augmente selon l'âge, en particulier à la retraite, et ce autant chez les hommes que les femmes. C'est également durant la retraite que surviennent les chutes, qui représentent un des problèmes du grand âge parmi les plus coûteux pour la personne et pour le système de santé (OFSP, 2004; Commission européenne, 2003). En Suisse, 20% des personnes âgées de 60 ans ou plus mentionnent une chute durant l'année précédant l'enquête.

En matière de prévention, il convient de considérer les mesures qui peuvent être prises en amont (par exemple test d'ostéoporose, nutrition, activité physique, mesures ergonomiques), surtout dans les cantons présentant une forte proportion de personnes âgées (Tessin et Jura) ou vivant seules (Genève et Vaud).

### Santé psychique

Différents indicateurs montrent que la majorité de la population jouit d'une bonne santé psychique. La situation est meilleure en 2002 qu'en 1997. Un tiers des femmes et un quart des hommes suisses déclarent cependant des problèmes de santé psychique légers (section 3.3.1). La santé psychique des Romands et des Tessinois est souvent moins bonne que celle des Alémaniques.

La santé psychique des jeunes Neuchâtelois, qui s'accompagne de différents indicateurs comportementaux défavorables, semble moins bonne que chez les jeunes des autres cantons latins, ce qui suggère une situation sanitaire particulière dans ce groupe. La situation est aussi moins favorable chez les Genevoises entre 50 et 64 ans que chez leurs contemporaines des autres cantons.

Les hommes et plus encore les femmes des cantons latins voient en outre leur avenir avec moins d'optimisme et déclarent un plus faible sentiment de maîtrise de la vie que les Alémaniques. Dans la population de moins de 50 ans, les troubles du sommeil sont peu cités en Suisse alémanique, mais fréquents dans les cantons latins (section 3.3.6). Ce sont en particulier les hommes de 15 à 49 ans dans les cantons du Jura et de Neuchâtel et les femmes du même âge dans les cantons de Genève et de Neuchâtel qui en souffrent.

## 3. Facteurs de risque et dépistage

Comme en 1997, une personne sur cinq (21%) déclare une hypertension artérielle signalée par un professionnel du domaine médical en Suisse et dans les cantons latins (section 3.2.4). En Suisse, 14% de la population mentionne un traitement pour hypertension artérielle contre 10% en 1992/93.

Dans les cantons latins, l'hypertension diagnostiquée et son traitement sont plus fréquents chez les personnes âgées. Ainsi, seules 3% des femmes de 65 ans ou plus

ne sont pas traitées. Ce constat suggère de s'interroger sur l'opportunité d'un traitement de l'hypertension plus systématique chez les personnes plus jeunes. Similairement, alors que le dépistage de l'hypertension artérielle concerne 78% de la population suisse âgée de 15 ans ou plus, des groupes peu dépistés peuvent être identifiés, par exemple les hommes dans le canton du Jura (section 4.5.1).

Le taux de cholestérol signalé par un professionnel de la santé est trop élevé chez 15% des Suisses contre 12% en 1997. La proportion de personnes souffrant d'hypercholestérolémie est la moins élevée dans le canton du Jura et la plus élevée au Tessin. Des traitements destinés à abaisser le taux de cholestérol sont mentionnés par 4% de la population suisse contre 2% en 1997. Les cantons latins ne se différencient pas.

Le dépistage de l'hypercholestérolémie est peu fréquent chez les jeunes (section 4.5.2). Dans les cantons latins, les hommes s'en préoccupent, comme de la tension artérielle, dès l'âge de 50 ans. La situation la plus favorable s'observe au Tessin, où quelque trois quarts des Tessinois âgés de 65 ans ou plus ont subi ce contrôle au cours des douze mois précédant l'enquête.

En Suisse et dans les cantons latins, 4% de la population indique un diagnostic de diabète et 3% un traitement (section 3.2.4). Le dépistage du diabète est à nouveau élevé au Tessin (61%, section 4.5.3). A l'opposé se trouve le canton du Jura, où moins de la moitié (49%) de la population a fait contrôler son taux de glucose. Les données disponibles ne permettent guère d'établir l'impact des comportements cantonaux en matière de dépistage sur la morbidité et la mortalité. Vu l'importance de ces facteurs sur la santé, un développement du dépistage dans les cantons romands et en particulier du Jura paraît cependant opportun.

### Dépistage des cancers

Les femmes sont proportionnellement deux fois plus nombreuses à avoir subi une mammographie dans les cantons latins qu'en Suisse alémanique (section 4.5.4). La proportion de femmes âgées de 50 à 69 ans dépistées au cours des douze mois précédant l'enquête s'élève à 43% dans les cantons romands sans programme de dépistage (Fribourg, Jura et Neuchâtel) et à 50% dans les cantons disposant d'un tel programme (Genève, Vaud et Valais). A cet âge, les programmes recommandent un dépistage tous les deux ans: les chiffres suggèrent dès lors soit un contrôle de l'ensemble des femmes, soit des contrôles plus fréquents chez une partie seulement de celles-ci.

En Suisse, 49% des femmes de 20 ans ou plus font état d'un test de dépistage du cancer du col utérin durant les douze mois précédant l'enquête (section 4.5.5). Cette proportion est similaire dans les cantons latins. Le dépistage est lié à la fréquence des consultations gynécologiques, qui dépend du niveau socioéconomique: plus celui-ci est élevé, plus les tests préventifs sont courants. Le recours au dépistage diminue fortement à l'âge de 65 ans ou plus (28%).

Un quart des hommes âgés de 40 à 69 ans (23%), plus qu'en 1997, ont subi un examen préventif de la prostate durant les douze mois précédant l'enquête. Les tests préventifs des organes génitaux sont nettement moins souvent pratiqués chez les hommes que chez les femmes.

L'usage de la protection solaire concerne 84% des Suisses. Il est moins répandu chez les hommes en Suisse romande (74%) et au Tessin (69%).

Les différences cantonales en matière de dépistage laissent supposer l'existence de groupes de population à la couverture insuffisante. C'est le cas des femmes résidant dans des cantons sans programme de dépistage de la mammographie ou qui appartiennent aux classes sociales inférieures. Du fait de l'importance du dépistage du cancer du sein ou de l'utérus pour prévenir la mortalité, il conviendrait d'identifier précisément les femmes échappant au dépistage et d'élaborer des programmes spécifiques à leur intention.

### Vaccination contre la grippe

La vaccination contre la grippe constitue une forme de prévention recommandée chez les personnes âgées. En Suisse, 47% des personnes de 65 ans ou plus ont été vaccinées durant l'année précédant l'enquête (section 4.5.8). Cette proportion est plus élevée qu'en 1997. La vaccination est plus répandue en Suisse romande qu'au Tessin et, surtout, en Suisse alémanique. Les messages préventifs qui se sont multipliés au cours des dernières années n'ont pas encore permis de sensibiliser l'ensemble des groupes à risque à la vaccination contre la grippe.

## 4. Densité des services de santé

La densité médicale a augmenté en Suisse entre 1992 et 2001 tout en présentant de fortes disparités selon les régions et les cantons (section 4.1.1). La Suisse romande se caractérise par une densité de médecins installés en pratique privée fort élevée. Dans le canton de Genève, cette densité, s'établissant à 330 médecins pour 100 000 habitants, est deux fois plus élevée que dans les cantons de Fribourg ou du Jura. A l'opposé du canton du Jura, les médecins non généralistes sont le mieux représentés dans les cantons de Genève et de Vaud, cantons qui disposent d'un hôpital universitaire. Par ailleurs, une proportion élevée de personnes déclare ne pas avoir de médecin de famille dans le canton de Genève, mais aussi dans ceux de Vaud et de Fribourg. La forte présence de médecins non généralistes, pouvant se traduire par des habitudes de consultation plus spécialisées, joue certainement un rôle, tout comme la mobilité de la population et, pour les cantons de Genève et de Vaud, une proportion élevée de migrants arrivés parfois peu de temps avant l'enquête.

Au cours des douze mois précédant l'enquête, trois personnes sur quatre ont consulté au moins une fois un médecin. En dépit des variations cantonales de la densité médicale, cette proportion, inchangée par rapport à 1992/93 et 1997, est pareille dans les trois régions linguistiques et les cantons latins. La moitié seulement des femmes suisses (52%) ont consulté un gynécologue durant les douze mois précédant l'enquête. Les Romandes (57%) sont plus nombreuses que les Alémaniques (50%) ou les Tessinoises (49%) à l'avoir fait (section 4.2.2). Dans le canton de Genève, près de deux tiers des femmes âgées de moins de 65 ans ont consulté un gynécologue, chiffre relativement élevé, mais qui reste en deçà des conseils de contrôle annuel prodigués par la plupart des médecins. Le niveau de formation influence la fréquence des consultations.

En Suisse et dans les cantons latins, une personne sur cinq (24% des femmes et 15% des hommes) a recouru durant les douze mois précédant l'enquête aux médecines parallèles (section 4.3.2). De plus, 7% des Romands et 4% des Tessinois ont consulté un chiropraticien. Les adeptes des médecines parallèles indiquent davantage de consultations médicales, et ce même si l'on tient compte de leur âge et de leur état de santé subjectif.

Un quart des hommes et un tiers des femmes suisses ont pris au moins un médicament au cours des sept jours précédant l'enquête (canton du Tessin excepté, section 4.4). La consommation est plus élevée en Suisse romande qu'en Suisse alémanique autant chez les hommes que les femmes et elle est similaire dans les cantons latins.

Les pharmacies sont, à l'exception du Jura, plus nombreuses dans les cantons romands et surtout au Tessin qu'en Suisse alémanique. Les différences cantonales de la dotation en pharmacie s'expliquent en partie selon la possibilité de vendre des médicaments dans les cabinets médicaux privés.

Les différences interrégionales et intercantionales sont nettement plus prononcées dans le secteur ambulatoire que dans le secteur hospitalier (section 4.1). Cependant, les cantons du Tessin et de Genève présentent une densité de lits (7,1 respectivement 6,8 lits pour 1000 habitants) et une durée d'hospitalisation (2223 respectivement

2208 jours pour 1000 habitants) très élevées. La durée d'hospitalisation est également élevée dans le canton du Jura (2166 jours pour 1000 habitants). La structure d'âge des populations cantonales contribue à expliquer ces chiffres, qui doivent certainement aussi être vus en relation avec une probable mobilité des frontaliers en direction des centres hospitaliers limitrophes. Les établissements de santé non hospitaliers pour personnes âgées ou malades chroniques sont, pour leur part, plus nombreux en Suisse alémanique que dans les cantons latins à l'exception de Neuchâtel, ce qui reflète les différences cantonales en matière de politique de prise en charge.

## 5. Comportements influençant la santé

Les habitants des cantons latins présentent des comportements de santé moins favorables que les Alémaniques, en particulier un taux d'activité physique plus bas, une moindre attention portée à l'alimentation et une consommation plus forte de tabac et d'alcool (chapitre 5).

La pratique hebdomadaire d'une activité physique concerne deux hommes sur trois (68%) et près de trois femmes sur cinq (59%) en Suisse. Cette proportion est plus élevée chez les femmes qu'en 1997. La pratique et l'intensité de l'activité physique durant les loisirs d'une part, les déplacements à vélo jusqu'au lieu de travail d'autre part sont plus fréquents en Suisse alémanique. Dans les cantons latins, la pratique hebdomadaire d'une activité physique est la moins répandue chez les femmes tessinoises (41%) et les hommes jurassiens (55%). La surcharge pondérale est associée au manque d'activité physique.

Dans les cantons latins, 51% des hommes et 40% des femmes ne se préoccupent pas de leur alimentation. Ces proportions sont de 35% respectivement 18% en Suisse alémanique. La fréquence des repas pris dans des fast-foods est élevée dans les cantons de Genève, de Vaud et de Neuchâtel. Cependant, l'attention portée à l'alimentation ne semble pas liée à la prévalence de la surcharge pondérale. Une hypothèse sur des différences culturelles sous-tendant les habitudes alimentaires suggérerait que ces dernières soient plus saines dans les cantons latins qu'en Suisse alémanique<sup>64</sup>.

Plus d'un homme sur trois et une femme sur quatre en Suisse indiquent consommer du tabac (section 5.3.1). Cette proportion est moins élevée chez les hommes qu'en 1997, mais plus grande chez les femmes en Suisse romande. Le Tessin est le canton où la consommation de tabac a diminué le plus rapidement durant ces dix dernières années; elle y est la plus basse chez les hommes des cantons latins (32%). Les hommes fument le plus souvent dans les cantons de Neuchâtel, de Fribourg et de Genève, les femmes dans ceux de Genève et du Jura. La consommation de tabac est par ailleurs fort répandue chez les jeunes Neuchâtelois, concernant 49% des hommes et 41% des femmes entre 15 et 34 ans. Ces résultats suggèrent peu de progrès en matière de prévention du tabac en Suisse romande. Les jeunes des cantons de Genève et de Neuchâtel sont particulièrement exposés à la consommation de drogues illégales (section 5.3.2). Les Romands consomment en outre plus d'alcool que les Suisses alémaniques (section 5.3.3).

Un exemple permet d'illustrer la nécessité de maintenir, sinon de renforcer la lutte contre les mauvaises habitudes alimentaires et les comportements inadaptés. En effet, en cas de cumul de comportements à risque, les personnes se déclarant en mauvaise santé psychique sont deux fois plus nombreuses qu'en l'absence de

<sup>64</sup> Il convient de rappeler ici qu'il s'agit de la perception que les répondants ont de leur comportement. La proportion d'Alémaniques déclarant pratiquer une activité physique ou faire attention à leur alimentation, supérieure à la moyenne suisse, ne signifie pas nécessairement que ces derniers ont une meilleure condition physique ou mangent plus équilibré. Ces résultats ne contredisent a priori pas la similitude de la prévalence de la surcharge pondérale ou de l'obésité selon les régions linguistiques.

tels comportements. Les comportements à risque doivent ainsi être vus comme des facteurs associés à la santé psychique – et bien sûr aussi physique à plus long terme – de la population.

## **6. Facteurs environnementaux**

Les facteurs environnementaux sont susceptibles d’agir sur la santé de la population (chapitre 6). D’importantes différences cantonales, liées au cadre de vie et à la part de la population vivant en milieu urbain, apparaissent. Dans le canton de Genève, la population est très touchée par le bruit de proximité. Le sentiment d’insécurité est plus prononcé dans les cantons de Genève, de Vaud et de Neuchâtel. La crainte de perdre son emploi est la plus marquée dans les cantons connaissant un fort taux de chômage (Genève, Jura et Tessin). Cette crainte est renforcée par l’insatisfaction quant à l’activité professionnelle, plus prononcée en Suisse romande qu’en Suisse alémanique.

## 8. Recommandations

### *Dispositif intercantonal pour la prévention et la promotion de la santé (DiPPS)*

En préambule, il faut resituer l'ESS dans son contexte:

- C'est une des sources d'informations disponibles utiles à la prise de décision en matière de santé publique. Les informations fournies par les autres sources ne doivent pas être omises. Certains domaines ne faisaient pas partie de l'enquête (accidents de circulation, accidents domestiques de jeunes enfants, etc.). Les recommandations qui suivent font ainsi abstraction de ces domaines non traités par l'ESS.
- Il s'agit d'une enquête téléphonique basée sur la perception des personnes interrogées.
- Les recommandations concernant la mise en œuvre dans nos cantons sont en lien avec les 21 buts de la santé pour tous de l'OMS. Ainsi, chaque recommandation est accompagnée du (ou des) but auquel elle se rattache principalement.

### 1. Recommandations pour l'action publique

- 1.1 Promouvoir la mise en place d'évaluations d'impact sur la santé (EIS) pour accompagner les décisions politiques, afin de prévenir à la source de nouveaux problèmes de santé ou de diminution de la qualité de vie de la population et ainsi rendre explicites les conséquences sanitaires de ces décisions.

*(But 14: responsabilité multisectorielle pour la santé)*

- 1.2 Veiller à ce que les actions cantonales et intercantionales s'insèrent dans le cadre de référence défini par les grands programmes nationaux de santé publique (p. ex. programme national contre le cancer, programme national contre les dépendances, santé mentale, etc.).

*(But 20: recruter des partenaires pour la santé; but 21: politiques et stratégies de la santé pour tous)*

- 1.3 Soutenir les politiques d'éducation, car l'état de santé perçu et d'autres déterminants de la santé sont fortement corrélés avec le niveau d'éducation de la population (p. ex. l'excès de poids, le recours au dépistage, etc.).

*(But 13: cadres favorables à la santé; but 14: responsabilité multisectorielle pour la santé)*

- 1.4 Elaborer une politique de santé au travail en soutenant les efforts dans les entreprises et dans l'administration afin d'améliorer les conditions de travail, en particulier pour:

- la mise en œuvre et le suivi de la MSST (mesure pour la santé et la sécurité au travail) édictée par la Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail;
- la prévention des maladies et des accidents;
- l'application de mesures ergonomiques;
- la lutte contre l'insécurité et la précarité de l'emploi. En effet, selon le chercheurs, ces dernières pourraient expliquer l'augmentation de la mauvaise santé psychique perçue entre 20 et 64 ans. Le programme intercantonal 50+santé poursuit des objectifs dans ce domaine;

- la promotion de la santé au travail (organisation du temps de travail, aménagement des infrastructures, etc.).

*(But 13: cadres favorables à la santé)*

- 1.5 Développer une politique de prévention du suicide ciblée sur des catégories à risque en adoptant les recommandations prônées par le rapport de l'OFSP du 15 avril 2005 répondant au postulat Widmer («Le suicide et la prévention du suicide en Suisse»).

*(But 6: améliorer la santé mentale)*

- 1.6 Veiller à ce que les recommandations des programmes de dépistage ou leur mise en œuvre soient fondées sur des données probantes (p.ex. le dépistage systématique du cancer de la prostate n'est pas recommandé pour le moment, car il ne fait pas l'objet d'un consensus, alors que celui du cancer du sein le fait, etc.).

*(But 16: gestion axée sur la qualité des soins)*

- 1.7 Veiller à l'application des recommandations des programmes de vaccination (amélioration du taux de vaccination des groupes à risque, etc.).

*(But 16: gestion axée sur la qualité des soins)*

- 1.8 Valoriser des programmes existants ou élaborer de nouveaux programmes de prévention des chutes de personnes âgées, notamment en s'appuyant sur les structures existantes en contact avec cette population et en promouvant les mesures à l'amont (p.ex. prévention de l'ostéoporose, nutrition, activité physique, mesures ergonomiques). En effet, 30% des personnes âgées chutent au moins une fois par an et ces accidents représentent une cause importante de morbidité, de perte d'autonomie fonctionnelle et de mortalité, avec les conséquences sociales et économiques qui en résultent.

*(But 5: vieillir en bonne santé; but 9: diminuer le nombre de blessures dues aux actes de violence et aux accidents; but 13: cadres favorables à la santé)*

- 1.9 Promouvoir des actions mettant en évidence l'importance de l'alimentation équilibrée pour la santé. En effet, le fossé entre les populations latines et alémaniques sur cet aspect se creuse depuis la dernière enquête en 1997. Il s'agirait dès lors de promouvoir une restauration saine dans les établissements de restauration dépendant de l'Etat et les écoles, ainsi que soutenir son adoption par les autres établissements, en encourageant toute initiative relative à de tels projets (p.ex. Fourchette Verte, distributeurs de pommes, etc.).

*(But 8: faire reculer les maladies non transmissibles; but 11: adopter des modes de vie plus sains)*

- 1.10 Veiller à ce que des groupes de personnes précarisées aient un accès équitable à l'information, aux prestations de prévention et aux soins.

*(But 2: équité en matière de santé; but 15: secteur de santé intégré)*

1.11 Promouvoir l'activité physique par des mesures multisectorielles favorisant la mobilité douce, ayant notamment trait à l'utilisation du vélo et à la marche pendant les déplacements en lien avec le travail et les loisirs.

*(But 8: faire reculer les maladies non transmissibles; but 11: adopter des modes de vie plus sains; but 14: responsabilité multisectorielle pour la santé)*

1.12 Soutenir les mesures, en particulier légales, aptes à lutter contre le tabagisme actif et passif, notamment en:

- interdisant la publicité pour le tabac et ses produits;
- interdisant de fumer dans les lieux publics et sur les lieux de travail;
- soutenant les programmes de désaccoutumance pour les fumeurs.

(cf. Convention cadre de l'OMS)

*(But 4: santé des jeunes; but 12: réduire les dommages causés par l'alcoolisme, la toxicomanie et le tabagisme; but 13: cadres favorables à la santé)*

1.13 Renforcer la prévention des abus d'alcool, notamment en:

- limitant l'accès aux mineurs;
- veillant à l'application stricte des réglementations cantonales sur l'obligation pour les établissements publics de proposer des boissons non alcoolisées meilleur marché au verre.

(cf. Plan cantonal contre l'alcool, PCCA)

*(But 4: santé des jeunes; but 12: réduire les dommages causés par l'alcoolisme, la toxicomanie et le tabagisme)*

1.14 Sensibiliser la population à l'impact des facteurs de l'environnement sur la santé en développant l'information, notamment sur:

- les comportements adéquats lors de canicules, de pics d'ozone ou de grands froids;
- les relations entre habitat et santé, bruit et santé, etc.

et s'assurer que les législations cantonales et leur application garantissent que l'habitat ne provoque pas d'atteinte à la santé.

*(But 10: un environnement physique sain et sûr)*

## 2. Recommandations pour la mise en œuvre

2.1 Définition de politiques multisectorielles pour concrétiser les pistes d'action esquissées et protéger ainsi la santé de la population.

*(But 20: recruter des partenaires pour la santé; but 21: politiques et stratégies de la santé pour tous)*

2.2 Mise à disposition des ressources humaines et financières suffisantes pour la réalisation des activités qui découlent de ces recommandations. Travail de lobbying pour faire prendre conscience que l'argent investi dans la prévention permet des économies ultérieures.

*(But 17: financement des services de santé et allocation des ressources)*

Tableau synoptique																					
	Buts de la santé pour tous (OMS)																				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Recommandations DIPPS	1.1													×							
	1.2																			×	×
	1.3												×	×							
	1.4												×								
	1.5						×														
	1.6																×				
	1.7																×				
	1.8					×			×				×								
	1.9								×		×										
	1.10		×													×					
	1.11								×		×			×							
	1.12				×							×	×								
	1.13				×							×									
	1.14										×										
2.1																				×	×
2.2																	×				

## 9. Bibliographie

- Adams S. A., Matthews C. E., Ebbeling C. B., Moore C. G., Cunningham J. E., Fulton J. et Hebert J. R. (2005). *The effect of social desirability and social approval on self-reports of physical activity*. American Journal of Epidemiology 161(4): 389–398.
- Administration fédérale des contributions, AFC (2004). *Statistique fiscale*. www.estv.admin.ch/data/sd/f/, 30.6.2004.
- Ajdacic-Gross V. et Graf M. (2004). *Etat des lieux et données concernant l'épidémie psychiatrique*. Document de travail 2. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Antille G., Bilger M., Candolfi P., Chaze J.-P. et Flückiger Y. (2003). *Analyse des déterminants individuels et institutionnels du départ à la retraite. Aspects de la sécurité sociale*. Berne: Office fédéral des assurances sociales.
- Babor T. F., De la Fuente J. R., Saunderson J. et Grant M. (1998). *Audit – The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care*. Genève: World Health Organization.
- Bardage C., Isacson D. et Pedersen M. L. (2001). *Self-rated health as a predictor of mortality among persons with cardiovascular disease in Sweden*. Scandinavian Journal of Public Health 29(1): 13–22.
- Bigaard J., Tjønneland A., Thomsen B. L., Overvad K., Heitmann B. L. et Sorensen T. I. A. (2003). *Waist circumference, BMI, smoking, and mortality in middle-aged men and women*. Obesity Research 11(7): 895–903.
- Charton L. et Wanner P. (1998). *Migrations internes et changements familiaux en Suisse. Analyse du module «mobilité» de l'enquête suisse sur la population active de 1998*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- Chimienti M., Cattacin S., Efonyai D., Niederberger M. et Losa S. (2001). *Migration et santé: priorités d'une stratégie d'intervention*. Rapport de recherche 18. Neuchâtel: Forum suisse des migrations.
- Commission européenne (2003). *L'ostéoporose dans la Communauté Européenne: Plan d'Action. Rapport sur les étapes clés d'une Europe exempte de fractures par fragilité*. Lyon: International Osteopolis Foundation.
- Cox R. D. et Snell R. (1989). *The analysis of binary data*. London: Chapman & Hall.
- DASS, Département de l'action sociale et de la santé (1999). *La vie après 80 ans*. Les Cahiers de l'action sociale et de la santé no 11. Genève: Département de l'action sociale et de la santé.
- Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie (2000). *Enquête suisse sur la santé 1997: canton du Valais*. Sion: Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie.
- DHHS, Department of Health and Human Services (1996). *Physical activity and health: a report of the Surgeon General*. Washington: Department of Health and Human Services.
- DiPietro L. (1999). *Physical activity in the prevention of obesity: current evidence and research issues*. Medicine and Science in Sport and Exercise 31(11): 542–546.
- Doll R. et Peto R. (1981). *The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today*. Journal of the National Cancer Institute 66(6): 1193–1308.
- Efron B. (1993). *Bootstrap methods. Another look at the jackknife*. Anals of Statistics 7(1): 1–26.
- Fahrenkrug H. et Müller R. (1989). *Alkohol und Gesundheit in der Schweiz. Bericht über eine Umfrage aus dem Jahre 1987*. Rapport du département de recherche n° 20. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies.
- Farrelly M. C., Pechacek T. F. et Chaloupka F. J. (2003). *The impact of tobacco control program expenditures on aggregate cigarette sales: 1981–2000*. Journal of Health Economics 22(5): 843–859.

- FMH, Fédération des médecins suisses (2004). *Statistique médicale FMH 2002*. www.fmh.ch, 30.6.2004.
- Fiske M. (1993). *Challenge and defeat: stability and change in adulthood*. In Goldberger, L. et Breznitz, S. (éds). *Handbook of stress, theoretical and clinical aspects*. New York: The Free Press: 413–426.
- Foppa I., Noack H. et Minder C. E. (1995). *The relation of reported symptoms to social, individual, and behavioural indicators of health: is the number of reported symptoms a unique general dimension of health?* Journal of Clinical Epidemiology 48(7): 941–948.
- Frankenfield D. C., Rowe W. A., Cooney R. N., Smith J. S. et Becker D. (2001). *Limits of body mass index to detect obesity and predict body composition*. Nutrition 17(1): 26–30.
- Frei D. (1999). *Les Genevois et leur santé: principaux résultats de l'Enquête suisse sur la santé 1997*. Genève: Office cantonal de la statistique.
- Gmel G. (1997). *Tabac, maladie et décès*. In Müller R., Meyer M. et Gmel G. (éds). *Alcool, tabac et drogues illégales en Suisse de 1994 à 1996*. Berne: Graf et Lehmann: 73–79.
- Gmel G. et Schmid H. (1996). *Alkoholkonsum in der Schweiz: Ergebnisse der ersten schweizerischen Gesundheitsbefragung*. Hambourg: Koval.
- Gognalons-Nicolet M., Zbinden E., Bardet Blochet A., Blanchard M. P., Fontaine P. et Runolfsson A. (2001). *Troubles mentaux et psychologiques dans la population suisse*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- Gognalons-Nicolet M. (1996). *Genre et santé après 45 ans*. Berne: Huber Verlag.
- Gubéran E. et Usel M. (2000). *Mortalité prématurée et invalidité selon la profession et la classe sociale à Genève*. Genève: Office cantonal de l'inspection et des relations du travail.
- Guilley E. (2005). *Longévité et santé*. In Wanner P., Sauvain-Dugerdil C., Guilley E. et Hussy C. (éds). *Âges et générations, la vie après 50 ans en Suisse*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique: 55–72.
- Hausser D., Jeangros C. et Martin J. (1990). *Consultations motivées par la douleur*. In Hausser D., Jeangros C. et Martin J. (éds). *La consultation médicale. Etude de la pratique ambulatoire en Suisse romande*. Genève: Editions Médecine et Hygiène: chapitre 4.5.
- Höpflinger F. (2004). *Traditionelles und neues Wohnen im Alter. Age Report 2004*. Zürich: Seismo.
- Höpflinger F. et Hugentobler V. (2003). *Pflegebedürftigkeit in der Schweiz: Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert*. Bâle: Hans Huber Verlag.
- Höpflinger F. et Stuckelberger A. (1999). *Demographische Alterung und individuelles Altern*. Zurich: Seismo.
- Hortobagyi T., Israel R. G. et O'Brien K. F. (1994). *Sensitivity and specificity of the Quetelet index to assess obesity in men and women*. European Journal of Clinical Nutrition 48(5): 369–375.
- Hosmer D. W. et Lemeshow S. (1989). *Applied logistic regression*. New York: Wiley.
- Hu F. B., Willett W. C., Li T., Stampfer M. J., Colditz G. A. et Manson J. E. (2004). *Adiposity as compared with physical activity in predicting mortality among women*. New England Journal of Medicine 351(26): 2694–2703.
- Hupkens C. (1997). *Coverage of health topics by survey in the European region*. Eurostat Working Paper. Luxembourg: Eurostat.
- Hussy C. (2004). *Le logement des personnes âgées*. In Wanner P., Sauvain-Dugerdil C., Guilley E. et Hussy C. (éds). *Âges et générations, la vie après 50 ans en Suisse*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique: 103–128.
- Idler E. L. (1993). *Age differences in self-assessments of health: age changes, cohort differences, or survivorship?* Journal of Gerontology 48(6): 289–300.

- Idler E. L., Kasl S. V. et Lemke J. H. (1990). *Self-evaluated health and mortality among the elderly in New Haven, Connecticut, and Iowa and Washington Counties, Iowa, 1982–1986*. American Journal of Epidemiology 131(1): 91–103.
- IHA–GfK (2003). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. Schlussbericht zur Datenerhebung*. Document interne. Hergiswil: IHA-GfK.
- Kannel W. B. (1990). *CHD risk factors: a Framingham study update*. Hospital Practice 25(7): 119–127.
- Karnofsky D. A., Abelmann W. H., Craver L. F. et Burchenal J. H. (1948). *The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of cancer*. Cancer 1(4): 634–656.
- Kendell R. E. (1987). *Drinking sensibly*. British Journal of Addiction 82(12): 1279–1288.
- Korn E. L., et Graubard B. I. (1999). *Analysis of Health Surveys*. New York: Wiley.
- Lalivie d'Épinay C., Bickel J. F., Maystre C. et Vollenwyder N. (2000). *Vieillesse au fil du temps*. Lausanne: Réalités Sociales.
- Lazarus S. et Folkman S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lehtonen R. et Pahkinen E. J. (1994). *Practical methods for design and analysis of complex surveys*. Chichester: Wiley.
- Maeder C., Burton-Jeangros C. et Haour-Knipe M. (éds) (1999). *Gesundheit, Medizin und Gesellschaft. Beiträge zur Soziologie der Gesundheit*. Zurich: Seismo.
- Marmott M. et Wilkinson R. (éds) (1999). *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.
- Meller I., Fichter M. et Schroepel H. (1999). *Mortality risk in the octo- and nonagenarians: Longitudinal results of an epidemiological follow-up community study*. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 249(4): 180–189.
- Mielck A. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Berne: Huber.
- Miilunpalo S., Vuori I., Oja P., Pasanen M. et Urponen H. (1997). *Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population*. Journal of Clinical Epidemiology 50(5): 517–528.
- Narring F., Tchumper A., Inderwildi Bonivento L., Jeannin A., Addor V., Bütikofer A., Suris J. C., Diserens C., Alsaker F. et Michaud P. A. (2003). *Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (2002). Smash 2002*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Berne: Institut für Psychologie et Bellinzone: Sezione sanitaria.
- OFAS, Office fédéral des assurances sociales (2002). *Statistique de l'aide et des soins à domicile (Spitex) 2002*. www.ofas.admin.ch/statistik/details/f/index.htm, 30.6.2004.
- OFEFP, Office fédéral de l'environnement, des forêts et du paysage (2002). *Imputation au trafic routier des atteintes à la santé dues au bruit*. Berne: Office fédéral de l'environnement, des forêts et du paysage.
- OFS, Office fédéral de la statistique (1995). *Annuaire statistique de la Suisse 1995*. Zurich: Neue Zürcher Zeitung.
- OFS, Office fédéral de la statistique (1996). *Tables de mortalité pour la Suisse 1988/93*. Berne: Office fédéral de la statistique.
- OFS, Office fédéral de la statistique (1997). *Indicateurs démographiques cantonaux 1981–1996. L'évolution démographique récente dans les cantons*. Berne: Office fédéral de la statistique.
- OFS, Office fédéral de la statistique (1999). *Annuaire statistique de la Suisse 1999*. Zurich: Neue Zürcher Zeitung.
- OFS, Office fédéral de la statistique (2000). *Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse*. Berne: Office fédéral de la statistique.
- OFS, Office fédéral de la statistique (2001). *Portrait démographique de la Suisse*. Neuchâtel: Office fédéral de statistique.

- OFS, Office fédéral de la statistique (2002). *Statistique des hôpitaux et des établissements de santé non hospitaliers*. Tableaux standard. www.statistik.admin.ch, 30.6.2004.
- OFS, Office fédéral de la statistique (2003a). *Annuaire statistique de la Suisse 2003*. Zurich: Neue Zürcher Zeitung (et communication personnelle concernant la statistique 2001 des médecins-dentistes, erratum).
- OFS, Office fédéral de la statistique (2003b). *Enquête suisse sur la santé 2002. Le déroulement de l'enquête en bref*. Document interne. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS, Office fédéral de la statistique (2003c). *Pondération de l'Enquête suisse sur la santé 2002*. Document interne. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS, Office fédéral de la statistique (2003d). *Enquête suisse sur la santé 2002. Les indices*. Document interne. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS, Office fédéral de la statistique (2004). *Recensement fédéral de la population*. www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/volkszaehlung/uebersicht.html, 30.6.2004.
- OFSP, Office fédéral de la santé publique (2004). *Ostéoporose et chutes des personnes âgées: Une approche de santé publique*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OMS, Organisation mondiale de la santé (1946). *Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence Internationale sur la Santé*. Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé, n° 2. New York: Organisation mondiale de la santé.
- OMS, Organisation mondiale de la santé (1999). *Santé 21: la politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS*. Série européenne de la Santé pour tous n° 6. Copenhague: Organisation mondiale de la santé.
- OMS, Organisation mondiale de la santé (2003). *Obésité: prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*. Rapport d'une consultation de l'OMS. Rapport technique n° 894. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Osborne M., Boyle P. et Lipkin M. (1997). *Cancer prevention*. Lancet 349 (supplément II): 27–30.
- Pearlin L. I., Lieberman M. A., Menaghan E. G. et Mullan J. T. (1981). *The stress process*. Journal of Health and Social Behaviour 22(4): 337–356.
- Perrig-Chiello P. et Stähelin H. B. (2004). *La santé: cycle de vie, société et environnement*. Lausanne: Réalités sociales.
- PNS, Plan national suisse de santé (2004). *Rapport préliminaire sur la politique de santé mentale en Suisse*. Mimeo. Berne: Plan national suisse de santé.
- Raymond L., Fischer B., Fioretta G. et Bouchardy C. (1996). *Migration bias in cancer survival rates*. Journal of Epidemiology and Statistics 1(3): 167–173.
- Rosenthal C. J. (2004). *Social isolation and loneliness/isolement social et solitude*. Editorial. Canadian Journal on Aging 23(2): 107–108.
- Rüesch P. et Manzoni P. (2003). *Monitoring de la santé psychique en Suisse*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Santos-Eggimann B., Wietlisbach V., Rickenbach V., Paccaud F. et Gutzwiller F. (2000). *One-year prevalence of low back pain in two Swiss regions: Estimates from the population participating in the 1992–1993 MONICA Project*. Spine 25(19): 2473–2479.
- Särndal C. E., Swensson B. et Wretman J. (1992). *Model assisted survey sampling*. New York: Springer.
- SAS Institute Inc (1999). *SAS/STAT user's guide, version 8*. Cary: SAS Institute Inc.
- Schüler G. et Bopp M. (1997). *Atlas der Krebsmortalität in der Schweiz 1970–1990. Gesamtmortalität und wichtige Nicht-Krebs-Todesursachen*. Bâle: Birkhäuser.
- SECO, Secrétariat à l'économie (2004). *Statistiques du marché du travail*. ams.jobarea.ch/f\_home.asp, 30.06.2004.

- Société suisse de pharmacie (2004). *Statistique 2002* (transmise le 12.2.2004).
- Sorensen K. H. (1988). *State of health and its association with death among old people at three-years follow-up. II. Consumption of medicine, subjective and objective general health*. Danish Medical Bulletin 35(6): 597–600.
- Stata Corporation (2003). *Stata survey data reference manual, release 8*. College Station: Stata Press.
- Steinbeck K. S. (2001). *The importance of physical activity in the prevention of overweight and obesity in childhood: a review and an opinion*. Obesity Review 2(2): 117–130.
- Stuck A. E., Stuckelberger A., Gafner Zwahlen H. et Beck J. C. (1995). *Visites préventives à domicile avec évaluations gériatriques multidimensionnelles chez les 75 ans et plus: Projet EIGER*. Médecine et Hygiène 53(2094): 2385–2397.
- Stuckelberger A. et Höpflinger F. (1998). *Transitions socio-démographiques et dynamique du logement*. Sécurité Sociale 1998(6): 322–326.
- Stuckelberger A. (1997). *Men and women age differently*. World Health Bulletin n° 4. Genève: World Health Organisation: 8–9.
- Stuckelberger A. (1999). *Des indicateurs aux états de santé: différences femme-homme au cours du vieillissement*. In Thomas M., Burton-Jeangros C. et Haour-Knippe M. (éds). *Santé, médecine et société: contributions à la sociologie de la santé*. Zurich: Seismo: 384–419.
- Stuckelberger A. (2000). *Vieillesse et état de santé subjectif: déterminants et mécanismes différentiels hommes femmes à partir d'une étude transversale de la population genevoise*. Thèse de doctorat n° 286. Genève: Faculté de Psychologie.
- Stuckelberger A. (2001). *Polymédication et automédication chez la personne âgée: résultats du programme national de recherche «Vieillesse» (PNR32)*. In Buclin T. et Ammon C. (éds). *L'automédication, pratique banale, motifs complexes*. Genève: Médecine et Hygiène: 47–68.
- Stuckelberger A. (2002). *Review of European and international mental health policies. Report established for the Swiss National Health Policy Programm*. Genève: Université de Genève.
- Stuckelberger A. (2003). *Promotion de la santé des personnes de 50 et plus. Mandat d'analyse établi pour la Conférence romande des affaires sanitaires et sociales (CRASS: BE, FR, GE, JU, NE, TI, VS, VD)*. Genève: Université de Genève.
- Tillmann R., Zimmermann E., Budowski M., Wernli B., Scherpenzeel A. et Gabadinho A. (2001). *Leben in der Schweiz. Schweizer Haushaltspanel 1999–2003*. Projektinformation. BFS aktuell 20. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.
- Valkonen T. (2002). *Trends in differential mortality in European countries*. In Vallin J., Meslé F. et Valkonen T. (éds). *Trends in mortality and differential mortality*. Population studies n° 36. Strasbourg: Conseil de l'Europe: 185–321.
- Wanner P., Bouchardy C. et Raymond L. (1998). *Comportements des étrangers résidant en Suisse en matière d'alimentation, de consommation d'alcool et de tabac et de prévention*. Bulletin d'Informations Démographiques. Démos (2). Berne: Office fédéral de la statistique.
- Wanner P. (2001). *Caractéristiques démographiques des populations issues de l'immigration en Suisse, Rapport établi pour le Conseil de l'Europe issu du Groupe de spécialistes sur les caractéristiques démographiques des populations immigrées (PO-S-MIG)*. Strasbourg: Conseil de l'Europe.
- Wanner P. (2004). *Migration et intégration. Populations étrangères en Suisse*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- Wanner P., Neubauer A. et Moret J. (2002). *Caractéristiques de vie et d'intégration des populations issues de l'immigration. Une analyse des données du Panel suisse des ménages 1999–2000*. Rapport de recherche 24/2002. Neuchâtel: Forum suisse des migrations.

- Wanner P., Stuckelberger A. et Gabadinho A. (2003). *Facteurs individuels motivant le calendrier du départ à la retraite des hommes âgés de plus de 50 ans en Suisse. Rapport établi dans le cadre du «Programme de recherche interdépartemental sur l'avenir à long terme de la prévoyance vieillesse» (IDA ForAlt)*. Aspects de la sécurité sociale n° 8/03. Berne: Office fédéral des assurances sociales.
- Wanner, P., Fei, P., et 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*. European Journal of Population 13(23): 381–399.
- Weiss R. (2003). *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zurich: Seismo.
- Weiss W., Zimmermann E., Ammann P. et Wietlisbach V. (1996a). *La santé dans le canton du Valais. Projet GCI: coopération intercantonale en matière d'analyse des données issues de la 1<sup>ère</sup> Enquête suisse sur la santé (ESS)*. Lausanne: Institut suisse de la santé publique.
- Weiss W., Zimmermann E., Ammann P. et Wietlisbach V. (1996b). *La santé dans le canton de Fribourg: projet GCI: coopération intercantonale en matière d'analyse des données issues de la 1<sup>ère</sup> Enquête suisse sur la santé (ESS)*. Lausanne: Institut suisse de la santé publique.
- Weiss W., Zimmermann E., Ammann P., Wietlisbach V. (1996c). *La santé dans le canton de Vaud. Projet GCI: coopération intercantonale en matière d'analyse des données issues de la 1<sup>ère</sup> Enquête suisse sur la santé (ESS)*. Lausanne: Institut suisse de la santé publique.
- WHO, World Health Organisation (1996). *The Heidelberg Guideline for Promoting Physical Activity Among Older Person*. Genève: World Health Organisation.
- WHO, World Health Organisation (1999). *Suicide rates in the world*. Genève: World Health Organisation.
- WHO, World Health Organisation (2000a). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of WHO consultation*. World Health Organisation Technical Report Series 894. Genève: World Health Organisation: 5–15.
- WHO, World Health Organisation (2000b). *Guidelines for Community Noise*. Genève: World Health Organisation.
- WHO, World Health Organisation (2001a). *World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Genève: World Health Organisation.
- WHO, World Health Organisation (2001b). *Atlas – mental health resource in the world 2001*. Genève: World Health Organisation.
- WHO, World Health Organisation (2001c). *Mental health: a call for action by world health ministers*. Genève: World Health Organisation.
- WHO, World Health Organisation (2002). *World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life*. Genève: World Health Organisation.
- Wietlisbach V., Paccaud F., Rickenbach M. et Gutzwiller F. (1997). *Trends in cardiovascular risk factors (1984-1993) in a Swiss region: results of three population surveys*. Preventive Medicine 26(4): 523–533.
- Woringer V. et Schütz Y. (2003). *Obésité en Suisse: percentiles d'indice de masse corporelle (IMC) d'une population d'enfants et d'adolescents nés en 1980 à Lausanne et écart avec les normes suisses (1955)*. Médecine Sociale et Préventive 48(2) 121–142.
- Zimmermann-Sloutskis D. et Martin-Diener E. (2002). *L'activité physique selon le modèle transthéorique de changement: comparaison interculturelle dans la population suisse. Version provisoire*. In Martin E. (2003). *Active-Online.Ch. Entwicklung eines internetbasierten individualisierten Motivationsprogramms zur Bewegungsförderung*. Zurich: Active-Online.ch: 28–40.

edition obsan